



RIZIKOVÉ SPRÁVANIE V TEÓRII A PRAXI SOCIÁLNEJ PRÁCE

3. ročník Košických dní sociálnej práce

Soňa Lovašová (ed.)

Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou v rámci projektu VEGA č. 1/0332/12 Analýza vybraných rizikových faktorov klientskeho násillia v sociálnej práci s dôrazom na prevenciu klientskeho násillia a prípravu sociálnych pracovníkov - Národné zmapovanie výskytu násillia klientov voči sociálnym pracovníkom na Slovensku.

Košice 2014

Zborník príspevkov
z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 28. 11. 2014 v Košiciach
Konferencia sa konala v rámci projektu VEGA č. 1/0332/12 Analýza vybraných rizikových
faktorov klientskeho násilia v sociálnej práci s dôrazom na prevenciu klientskeho násilia a
prípravu sociálnych pracovníkov - Národné zmapovanie výskytu násilia klientov voči
sociálnym pracovníkom na Slovensku.

RIZIKOVÉ SPRÁVANIE V TEÓRII A PRAXI SOCIÁLNEJ PRÁCE

3. ročník Košických dní sociálnej práce

December 2014

Zborník vychádza rámci projektu VEGA č. 1/0332/12 Analýza vybraných rizikových faktorov klientskeho násillia v sociálnej práci s dôrazom na prevenciu klientskeho násillia a prípravu sociálnych pracovníkov - Národné zmapovanie výskytu násillia klientov voči sociálnym pracovníkom na Slovensku

Vedecký výbor konferencie:

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.
prof. ThDr. JCDr. Anton Fabian, PhD.
prof. PhDr. Beáta Balogová, PhD.
prof. PaedDr. Anna Hudecová, PhD.
doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD.
doc. PhDr. Alena Bašistová, PhD.
doc. PhDr. Markéta Rusnáková, PhD.
doc. PhDr. Emília Janigová, PhD.
PhDr. Denisa Šoltésová, PhD.
prof. ndzw. dr hab. Wojciech Maliszewski
prof. ndzw. dr hab. Karol Mausch
prof. ndzw. dr hab. Ewa Ryś

Editorka:

Mgr. Soňa Lovašová, PhD.

Recenzenti:

doc. PhDr. Ladislav Vaska, PhD.
PhDr. Denisa Šoltésová, PhD.

Organizačný výbor konferencie:

Mgr. Soňa Lovašová, PhD.
PhDr. Agnesa Kočišová, PhD.
PhDr. Dana Rosová, PhD.
Mgr. Tatiana Žiaková, PhD.
Mgr. Magdaléna Halachová
Mgr. Lucia Ištvánová
Mgr. Vladimír Lichner
Mgr. Antónia Sabolová Fabianová
Mgr. Zuzana Šoltésová

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Grafická a technická úprava:

Mgr. Lucia Ištvánová
Mgr. Antónia Sabolová Fabianová
Mgr. Zuzana Šoltésová

© 2014 Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta

Umiestnenie: <http://unibook.upjs.sk/predaj-vydanych-titulov/filozoficka-fakulta>

Dostupné od: 15.12.2014

ISBN 978-80-8152-212-3

Obsah

Dušan Slosár (SR)

Metodologické aspekty hodnotenia a riadenia rizika v sociálnej práci 9

Soňa Lovašová (SR)

Miera klientskeho násilia v sociálnej práci v podmienkach Slovenskej republiky.....21

Anton Fabian (SR)

Stratégie zvládania vlastnej disharmónie u sociálnych pracovníkov 32

Elżbieta Cipora, Magdalena Konieczny (PL)

Opieka nad pacientem w terminalnym okresie choroby nowotworowej wyzywaniem dla ochrony zdrowia i pracy socjalnej 38

Ján Gabura, Ján Gabura, ml. (SR)

Využitie konceptov agresivity pri práci s klientom.....46

Tomáš Hangoni, Daniela Cehelská (SR)

Eliminácia rizikového správania klientov na jednotlivých poliach sociálnej práce prostredníctvom sebareflexie a využívania vlastného „JA“ v každodennej praxi sociálneho pracovníka 53

Karol Mausch (PL)

Ryzykowne stany zdrowia w kontekście pracy socjalnej.....62

Sylwia Drozd (PL)

Wypalenie zawodowe pracowników socjalnych 67

Eva Gajdošová, Soňa Lovašová (SR)

Burn- out syndróm ako následok dlhodobej praxe pracovníkov pomáhajúcich profesií 74

Myszczyzyn Iryna (UA)

Opieka paliatywna jako środowisko wypalenia zawodowego pracownika socjalnego: realia ukraińskie 80

Katarína Greňová, Anton Fabian (SR)

Význam hodnôt v prevencii syndrómu vyhorenia sociálnych pracovníkov.....88

Elena Pavlůvčíková (SR)

Prevencia syndrómu vyhorenia v krízovom poradenstve 94

Magdalena Lubińska - Bogacka, Ewa Zawisza -Maslyk (PL)

Ryzykowne działania pracownika socjalnego ... w pracy z klientem pomocy społecznej.....100

Zdenka Behunová (SR)

Starostlivosť sociálneho pracovníka o seba: model predchádzania vzniku syndrómu vyhorenia 112

Richard Geffert (SR)

Postmoderná sociálna realita a nárast rizikového správania. nielen v sociálnej práci.....118

Agnesa Kočišová (SR)

Stratégie zvládania záťaže sociálnych pracovníkov súvisiace s agresívnym správaním klientov 122

Piotr Frączek (PL)

Infrastruktura społeczna i potrzeby szkoleniowe pracowników socjalnych w województwie podkarpackim.....131

Livia Pížová (SR)

Stereotypný výkon sociálneho pracovníka ako možné riziko praxe 142

Ewelina Zdebska (PL)

Stres jako wiodący czynnik wypalenia zawodowego . pracowników socjalnych.....148

Dušan Bally, Katarína Šišanská (SR)

Stres ako súčasť profesie sociálnych pracovníkov 154

Lovašová Dana (SR)

Detská linka ako pracovisko dištančného poradenstva v akademickom prostredí.....160

Kristína Mózešová, Peter Mózeš (SR)

Koncepty vybraných systémových teórií pri posudzovaní sociálnej rizikovosti rodín v intenciách sociálnoprávnej ochrany detí.....164

Beáta Rybárová, Dušan Šlosár (SR)

Sociálna práca s rodinou po rozvode – úprava vzťahov a jej riziká.....171

Martin Hamadej (SR)

Úloha rodinného asistenta pri práci s rizikovou rodinou.....177

Elżbieta Mirewska, Katarzyna Ornacka (PL)

O przemocy instytucjonalnej wobec dzieci i młodzieży w systemie instytucjonalnej pieczy zastępczej jako wyzwaniu dla pracy socjalnej.....182

Elena Gažíková (SR)

Rizikovní klienti oddelenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.....194

Irena Vitálošová (SR)

Riziká posudzovania životnej situácie v oblasti sociálnej kurately detí.....199

Lenka Kvašňáková (SR)

Rizikové a protektívne faktory ako predmet posúdenia životnej situácie ohrozenej rodiny.. 204

Zuzana Šoltésová, Katarína Šišanská (SR)

Násilie v rodine a možnosti sociálneho pracovníka pri jeho riešení 210

Martina Mojtoová (SR)

Rizikové správanie žien v nechcenom tehotenstve a možnosti intervencie sociálnych pracovníkov.....216

Anton Lisník (SR)

Resocializácia drogovu závislých osôb ako prostriedok predchádzania opätovného sociálno – patologického správania 222

Beáta Balogová (SR)

Zlé zaobchádzanie so seniorom v zariadeniach sociálnych služieb 228

Soňa Hlaváčová, Alena Bašistová, Monika Ponevská (SR)

Riziká sociálnej práce s marginalizovanou skupinou obyvateľstva - bezdomovcami 234

Daniel Šlosár, Peter Tauš (SR)

Prístupy k riešeniu problémov skupín ohrozených chudobou 240

Jozef Vorobel (SR)

Sociálne poradenstvo v komunitách ohrozených sociálnym vylúčením 246

Ewelina Kleszcz- Ciupka (PL)

Social, cultural and health conditions of unemployment.....250

Wojciech Glac (PL)

Pracownik socjalny w polskim systemie prawnym – wybrane zagadnienia 257

Adriana Jurišová, Denisa Zerola, Markéta Rusnáková (SR)

Systematizácia miesta sociálneho pracovníka v rezorte školstva 264

Krzysztof Chaczko (PL)

Szanse i zagrożenia realizacji Programów Aktywności Lokalnej w Polsce.....270

Dana Rosová, Lucia Vojtanéková (SR)

Obete humanitárnych katastrof v rozvojových krajinách ako rizikovní klienti v sociálnej práci 276

Szluz Beata (PL)

Ryzykowne zachowania seksualne bezdomnych kobiet 280

Anna Jašková (SR)

Možnosti prevencie mobbingu na pracovisku 287

Patrycja Pater (PL)

Postawy pracownika socjalnego wobec osób z niepełnosprawnością– zagrożenie czy wsparcie dla podejmowanych działań.....292

Tomasz Eliaz Wardzala (PL)

Znaczenie jakości komunikacji interpersonalnej dla relacji z niepełnosprawnym intelektualnie klientem systemu pomocy

spoločnej.....**Chyba! Záložka nie je definovaná.**

Antónia Sabolová Fabianová, Tatiana Žiaková (SR)

Osobné okruhy problémov dospelého jedinca s mentálnym postihnutím ako klienta v zariadeniach sociálnych služieb 305

Lucia Ištvánová, Eva Žiaková (SR)

Rizikové správanie onkologicky chorého pacienta.. ako klienta sociálnej práce.....312

Ingrid Mladá, Alena Bašistová (SR)

Riziká práce sociálneho pracovníka ako člena ošetrovateľského tímu pri práci s infekčne chorými deťmi.....317

Tomáš Textoris, Vladimír Lichner, Dušan Šlosár (SR)

Výskyt nelátkových závislostí a možnosti ich prevencie u žiakov základných škôl.....324

Michal Panáček (ČR)

Kyberšikana – rizikové chování středoškoláků v Moravskoslezském a Košickém kraji.....331

Magdaléna Halachová, Eva Žiaková (SR)

Kyberšikanovanie študentov vysokých škôl, ako jedno z najzávažnejších sociálnych rizík informačnej spoločnosti.....338

Jana Plavnická, Magdaléna Halachová, Eva Žiaková (SR)

Kyberšikanovanie adolescentov v kontexte sociálnej opory 344

Recenzie

Mgr. Lucia Ištvánová

Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví 351

PhDr. Eva Gajdošová

Sebezpoznaní, sebeřízení a stres. Praktický atlas sebezvládnání. 3., doplněné vydání 353

Mgr. Zuzana Šoltésová

Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením.....355

PhDr. Katarína Greňová

Sociálna náuka Cirkvi aplikovaná v sociálnej práci 357

PhDr. Ingrid Mladá

Vybrané kapitoly z Transakčnej analýzy.....358

Mgr. Dušan Bally

Sociálne služby.....359

Úvodné slovo editorky a zodpovednej riešiteľky

Sociálna práca patrí medzi pomáhajúce profesie, ktoré možno považovať z rôznych hľadísk za vysoko rizikové. Klientela využívajúca sociálne služby je veľmi rozmanitá. Často ide o jedincov vo vyhrotených životných situáciách. Typické je vyhľadanie pomoci, až keď sa klient ocitá na dne. Spolu s inými faktormi to môže viesť k vzniku rôznych rizikových situácií.

Zborník vznikol v rámci riešenia úlohy VEGA č. 1/0332/12 s názvom Analýza vybraných rizikových faktorov klientskeho násillia v sociálnej práci s dôrazom na prevenciu klientskeho násillia a prípravu sociálnych pracovníkov - Národné zmapovanie výskytu násillia klientov voči sociálnym pracovníkom na Slovensku. Tematické zameranie zborníka je širšie, veď klientske násillie je len jedným z mnohých rizík v sociálnej práci.

V zborníku čitateľ nájde 52 článkov, ktoré sa zaoberajú rizikovosťou sociálnej práce z mnohých hľadísk. Ponúkajú zaujímavý prehľad teoretických východísk, ako aj výskumných zistení. Množstvo tematických príspevkov svedčí o tom, že problematika rizika v sociálnej práci je nanajvýš aktuálna a že sa jej venuje pozornosť v oblasti teórie aj praxe.

Prepojenie týchto dvoch oblastí je pre elimináciu rizika a jeho zvládanie nevyhnutnosťou. Veď prípravu odborníkov v zmysle rôznych tréningov, vzdelávaní, či vysokoškolských predmetov realizujú aj „teoretici“. Ich východiská, okrem klasických teórií, tvoria poznatky a potreby odborníkov z praxe, ktoré sa snažia zohľadniť a zapracovať do teórie, ktorú môžu následne ponúkať vo vyššej kvalite, s aplikáciou na konkrétnu oblasť sociálnej práce.

Ak sa tento cyklus podarí úspešne zavŕšiť, je spolupráca medzi teóriou a praxou určite prínosom. Som veľmi rada, že aj my sme k nej prispeli svojim malým, ale dôležitým podielom a že podobné odborné podujatia sa na pôde Katedry sociálnej práce na Filozofickej fakulte UPJŠ stávajú tradíciou.

Soňa Lovašová

Metodologické aspekty hodnotenia a riadenia rizika v sociálnej práci

Dušan Šlosár (SR)

Abstrakt: *Riziko je súčasťou sociálnych vzťahov. Zvyšuje sa, ak sa zasahuje do ľudských práv a slobôd. Sociálna práca je jedným z povolání, pre ktoré sa riziko stalo súčasťou jednotlivých aktivít. Práca v pracovných poliach sociálnej práce, ktorú z väčšej časti tvoria rôzne deviácie, prináša so sebou rôzne formy ohrozenia. Rovnako aj sociálna práca s jednotlivými klientskymi skupinami prináša ohrozenia a rôzne formy rizík.*

Kľúčové slová: *Identifikácia rizika. Meranie rizika. Hodnotenie rizika. Riadenie rizika.*

Abstract: *Risk is a part of social relations. Increases if the violations of human rights and freedoms. Social work is one of the professions for which the risk is incorporated into the different activities. Work in the fields of social work, which mostly consists of different deviations, brings various forms of risk. Similarly, social work with each individual group brings threats and various forms of risk.*

Keywords: *Risk identification. Risk measurement. Risk assessment. Risk Management.*

Vývoj spoločnosti je najmä v posledných rokoch spojený s nárastom disproporcií medzi potrebami a možnosťami, medzi tempom ekonomického rastu v jednotlivých regiónoch, medzi cieľmi a záujmami subjektov sociálnej politiky. Okrem toho sa výrazne menia aj ďalšie externé i interné podmienky rozvoja jednotlivých komunít. Nárast chudoby, strata pozitívnych hodnôt, zmeny v myslení ľudí prinášajú ohrozujúce spôsoby správania sa (Mareš 1999). Mení sa štruktúra klientov sociálnej práce. Narastá agresivita, hostilita a iné prejavy spoločensky neakceptovateľného správania. To všetko sa podieľa na vytváraní rizikového prostredia pre jednotlivcov, skupiny a komunity, ale aj pre tých, ktorí v tomto priestore pracujú. Mnohé takto vznikajúce riziká majú výrazne sociálne súvislosti. To vyvoláva potrebu podrobnejšie sa zaoberať podstatou sociálnych rizík.

Pri posudzovaní vzťahu jednotlivých zdrojov a faktorov rizika zisťujeme, že často ide o určitú kauzálnu reťaz. Jeden zdroj rizika môže v dôsledku ďalších faktorov vyvolať vznik ďalšieho zdroja rizika, ktoré môže mať iný charakter (Lodňanová 2006). Predpokladaná kauzalita ovplyvňuje aj hodnotenie jednotlivých rizík. Riziko môže presahovať rámec sociálnej práce. Riziko môže existovať v sociálnom systéme na ktorý sa sociálna práca zameriava. Sociálny pracovník sa s rizikom môže stretnúť aj ako s latentnou vlastnosťou sociálneho systému. Pri hodnotení kauzálnych vzťahov nemožno zamieňať riziko a príčinu. Riziko samo o sebe nemôže byť príčinou, lebo riziko je atribútom vzťahu.

Riziko je odrazom situácie. Je vyjadrené vzťahom vnímajúceho subjektu, sledovaného objektu (ktorým môže byť aj daný subjekt), podmienkami jeho existencie, jeho funkciami a cieľmi. Na základe toho a podľa účelu môžeme rozlíšiť dve rôzne podoby rizika:

- a) riziko ako možné ohrozenie, ako nebezpečenstvo, ako možnosť škody,
- b) riziko ako neurčitosť, neistota z hľadiska vývoja, ako možnosť odlišného výsledku od očakávaného (Mertna 2007).

V súvislosti s reálnymi sociálnymi dôsledkami spoločenských a ekonomických premien v súčasnom svete je možné rozlišovať:

- sociálne riziká v užšom zmysle (*societal risk*). Sú definované ako možné ohrozenie sociálnych vzťahov jednotlivcov, malých skupín, komunít a častí spoločnosti. Ohrozenie ich sociálnej bezpečnosti, ich potrieb a funkcií, ich kultúry a podmienok všeobecného rozvoja, ako i ďalšie spoločenské riziká,

- sociálne riziká v širšom zmysle - (*social risk*). V tomto prípade ide o všeobecne sociálny charakter rizík a ohrození, rizík pre spoločnosť, pre národy ako aj celé ľudstvo (Leszcynski 2008).

V dôsledku spoločenských premien, globalizačných vplyvov, v európskom kontexte aj v dôsledku rozširovania Európskej únie vznikajú nové problémy súvisiace s diferenciáciou sociálnej štruktúry, či so zmenami na trhu práce. Tieto a ďalšie zmeny prinášajú so sebou novú podobu sociálnych rizík, ktoré prinesú nové riziká do sociálnej práce. Ide najmä o tieto problémy:

- nestabilita zamestnanosti, znižuje sa dostupnosť stabilného zamestnania, obmedzená schopnosť reagovať na zmeny pracovného trhu,
- nárast dlhodobej nezamestnanosti u čoraz väčšej skupiny obyvateľstva vytvára podmienky pre sociálne deviantné správanie, domáce násilie, kriminalitu, alkoholizmus a pod. (Mareš 1999),
- zmeny vo vzdelanostnej a profesijnej úrovni stále väčšej časti obyvateľov,
- zmeny v postavení žien prinášajú ich zrovnoprávnenie na pracovnom trhu. Na druhej strane dochádza k ťažko zvládnutej zmene v zabezpečení sociálnej starostlivosti v rodinách a k jej finančnému podhodnoteniu,
- nárast potreby sociálnej starostlivosti o starých, chorých, osôb so zdravotným postihnutím, rozpor medzi štátnymi a súkromnými poskytovateľmi sociálnych služieb,
- pokles životnej úrovne a kvality života u určitých skupín obyvateľstva s dopadom na úroveň vzdelanosti a na kultúru minoritných skupín, nárast extrémizmu, vznik nových subkultúr a i.¹

Výsledky projektu „Vízia vývoja Slovenskej republiky do roku 2020“, ktorý spracovával Inštitút pre verejné otázky, naznačujú mnohé z vyššie uvedených rizík, modifikované špecifikami sociálnych vzťahov v SR. Súčasný trendy vo vývoji sociálnej štruktúry smerujú k ohrozeniu sociálnej súdržnosti. Ako príčiny a možné dôsledky tohto stavu môžeme identifikovať:

- V sociálnej štruktúre prevažujú ekonomicky slabé domácnosti, ktoré sú sústredené v okrajových regiónoch poznačených vysokou nezamestnanosťou. To spôsobuje stratu pracovných návykov, neschopnosť sa zamestnať a aktívne sa podieľať na pracovnom i spoločenskom živote. Tým je ohrozený systém solidarity ako aj účinný sociálny dialóg.
- Nespokojnosť veľkej časti strednej a nižšej strednej vrstvy so svojim sociálnym postavením. Prejavuje sa netrpezlivosťou, čo znižuje ich úlohu garanta sociálnej solidarity. Tým sa vytvára tlak na nesystémové opatrenia štátu.
- Hrozí medzigeneračný a medzietnický konflikt, ktorý môže viesť k politickému protestu, sociálnemu napätiu až sociálnym nepokojom. Zabúda sa na to, že okrem klasického politikou živeného pseudokonfliktu, existujú skryté budúce konflikty spojené so vznikom „nových“ imigrantských menšín (národnostných, etnických, náboženských).
- Vo väčšine verejnosti pretrváva očakávanie, že garantom aj vykonávateľom sociálnych istôt je iba štát. Sociálna politika štátu sa vníma len ako poskytovanie sociálnych dávok, len pomaly a nedostatočne sa presadzuje funkcia sociálnej práce a sociálnych služieb, ako nedeliteľnej súčasti sociálnej politiky (Vašečka 2003).

Účasť verejnosti na prijímaní rozhodnutí je neoddeliteľnou súčasťou procesu riadenia rizík. Účelom účasti verejnosti je získať nezávislý pohľad na proces a zároveň mať priestor pre informovanie a ovplyvňovanie verejnosti. Účasť prispieva k skvalitneniu vstupných

¹ Nová sociálna rizika trhu práce a potreby reformy jeho politické regulácie po vstupe ČR do EÚ. [on line]. Projekt Monitoring a vyhodnocení potřeb. Dostupné na: <http://www.mopo-cz.eu/stranky/nova-socialni-rizika>

údajov použitých v procese, tvorbe ďalších variantných riešení znižovania rizika, akceptovateľnosti výsledkov verejnosťou. Pri rokovaniach s verejnosťou sú využívané rôzne techniky dohadovania s cieľom vyjasnenia záujmov a postojov. Od voľby správnej techniky často závisí výsledok procesu od účasti verejnosti. Veľmi dôležitou časťou je správne odhadnúť a pozitívne ovplyvniť štruktúru vnímaných rizík u jednotlivca a tým ho doviesť k prijímaniu a realizácii opatrení na minimalizáciu rizika na prijateľnú úroveň.

Vývoj spoločnosti je najmä v posledných rokoch spojený s nárastom disproporcií medzi potrebami a možnosťami, medzi tempom ekonomického rastu v jednotlivých regiónoch, medzi cieľmi a záujmami subjektov sociálnej politiky. Okrem toho sa výrazne menia aj ďalšie externé i interné podmienky rozvoja jednotlivých komún. Chudoba, strata hodnôt, zmeny v myslení ľudí prinášajú ohrozujúce spôsoby správania sa klientov sociálnej práce. To všetko sa podieľa na vytváraní rizikového prostredia pre jednotlivcov, skupiny a komunity, ale aj pre tých, ktorí v tomto priestore pracujú. Mnohé takto vznikajúce riziká majú výrazne sociálne súvislosti, čo vyvoláva potrebu podrobnejšie sa zaoberať podstatou sociálnych rizík.

Napriek tomu, že pojem riziko patrí medzi najfrekvencovanejšie, vyznačuje sa nejasnosťou, komplikovanosťou a mnohoznačnosťou. Často k tomu prispieva fakt, že termíny ako zdroj rizika, faktory rizika, príčiny rizika mnohí autori zamieňajú. Riziko je fenomén, ktorý sprevádza ľudstvo od svojho vzniku. Dá sa povedať, že riziko je všade okolo nás. Toto tvrdenie je však zavádzajúce, lebo prisudzuje riziku objektívne reálnu existenciu. Riziko však neexistuje samo o sebe, existuje v súvislosti s objektom, ku ktorému sa viaže a so subjektom, ktorý ho ako riziko vníma. Kostelný (2006) uvádza, že vnímanie a hodnotenie rizika je hodnotiacim súdom a ako také nemôže bez človeka existovať.

Môžeme pochopiteľne uvažovať, či objektom rizika môže byť iba vnímajúci subjekt - človek (riziko pre človeka, pre spoločnosť), alebo či objektom rizika môže byť aj iný živý či neživý objekt (príroda, životné prostredie, technologický proces). Domnievam sa, že áno, ale toto riziko musí byť vnímané človekom, ktorý je schopný toto riziko zaregistrovať, analyzovať, hodnotiť a v konečnom dôsledku aj redukovať či vylúčiť. Napriek tomu, že existujú stovky definícií, ani jedna nerieši uspokojivo všetky atribúty, ktoré sú s podstatou rizika spojené. Je to práve preto, že riziko samo o sebe nie je definovateľné ako objektívna realita. Aby sme mohli hovoriť o riziku, musíme nevyhnutne hovoriť o faktoroch, o takej kombinácii situačných faktorov, ktoré vytvárajú situáciu rizika. Riziko sa všeobecne vníma ako možnosť vzniku nežiaducej udalosti, v ekonomických a manažérskych disciplínach sa chápe riziko širšie ako neurčitosť alebo neistota. No opäť sa tu zabúda na to, že neurčitosť alebo neistota sa viaže k objektu, že neurčitosť čoho máme na mysli, neistotu v čom? Je zrejmé, že ide o neurčitosť poznania, neistotu vyplývajúcu z nedokonalého poznania objektívnej reality, z neúplnosti potrebných informácií.

Analýza, hodnotenie a riadenie sociálnych rizík a kríz sa tak stávajú novými problémami manažmentu riadenia rizík v širšom poňatí. V posledných desaťročiach sa poňatie manažmentu riadenia rizík výrazne menilo. V súčasnosti sa ustáľuje názor, že pod pojmom manažment riadenia rizík potrebné chápať cieľavedomý koordinovaný proces zameraný na prevenciu, elimináciu priebehu a odstraňovanie dôsledkov javov, ohrozujúcich alebo schopných významným spôsobom ohroziť bezpečnosť spoločnosti, životy a zdravie ľudí, ich majetok ako aj životné prostredie.

Vzhľadom na rôzne oblasti spoločenského života, v ktorých sa krízový manažment môže uplatňovať, na rôzne typy subjektov ako aj rôzne úrovne riadenia, je možné krízový manažment poňmať nasledujúco:

1. Manažment riadenia rizík ako systém a proces vojensko-politických opatrení.
2. Manažment riadenia rizík ako systém opatrení štátu, orgánov verejnej správy, podnikov a ďalších organizácií zameraný na prevenciu, zníženie a elimináciu zdrojov kríz, na

odstraňovanie dôsledkov prírodných katastrof, technologických a ekologických havárií, zdravotných kríz a humanitárnych katastrof.

3. Manažment riadenia rizík ako systém zásad a opatrení štátu, hospodárskych subjektov, najmä priemyselných podnikov, zameraný na riešenie situácií ohrozujúcich prosperitu a ekonomickú stabilitu (Sedlák 2001).

Riešenie problémov, ktoré súvisia so sociálnymi rizikami, s krízami v sociálnych vzťahoch, s krízami, ktorých príčiny sú primárne sociálneho charakteru, zostávalo donedávna trochu stranou. Manažment riadenia rizík tak v obsahovej ako aj inštitucionalizovanej forme môže mať aj podobu procesu a systému opatrení zameraného na odhaľovanie rizík a krízových javov v sociálnom systéme spoločnosti, na redukciu a elimináciu hrozieb narušujúcich sociálnu bezpečnosť, sociálnu stabilitu a súdržnosť jednotlivých prvkov spoločnosti.

Sociálni pracovníci musia byť schopní reagovať aj na také krízové situácie, ktoré môžu vzniknúť v sociálnom systéme, ako napr.:

- kriminalita, vandalizmus,
- dôsledky alkoholizmu, drogovej a inej závislosti,
- národnostná, rasová, náboženská, názorová a iná neznášanlivosť,
- dôsledky dlhodobej nezamestnanosti, sociálna exklúzia,
- úpadok vzdelania a kultúry, vznik nových subkultúr,
- sociálne konflikty, sociálne nepokoje a iné.

Mnohé z týchto javov sa objavujú v súvislosti s inými krízovými javmi, iné majú hlbšie príčiny. Jednou z úloh spoločenského systému je identifikovanie sociálnych rizík ako aj odhaľovanie, znižovanie a eliminovanie príčin i prejavov možných sociálnych kríz.

Existuje množstvo modelov **manažmentu rizika** napríklad podľa NIST, ISO 31000, COSO ERM. Vo všeobecnosti sa dá tvrdiť, že každý sociálny systém, rôzne formy organizácie sú jedinečnými. Preto by mali mať svoj vlastný model manažmentu rizík, ktorý používa postupy z viacerých modelov. Neexistuje jediná správna cesta pri ohodnocovaní rizík. Je nutné nájsť model, ktorý čo najviac zodpovedá realite v sociálnej práci. Jednotlivé fázy (podľa ISO 31000) sú popísané v týchto aktivitách:

1. plánovanie a určenie rámca
2. identifikácia rizík - rozhovory, dotazníky, štúdium dokumentácie
3. analýza rizík - stanovenie priorít a možných reakcií
4. hodnotenie rizík
5. znižovanie rizík

Medzi základné úlohy riadiacich pracovníkov na všetkých úrovniach štátnej správy, územnej samosprávy, manažérov v oblasti sociálnej práce, ako aj predstaviteľov rôznych organizácií zameraných na verejnú kontrolu patrí identifikovanie rizík vo všetkých oblastiach života spoločnosti a hľadanie ciest na ich znižovanie. Tento proces je permanentný, musí prebiehať kontinuálne a vytvárať podmienky na priebežne zlepšovanie súčasného stavu. Manažment rizík sa zaoberá práve aktuálnymi problémami, ktoré môžu ohroziť výkon sociálnej práce.

Jedným z kľúčových termínov v problematike rizík je bezpečnosť. Charakterizuje stavy minimálnou úrovňou rizík. Predstavuje teda koncový stav, ku ktorému sa chce sociálna práca dopracovať, aby sa mohla optimálne vyvíjať. Termín bezpečnosť je párovým termínom s termínom nebezpečenstvo. Je to teda jeden z dvoch protikladných stavov existencie spoločenského systému, v ktorom sa môže počas svojej existencie nachádzať.

Úroveň bezpečnosti sociálneho pracovníka, ale aj každého klienta, je vytváraná širokou škálou rôznych činiteľov, ktoré ovplyvňujú procesy a činnosti nevyhnutné na splnenie stanovených cieľov sociálnej práce. Bezpečnosť môže byť ovplyvnená napríklad:

- politickými činiteľmi – sú založené na charaktere a forme politickej moci, na systéme verejnej správy, na postavení štátu v medzinárodnom dianí,
- právnymi činiteľmi – vytvorenie účinných právnych nástrojov na bezproblémový priebeh procesov sociálnej práce,
- vnútorno-bezpečnostnými činiteľmi – súvisia so zaručením ochrany občanov, majetku, kultúrnych a spoločenských hodnôt, ale aj životného prostredia v akejkoľvek situácii vrátane krízových situácií,
- ekonomickými činiteľmi – sú založené na fungujúcom hospodárstve štátu, jeho štruktúre a schopnosti reagovať na krízové javy a narušenia stability hospodárskeho vývoja v dôsledku zmien vonkajšieho prostredia, ako na schopnosti štátu vytvárať prijateľnú životnú úroveň občanov,
- sociálnymi činiteľmi – spojenými so zabezpečovaním zákonmi zaručenej úrovne sociálnych podmienok na život človeka v každej jeho etape, poskytovanými sociálnymi službami, sociálnou pomocou a starostlivosťou,
- ekologickými činiteľmi – vytvárajú podmienky na život na našej planéte, v každom jej regióne a územnom celku a zachovávajú predpísané štandardy aj pre budúce generácie,
- technickými a technologickými činiteľmi – umožňujú vykonávať činnosti súvisiace s výrobou a zabezpečovaním služieb na prospech spoločnosti a bez ohrozenia ľudí, prírody, aj hospodárstva,
- energetickými činiteľmi – sú založené na pokrytí všetkých potrieb spoločnosti na energiu, od zabezpečenia výroby a služieb, až po zabezpečenie domácností,
- informačnými činiteľmi – vytvárajú podmienky na potrebnú mieru informovanosti spoločnosti o skutočnostiach nevyhnutných pre život každého jednotlivca, zjednodušujú rôzne administratívno-správne procesy a zabezpečujú ochranu osobných údajov jednotlivca i ochranu utajovaných skutočností definovaných štátom (Merna 2007).

Všetky deje, procesy a konkrétne činnosti, ktoré sú účelovo zameranými aktivitami človeka, neprebiehajú v prevažnej väčšine tak, ako si ich človek naplánuje.

V podmienkach istoty (určitosti) prebieha len zanedbateľné množstvo ľudských aktivít, ktoré majú deterministický charakter. Istý výsledok (istotu) je možné očakávať len v niektorých sociálnych procesoch pri dodržaní rovnakých vnútorných, ale aj vonkajších podmienok počas prebiehajúcich dejov a procesov. Istota je dodržanie plánovaných ukazovateľov prebiehajúcich činností bez akýchkoľvek odchýlok a jednoznačnosť všetkých skutočností.

V ľudskej činnosti sú dominantné procesy, pre ktoré je charakteristická neistota (neurčitosť), čo je podmienené stochastickou podstatou procesov. Prevažná väčšina ľudských aktivít vykonávaných činností sa teda uskutočňuje v podmienkach neistoty. Neistota sa podieľa na variantnosti výsledkov čiastkových činností, ktoré potom spôsobujú neistotu vo vzťahu k konečnému dosahovanému cieľu. Kým neistota je nepoznané, neurčitosť je nepoznané a neznáme. Pre neistotu sú charakteristické:

- variantnosť priebehu aktivít, činností a procesov, ktorá neumožňuje presnú predikciu ich budúcich výsledkov,
- fenomén, prejavom ktorého sú odchýlky skutočných výsledkov od plánovaných hodnôt stanovených cieľov,
- nejednoznačnosť výsledkov.

Znižovanie miery neistoty (neurčitosti) prebiehajúcich stochastických procesov, javov a činnosti je významnou úlohou na úseku dosahovania plánovaných cieľov, t.j. v snahe dosiahnuť očakávaný, prípadne aspoň čiastočne očakávaný výsledný efekt. Znižovanie neistoty sa môže uskutočňovať prostredníctvom:

- Odstraňovania objektívnych príčin neistoty:
 - odstraňovanie objektívnych príčin neistoty nie je možné, prípadne, že je možné len čiastočne,
 - neustále sa zväčšujúca úroveň ľudského poznania však v niektorých špecifických otázkach umožňuje čiastočne obmedzovať aj objektívne príčiny neistoty,
- Odstraňovania subjektívnych príčin neistoty:
 - je možné do určitej miery (s výnimkou existujúcich náhodných procesov, prípadne ak ich časti majú náhodný charakter),
 - úplne (závisí na predpoklade, že sa podarí získať ďalšie informácie, ktoré umožnia hlbšie poznanie objektu).

Výsledný efekt dejov, procesov a konkrétnych činnosti, ktoré sú účelovo zameranými aktivitami človeka, je závislý od:

- stability jednotlivých prvkov hodnoteného systému,
- vzájomných väzieb medzi prvkami systému,
- podielu jednotlivých prvkov na celku (od ich váhy) (Mikolaj 2004).

Nestabilitosť je zdroj celkovej lability sústavy a tým aj narušenia jej schopnosti plniť plánované úlohy, čo môže viesť až k vzniku následnej krízy. Miera nestability je rozptyl skutočného cieľového výsledku, výkonu alebo efektu od predpokladaného alebo plánovaného výsledku.

Pri definovaní rizika, ako vyplýva z predchádzajúceho textu, sa v prevažnej väčšine prípadov vychádza z dvoch základných skutočností:

- výskyt nežiaduceho dôsledku,
- pravdepodobnosť, s akou tieto dôsledky môžu nastať (t. j. neistota, že bude dosiahnutý plánovaný výsledok prebiehajúcich dejov).

Riziko = neistota x nežiaduci dôsledok

$$\text{Riziko} = \frac{\text{nebezpečenstvo (ohrozenie)}}{\text{preventívne opatrenia (ochrana)}}$$

Z uvedeného vyplýva, že:

- riziko je možné znižovať uskutočňovaním preventívnych opatrení, prípadne rôznymi foriem ochrany pred reálnym ohrozením,
- riziko nemôže byť nulové,
- samotné uvedenie si rizika znižuje riziko (Šimák 2001).

V praxi sa teda skôr stretávame s minimálnou úrovňou rizika, na úroveň ktorého sa snažíme dostať v procese znižovania rizika. Toto riziko má niekedy aj charakter zostatkového rizika, ktoré už ďalej nemôžeme znižovať bez zmien v stanovených vnútorných a vonkajších podmienkach (napr. miera bezpečnosti výkonu sociálnej práce, poskytovanie sociálnych služieb, sociálno-právna ochrana atď.). Minimálna úroveň rizika teda predstavuje riziko, ktoré:

- je možné považovať za minimálne možnú úroveň rizika (prakticky však o ňom môžeme hovoriť ako o nemožnom),
- je nutné priebežne monitorovať, aby sme mohli včas zaznamenať prípadne zmeny v miere rizika, ale aj v jeho charakteristike.

Riziko vyjadruje možnosť ohrozenia sociálneho pracovníka. Prípadne jeho klientov dôsledkami rôznych mimoriadnych udalostí a krízových javov. Sú to očakávané škody a straty (na životoch, zdraví, škody na majetku, prerušenie sociálnych aktivít, atď.) zavinené zmenou vonkajších a vnútorných podmienok v konkrétnom priestore a v konkrétnom čase. Spravidla je založené na matematickej kalkulácii pravdepodobnosti. Výpočet pravdepodobnosti je reálny v prípadoch, keď ide o relatívne sa opakujúce ohrozenia (dopravné nehody, ...). Na druhej strane sa komplikovanejšie určuje pravdepodobnosť takého rizika, s ktorým nie sú skúsenosti a preto nie je o ňom vytvorený dostatočný štatistický hodnoverný súbor údajov (napr. riziko ohrozenia v prípade sociálnych nepokojov, teroristického útoku apod.). Riziko je vždy spojené s objektívnou existenciou ohrozenia, hrozby a subjektívnou pripravenosťou (zraniteľnosťou) túto hrozbu znášať. Riziková máme tiež ako ohrozenia bezpečnosti spoločnosti, štátu, sociálno-ekonomického alebo sociálno-politického systému (*bezpečnostné riziko*) (Smejkal 2010).

Sociogénne riziká sú jednoznačne spojené s sociálnymi javmi, so správaním sa človeka ako jedinca ako osobnosti a neopakovateľnej individuality. Sú však závislé aj na:

- kvalite práce jednotlivca,
- schopnosti ľudí komunikovať navzájom,
- účinnosti riadenia pracovných kolektívov,
- pracovných podmienkach vytvorených pre zamestnancov,
- miere kvality sociálnych služieb poskytovaných klientom.

Sociálne riziká sú spojené s vytváraním sociálnej stability a istôt pre obyvateľov SR. Miera nezamestnanosti predstavuje jeden zo základných ukazovateľov, ktoré umožňujú posúdiť reálnu úroveň hospodárstva krajiny a možnosti a zdroje využívané na eliminovanie sociálnych rizík. V prosperujúcej spoločnosti, ktorá má dostatok zdrojov na verejné účely sa minimalizujú aj sociálne riziká. Nezamestnanosť je udržiavaná na minimálnej miere. O nezamestnaných je postarané kvalitným sociálnym systémom, podobne ako o dôchodcov. Štát sa stará o vzdelávací systém i o rozvoj kultúry. Na Slovensku je však vysoká miera nezamestnanosti, transformujúci sa dôchodkový systém sa len rozbieha, nedarí sa zvládať problémy značnej časti rómskej komunity, vzdelávací systém nie je dostatočne dotovaný zo štátnych zdrojov, ...

Význam i rozsah týchto rizík narastá v období, kedy je v štáte nedostatok verejných financií a ekonomická produktivita hospodárstva štátu je nízka. Uvedené skutočnosti sa všeobecne odrážajú na raste nezamestnanosti, znižovaní úrovne sociálneho zabezpečenia a prejavujú sa aj snahou o obmedzenie investícií a tlakmi na zhospodárnenie verejnej správy a znižovanie dávok sociálneho zabezpečenia občanov. Uvedené charakteristické znaky sú spojené s súčasným obdobím rozvoja SR. Napriek rade deklarovaných pozitívnych trendov na makroekonomickom úseku hospodárstva štátu, transformačné procesy si vyžadujú ďalšie hospodárňovanie činnosti verejnej správy, ale aj znižovanie rozpočtových dotácií do sociálnej oblasti a služieb (napr. investície do zdravotníctva, školstva, ako aj sociálnej starostlivosti o občana,).

Manažment rizika (risk management) je logická a systematická metóda určovania súvislostí akýchkoľvek činnostiach, funkciách alebo procesoch, identifikovania rizík, ich

analýzy, hodnotenia, znižovania a priebežného monitorovania, ktorá umožňuje minimalizovať straty a maximalizovať príležitosti.

Proces manažmentu rizika je možné uplatňovať v činnosti sociálnej práce, sociálnych inštitúcií, organizácií, ktoré poskytujú sociálne služby manažérskych tímov na úrovni štátnej správy a samosprávy, právnických a fyzických osôb poskytujúcich sociálne služby, medzi ktoré patria:

- orgány verejnej správy (ústredné, regionálne, miestne),
- nimi zriadené organizácie poskytujúce sociálne služby (zariadenia pre seniorov, DSS)
- komerčné organizácie (poskytujúce sociálne služby),
- záujmové združenia fyzických a právnických osôb (s povinným alebo dobrovoľným členstvom).

Manažment rizika predstavuje kultúru, procesy a štruktúry zamerané na efektívne riadenie potenciálnych príležitostí a možných neželateľných dôsledkov. Je to interaktívny proces skladajúci sa z krokov, ktoré pri zachovaní plánovanej postupnosti umožňujú trvalé skvalitňovanie rozhodnutí a tým následne aj zlepšovanie výsledkov uskutočňovaných procesov. Manažment rizika musí byť integrálnou činnosťou každej sociálnej praxe, bezohľadu na úroveň riadenia (od strategickej až po prevádzkovú). Manažment rizika je možné charakterizovať týmito skutočnosťami:

- je súčasťou vied o riadení rizika,
- jeho teoretickým základom je teória riadenia,
- jeho podstatou je usmerňovanie tvorivých procesov, ktorých výsledkom je odhaľovanie rizík, ich cieľavedomé znižovanie a minimalizovanie pravdepodobnosti vzniku kríz,
- umožňuje reálne oceniť slabé a silné stránky riadiacich činností a tvorivých procesov, skvalitniť pracovné procesy a skvalitniť fungovanie dotknutých sociálnych systémov.

Manažment rizika je jedným z nástrojov, pomocou ktorých je možné zvyšovať mieru bezpečnosti rôznych procesov a konkrétnych činností v oblasti sociálnej práce. Ako nástroj identifikovania, hodnotenia, ale aj znižovania rizík sa môže v sociálnej práci uplatňovať v:

- spoločenských procesoch (politické systémy, legislatívne procesy, sociálne zabezpečenie, ...),
- ekonomických činnostiach (náklady na poskytovanie sociálnej služby, vybavenosť pracovísk na ktorých sa poskytujú sociálne služby, zohľadnenie zaťaženia sociálnych pracovníkov...),
- technologických procesoch (vybavenosť technológiami, bezpečnosť informačných systémov, prevádzkové a údržbové činnosti,...),
- dopravných procesoch (zabezpečenie prepravy klientov, terénnych sociálnych pracovníkov...),
- ochrane ľudí, materiálnych hodnôt a životného prostredia (výkon sociálno-právnej ochrany, práca s bezdomovcami, práca s osobami so zdravotným postihnutím ...)

V procese riadenia rizika je nevyhnutné rešpektovať zásadu postupných krokov v jednotlivých úrovniach riadenia sociálnej práce. Ide o opatrenia v týchto oblastiach:

Vrcholový manažment sociálnej práce podporuje proces uplatňovania zásad manažmentu rizík v podmienkach sociálnej práce.

- na úrovni vrcholového manažmentu je nevyhnutné vypracovať filozofiu ovplyvňovania rizika v sociálnej práci,
- nevyhnutná je aktívna trvalá podpora štatutárneho zástupcu organizácie procesom, ktoré sú zamerané na znižovanie rizík v sociálnej práci,

- vo vedení sociálnej práce je potrebné dosiahnuť konsenzus a všetci vedúci pracovníci musia túto prijaté opatrenia plne podporovať,
- na uskutočňovanie aktivít zameraných na riadenie rizika musia byť vyčlenené finančné zdroje,
- zabezpečenie odbornej prípravy vzdelávania a inštruovania výkonného manažmentu riadiaceho sociálnu prácu.

Organizácie poskytujúce sociálne služby, sociálno-právnu ochranu a sociálnu starostlivosť musia vypracovať politiku na úseku manažmentu rizík.

Tým sa vytvorí základné predpoklady na riadenie rizika v celej organizácii a vo všetkých jej činnostiach. Takáto politika manažmentu rizík v sociálnej práci má zahŕňať údaje o:

- cieľoch politiky a zdôvodnení významu manažérstva rizika v organizácii,
- väzbách medzi politikou a strategickým plánom organizácie,
- rozsahu problémov, na ktoré je táto politika zameraná,
- definovaní akceptovateľného rizika v konkrétnych podmienkach organizácie a o postupoch jeho stanovovania,
- stanovení osobnej zodpovednosti za riadenie rizík,
- podpore a pomoci zhora dole v procese riadenia rizík,
- o štruktúre a obsahu nevyhnutnej dokumentácie,
- kontrolných mechanizmoch pri preskúvaní činnosti organizácie pri uplatňovaní politiky na úseku riadenia rizika.

Oboznámenie všetkých manažérov i výkonných pracovníkov s vypracovanou politikou riadenia rizík.

Prvým predpokladom je, že riadenie rizika sa stane integrálnou časťou plánovania, výkonných manažérskych procesov, ale aj všeobecnej kultúry organizácie. V rámci toho je nevyhnutné vypracovať, určiť a zaviesť prvky infraštruktúry na podporu opatrení riadenia rizika. V rámci týchto činností je potrebné:

- vytvoriť tím, ktorého členom je príslušník vrcholového manažmentu zodpovedný za internú komunikáciu pri uplatňovaní politiky riadenia rizík,
- zvyšovať povedomie o nevyhnutnosti riadiť rizika,
- vytvoriť podmienky na komunikáciu v celej organizácii o riadení rizika a o politike organizácie na tomto úseku,
- nadobudnúť zručnosti v manažérstve rizika prostredníctvom konzultantov a získavania zručností pracovníkov vzdelávaním a špeciálnou odbornou prípravou,
- zabezpečiť primerané motivačné nástroje ku ktorým patria medzi nich možnosti uznania, rôzne druhy ocenenia, ale aj sankcií,
- vytvoriť zásady a procesy posudzovania výkonnosti organizácie v nadväznosti na účinnosť riadenia rizík.

Riadenie rizík na úrovni sociálnej práce musí byť integrovaný so strategickým plánovaním a manažérskymi procesmi v sociálnej práci.

V rámci týchto postupov je nevyhnutné určiť program riadenia rizík na úrovni organizácie poskytujúcej sociálne služby prostredníctvom aplikácie systému manažérstva rizika, v ktorom budú stanovené:

- súvislostí organizácie s manažérstvom rizika,
- rizika aktuálne pre organizáciu,
- analýzy a hodnotenia týchto rizík,
- stratégie zaobchádzania s rizikami,

- mechanizmy preskúmania metód sociálnej práce,
- stratégie zvyšovania povedomia, získavania zručnosti, prípravy a vzdelávania pracovníkov na všetkých stupňoch riadenia organizácie.

Riadenie rizík na úrovni sociálnych pracovníkov a ich pracovných tímov.

Riadením má za úlohu vytvoriť podmienky na vypracovanie a určenie programu manažerstva rizík pre každý úsek činnosti sociálnej práce. Ide o každú metódu, techniku, projekt alebo každý postup tímu prostredníctvom aplikácie procesu manažerstva rizika. V rámci toho je potrebné:

- proces riadenia rizík integrovať s inými plánovacími a manažérskymi činnosťami,
- zdokumentovať realizovaný proces, prijaté rozhodnutia a plánované činnosti.

Vytvorenie účinných nástrojov monitorovania a preskúmania rizík.

Umožňujú priebežne hodnotenie účinnosti procesu riadenia rizík v organizácii sociálnej práce. Pomocou uvedených vypracovaných mechanizmov je možné:

- zabezpečiť trvalé preskúvanie rizík v sociálnej práci,
- zabezpečiť, aby politika zavádzania a manažerstva rizika zostávala aktuálna, aj keď sa neprestajne menia okolnosti a treba preskúmať predchádzajúce rozhodnutia,
- efektívne monitorovať a preskúmať procesy manažerstva rizika v sociálnej práci, pretože riziká sú statické (Šimák 2001).

Posudzovanie rizík v akomkoľvek prostredí jasne dokazuje, že úroveň bezpečnosti procesov, činností, aktivít, prípadne úroveň bezpečnosti prostredia ako aj stavieb alebo zariadení je priamo spojená s hodnotovými kritériami. Teda vyvoláva potrebu vykonania aj ekonomickej analýzy. Povinnosťou kompetentných osôb pracujúcich v prostredí, kde môžu vzniknúť krízové situácie (sociálni pracovníci pracujúci v štátnej správe alebo samospráve či neverejní poskytovatelia sociálnych služieb,) musí byť aj vykonávanie činností, ktoré sú súčasťou manažmentu rizík v sociálnej práci:

- určenie súvislosti v procesoch sociálnej práce,
- identifikovanie rizík v procesoch sociálnej práce,
- analyzovanie rizík v súvislostiach sociálnej práce,
- hodnotenie rizík vo vzťahu k sociálnym pracovníkom, ich klientom a sociálnemu prostrediu,
- minimalizovanie (znižovanie, prípadne odstraňovanie) rizík z pohľadu ich závažnosti,
- oboznámenie dotknutých osôb so zostatkovými rizikami ktoré prináša prostredie či súvisiace vzťahy,
- priebežne kontrolovanie (monitorovanie) úrovne rizík v sociálnej práci.

Manažment rizík začína určením súvislostí vzájomných väzieb v procesoch sociálnej práce, ktoré môžu mať charakter strategických súvislostí, organizačných súvislostí, ale aj súvislostí hodnotených procesov so samotným manažmentom rizík. Tieto súvislosti uľahčujú identifikovať oblasti sociálnej práce, v ktorých sa nachádzajú rizika ohrozujúce ich funkcie, prípadne aj existenciu.

Určenie strategických súvislostí má za úlohu posúdiť postavenie sociálnej práce v príslušnom prostredí alebo v systéme, ako aj jeho strategické ciele a význam prespoločnosť. V rámci tohto procesu je nevyhnutné vykonať strategickú analýzu, prípadne pomocou SWOT analýzy posúdiť silné a slabé stránky organizácie, ako aj aktuálne príležitosti a hrozby.

Určenie organizačných súvislostí je založené na zameraní sociálnej práce, jej cieľoch a schopnostiach a možnostiach dosiahnuť ich. V tejto súvislosti je dôležité správne posúdiť vnútorné mechanizmy, postupy a väzby v procesoch, pomocou ktorých sociálna práca

dosahuje plánované ciele. Následne je potrebné určiť oblasti sociálnej práce, v ktorých sa vyskytujú neakceptovateľné rizika pre hodnotený objekt a sformulovať opatrenia, prostredníctvom ktorých je možné dané riziká znižovať.

V ďalšej časti je možné určiť, ktoré ciele, zámery, či predmety činnosti sociálnej práce potrebné posudzovať prostredníctvom nástrojov manažmentu rizík. Riešenie uvedených problémov má za úlohu vytvoriť rovnováhu nákladov, úžitku a príležitostí, ale tiež aj definovať zdroje a aktivity, ktoré je nevyhnutné zachovať. Manažment rizík musí vo vzťahuk sociálnej práci:

- určiť rozhodujúce činnosti a aktivity sociálnej práce, ako aj ich ciele a zámery,
- stanoviť rozsah aktivít sociálnej práce v čase a priestore,
- určiť zdroje konkrétnych rizík v sociálnej práci,
- stanoviť kroky na minimalizovanie rizík, ktoré sú uskutočňované v rámci manažmentu rizík (Popper 1994).

Dôležitou súčasťou tejto úvodnej časti manažmentu rizík v sociálnej práci je aj vypracovanie kritérií hodnotenia rizík. Riziko je možné hodnotiť z rôznych pohľadov a každému z nich je nevyhnutné stanoviť merateľné kritéria. Uvedené kritéria sú veľmi úzko zviazané so sociálnou prácou, s jej internými politikami, metódami a technikami ako i špecifickými postupmi. Kritéria musia byť jednoznačne definované od začiatku, pričom musia rešpektovať interné a externé názory, ale aj platné právne prostredie.

Identifikácia rizikových činiteľov je proces určovania tých činností, procesov, veličín, ktorých možný budúci vývoj by mohol ovplyvniť (negatívne aj pozitívne) bezpečnosť subjektu. Predstavuje dobre štruktúrovaný systematický proces, ktorého cieľom je odhaliť všetky riziká, bez ohľadu na to či sú alebo nie sú pod kontrolou posudzovanej organizácie.

Základom na určenie rizikových faktorov sú znalosti a expertné skúsenosti pracovníkov, ktorí sú dokonale oboznámení s hodnotenými procesmi a činnosťami. V rámci nich je celá množina faktorov prognosticky značne neistých. Preto je potrebné hľadať analógie v obdobných, prípadne už v minulosti uskutočnených procesoch.

Cieľom identifikácie rizikových činiteľov je vytvoriť zoznam udalostí, ktoré by mohli spôsobiť nežiaduce narušenie prebiehajúcich procesov sociálnej práce. Postupne sú posudzované všetky zdroje rizík (metódy využívané sociálnou prácou, manažérske činnosti, politické okolnosti, ekonomické procesy, právne vzťahy, ľudské správanie, činnosti jednotlivcov, ...) vo vzťahu na jednotlivé oblasti vplyvu (sociálnu prácu, zariadenia sociálnej práce, výkonnosť, príjmy a výnosy, správanie sa organizácie, plánované činnosti, sociálnych pracovníkov, životné prostredie, ako aj nehmotné činitele – dobré meno organizácie, kvalita života, dobrá vôľa). Uvedený postup je možné zjednodušiť pomocou šablóny identifikácie rizík.

Zoznam bibliografických odkazov

BECK U. *Moc a protiváha v globálnom veku*. Bratislava: Slon. 2009. ISBN 978-8086429-67-0.

BERNSTEIN B. *Class, Codes and Control. Theoretical Studies towards a Sociology of Language*. 1973. Volume 2. London: Routledge & Kegan Paul.

COLEMAN J. S., Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, Vol. 94, p. 95-120. In: BODNÁROVÁ, B. et al., *Medzigeneračná reprodukcia chudoby. Sekundárne analýzy teoretických konceptov a empirických zdrojov. Priebežná správa*. Bratislava: Stredisko pre štúdium práce a rodiny. 2001.

CUTTER S. *Living with risk*. New York: Armonk, 1993. ISBN 0-7656-0196-6.

DONNELLY J. L., J. M. GIBBON, J. M. IVANCEVICH *Management*. Praha: Grada Publishing. 1997.

- KOPŘIVA K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál. 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.
- KŘIVOHLAVÝ J. *Jak zvládat stres*. Praha: GradaAvicenum, 1994. 192 s. ISBN:80-7169-121-6.
- LESZCZYŃSKI M. Bezpieczeństwo socjalne a bezpieczeństwo państwa. In *Securitologia* nr 7/2008. Kraków: Wydawnictwo European Association for Security, s.69-80.
- MATOUŠEK O. a kol. *Metódy a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha : Portál. 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MERNA T., AL-THANI, F.F. *Risk Management. Řízení rizik ve firmě*. Praha: Comuter Press 2007. ISBN 978-80-251-1547-3.
- MIKOLAJ J. *Rizikový manažment*. Žilina: RVS FŠI ŽU, 2001, ISBN 80-88829-65-8.
- MIKOLAJ J. *Terminológia bezpečnostného manažmentu*. Košice: Miltiprint. 2004. ISBN 80-9691-48-1-2.
- OECD Studies in Risk Manmagement*. [on line]. [cit. 30.10.2014]. Dostupné na: http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/OECD_RiskManagement_Denmark_2006.pdf
- POPPER K.R. *Otevřená společnost a její nepřátelé*. Praha: ISE. 1994. ISBN 80-85241-54-4.
- PROCHÁZKOVÁ D. *Integrální, integrovaná a dílčí bezpečnost*. Praha: Themis. 2008 ISBN 80-7312-054-2.
- REITŠPIS J., M. MESAROŠ *Manažérstvo bezpečnostných rizík*. Žilina: ŽU FŠI EDIS. 2004. ISBN 80-8070-328-0.
- SEDLÁK M. *Manažment*. Bratislava: JURA EDITION. 2001. ISBN 80-89047-18-1.
- SMEJKAL V., K. RAIS, *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích*. 3. vydání. Praha: GradaPublishing, a. s., 2010. 360 s. ISBN 978-80-247-3051-6.
- STN ISO/IEC 27001:2005 *Systémy manažérstva informačnej bezpečnosti*. Slovenský úrad technickej normalizácie. Bratislava 2005.
- SVOZILOVÁ A. *Projektový management*. Praha: Grada Publishing 2006. ISBN 80-247-1501-5.
- ŠIMÁK L. *Krízový manažment vo verejnej správe*. Žilina: FŠI ŽU, Žilina, 2001, ISBN 80-88829-13-5.

Kontakt na autora

Dušan Šlosár, Doc., JUDr., Mgr., PhD.
 Katedra sociálnej práce FF UPJŠ Košice
 Moyzesova 9
 040 01 Košice
dusan.slosar@upjs.sk

Miera clientskeho násilia v sociálnej práci v podmienkach Slovenskej republiky

Soňa Lovašová (SR)

Príspevok vznikol v rámci riešenia grantovej úlohy VEGA č.1/0332/12 Analýza vybraných rizikových faktorov clientskeho násilia v sociálnej práci s dôrazom na prevenciu clientskeho násilia a prípravu sociálnych pracovníkov - Národné zmapovanie výskytu násilia klientov voči sociálnym pracovníkom na Slovensku.

Abstrakt: *Príspevok sa zaoberá mierou výskytu jednotlivých foriem clientskeho násilia v piatich typoch skúmaných subjektov poskytujúcich služby v oblasti sociálnej pomoci a sociálnej starostlivosti.*

Na vzorke 1170 respondentov sa zistilo, že najviac násilia sa vyskytuje v zariadeniach sociálnych služieb a najviac ohrozenou pracovnou pozíciou sú pracovníci denného kontaktu – vychovávatelia, opatrovníci, terapeuti, sociálni inštruktori.

Kľúčové slová: *Klientske násilie. Formy klientskeho násilia. Rizikové faktory.*

Abstract: *The contribution deals the prevalence of the various forms of client violence in five types examined entities providing services in the field of social assistance and social care. For a sample of 1,170 respondents was found that most of the violence occurs in social services and the most vulnerable work position such as daily contact workers - educators, caregivers, therapists, socialinstructors.*

Keywords: *Client violence. Forms of client violence. Risk factors.*

Úvod

Problematikou clientskeho násilia sa odborná verejnosť v zahraničí začala zaoberať približne v osemdesiatych rokoch 20. storočia. Snahu o jej zmapovanie a hlbšie poznanie podnietili prípady úmrtí sociálnych pracovníkov. Jej výskyt sa spočiatku zisťoval nediferencovane v rámci pomáhajúcich profesií. Všeobecne sa dá povedať, že medzi najrizikovejšie povolania patria: psychiatier, psychológ, lekár, zdravotnícky personál, sociálny pracovník, terapeut.

Ide o profesie, ktoré ponúkajú klientovi určitý druh služby a prijímateľ tejto služby je pôvodcom agresie voči poskytovateľovi. Pod službou sa v týchto prípadoch rozumie aj poskytnutie lekárskej starostlivosti. Určitým spôsobom je táto agresia pochopiteľná a predvídateľná - v zmysle toho, komu sú služby (pomoc, starostlivosť, poradenstvo) poskytované. Prijímateľmi sú jedinci, ktorí sa nachádzajú v ťažkej životnej situácii, bez ohľadu na to, či ide o ich fyzické či duševné zdravie, sociálne problémy, problémy vo vzťahoch, rodine, práci a mnoho ďalších. Výslednou reakciou na celkovú situáciu spolu s inými faktormi môže byť práve agresia.

Klientske násilie

Pod **klientskym násilím** je možné rozumieť relatívne široký okruh správania klienta (bývalého klienta, rodinného príslušníka, známeho klienta) voči pracovníkovi. Na základe realizovaných štúdií a výskumných zistení autorky ich možno zhrnúť do niekoľkých oblastí:

- verbálne násilie (krik, nadávky, urážky, vyhrážky apod.),
- pokus o fyzické napadnutie/fyzické ohrozenie,
- fyzické napadnutie (ak došlo k dotyku, napr. facka, sotenie, kopnutie, udretie),
- fyzický útok (útok ako taký, kde došlo k viacnásobným fyzickým kontaktom, bitke apod.),

- sexuálne obtiažovanie,
- sťažnosti nadriadeným, vyhrážky sťažnosťami, súdnym konaním, trestným oznámením,
- škoda na majetku inštitúcie alebo osobnom majetku zamestnanca.

Oficiálna definícia uvádza, že klientske násilie predstavuje úmyselné poškodenie majetku, ohrozenie, slovné napadnutie, pokus o fyzickú ujmu, alebo fyzickú ujmu na sociálnom pracovníkovi alebo inom poskytovateľovi služieb, ktorej pôvodcom je jednotlivec, ktorý je žiadateľom, príjemcom alebo bývalým príjemcom týchto služieb (Beaver 1999).

Faktory podporujúce agresiu

V rámci problematiky klientskeho násillia v sociálnej práci je dôležité poznať nasledovné faktory, ktoré menia toleranciu voči provokácii a v určitej situácii zvyšujú pravdepodobnosť, že dôjde k agresívnemu správaniu:

- vplyv alkoholu na agresívne správanie,
- rodové rozdiely,
- enviromentálne faktory,
- osobnostné charakteristiky.

Vplyvom alkoholu na agresívne správanie sa zaoberali viacerí autori. V minulosti sa predpokladalo, že alkohol je príčinou agresívneho správania. V súčasnosti napr. Giancola (Lovaš 2009) uvádza, že alkohol znižuje schopnosť tlmiť nevhodné správanie prostredníctvom rôznych mechanizmov, čo sa neprejavuje u všetkých ľudí agresívnym správaním, ale je to okolnosť zvyšujúca pravdepodobnosť výskytu agresívneho správania. Alkohol teda nie je priamou príčinou agresívneho správania, no pokiaľ je jedinec provokovaný, alkohol znižuje jeho kontrolu nad agresiou (Lovaš 2009).

Problematike **rodových (gender) rozdielov** pri výskyte násillia sa v poslednom období venovalo mnoho autorov. Väčšina zistení pri tom potvrdila názor bežný v populácii, že muži sú agresívnejší než ženy (Baumgartner 2003). Tieto rozdiely súvisia s odlišnosťou sociálnych rolí žien a mužov: ako uvádza Eagly a Stefffen (Čermák 2003) mužská rola v určitom zmysle inklinuje k agresívnemu správaniu, kým ženská rola je spájaná s odmietaním násillia. Rodovými rozdielmi z hľadiska typov agresie sa zaoberá Björkqvist so spolupracovníčkami (Čermák 2003), ktoré pre tieto účely rozlíšili tri typy agresie:

- priamu fyzickú,
- priamu verbálnu a nepriamu,
- skrytú agresiu, v ktorej rozlišujú sociálnu manipuláciu a racionálne pôsobiacu agresiu.

Výsledky ich výskumov poukazujú na to, že ženy využívajú v rozličných vývinových obdobiach vo väčšej miere skrytú agresiu ako muži, no v dospelosti prejavy skrytej agresie prevažujú aj u mužov, pričom u žien ide o sociálnu manipuláciu a muži využívajú skôr formy racionálne pôsobiacej agresie.

Enviromentálnymi faktormi a ich účinkom na agresívne správanie sa zaoberá enviromentálna psychológia agresivity. Pod enviromentálnymi faktormi sa rozumejú fyzikálne parametre ako sú:

- hluk,
- teplota,
- bolesť,
- toxické škodliviny v ovzduší.

Tieto fyzické podnety zintenzívňujú prebiehajúce správanie, niektoré zvyšujú aktiváciu organizmu. Podľa Ruisela (Čermák 2003). Súvisia aj s redukciou schopnosti tolerovať frustráciu. To všetko môže prispievať k vyvolaniu agresívneho správania.

Práca s agresívnym klientom

Jednou z možností ako pracovať s agresívnym klientom je využívanie krízovej komunikácie. Pri práci s klientom, a zvlášť s agresívnym klientom je dôležité sledovať komunikáciu obojsmerne:

ako komunikuje klient – všímať si aj najmenšie zmeny v jeho správaní v rámci verbálnej aj neverbálnej komunikácie,
sebareflexia vlastnej verbálnej aj neverbálnej komunikácie a reakcie klienta na túto komunikáciu.

Cieľom práce s akútne agresívnym klientom je zabezpečiť bezpečie pre všetkých zúčastnených. Za základné postupy ako zastaviť eskaláciu násilia v jej počiatku, kým sa nevymkne kontrole autorka po skúsenostiach a výskumných zisteniach považuje:

- udržanie pokoja, pokojne rozprávať, vystupovať, zhlboka dýchať, uvoľniť napätie – pokoj sa prenáša na klienta,
- nezvyšovať hlas, neprovokovať, nevyčítať, nevyhrážať sa,
- hovoriť jasne, stručne, zrozumiteľne, používať krátke vety,
- oslovovať menom, na to môže agresor dobre reagovať,
- snažiť sa vniesť pokoj aj do neverbálneho prejavu, pri narušení kongruencie pôsobí vystupovanie neisto, nervózne,
- verbalizovať agresiu klienta, jeho pocity a emócie: „vidím, že máte zlosť, že ste nahnevany...“
- ponúknuť klientovi alternáciu násilia, napr. hodiť niečím bezpečným, dupať, kričať, aktivitu, ktorá neublíži okoliu ani agresorovi,
- nevstupovať do osobného priestoru klienta, nedotýkať sa ho, neobmedzovať ho,
- nestavať sa medzi klienta a únikový východ, nechať jemu (aj sebe) voľnú cestu.

Niektorí autori sa zaoberajú efektívnymi spôsobmi práce s agresívnym klientom aj výskumne. Baines (2004) realizovala v Kanade štúdiu, v ktorej charakterizuje určité **interpersonálne spôsobilosti** ako tiché spôsobilosti nadobudnuté v spolupráci s kolegami. Ich základ predstavuje veľmi citlivé pozorovanie a sledovanie zmien v klientovom správaní, v pracovníkovom prostredí a zachytávanie akýchkoľvek stresorov. Nazvala ho profesionálnym multifaktoriálnym monitoringom a prirovnáva ho k matkinej schopnosti dohliadať na deti a vykonávať pri tom mnohé domáce práce.

Problematikou „**ženskej obrany**“ voči násiliu sa zaoberala Virkki (2008), ktorá tvrdí, že ženy majú určité emocionálne sociálne spôsobilosti, pomocou ktorých sa vedú ubrániť násiliu. Jej štúdia vychádza z toho, že väčšina pracovníkov/čiek v pomáhajúcich profesiách sú ženy a preto sa snaží nájsť v tom nejakú výhodu a naučiť sa ju využívať v praxi. Hovorí o tzv. „emotional habitus“, pod ktorým rozumie určitý internalizovaný mechanizmus zvládania a využívania emócií, ktorý pomáha rozvíjať zmysel pre sociálne a pracovať s emóciami v súlade s pomáhajúcou profesiou. Zistila, že ženy využívajú tzv. „mäkkú“ cestu pri práci s rizikovým klientom, využívajú empatiu, vystupujú pozitívne, pokojne, snažia sa správne interpretovať klientove emócie a vhodne na nich reagovať, zatiaľ čo v sebe spracovávajú negatívne emócie, strach a obavy. Napriek tomu, že ženy využívajú .schopnosti, ktoré sú vo

všeobecnosti vnímané ako ženské, ony k nim pristupujú ako k profesionálnym spôsobilostiam, zlepšujú sa v nich a vedome ich využívajú v problémových situáciách.

DiGulio (2001) odporúča aj **neverbálne stratégie**, ktoré využívajú napr. držanie tela a postoje, ktoré nie sú ohrozujúce, poskytnutie väčšieho fyzického priestoru pre klienta. Využívanie neverbálnych a verbálnych deeskalačných metód môže byť pre sociálneho pracovníka zásadné, ak dôjde k ohrozeniu zo strany klienta. Tieto metódy sú založené na rešpektovaní klienta, schopnosti načúvať mu a brať ho vážne.

Prehľad najnovších štúdií

Štúdia realizovaná na študentoch sociálnej práce (Criss 2010) uvádza, že 41,7% študentov má skúsenosť s nejakou formou klientskeho násillia, 37,5% verbálne násillie, 3,5% fyzický útok až 60,2% malo skúsenosť s KN (vlastná alebo ako svedok).

V Iráne realizovali štúdiu v roku 2009 (Padyab, Chelak, Nygren, Ghazinour 2012) na vzorke 390 sociálnych pracovníkov (autori upozorňujú, že v Iráne sa každý kto pracuje v sociálnej oblasti označuje ako sociálny pracovník, bez ohľadu na vzdelanie), zisťovali výskyt klientskeho násillia v roku predchádzajúcom zberu dát.

Zaujímavosťou je, že výskum prebiehal na základe dopytu vyšších úradov, pričom zistenia mali preukázať možné riziko v práci v rámci nočných služieb a dôsledky na duševné zdravie. Nepotvrdili sa rozdiely vo výskyte násillia z hľadiska veku, rodu, rodinného stavu, dennej a nočnej práce a dĺžky praxe. 67 % respondentov malo skúsenosť s nejakou formou násillia, pričom prevažovali psychologické formy nad fyzickými.

Vo Veľkej Británii bol realizovaný výskum na vzorke 363 zamestnancov, kde autori Harris a Leather (2012) porovnávali rôzne oblasti sociálnej práce a zisťovali súvislosti medzi vystavením násilliu a prežívaním uspokojenia z práce, podávaním správ o stresových symptómoch a pocitmi zraniteľnosti. V rámci výskytu klientskeho násillia zistili, že 93 % respondentov zažilo počas svojej praxe verbálne napadnutie, 71 % ohrozenie alebo zastrašovanie, 56 % fyzické napadnutie (čo je naozaj vysoké číslo v porovnaní s inými štúdiami), 8 % napadnutie s rasovým podtónom, 29 % sexuálne napadnutie.

Autorky Winstanley a Hales (2014) realizovali výskum na vzorke 87 zamestnancov detských domovov. Zistili, že 81 % bolo za posledný rok napadnutých alebo ohrozených násillím, 50 % viac ako desať krát.

Autori Robson, Cossar a Quayle (2014) realizovali prehľad štúdií realizovaných na pracovníkoch starostlivosti o deti a mládež v rokoch 1992 až 2012. Z ich zhrnutia vyplýva, že ide o jednu z najrizikovejších oblastí sociálnej práce, že klientske násillie má negatívny vplyv na spokojnosť práce, kvalitu práce a prežívanie rôznych negatívnych emocionálnych stavov.

Výskum

S ohľadom na stav skúmania problematiky v SR bol **cieľ výskumu** stanovený nasledovne:

- zistiť výskyt a frekvenciu jednotlivých foriem klientskeho násillia,
- overiť základné rizikové faktory z hľadiska pracovníkov: vek, rod, vzdelanie, pracovná pozícia, typ subjektu poskytujúceho sociálne služby (oblasť výkonu sociálnej práce),
- overiť základné rizikové faktory z hľadiska klientov: vek, rod, problém, situácia, miesto útoku,
- overiť systém prevencie.

Metodika

Výskum prebiehal formou dotazníkového zisťovania. Bola využitá dotazníková batéria, ktorá sa skladala z niekoľkých častí – dotazníkov:

- dotazník Klientske násilie:
 - časť JCM od autorov Jayaratne, Croxton a Mattison (2004), zisťuje 10 základných foriem klientskeho násilia,
 - časť Verbálne násilie, ktorá zisťuje formy verbálnej agresie,
 - časť Fyzické násilie, zisťuje formy fyzickej agresie,
- dotazník Rizikové charakteristiky klienta:
 - časť Miesto napadnutia,
 - časť Osobná charakteristika klienta,
 - časť Problémová situácia,
- dotazník Prevencia na pracovisku,
- sociálno-demografické údaje o respondentoch.

Každá časť dotazníka dosiahla veľmi vysokú úroveň Cronbachovej alfy, preto bolo možné pracovať v rámci jednotlivých častí formou výpočtu skóre.

Klientske násilie

Klientske násilie a jeho rizikové faktory zisťoval prvý dotazník otázkami na jednotlivé formy klientskeho násilia, charakteristiky a problémové situácie.

Celý dotazník Klientske násilie bol škálovaný frekvenčne na 6 bodovej Likertovej škále s verbálnym popisom frekvencie výskytu danej formy, kde 1 znamenala nikdy, 6 súčasť práce. Skóre bolo počítané pre každú časť (JCM - 10 základných foriem, Verbálne násilie, Fyzické násilie) zvlášť, aj celkovo ako Celkové skóre klientskeho násilia.

Rizikové charakteristiky klienta

V častiach Miesto napadnutia, Osobná charakteristika klienta a Problémová situácia sa hodnotila každá položka zvlášť, snahou bolo vo výsledku pomenovať rizikové faktory klienta a dať ich do súvisu s inými vybranými faktormi.

Prevencia na pracovisku

V tejto časti sa nachádza 9 položiek, štyri sú frekvenčné, zisťujú frekvenciu prevencie a je možné počítať ich cez celkové skóre. Zameriavajú sa najmä na supervíziu a pomoc kolegov v práci. Päť položiek slúži na zistenie existencie konkrétnych preventívnych opatrení, kde respondenti odpovedajú áno-nie.

Výskumná vzorka

Výskumnú vzorku pre účely tohto výskumu tvorili zamestnanci piatich typov zariadení/organizácií/inštitúcií – subjektov poskytujúcich služby v oblasti sociálnej pomoci a sociálnej starostlivosti v počte 1170. Len časť z nich boli sociálni pracovníci. Klientske násilie sa týka takmer všetkých zamestnancov v tomto segmente.

Výskumu sa zúčastnili nasledovné typy subjektov bez ohľadu na zriaďovateľa (verejné aj súkromné subjekty):

- ÚPSVaR,
- Krízové stredisko (KS),
- Resocializačné stredisko (RS),
- Detský domov (DeD),
- Zariadenie/domov sociálnych služieb (ZSS).

Výber subjektov bol zrealizovaný cez samosprávne kraje, bol vytvorený abecedný zoznam zariadení podľa druhov a krajov. V každom samosprávnom kraji sa vylosoval určitý počet zariadení (2 ÚPSVaR, 1 krízové stredisko, 1 resocializačné stredisko, 2 detské domovy,

2 zariadenia sociálnych služieb), výskumu sa do 15.11. 2014 zúčastnilo 55 zariadení (zo 64), niektoré účasť odmietli (3), niektoré dotazníky sa vrátili po uzavretí termínu a už neboli zahrnuté do týchto výsledkov.

V Tabuľke č. 1 sa nachádza rozdelenie respondentov z hľadiska rodu, veku, vzdelania, typu zariadenia/subjektu a pracovnej pozície.

Tabuľka č. 1: Rozdelenie respondentov výskumnej vzorky

rod	ženy 1010	muži 120			
vek	min 20	max 76	priemer 43,13	st. dev. 10,003	
vzdelanie	VŠ SP 328	VŠ hum. 140	VŠ iné 258	SŠ 299	
subjekt	ÚPSVaR 672	KS 60	RS 29	DeD 173	ZSS 236
pracovná pozícia	sociálny prac. 667	vychovávateľ ošetrovateľ 230	psychológ, pedagóg 25	zdrav. pracovník 65	iný 51

Organizácia výskumu

Výskum prebiehal v rokoch 2013-2014, samotný zber údajov sa realizoval v roku 2014. Zberu predchádzal výber subjektov. Zber bol vopred podrobne naplánovaný, zohľadňoval potrebu celkového územného pokrytia SR a rovnomernosti zastúpenia jednotlivých typov subjektov. Riaditelia a riaditeľky subjektov boli telefonicky oslovení. V telefonáte im bol vysvetlený zámer a záber výskumu a jeho hlavné ciele, postup zberu údajov a spôsob vyplňania dotazníkov. Následne bola do daného zariadenia poštou zaslaná obálka s dohodnutým počtom dotazníkov a podrobným sprievodným listom.

Dotazníky boli spracované v programe SPSS 16.0, s využitím frekvenčných analýz, deskriptívnej štatistiky, t-testu pre dva nezávislé výbery a Pearsonov korelačný koeficient.

Výskumné zistenia

Výsledky sú usporiadané kvôli lepšej prehľadnosti podľa jednotlivých častí dotazníka.

JCM

V prvej časti dotazníka s názvom **JCM**, ktorá zisťovala desať základných foriem klientskeho násillia bolo najčastejšie označovanou položkou **slovné napadnutie** 81,8 %. Ide i najfrekvencovanejšiu formu klientskeho násillia a medzi porovnávanými subjektmi sa nevyskytujú výrazné rozdiely, vyskytuje sa všade vo vysokej miere. **Pocit ohrozenia** zažilo 50 % respondentov, najčastejšie sa vyskytuje v ZSS, až 83,1 %. **Fyzické napadnutie** udáva 23,1 % respondentov, **vyhrážku sťažnosťou** 71,5 %.

Verbálne násillie

V druhej časti dotazníka – **Verbálne násillie**, boli zisťované konkrétne formy tohto typu násillia. Najčastejšie sa vyskytujú **krik** (88,5 %) a **nadávký** (76,6 %), celkovo najviac verbálneho násillia vykazujú zamestnanci krízových stredísk, hoci ich zastúpenie vo výskumnej vzorke bolo relatívne nízke, takže výsledky môžu byť čiastočne skreslené.

Tabuľka č. 2: Frekvenčná analýza dotazníka JCM a Verbálne násilie

JCM	spolu	ÚPSVaR	KS	RS	DeD	ZSS
fyzické ohrozenie	50 %	48,1 %	55 %	27,6 %	53,2 %	83,1 %
fyzické napadnutie	23,1 %	8,2 %	23,3 %	10,3 %	27,2 %	64 %
vyhrážka súd. kon.	39,4 %	47,8 %	48,3 %	24,1 %	22 %	28 %
podanie žaloby	7,4 %	8 %	5 %	0	5,2 %	8,5 %
vyhrážka sťažnosťou	71,5 %	74,6 %	73,3 %	34,5 %	60,7 %	75 %
sťažnosť	56,8 %	60,4 %	53,3 %	34,5 %	49,1 %	55,5 %
slovné napadnutie	81,8 %	77,7 %	90 %	65,5 %	80,9 %	89 %
sex. obťažovanie	8,7 %	7,4 %	10 %	3,4 %	2,9 %	26,9 %
písomné napadnutie	16,9 %	36,8 %	23,3 %	6,9 %	8,7 %	15,7 %
telefonické vyhrážky	29 %	40,2 %	41,7 %	17,2 %	12,7 %	7,2 %
Verbálne násilie						
nadávky	76,6 %	73,2 %	76,7 %	55,2 %	77,5 %	88,1 %
krik	88,5 %	88,4 %	86,7 %	55,2 %	88,4 %	93,6 %
urážky	63 %	57,7 %	70 %	27,6 %	65,9 %	78,4 %
vyhrážky	67,4 %	66,1 %	75 %	24,1 %	62,4 %	78,4 %
zастраšovanie	57,8 %	57,3 %	71,7 %	20,7 %	52,6 %	64 %
zomšeniešovanie	46,8 %	42,9 %	50 %	34,5 %	53,2 %	53,8 %

Fyzické násilie

Formy fyzického násillia sa vyskytujú vo výrazne nižšej miere než verbálne násillie.

Najčastejšie vyskytuje **poškodenie majetku inštitúcie**, čo celkovo udáva 35,4 % respondentov, **sotenie** 24,4 %, **opľutie** 18,9 %, **kopnutie** 17,4 %, **udretie** 16,2 % a **facku** od klienta dostalo 11,5 % opýtaných.

Pri porovnaní subjektov jednoznačne najviac násillia vykazujú zariadenia sociálnych služieb a najmenej fyzického násillia zamestnanci Úradov práce, sociálnych vecí a rodiny.

Miesto napadnutia

Jednoznačne najčastejšie sú pracovníci napádaní **v mieste pracoviska** a to v 46,8 % prípadov. Pracovníci krízových stredísk uvádzajú aj napadnutie **na súde** 25 % a **počas cesty do práce alebo z práce** 21,7 %.

V ostatných prípadoch nejde o výrazné rozdiely ak sa prihliadne na druh vykonávanej činnosti a klientelu v danom subjekte. Napr. zamestnanci detských domovov a zariadení sociálnych služieb uvádzajú väčšinu napadnutí na pracovisku, čo je pochopiteľné.

Tabuľka č. 3: Frekvenčná analýza Fyzické násillie a Miesto napadnutia

Fyzické násillie	spolu	ÚPSVaR	KS	RS	DeD	ZSS
facka	11,5 %	2,1 %	11,7 %	10,3 %	6,9 %	41,9 %
udretie	16,2 %	1,8 %	18,3 %	10,3 %	15 %	58,5 %
sotenie	24,4 %	7,8 %	21,7 %	10,3 %	33,5 %	64,4 %
kopnutie	17,4 %	2,1 %	16,7 %	6,9 %	20,8 %	60,2 %
opľutie	18,9 %	7,1 %	18,3 %	13,8 %	15 %	55,9 %
vyhrážka zbraňou	9,3 %	8,3 %	11,7 %	3,4 %	12,7 %	9,7 %
zranenie zbraňou	2,9 %	2,1 %	6,7 %	0 %	4,6 %	3,4 %
poškodenie majetku inštitúcie	35,4 %	14,4 %	46,7 %	53,2 %	55,5 %	75 %
poškodenie osobného majetku	10 %	3,3 %	16,7 %	3,4 %	17,9 %	22,5 %
Miesto napadnutia						
domácnosť klienta	10,4 %	9,5 %	18,3 %	6,9 %	8,7 %	12,7 %
rémiska osada	11,6 %	11,8 %	18,3 %	17,2 %	8,7 %	11 %
súd	8 %	7,4 %	25 %	10,3 %	7,5 %	5,5 %
pracovisko pracovníka	46,8 %	31 %	60 %	41 %	60,7 %	78,8 %
cestou z-do práce	7,7 %	7,4 %	21,7 %	10,3 %	8,1 %	4,2 %

Rod klienta

S mužom – násilníkom má skúsenosť 89,5 % respondentov, ženu násilníčku stretlo 84,5 %. Rozdiely medzi subjektmi sú malé. Preto sa dá konštatovať, že nemožno na základe rodu usudzovať na zvýšené riziko výskytu agresie. Výsledok nepotvrďuje niektoré zahraničné štúdie, kde sa rod ukázal ako rizikový faktor (že muži sú častejšie násilní). Je však zaujímavý a je možné brať ho ako špecifikum našej spoločnosti.

Vek klienta

Pri veku ako rizikovom faktore sa opäť prejavili špecifiká jednotlivých subjektov. Celkovo však veľké rozdiely s výnimkou detských domovov (detská klientela) neboli zistené.

Tabuľka č. 4: Frekvenčná analýza Rizikové charakteristiky klienta

Rizikové charakteristiky klienta	spolu	ÚPSVaR	KS	RS	DeD	ZSS
muž	89,5 %	92,3 %	95 %	79,3 %	94,2 %	78 %
žena	84,5 %	86,9 %	96,7 %	72,4 %	83,8 %	76,7 %
do 25 rokov	70,8 %	64,7 %	90 %	79,3 %	85,5 %	71,2 %
26-35 rokov	78,7 %	81,4 %	91,7 %	75,9 %	63 %	79,7 %
36-50 rokov	80,6 %	86,9 %	83,3 %	62,1 %	60,7 %	78,8 %
nad 50 rokov	73,8 %	78,3 %	83,3 %	58,6 %	57,2 %	72,5 %
kriminálna minulosť	74,2 %	74,9 %	95 %	82,8 %	72,3 %	67,4 %
sociálne slabé prostredie	85 %	86,2 %	78,3 %	79,3 %	90,8 %	74,2 %
nízka socio-ekonomická úroveň	83,5 %	85 %	76,7 %	75,9 %	87,9 %	72,9 %
psychické problémy	88,4 %	86,8 %	98,3 %	82,8 %	92,5 %	88,1 %
emocionálna vypätá situácia	89,1 %	88,4 %	98,3 %	79,3 %	92,5 %	87,3 %
nový klient	67,3 %	63,5 %	73,3 %	75,9 %	64,7 %	77,1 %
pod vplyvom alkoholu/omamných látok	83,4 %	90 %	95 %	69 %	80,3 %	65,7 %

S klientom - násilníkom vo veku **do 25 rokov** sa stretol nižší počet respondentov 70,8 % ako s klientmi v ostatných vekových kategóriách.

Klienta vo veku **26 – 35 rokov** zažilo v násilnej situácii 78,7 % respondentov, vo veku **36 – 50 rokov** 80,6 %, **nad 50 rokov** 73,8 % opýtaných.

Preventívne opatrenia na pracovisku

V tejto časti dotazníka bola overovaná existencia piatich základných bezpečnostno-preventívnych opatrení na pracovisku. Úplne základné opatrenia existujú a sú v praxi realizované, avšak takmer nikde nie je urobené pre bezpečnosť zamestnancov nič navyše.

Existenciu určitých konkrétnych opatrení uvádza 41,9 % respondentov, výsledok skresľuje ÚPSVaR, kde je toto číslo výrazne nižšie - 23,8 %, než v ostatných subjektoch, ktoré sa pohybujú na úrovni cca 70 %.

Možnosť zavolať **SBS službu** uviedlo 36,2 %, naopak oveľa častejšie oproti ostatným subjektom ju má ÚPSVaR – 51,8 %. Možnosť priamo privolať políciu je vysoká – 81,7 %. Utajené tlačidlo pre privolanie pomoci má len 4,3 % respondentov. **Vypracované bezpečnostné pravidlá** uvádza 46,2 % opýtaných. Opäť zamestnanci ÚPSVaR uvádzajú len 28,3 %, ostatné subjekty sa pohybujú na úrovni 70 %.

Tabuľka č. 5: **Frekvenčná analýza Situácia**

Situácia	spolu	ÚPSVaR	KS	RS	DeD	ZSS
zmena v starostlivosti o dieťa	66,5 %	65,2 %	81,7 %	75,9 %	81,5 %	49,6 %
odobratie dieťaťa z rodiny	66,2 %	64,6 %	80 %	72,4 %	79,8 %	51,7 %
nesplnenie nároku na službu	71,4 %	79,9 %	90 %	55,2 %	65,3 %	48,7 %
zmena výšky finančnej dávky	71 %	78 %	90 %	55,2 %	66,5 %	51,7 %
návšteva v rodine	63,1 %	60,6 %	78,3 %	51,7 %	71,1 %	61,9 %
súdne pojednávanie	56,2 %	51,6 %	83,7 %	69 %	65,9 %	53,4 %
nespokojnosť s režimom	65,1 %	49,1 %	93,3 %	86,2 %	89,6 %	83,1 %
nástup do zariadenia	63,1 %	50,4 %	88,3 %	75,9 %	80,3 %	78,4 %
zmena režimu	62,2 %	48,7 %	95 %	69 %	80,8 %	78 %
sankcia	69,1 %	62,9 %	98,3 %	89,7 %	87,9 %	66,1 %
Prevenčia na pracovisku						
konkrétne opatrenia	41,9 %	23,8 %	76,7 %	79,3 %	64,7 %	63,1 %
SBS služba	36,2 %	51,8 %	13,3 %	10,3 %	15 %	16,5 %
polícia	81,7 %	76,3 %	93,3 %	96,6 %	93,1 %	83,9 %
utajený gombík	4,3 %	4,8 %	1,7 %	3,4 %	0,6 %	6,4 %
bezpečnostné pravidlá	46,2 %	28,4 %	70 %	75,9 %	72,8 %	67,8 %

Pracovná pozícia

Pracovných pozícií bolo v dotazníkoch rozlíšených 31, autorka ich rozdelila do piatich typov:

- sociálny pracovník,
- inštruktor, opatrovateľ, terapeut, profesionálny rodič (človek, ktorý s klientom reálne trávi najviac času, sú to pracovníci, ktorí sa o klientov starajú, zabezpečujú im denný program),
- psychológ/pedagóg,
- zdravotnícky pracovník,
- iní pracovníci – gazdiná, údržbár, šofér.

Najčastejšie formy sú formy verbálneho násillia, kde neboli zistené výrazné rozdiely medzi pracovnými pozíciami. Výskyt týchto foriem sa potvrdil už v predošlých výsledkoch.

Veľké rozdiely však sú v položkách fyzické ohrozenie a fyzické napadnutie. **Fyzické ohrozenie** udáva až 92,3 % zdravotníckych pracovníkov a 64,3 % inštruktorov, opatrovateľov, terapeutov, čo je výrazný rozdiel oproti celkovému priemeru 50 %.

Fyzické napadnutie uvádza 69,2 % zdravotníkov v oblasti sociálnej práce, čo je hrozivé číslo a je to pravdepodobne najzávažnejšie zistenie celého výskumu, hoci pracovná náplň týchto pracovníkov sa vymyká celkovému rámcu výskumu - sociálnej práci. U vychovávateľov, inštruktorov, terapeutov ide tiež o vysoké percento respondentov – 41,3 %.

Tabuľka č. 6: **Frekvenčná analýza podľa pracovných pozícií**

vybrané formy násillia	spolu	sociálny pracovník	vychovávateľ ošetrovateľ	psychol. pedagóg	zdrav. prac.	iný
počet pracovníkov	1170	668	230	25	65	51
fyzické ohrozenie	50 %	40,3 %	64,3 %	44%	92,3 %	51 %
fyzické napadnutie	23,1 %	11,1 %	41,3 %	16 %	69,2 %	25,5 %
vyhrážka súdnym konaním	39,4 %	47,3 %	20,4 %	48 %	30,8 %	33,3 %
podanie žaloby	7,4 %	6,6 %	5,2%	8 %	6,2 %	23,5 %
vyhrážka sťažnosťou	71,5 %	75 %	66,1 %	44 %	86,2 %	60,8 %
sťažnosť	56,8 %	59,3 %	50,9 %	40 %	53,8 %	54,9 %
slovné napadnutie	80,8 %	79,8 %	87,4 %	76 %	95,4 %	64,7 %
krík	88,5 %	88,3 %	90 %	88 %	96,9 %	76,5 %
nadávky	76,6 %	72,8 %	84,3 %	72 %	95,4 %	72,5 %
sotenie	24,4 %	11,7 %	45,2 %	24 %	76,9 %	17,6 %
oplutie	18,9 %	9,3 %	29,6 %	24 %	61,5 %	13,7 %
poškodenie majetku inštit.	35,4 %	20,8 %	73,5 %	48 %	83,1 %	33,3 %

Zhrnutie výsledkov a záver

Výskum vo všeobecnosti potvrdil očakávania v rámci miery výskytu klientskeho násillia. Tie boli postavené na základe výsledkov predbežných štúdií a štúdia zahraničných prehľadov v problematike.

Potvrdil sa **vysoký výskyt verbálnych foriem násillia**, ktoré boli konkretizované v časti dotazníka Verbálne násillie. Formy fyzického násillia sa vyskytujú vo výrazne nižšej miere a veľmi závisia od miesta subjektu/výkonu sociálnej práce.

Boli zistené veľmi zaujímavé **rozdíly medzi zúčastnenými typmi subjektov**. Súvisia s typom klientely a typom zariadenia a preto sa dala očakávať existencia rozdielov. Ukázalo sa, že najrizikovejším subjektom sú zariadenia sociálnych služieb.

Nové poznatky prinieslo rozhodnutie realizovať výskum na všetkých zamestnancoch vybraných subjektov. Pôvodný zámer a orientácia výskumu bola výhradne na sociálnych pracovníkoch. Autorka však zámer po konzultáciách s pracovníkmi z praxe vzorku rozšírila a rozhodla sa zmapovať všetky pracovné pozície.

Zistilo sa, že **najohrozenejšími sú tzv. pracovníci denného kontaktu s klientom**. Do tejto skupiny pracovných pozícií boli zaradení vychovávateľa, opatrovateľa, terapeuti, inštruktori, profesionálni rodičia. To sú pracovníci, ktorí s klientmi trávajú väčšinu času a teda pravdepodobnosť ohrozenia klientskym násillím je vysoká. Ide pritom o zamestnancov bez odbornej prípravy na prácu s rizikovým klientom (vo väčšine prípadov). Preto by sa prevencia mala zamerať práve na nich. Takisto je dôležité poskytnúť im pomoc - priamo po incidentoch, aj z dlhodobého hľadiska.

Z dôvodu eskalujúceho násillia v spoločnosti je otázka bezpečnosti v práci veľmi dôležitá v každej profesii, sociálnu prácu nevynímajúc. V rámci sociálnej práce je potrebné, aby vzťah medzi sociálnym pracovníkom a klientom bol dôveryhodný a profesionálny. Aby sociálny pracovník mohol klientovi poskytnúť kvalitný profesionálny vzťah, musí mať pocit bezpečia.

Veľmi zaujímavou a v SR dosiaľ málo preskúmanou oblasťou je súvislosť klientskeho násillia s výskytom negatívnych javov v práci a starostlivosťou o seba. Výskumné zistenia zahraničných štúdií naznačujú nové súvislosti klientskeho násillia a ďalších rôznych faktorov. Preto nemožno považovať tému klientskeho násillia za uzavretú. Práve naopak, jej skúmanie

je len v začiatkoch. Táto monografia, venovaná klientskemu násiliu, by mala predstavovať úvod - určitý vstup do problematiky a v neposlednom rade aj upozornenie na vážny problém nielen v oblasti sociálnej práce, ale aj v ostatných pomáhajúcich profesiách.

Zoznam bibliografických odkazov

BAINES, D. Losing the 'eyes in the back of our heads': social service skills, lean caring and violence. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 2004, 31(3), s. 31–50.

BAUMGARTNER, F. Problematika rodu (gender) v štúdiu agresívneho správania. In: Čermák, I., Hřebíčková M., Macek, P. (Eds.), *Agrese, identita, osobnosť*. Brno: Psychologický ústav akademických věd ČR, 2003. s. 117-133.

BEAVER, H. *Client violence against professional social workers: Frequency, worker characteristics, and impact on worker job satisfaction, burnout, and health*. Doctoral dissertation, University of Arkansas, 1999. Proquest Dissertations, UMI Number: 9932738.

CRISS, P. Effect of Client Violence on Social Work Students: a National Study. *Journal of Social Work Education*, 2010, 46(3), s. 371-390.

ČERMÁK, I. a kol. *Agrese, identita, osobnosť*. Brno: SCAN Tišnov, 2003. ISBN 80-86620-06-9.

DiGULIO, J. F. The power of collaboration: Developing a safety training program for student interns. *The Journal of Baccalaureate Social Work*, 2001, 7(1), s. 69-77.

HARRIS, B. a P. LEATHER. Levels and Consequences of Exposure to Service User Violence: Evidence from a Sample of UK Social Care Staff. *British Journal of Social Work*, 2012, 42, s. 851–869.

JAYARATNE, S., T. CROXTON a D. A. MATTISON. A national survey of violence in the practice of social work. *Families in Society*, 2004, 85(4), s. 445-452.

LOVAŠ, L. *Agresia a násilie*. Bratislava: Ikar, 2009. ISBN 978-80-551-1752-2.

PADYAB, M., H. M. CHELAK, L. NYGREN a M. GHOSINOUR. Client Violence and Mental Health Status among Iranian Social Workers: A National Survey. *British Journal of Social Work*, 2012, 42, s. 111-128.

ROBSON A, J. COSSAR A E. QUAYLE. The Impact of Work-Related Violence towards Social Workers in Children and Family Services. *British Journal of Social Work*, 2014, 44, s. 924-936.

VIRKKI, T. The Art of Pacifying an Aggressive Client: 'Feminine' Skills and Preventing Violence in Caring Work. *Gender, Work and Organization*, 2008, 15(1), s. 1-17.

Kontakt na autora

Mgr. Soňa Lovašová, PhD.

UPJŠ Košice, Filozofická fakulta,

Katedra sociálnej práce

Moyzesova 9

040 01 Košice

sona.lovasova@upjs.sk

Stratégie zvládania vlastnej disharmónie u sociálnych pracovníkov

Anton Fabian (SR)

Abstrakt: *Správanie sa človeka je vonkajším vyjadrením vnútorného prežívania. Vychádzajúc z archetypu disharmónie ľudského bytia autor analyzuje biblicko-teologické poznatky o pôvode a príčine zla vo svete. Následne ponúka päť spirituálnych stratégií na prekonanie vnútornej disharmónie: žiť v otvorenom systéme, metanoia, priznanie a vyznanie, nové projektovanie a praktizovanie odpustenia.*

Kľúčové slová: Disharmonický človek. Zmierenie. Odpustenie. Vnútorná harmónia.

Abstract: *The behavior of a person is an external expression of internal experience. On the basis of disharmony archetype of human existence, the author analyzes the biblical-theological understanding of the origin and cause of evil in the world. Subsequently offers five strategies to overcome internal disharmony: to live in an open system, metanoia, admission and confession, new project and practice forgiveness.*

Keywords: Dissonant man. Reconciliation. Forgiveness. Inner harmony.

Úvod

Každé správanie sa človeka je vonkajším vyjadrením vnútorného prežívania. Klient sociálnej práce, ktorý svojimi slovnými alebo fyzickými útokmi ohrozuje sociálneho pracovníka, odráža deficit nenaplnených potrieb. Jeho správanie sa je súhrnom osobných daností, genetickej výbavy, získaných návykov (zlozvykov), prostredia, ktoré naňho pôsobí, hospodársko-ekonomických a finálnych okolností v ktorých sa nachádza. Vonkajšie slová a gestá odkrývajú, zjavujú jeho vnútorný svet. V tomto príspevku by som sa chcel zaoberať archetypickým modelom, v ktorom sú stopy príčin disharmónie v človeku. Jej výsledkom je aj správanie sa, ktoré môže iných ohrozovať.

1 Vnútorný stav disharmónie

Vychádzajme z pravdivého úsudku, ktorý o sebe samom máme. Zistujeme, že je v nás disharmónia, rozdvojenosť, rozpoltenosť. Pavol z Tarzu pred dvetisíc rokmi napísal: „Nechápem, čo robím, lebo nerobím to, čo chcem, ale robím to, čo nenávidím...chcieť dobro, to mi je blízko, ale robiť dobro nie. Veď nerobím dobro, ktoré chcem, ale robím zlo, ktoré nechcem.... Badám teda taký zákon, že keď chcem robiť dobro, je mi blízko zlo...vo svojich údoch pozorujem iný zákon, ktorý odporuje zákonu mojej mysle a robí ma zajatcom...” (Rim 7, 15-23). Nosíme v sebe priepasť medzi vlastným ideálom a realitou. Táto disharmónia je v nás od začiatku, lebo sa všetci rodíme do sveta, ktorý je disharmonický.

Z biblickej mytológie vieme, že disharmonický človek je už následok, výsledok, ovocie niečoho čo sa tu stalo a pôvodne tu nebolo. Keď cestujeme po kraji a vidíme zrúcaninu hradu, je nám jasné, že kedysi tam bol krásny opevnený, zariadený priestor. Až keď prestal byť hrad obývaný, lebo bol dobytý a vypálený, schátral a stal sa zrúcaninou. Keď Mojžiš pred tritisíc rokmi putoval s veriacimi ľuďmi po púšti po odchode z Egypta, videl akí sú nedokonalí, aké zrúcaniny sú z nich, ako sa hádajú, sporia a zabíjajú, hľadal odpoveď na otázku: odkiaľ je zlo vo svete? Vtedy vymyslel príbeh o raji, v ktorom sa snaží ísť po stopách sebecka a zloby, akoby kráčať popri rieke až k prameňu. V biblickom príbehu sa mu podarilo ukázať rozdiel medzi originálom a zrúcaninou.

Vnútorný svet človeka tvorí rozum, vôľa a city. To sú mohutnosti, ktorými sme vybavení pre tento svet. Človek, tak ako ho naprojektoval Boh, mal v sebe súlad, harmóniu rozumu, vôle a citov. To, čo dodávalo súlad bola energia alfa, Božia prítomnosť, čo je

vyjadrené slovami: Boh stvoril človeka na svoj obraz...(Gn 1, 27), Boh videl, že to, čo urobil bolo veľmi dobré (Gn 1,37).

Okrem toho má človek slobodu. Práve sloboda dáva človeku to, čo je špecificky ľudské: akonáhle človek koná a vie, že môže konať tak alebo inak, potom tiež vie, že je to on, ktorý koná. Uvedomuje si sám seba, svoje JA. Vplyvom slobody vzniká plné vedomie seba samého. Iba človek si uvedomuje sám seba, stáva sa slobodnou, sebavedomou bytosťou.

Prítomnosťou energie alfa je v duši prítomné Božie JA a vplyvom slobody sa utvorilo ľudské JA. Tým vzniká napätie medzi dvoma JA. Ako skončí? Buď pod vplyvom pokory ľudské JA uzná, že všetko, čo má, je od Boha - potom sa medzi oboma JA vytvorí porozumenie, pochopenie, zhoda a priateľstvo; ľudské JA bude radostne, dychtivo a vdáčne prijímať z Božieho JA všetky dary a báť sa, aby Boha nestratilo.

Alebo sa ľudské JA zapáči samo sebe, bude chcieť byť nezávislé, vyhodí Božie JA zo svojej duše a postaví sa na jeho miesto. Bude sa hrať na Boha, na absolútne. V biblickej básni v prvých kapitolách knihy Genezis sa spomína, že toto naučil diabol človeka: "Budete ako Boh!" (Gn 3, 5). Človek s tým súhlasil. A čo sa stalo? Energia alfa odišla. Boh sa vzdialil, lebo s najväčšou jemnosťou rešpektuje slobodu človeka. Náramne si potrpí na slobodu! Odchodom energie alfa odišli z duše aj jej účinky.

Naše pomenovanie „disharmonický človek“ korešponduje s biblicko-mytologickým vyjadrením o „dedičnom hriechu.“ Rozum stratil svetlo svojho poznania. Človek poznáva ťažko, s námahou, mylí sa... Vôľa stratila silu a smer k Najvyššej bytosti, smer hore. Ochromená začala smerovať dolu, lebo je to pohodlnejšie. Nie je však spokojná, lebo rozum jej stále pripomína správny smer.

A city? Opustili vyhradené miesto a začali ovplyvňovať rozum a deformovať vôľu. Sloboda je rozkolísaná, ťažko sa rozhoduje, najmä pre namáhavé dobro. Porušená harmónia rozumu, vôle a citov spôsobila, že sú často proti sebe. Duševná disharmónia spôsobuje telesnú disharmóniu - chorobu.

Ak ideme ešte ďalej, vidíme, že z človeka prenikla táto disharmónia aj do prírody a prejavuje sa v tom, čo v prírode Darwin nazýval: boj o život. Božie JA ustúpilo ľudskému JA, ktoré sa stalo pánom duše i tela a všetkého okolo seba. Nemá protiváhu ani mieru, samé rozhoduje, samé vládne. Svojou pýchou a sebeckom. Ale tak, ako mu prekážalo Božie JA, prekážajú mu i ostatné ľudské JA, ak sa mu nechcú podriaďiť. Začína história bojov jedného ľudského JA proti druhému, boj všetkých proti všetkým (Novák 1992).

Toto je biblicko-teologický kľúč k dejinám ľudstva, začiatok krízového správania sa človeka, konfliktov, útokov, agresivity a nepriateľstva. Tento stav je prítomný v každom z nás osobne, je v každom manželstve a rodine, na pracovisku aj v celej spoločnosti.

2 Konzekvence

Blaise Pascal k tejto skutočnosti hovorí: "Akonáhle mi kresťanské náboženstvo objasnilo náuku o páde do hriechu, otvorili sa mi oči a všade som videl príznaky tejto pravdy. Ved' celý svet hovorí o stratenom Bohu a spustošenej prírode... Najhlbšie tajomstvo, aké môže pre náš rozum jestvovať, je mystérium dedičného hriechu. Ono je jediným kľúčom k pochopeniu našej bytosti".

Simone Weil v roku 1967 povedala: „Z celého biblického príbehu o páde do hriechu zaznieva jedna veľká pravda: svet sa stal iným, než pôvodne vyšiel z Božej ruky. Človek sa dobrovoľne vylúčil zo stavu šťastia, ktoré mu Boh daroval a hľadal si šťastie, ktoré si sám zvolil, a to sa prejavilo ako neporiadok, bolesť a nešťastie. Od prvotného hriechu je celý kozmos i s človekom v stave neporiadku voči Bohu. Biblická správa výstižne a jasne odpovedá na otázku o pôvode tejto neblahej situácie: človek je sám príčinou a strojcom svojho nešťastia. Zdá sa, že v človeku bol rozbitý vnútorný prijímač, aby mohol Božiu prítomnosť zaznamenávať a vnímať ako šťastie. Nie, že by tu Boh nebol, ale človek nezapína

prijímač na Božie vlnové dĺžky. Alebo ich počuje len skreslene a s poruchami, pretože celé svoje myslenie a snaženie napojil na vlnové dĺžky sveta, na vlnové dĺžky svojho JA. Boh je určite prítomný, osobitne pre človeka, ale človek tu už nechce byť pre Boha a s Ním. Boh je prítomný v tvorstve vo forme Neprítomnosti" (Novák 1992).

Človek si uvedomuje, že z tohto stavu sa nemôže dostať sám. Je vylúčené, aby sa vytiahol z jamy za golier svojho vlastného kabáta. Môže sa však chytiť podanej ruky a len sila tejto ruky ho môže vyslobodiť, v náboženskom slovníku: vykúpiť. Pomenujme niekoľko stratégií na prekonávanie osobnej disharmónie.

3 Žiť v otvorenom systéme

V minulom storočí vznikla tzv. všeobecná teória systémov. Autorom je Ludvik von Bertalanffy (1901-1972), ktorý opísal princíp vzájomnej závislosti. Celok sa nie vždy rovná súčtu častí. Správanie sa systému ako celku sa nedá vždy vysvetliť len na základe jednoduchého súčtu prvkov, z ktorých sa skladá. Z toho vyplýva aj rozlíšenie na tzv. uzavreté a otvorené systémy. K otvoreným systémom patria živé organizmy, lebo komunikujú s okolím na úrovni hmoty, energie ale aj informácií.

Klient s rizikovým správaním je dôkazom toho, že urobil zo života uzavretý systém. Tvrdenie: ja mám pravdu, ja som v práve, ja som nevinný, môže byť odôvodnené, ale uzatvára človeka do vlastného kruhu. Oproti tomu ak je človek ochotný komunikovať s druhými, vymieňať informácie, ak je otvorený pre zmenu a berie do úvahy hodnoty nadčasové, žije v otvorenom systéme. Preto z teórie systémov vyplýva, že sociálny pracovník by si mal uvedomiť vlastnú potrebu žiť v otvorenom systéme a následne môže k nemu priviesť aj klienta sociálnej práce.

4 Metanoia

Antropologická biblická teológia učí, že osobný vzťah viery v Ježiša Krista - v ktorom je Boží a ľudský svet zjednotený, harmonický - oslobodzuje človeka a navracia mu pôvodnú krásu a zmysel. Viera však začína vnútorným obrátením, po gr. metanoia. Stojí za povšimnutie, že Ježiš z Nazareta pred dvetisíc rokmi nie náhodou začal verejné účinkovania požiadavkou: „Kajajte sa a verte evanjeliu“ (Mk 1, 15). Ochota zmeniť zmýšľanie o 180° je predpokladom akéhokoľvek pokroku vo vzťahoch. Ide o zmenu vnútornú, obrátenie od materializmu k nadčasovému svetu hodnôt. Výmena informácií v tomto prípade sa deje vo svedomí človeka medzi ním a autoritou Boha, ktorý hovorí práve cez svedomie.

Nestačí zmena vo vonkajšom prostredí, lebo najdôležitejšia je zmena v postojoch. Človek by mal uveriť, že je možné obrátiť sa od sebeckta k láske, od smútku k nádeji, od osamelosti k spoločenstvu, v náboženskom slovníku od hriechu k čnosti. Ide o zmenu v koncentrácii na vlastné Ja. Ovocím takejto premeny zmýšľania je život v otvorenom systéme mohutnejúca vnútorná harmónia.

V každom človeku je vnútorný a vonkajší pozorovateľ. Vnútorným pozorovateľom je svedomie, chvíľa ticha, človek sám so sebou. Vonkajším pozorovateľom, ktorého denno-denne používame, je zmyslové vnímanie, práca, komunikácia s druhými ľuďmi, atď. Ak sa človek otvára pre Nadprirodzeno - funguje v ňom aj vnútorný pozorovateľ, ktorý dokáže posúdiť, pod akým vplyvom, prečo koná tak, ako koná. Pomáha rozlišovať dobré od zlého, lásku od hriechu, pravdu od lži. Človek sa zamýšľa nad sebou a uvedomuje si potrebu zmeny.

Asi pred sto rokmi anglické noviny Times uverejnili anketu. Pýtali sa ľudí, čo by sa malo zmeniť, aby bolo na svete lepšie. Medzi odpovedajúcimi bol aj novinár a spisovateľ Gilbert Keith Chesterton, ktorý napísal: „Vážená redakcia Timesu, Londýn... Ja.“ Čo by sa malo na svete zmeniť? Ja. V tejto lakonickej vete povedal všetko podstatné. Ak sa nezmení srdce človeka, priority, ktoré nosí vo vnútri, tak sa veľmi málo zmení vo svete. Správanie sa závisí od ochoty k vnútornej osobnej premene.

5 Priznanie a vyznanie

Neschopnosť priznať si vinu je najnebezpečnejšou formou duševného otupenia, ktorá robí ľudí neschopnými osobného pokroku. A opačne: schopnosť uvedomiť si vinu, sa stáva nosnou, prináša ozdravenie, uznanie Božieho milosrdenstva a ovocie – pokoj, vyrovnanosť, určitý stupeň harmónie. Kým žijeme, sme ako márnوترatné deti v ďalekej krajine. Každý večer sa potrebujeme v spytovaní svedomia vrátiť domov. Pritom jedna vec je chcieť a druhá absolvovať, vykonať tú cestu. V každom štádiu je potrebné spoliehať sa na pohľad, ktorý dostávame skrze Božie odpustenie.

V stratégii priznania a vyznania má veľký význam biblická parabola o márnوترatnom synovi, ktorú vymyslel Ježiš z Nazareta. Ján Pavol II. komentujúc toto podobenstvo napísal: „Každý človek emigruje do neznámej krajiny... a vo svojej arogancii, v strate pravdy o svojom bytí, sa odcudzí... Odišiel mimo otcovského domu. V svojom živote, poznačenom zabúdaním na Boha a na seba samého, býva ďaleko od Otca, akoby v krajine smrti, žije mimo pravdy, a preto návrat do vlasti začína vnútorným putovaním, čiže objavuje najprv pravdu. Toto videnie v pravde, to je pravá pokora“ (Ján Pavol II. *Dives in misericordia* 1980, čl. 9). A takáto cesta sa uskutočňuje vo vyznaní: „Otče, zhrešil som proti nebu a proti tebe“ (Lk 15, 21).

K priznaniu - videniu seba v pravde, treba pripojiť vyznanie. Aurelius Augustinus píše: „Vyznanie hriechov – to je vlastne konanie v pravde.“ Lebo aj apoštol Ján napísal: „Kto koná pravdu, ide na svetlo“ (Jn 3, 21). Sebecktom (v náboženskom slovníku hriechom) človek vytvára priepasť medzi Bohom a sebou, a aj medzi sebou a inými ľuďmi a zväčšuje svoju disharmóniu. No vo vyznaní buduje most. Preto je vyznanie vstúpením do pravdy. (Ratzinger 2003, s. 48).

Carl Gustav Jung (1875-1961), švajčiarsky psychiater, psychoterapeut, zakladateľ analytickej psychológie (syn protestantského farára) píše: „V človeku existuje určité svedomie, ktoré potrestá každého, keď si nepripustí, že mnohokrát pýcha vládne nad cnosťami a jeho spôsob zachovania sa a presadzovania seba je v rozpore s láskou. V každom je ľudstvo, ktoré chýbuje, ľudskosť, ktorá sa mýli. V každom človeku je omylnosť. Keď si človek neprizná, že je omylný, chybujúci, hriešny, buduje múr medzi ľuďmi, múr voči Bohu a buduje múr aj k svojmu vlastnému šťastiu“ (Jung 1967).

Pre naše zdravie je nutné nájsť miesto, kde by človek o svojich chybách mohol spokojne hovoriť. Na stretnutiach s priateľmi a známymi hovoríme o svojich úspechoch, udalostiach, o politike, o počasí, o deťoch, o všeličom, ale kto s priateľmi a známymi hovorí o svojom sebeckte a hriechoch?! Jung však píše: „Pre človeka je dôležité a oslobodzujúce, ak môže nájsť rámec, kde sa dá hovoriť aj o svojich chybách a hriechoch, rámec, o ktorom vieme, že budeme prijatí, nebudeme odsúdení a kde zakúsime Božie oslobodenie“ (Jung 1967). Z medicínskeho hľadiska je to terapia, psychoterapia, poradenstvo, z kresťanského hľadiska je to dokonalá ľútosť a sviatosť zmierenia. Vždy ide o stratégiu na oslabenie vlastnej disharmónie.

Na inom mieste Jung napísal, že vina, hriech, to je šanca odhaliť pravdu o sebe. Lebo keď má človek správne poznanie o sebe, spytuje si svedomie, nazrie do hĺbky svojho srdca, potom objaví prítomnosť Božej náklonnosti. Preto vinu netreba ani bagatelizovať, ospravedlňovať, ani zveličovať, seba príliš obviňovať. Človek by mal pokorne prijať poznanie o sebe a urobiť vyznanie.

6 Nové projektovanie

Anselm Grün, nemecký teológ, benediktín vysvetľuje, že každý človek je určovaný, determinovaný nejakými skutočnosťami. Napríklad sme určovaní hladom, smädom, spánkom a rozličnými pudmi, inštinktmí v živote. Musíme ich rešpektovať, lebo by sme nemohli bez nich žiť. Okrem toho náš život určuje spoločnosť, alebo rodinné záležitosti. Determinuje nás

aj reklama a médiá. Určuje nás konkrétna práca a peniaze, ktoré chceme zarobiť. Determinuje nás aj ambícia niekým byť, niečo dokázať.

Lenže človek môže byť určovaný aj nadčasovými skutočnosťami, Božou autoritou. Môže dovoliť svojím Duchom Svätým určovať jeho konanie. Vždy vtedy, keď komunikuje s Ním v modlitbe, dovolí aby dobro určovalo jeho chvíľu. Keď sa rozhodne meditovať nad slovom Biblie, v danej chvíli ho determinuje Božia múdrosť. Vždy, keď robí sebazaprenie, dovoľuje, aby Absolútne určovalo jeho život.

Pritom treba povedať, že ľudský život je určovaný aj démonom sebecka, projekciami, ktoré si o sebe človek robí a fixnými ideami. Sú to prejavy zloby, nenávisti, hnevu, vlastnej dôležitosti a ambicióznosti. V náboženstve sa využíva symbolické pomenovanie: démon, diabol, zlý duch, atď.

Človek sa musí rozhodnúť, čomu a komu dovolí určovať svoj život. Rizikové správanie sa klientov sociálnej práce je dôkazom deficitu determinácie láskou, krásou, pokojom a dobrom. Anselm Grün to zhrnul slovami: „Kto sa nenechá viesť svojimi démonmi, projekciami, fixnými ideami, ale v svojej hĺbke je určovaný Božou múdrosťou, je pre svoje okolie požehnaním a bezpečím. Lebo démonickú moc premenil na duchovnú silu“ (Grün 2004, s. 13).

7 Odpustenie

Pre získanie vnútornej harmónie je dôležité odpustiť ľuďom, ktorí nám ublížili. Túto stratégiu potvrdzuje aj myšlienka z klasickej kresťanskej modlitby Otče náš, kde sa hovorí: „Odpusť nám naše viny, ako i my odpúšťame svojim vinníkom“ (Mt 6, 12). To znamená: neodpusť nám, tak ako i my neodpúšťame svojim vinníkom. V tomto výroku je najhlbšie nábožensko-existenčné zdôvodnenie povinnosti odpustiť a zmieriť sa s človekom a súd prenechať Božej prozreteľnosti.

Pavol rozlišuje medzi pozemským a nebeským človekom v nás (1Kor 2, 13-15). Dravosť v živote, konkurencia, právo silnejšieho nás nútia používať metódy človeka živočíšneho, ktorý uštipne, vráti, likviduje toho, kto mu ublížil. Ale spiritualita je výzvou používať nástroje odpustenia a zmierenia.

Na tejto ceste sa pýtame, čo je najväčšia moc, najväčšia sila? Biológ by povedal, že je to život, veď rastlinka dokáže koreňmi rozbiť aj skalú. Fyzik by povedal, že najväčšia sila je v atóme. Seizmológ, že najsilnejšie je zemetrasenie. Básnik by za najväčšiu silu označil lásku. Lekár by mohol povedať, že najmocnejšia je smrť, lebo jej podlieha každý človek.

Existenčnú odpoveď dal Ježiš z Nazareta svojím postojom na kríži. To, čo dokázal urobiť pri odsúdení, umučení a ukrižovaní, je odpustenie. Ono predstavuje najväčšiu morálnu moc. Jednoduchšie by bolo ľudí, konajúcich zlo, odsúdiť a opovrhnuť nimi. Ježiš dokázal odpustiť, čím prejavil Božiu silu. Dá sa to vyjadriť vetou: Môžete ma biť, oplúť, zabiť – ja vás aj tak budem mať rád, lebo moja láska je väčšia ako vaša zloba.

Obyčajne si myslíme, že sme mocní vtedy, keď uložíme trest, nastolíme spravodlivosť, presadíme svoju pravdu. Mnoho rokov sa rozhnevané rodiny nepozdravia, zazerajú na seba a myslia si, že vtedy sú mocné. Ale práve v tom je ľudská slabosť. Najmocnejšie je prekonať seba samého a odpustiť vinníkovi.

Záver

Všetky vyššie spomínané stratégie pomáhajú sociálnemu pracovníkovi poznať základnú pravdu o disharmónii ľudského bytia, ktorej ovocím je vonkajšie správanie sa. Aktualizácia a praktizovanie jednotlivých stratégií pomáha postupne osobne rásť, chápať iných a rozvíjať vnútornú harmóniu.

Zoznam bibliografických odkazov

GRÜN, A. 2004. *Sviatosti. Posvätenie kňazstva*. Prešov : Vydavateľstvo Michala Vaška 2004, str. 13.

JÁN PAVOL II. 1980. *Dives in misericordia*. Encyklika o Božom milosrdenstve. Rím : Slovesný ústav svätého Cyrila a Metoda, 1981, čl. 9.

JUNG, C. G. 1967. *Erinnerungen, Träume, Gedanken*. Český překlad Jaffé, A: *Vzpomínky, sny, myšlenky C.G. Junga*. Brno : Atlantis 1998.

NOVÁK, S. 1992. *Disharmonický člověk a jeho výchova*. Praha : Řád 1992.

RATZINGER, J. 2003. *Cesta veľkonočným tajomstvom*. Trnava : Spolok svätého Vojtecha, 2003, s. 48.

Kontakt na autora

Mons. Prof. ThDr. JCDr. Anton Fabian, PhD.

UPJŠ Košice, Filozofická fakulta, Katedra sociálnej práce

Moyzesova 9

040 01 Košice

fabian.anton@rimkat.sk

Opieka nad pacjentem w terminalnym okresie choroby nowotworowej wyzywaniem dla ochrony zdrowia i pracy socjalnej

Elżbieta Cipora, Magdalena Konieczny (PL)

Streszczenie: W Polsce choroby nowotworowe dotyczą co czwartej osoby, a wyleczalność sięga zaledwie ok. 40%. Większość pacjentów umiera, ponieważ nowotwór zostaje zdiagnozowany zbyt późno. Pacjent w terminalnym okresie choroby nowotworowej to osoba u kresu życia, która za jej zgodą może zostać objęta opieką paliatywno-hospicyjną. Celem tej opieki jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin. W pracy zaprezentowano potrzeby i problemy osób objętych opieką paliatywno-hospicyjną. Różnorodność oraz nasilenie występujących problemów, ze szczególnym uwzględnieniem problemów zdrowotnych i społeczno-socjalnych, a także ramy kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia w pewnym stopniu wyznaczają zakres opieki sprawowanej przez interdyscyplinarny zespół. W publikacji skupiono się na roli pracowników ochrony zdrowia i pracy socjalnej w systemie opieki paliatywno-hospicyjnej.

Słowa kluczowe: Opieka paliatywna. Nowotwór. Pielęgniarka. Pracownik socjalny. Polska.

Abstract: In Poland cancer diseases relate to every fourth person, and the cure rate reaches only approx. 40%. Most patients die because it is diagnosed too late. Patients in terminal stages of cancer are those ones in the late period of their lives, who - with their permission - may get palliative and hospice care cover. The goal of this kind of care is to improve the quality of patients' lives as well as their families. The work presents the problems and needs of people while in hospice and palliative care. The variety and severity of existing problems, with particular emphasis on health issues and social welfare, and also a framework of contracts drawn up with the National Health Fund determine - to some extent - the scope of care provided by an interdisciplinary team. The study focused on the role of health workers and social work in the system of hospice and palliative care.

Keywords: Palliative care. Cancer. Nurse. Social worker. Poland.

Wstęp

Choroby nowotworowe są problemem zdrowotnym współczesnego społeczeństwa nie tylko w Polsce i w Europie, ale na całym świecie. Dane epidemiologiczne wskazują, że w najbliższym czasie u co czwartej osoby zostanie zdiagnozowany nowotwór (Huras 2005, Didkowska i in. 2009). W Polsce często choroby nowotworowe rozpoznawane są zbyt późno, co powoduje ograniczone możliwości terapeutyczne i skazuje pacjentów na leczenie paliatywne. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje opiekę paliatywną jako „całkowitą aktywną opiekę nad osobą, której choroba nie poddaje się leczeniu przyczynowemu. Równolegle prowadzona jest walka z bólem, innymi objawami somatycznymi, problemami psychologicznymi, społecznymi i duchowymi” (Piekarski 2005, s. 206).

W odniesieniu do opieki świadczonej w schyłkowym okresie choroby używa się określeń „hospicyjna” i „paliatywna”. Obydwa te pojęcia są łączone lub używane zamiennie. Termin „opieka hospicyjna” stosowany jest głównie w odniesieniu do działań nawiązujących do modelu brytyjskiego lub do tradycji kościelnej, natomiast „opieka paliatywna” to pojęcie używane częściej w dokumentach i przepisach prawnych. Niemniej jednak dość często używa się określeń: „opieka paliatywno-hospicyjna”; „opieka paliatywna” oraz „opieka hospicyjna”. Wszystkie te sformułowania są poprawne (Jarosz 2011).

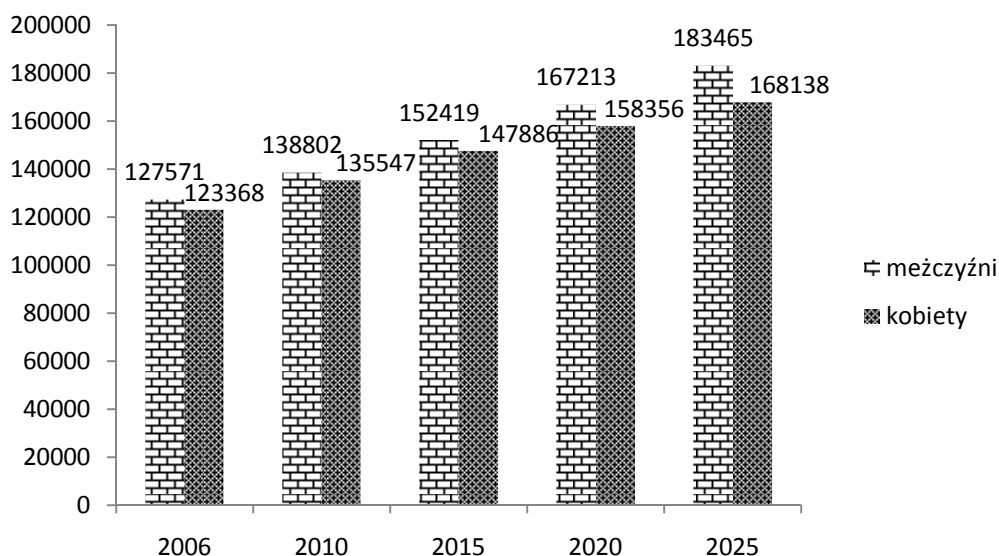
Opieką paliatywną objęte są osoby z różnymi schorzeniami, ale najczęściej dotyczy pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową, głównie w jej końcowym okresie, tj. w stanie terminalnym. Celem tej opieki jest zapewnienie choremu i jego rodzinie możliwie dobrej jakości życia w końcowym stadium choroby, a także zapewnienie profesjonalnej opieki choremu w czasie umierania oraz rodzinie w przeżyciu żałoby. Profesjonalna opieka polega na łagodzeniu cierpień fizycznych, które dotyczą głównie chorego, a także dolegliwości o charakterze psychosocjalnym i duchowym, które odczuwane są również przez rodzinę (Łuczak i Kotlińska-Lemieszek 2011). Istotnym jej elementem jest konieczność objęcia pacjenta całościową opieką, której nie jest w stanie zapewnić specjalista z jednej dziedziny.

Celem pracy było przedstawienie roli pracowników sektora ochrony zdrowia i służb społecznych w systemie opieki paliatywno – hospicyjnej, ze szczególnym uwzględnieniem zakresu świadczeń udzielanych w ramach tej opieki przez wymienione sektory.

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzane metodą analizy aktualnego piśmiennictwa z zakresu onkologii i opieki paliatywno-hospicyjnej, ze szczególnym uwzględnieniem medycznych i pozamedycznych jej aspektów.

Wyniki. We współczesnym społeczeństwie wzrasta liczba zachorowań na nowotwory. Poprawia się ich wykrywalność, ale w dalszym ciągu wielu pacjentów zgłasza się do lekarzy specjalistów wówczas, gdy stopień zaawansowania klinicznego choroby jest tak znaczny, iż stosowanie radykalnych metod leczenia jest niemożliwe. W konsekwencji w Polsce choroby nowotworowe stanowią drugą, co do częstości przyczynę zgonów po chorobach układu krążenia. Mężczyźni najczęściej umierają z powodu nowotworów płuc, żołądka, gruczołu krokowego, jelita grubego, pęcherza moczowego, a kobiety z powodu nowotworów piersi, płuc, jelita grubego i żołądka (Krajowy Rejestr Nowotworów, Huras 2005). W 2006 roku w Polsce stwierdzono ogółem 250939 zachorowań na nowotwory złośliwe. W 2015 roku będzie tych zachorowań 300305, natomiast w 2025 roku ich liczba wzrośnie do 351603 (ryc. 1).

Ryc. 1: **Prognoza zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku**
(źródło: Didkowska i in. 2009).



W roku 2015 w porównaniu do roku 2006 nastąpi wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe o 17%. Prognozy przewidują, że w latach 2006-2025 nastąpi wzrost zachorowań na

nowotwory złośliwe o 40% (Krajowy Rejestr Nowotworów). Sytuacja ta wskazuje nie tylko na potrzebę rozwijania i doskonalenia metod rozpoznawania i leczenia nowotworów, ale także na konieczność poprawy dostępności i jakości opieki paliatywnej.

Prekursorką i twórczynią idei opieki paliatywno-hospicyjnej na świecie była Cicely Saunders – pielęgniarka, lekarz i pracownik socjalny. Ta wszechstronnie wykształcona osoba założyła w Londynie pod koniec lat 60-tych ubiegłego wieku pierwsze, dobrze zorganizowane hospicjum. W swoich założeniach idei hospicyjnej opierała się na humanistycznych i chrześcijańskich wartościach przy jednoczesnym poszanowaniu autonomii i niezależności człowieka. Zawsze łączyła pacjenta z rodziną, zwracała uwagę na potrzeby medyczne i niemedyczne świadczeniobiorców (Jarosz 2011).

Początek opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce datuje się na lata 80-te XX wieku. Opieka ta miała charakter wolontarystyczny. Istotnym wydarzeniem w rozwoju opieki u kresu życia było powstanie w 1986 roku w Warszawie w Centrum Onkologii Poradni Przeciwbólowej, a następnie dziewięć lat później Oddziału Badania Bólu i Terapii Paliatywnej. Niemniej ważne było utworzenie w 1990 roku przy Katedrze Onkologii Akademii Medycznej w Poznaniu Kliniki Opieki Paliatywnej. Jednak dopiero w 1993 roku znalazły się rządowe fundusze na organizację i rozwój opieki paliatywno-hospicyjnej, a w 1998 roku Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej zatwierdziło program rozwoju tego rodzaju opieki. W 2006 roku rozwój medycyny paliatywnej jako części onkologii został uwzględniony w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych (Jarosz i Hilgier 1996; World Health Organization 2002).

Polska znajduje się na 4 miejscu pod względem rozwoju medycyny paliatywnej, a na 5 miejscu pod względem organizacji opieki paliatywnej w Europie (Teunissen i in. 2007). Aktualnie funkcjonuje w Polsce opieka paliatywna jako świadczenie udzielane w formie stacjonarnej i niestacjonarnej i ten rodzaj opieki stale się rozwija ze względu na rosnące zapotrzebowanie społeczne. Hospicjum domowe, hospicjum dla dzieci, poradnia medycyny paliatywnej, oddział opieki paliatywnej, hospicjum stacjonarne, a także oddział dzienny to formy opieki paliatywnej (Łuczak i Kotlińska-Lemieszek 2011).

Początkowo medycyna paliatywna w Polsce rozwijała się w dużym oddaleniu od onkologii. Lekarze onkolodzy swoje wysiłki skupiali wyłącznie na leczeniu przeciwnowotworowym, a nie brali udziału w leczeniu paliatywnym uważając, że tutaj ich rola kończy się i pacjent powinien być pod opieką tylko i wyłącznie profesjonalistów w dziedzinie medycyny i opieki paliatywnej. Natomiast obecnie zwraca się coraz większą uwagę na konieczność zmiany tego stereotypu i włączenie onkologów do opieki paliatywnej, ponieważ nowotwory są również chorobami przewlekłymi i nieuleczalnymi, co powoduje, że pacjent nie może być nastawiony tylko i wyłącznie na „walkę z chorobą”, ale także na „życie z chorobą”. W leczeniu pacjentów z chorobami nowotworami wysiłki lekarzy - onkologów powinny skupiać się nie tylko na działaniu chirurgicznym, radioterapii czy chemioterapii, ale również na opiece paliatywnej, która ze względu na swój charakter, cele i stan faktyczny stanowi integralną część onkologii (Jarosz 2011).

W niektórych publikacjach z zakresu opieki paliatywnej, szczególnie w tych dotyczących onkologii, prezentowana jest potrzeba integracji działań typowych dla opieki paliatywnej z postępowaniem leczniczym. W chorobach nowotworowych opiekę paliatywną należy wprowadzać wcześniej, a nie wówczas, gdy leczenie przyczynowe nie przynosi oczekiwanego skutku. Takie działanie jest celowe, ponieważ w tym rodzaju opieki istotne jest łagodzenie cierpienia oraz poprawa jakości życia chorego i jego rodziny (Kowalczyk 2012). Metody stosowane w medycynie paliatywnej i w opiece paliatywnej mają na celu łagodzenie dolegliwości fizycznych i psychicznych wynikających z choroby oraz sprawowanie holistycznej opieki nad pacjentem i jego rodziną, w czym mieści się również koordynowanie działań leczniczych i opiekuńczych. W opinii Europejskiego Towarzystwa Onkologii

Klinicznej (ESMO – European Society for Medical Oncology) lekarze onkolodzy mają obowiązek koordynacji leczenia pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej we wszystkich jej fazach (Jarosz 2005).

Potrzeby chorego u kresu życia wynikają z nasilających się dolegliwości somatycznych, pogorszenia sprawności ruchowej, wycofywania się z dotychczas pełnionych ról społecznych. W tym okresie dla pacjenta najistotniejsze stają się potrzeby biologiczne, w tym zmniejszenie nasilenia lub zniwelowanie dyskomfortu fizycznego, spowodowanego często silnym bólem nowotworowym, potrzeba snu, potrzeba odżywiania.

W następnej kolejności pojawia się potrzeba zaspokojenia poczucia własnej wartości manifestująca się wyczuleniem chorego na podmiotowe traktowanie go przez osoby świadczące pomoc, w tym zapewnienie mu należnego mu szacunku i przysługujących praw.

Kolejną grupę stanowią potrzeby społeczne pacjenta, ponieważ ciężka choroba nasila postawy egocentryczne wyrażające się oczekiwaniem na przejawy sympatii i akceptacji otoczenia. Istotne są również potrzeby religijne, których nasilenie i chęć zaspokojenia zależy od praktyk religijnych w okresie przed wystąpieniem choroby. Pacjent w terminalnym stanie choroby nowotworowej reaguje najczęściej emocjonalnie na swoją sytuację zdrowotną, co przejawia lękiem, gniewem, przygnębieniem, poczuciem upokorzenia i winy.

Słabą stroną opieki paliatywnej w Polsce jest skupienie dużej uwagi na potrzebach biologicznych chorych, czego przejawem jest łagodzenie lub niwelowanie dolegliwości fizycznych, natomiast inne potrzeby są często niedostrzegane, co może być powodem dyskomfortu u chorych i małej efektywności tej opieki (Kaptacz 2005).

Pacjent z zaawansowaną chorobą nowotworową to osoba, u której na plan pierwszy wysuwają się dolegliwości i objawy somatyczne: ból, bezsenność lub senność, osłabienie i zmęczenie, duszność, wyniszczenie nowotworowe, kaszel, biegunka, zaparcia i odleżyny. Obok tych objawów pojawiają się również problemy psychospołeczne. Dla zdecydowanej większości pacjentów najważniejsza staje się rodzina, jej potrzeby i problemy, a nie troska o siebie samego. Z powodu bólu wszechogarniającego, który ma nie tylko wymiar fizyczny, ale i psychiczny, zmiany ról w rodzinie, trudności finansowych związanych z niemożliwością funkcjonowania zawodowego na dotychczasowym poziomie i wynikającej z tego pogorszenia sytuacji materialnej, chorzy dość często cierpią z powodu depresji. Depresję dodatkowo nasila upośledzenie wydolności fizycznej chorego. Ponadto nie bez znaczenia jest fakt, że chorzy na nowotwór w stadium zaawansowanym nie mogą realizować swoich zainteresowań i aktywności z nich wynikających, np. uprawiać sportów, wychodzić ze znajomymi, uczestniczyć w życiu kulturalnym, co również jest powodem nasilenia objawów somatycznych i stanów depresyjnych. Bardzo wielu chorych i członków ich rodzin potrzebuje w tym czasie rozmów o sensie życia, sensie cierpienia. Badania wskazują, że zachodzi relacja pomiędzy wiarą w Boga a stanem psychicznym pacjenta. Łatwiej jest znosić ból i cierpienie osobom wierzącym i mającym nadzieję, że wszystko nie kończy się wraz ze śmiercią (Piekarski 2005).

W obliczu tak wielu dolegliwości i problemów zdrowotnych nieuleczalnie chorych oczywistością staje się fakt, że w zespole opieki paliatywnej pracują profesjonaliści z różnych dziedzin, a także wolontariusze, ponieważ opieka powinna obejmować zaspokajanie wszystkich potrzeb chorego i jego rodziny w możliwym zakresie. W zespole interdyscyplinarnym działają osoby z wykształceniem medycznym: lekarz, farmaceuta, pielęgniarka, rehabilitant i wykształceniem pozamedycznym: psycholog, pracownik socjalny, duchowny. Osoby z wykształceniem medycznym w pewnym stopniu są przygotowane do rozpoznawania potrzeb psychicznych, społecznych i duchowych, ale nie są specjalistami w tym zakresie. Najlepszym specjalistą w dziedzinie psychologii jest psycholog, w zakresie funkcjonowania społecznego – pracownik socjalny, w sferze duchowej – duchowny, w zakresie objawów somatycznych – lekarz i pielęgniarka, w walce z bólem – lekarz

i farmaceuta, w opiece pielęgniarstwie – pielęgniarka. Zadaniem rehabilitanta jest utrzymanie u chorego jak najdłużej sprawności poprzez minimalizowanie fizycznych następstw choroby, a także przywracanie utraconych funkcji, w tym funkcjonalności narządów ruchu. Istotne jest utrzymanie u pacjenta sprawności w obszarach umożliwiających codzienne funkcjonowanie, tj. w zakresie: poruszania się po mieszkaniu, a jeśli to jest niemożliwe w obrębie łóżka, zmiany pozycji, wykonywania toalety i kąpeli, ubierania i rozbierania się, jedzenia i picia (Jarosz 2011). Ponadto, aby opieka była pełna powinna być prowadzona kompleksowo, stąd celowe jest włączenie do zespołu również terapeutów zajęciowych i wolontariuszy (Kowalczyk 2012).

Pracownicy sektora ochrony zdrowia formalnie przygotowani są do świadczenia opieki paliatywnej w trakcie kształcenia zawodowego, a także poprzez kształcenie podyplomowe – m.in. szkolenia specjalizacyjne. Pielęgniarki po dwuletnim cyklu kształcenia podyplomowego i egzaminie państwowym otrzymują tytuł specjalisty w zakresie opieki paliatywnej, a lekarze po pięcioletnim szkoleniu specjalizacyjnym w dziedzinie medycyny paliatywnej zostają specjalistami w tym zakresie.

Podstawą świadczeń zdrowotnych jest ocena stanu pacjenta. Informacje o pacjencie i jego rodzinie profesjonaliści z wykształceniem medycznym zbierają najczęściej za pomocą wywiadu, obserwacji, pomiarów, analizy dokumentów, wyników badań laboratoryjnych i obrazowych. W grupie potrzeb, które powinny być rozwiązywane przez profesjonalistów mających przygotowanie medyczne na plan pierwszy wysuwa się łagodzenie dolegliwości bólowych, następnie innych objawów i dolegliwości somatycznych, w zależności od stopnia ich nasilenia i związanych z tym uciążliwości dla chorego. Ważne jest nie tylko rozpoznanie potrzeb, ale również ich zhierarchizowanie, tj. poukładanie kolejności w jakiej powinny być realizowane. Z grupy osób z wykształceniem medycznym najwięcej czasu z pacjentem i jego rodziną spędza pielęgniarka. W warunkach kontraktowania usług z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej z Narodowym Funduszem Zdrowia zapisano, że u chorego powinny być w ciągu tygodnia 4 wizyty domowe (Zarządzenie Nr 96/2008/DSOZ). W praktyce standardowo odbywa się jedna wizyta lekarska, co najmniej 2 pielęgniarskie, a inni członkowie zespołu odwiedzają chorego w zależności od potrzeby. Zadaniem pielęgniarki w wielodyscyplinarnym zespole opieki paliatywnej jest świadczenie pacjentowi i jego rodzinie profesjonalnej holistycznej opieki złożonej z następujących elementów:

- diagnoza sytuacji rodzinnej chorego oraz sprawowanie opieki nad chorym i jego rodziną, w tym ułatwienie wyrażania emocji w sposób ciągły i systematyczny;
- osobowość chorego – zapewnienie komfortu, zwrócenie uwagi na szczególne upodobania chorego, jego aktywność, wsparcie psychiczne, uczestnictwo w rozmowach pacjentów o przeszłości, przewidywanie;
- kontrola symptomów choroby – monitorowanie dolegliwości somatycznych i reagowanie na potrzeby z tym związane;
- sprawowanie opieki w okresie zakończenia życia – opieka nad chorym i jego rodziną (Piotrowska 2005).

W pozamedycznych aspektach opieki hospicyjnej podkreśla się pomoc psychologiczną, duszpasterską i duchową oraz socjalną. Tej pomocy udzielają psycholodzy, duszpasterze i pracownicy socjalni.

Przeciwdziałanie samotności i izolacji społecznej chorego i jego rodziny, a także poczuciu braku akceptacji ze strony otoczenia to zadania dla psychologa i pracownika socjalnego. Ułatwienie choremu i jego najbliższemu pogodzenia się ze zbliżającą się śmiercią oraz wsparcie w szukaniu odpowiedzi na pytania o sens cierpienia, sens życia, sens śmierci to zadania dla psychologa i osoby duchownej (Jarosz 2011).

Aspekty socjalne są istotnym elementem codziennego funkcjonowania chorych i ich rodzin. Nieuleczalna, długotrwała choroba pociąga za sobą często konieczność długotrwałego

przebywania na zwolnieniu lekarskim, zmusza do rezygnacji z pracy i przejścia na rentę, wymaga od rodziny zaangażowania fizycznego i emocjonalnego w opiekę nad domownikiem lub inną bliską osobą. Pociąga za sobą konieczność dodatkowych wydatków związanych z zakupem leków, środków opatrunkowych, sprzętu medycznego, odpowiedniego żywienia. W nowej, trudnej sytuacji ciężkiej choroby pogarsza się status materialny rodziny, rosną wydatki związane z problemami zdrowotnymi, występuje niepełnosprawność, pojawiają się coraz to nowe ograniczenia i bariery (Frączek 2011). Sam chory i jego najbliżsi potrzebują wsparcia nie tylko materialnego, ale również prawnego i instruktażu w zakresie korzystania z form przysługującej im pomocy. Osobami, które pomagają chorym i ich rodzinom funkcjonować w tej sytuacji są pracownicy socjalni – profesjonaliści w zakresie udzielania pomocy socjalnej i rozwiązywania problemów społeczno-socjalnych (Krakowiak 2011).

Pracownicy socjalni są to osoby legitymujące się odpowiednim przygotowaniem zawodowym i pełniące w zespołach opieki paliatywnej rolę ekspertów do spraw socjalnych. Mają ukończone studia na kierunku praca socjalna lub kierunku pedagogika, lub studium policealne o kierunku praca socjalna, często posiadają specjalizację w zakresie pracy socjalnej.

Zadania wykonywane przez pracowników socjalnych zatrudnionych w opiece paliatywnej polegają na:

- gromadzeniu informacji o chorych i ich rodzinach poprzez wywiady, obserwacje, analizy dokumentów;
- diagnozie potrzeb socjalnych chorych i ich rodzin;
- konstruowaniu, przy współudziale chorego i rodziny indywidualnych programów wsparcia oraz koordynowaniu ich realizacji;
- świadczeniu indywidualnej pomocy w zależności od występujących potrzeb;
- udzielaniu pomocy w staraniach o usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne;
- informowaniu i pomocy w uzyskiwaniu świadczeń materialnych z instytucji pomocy społecznej;
- dostarczaniu informacji o prawach wynikających z przepisów o pomocy społecznej, ubezpieczeniach społecznych, prawach pacjenta, prawa emerytalno-rentowego;
- poszukiwaniu wsparcia dla chorego i jego rodziny w organizacjach pozarządowych, np. w centrach wolontariatu;
- udzielaniu wsparcia dla rodziny po śmierci chorego poprzez kontakt z grupami terapeutycznymi, osobami, które przeżyły podobne sytuacje i poradziły sobie z nimi (Kaptacz 2005).

Pracownik socjalny w swojej pracy powinien kierować się zasadami wynikającymi z Kodeksu Etycznego Polskiego Towarzystwa Pracowników Socjalnych. Zgodnie z tymi zasadami powinien mieć wysokie morale, wykorzystywać i aktualizować swoją wiedzę i umiejętności zawodowe, dbać o jakość udzielanych świadczeń, ponosić odpowiedzialność za swoje działania nie tylko wobec odbiorców usług, ale również wobec współpracowników i własnego zawodu. W pracy z podopiecznym powinien starać się jak najdłużej podtrzymać samodzielność i wydolność pacjenta i jego rodziny, a także wzmacniać ich działania zmierzające do usamodzielnienia się.

Ważnym elementem działalności zawodowej pracowników socjalnych, podobnie jak innych grup zawodowych i wolontariuszy świadczących opiekę chorym w stanach terminalnych jest obowiązek przestrzegania tajemnicy dotyczącej informacji otrzymanych w związku z świadczoną opieką nie tylko w czasie pracy, ale również po jej zakończeniu (Kaptacz 2005).

W Polsce pracownik socjalny kojarzony jest z instytucjami pomocy społecznej i udzielaniem wsparcia osobom nieradzącym sobie w codziennym funkcjonowaniu oraz ze środowiskami patologicznymi. Jednak należy zmienić ten stereotyp i akcentować rolę pracy

socjalnej w pomocy ciężko chorym - objętym opieką paliatywno-hospicyjną. Przykładem dobrej współpracy opieki paliatywno-hospicyjnej ze specjalistami z zakresu pracy socjalnej są Stany Zjednoczone uchodzące za lidera w zintegrowanej i całościowej opiece nad nieuleczalnie chorym i jego rodziną. Działająca w Stanach Zjednoczonych największa organizacja pracowników socjalnych na świecie – Stowarzyszenie Pracowników Socjalnych (NASW) – wydała „Standardy opieki paliatywnej i troski u końca życia”, w których wyznaczono pracownikom socjalnym rolę „adwokatów wielorakich potrzeb pacjentów” (Krakowiak 2011, s. 248).

Wobec tak wielu problemów społeczno-socjalnych dotyczących chorego i jego najbliższych oraz zadań jakie stawia się pracownikowi socjalnemu w wielodyscyplinarnym zespole opieki niezrozumiałym jest fakt, że od 1 stycznia 2009 roku do kontraktowania świadczeń opieki paliatywnej refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest wymagane zatrudnienie pracownika socjalnego w zespołach paliatywno-hospicyjnych (Zarządzenie nr 96/2008/DSOZ).

Opieka nad pacjentem w terminalnym okresie choroby nowotworowej jest sprawowana całościowo, przy czym każdy z członków z interdyscyplinarnego zespołu ma określone zadania, które wynikają z potrzeb i problemów chorego i jego rodziny. Wyzwaniem dla tego rodzaju opieki współpraca sektora ochrony zdrowia i służb społecznych mająca na celu poprawę jakości życia odbiorców usług.

Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że opieka paliatywno-hospicyjna jest całościowym postępowaniem mającym na celu poprawę jakości życia chorego i jego rodziny w zmaganiach z problemami wynikającymi z zagrażającej życiu, postępującej choroby. Na jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową, w tym chorych nieuleczalnie wpływa jakość opieki. Obecnie wiele uwagi poświęca się ocenie jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową na którą wpływa jakość opieki onkologicznej. Vardy i Tanock zwrócili uwagę, że przed przystąpieniem do badań nad jakością opieki onkologicznej należy udzielić odpowiedzi na 3 poniższe pytania: czy stosowane leczenie jest właściwe?; czy stosowane leki podawane są prawidłowo?; czy leczenie obejmuje nie tylko chorobę, ale i również pacjenta? (Vardy i Tannock 2004).

W Polsce opieka paliatywna jest niedoceniana i źle finansowana. Pod koniec roku większość szpitali, w których funkcjonują oddziały opieki paliatywnej wyczerpały środki finansowe przeznaczone na ten cel w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Można stwierdzić, że w pakiecie onkologicznym opieka paliatywno-hospicyjna jest zmarginalizowana.

Wnioski

1. Opieka paliatywno-hospicyjna wobec pacjentów z chorobami nowotworowymi powinna stanowić integralną część opieki onkologicznej.
2. Wielość występujących problemów społeczno-socjalnych u osób w terminalnym okresie choroby wskazuje na potrzebę włączenia do zespołu interdyscyplinarnego pracownika socjalnego i poszerzenia pakietu świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej o opiekę socjalną w warunkach zawierania i realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. Należy zwiększyć nakłady finansowe na opiekę paliatywno-hospicyjną, ponieważ systematycznie będzie wzrastać liczba osób, które powinny być objęte tym rodzajem opieki.
4. Potrzeby i problemy pacjentów i ich rodzin oraz kompetencje pracowników sektora medycznego i pozamedycznego wyznaczają zakres zadań członków zespołu opieki paliatywno-hospicyjnej.

Zoznam bibliografických odkazov

- DIDKOWSKA J., WOJCIECHOWSKA U., ZATOŃSKI U. 2009, *Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotowory złośliwe w Polsce do 2025 roku*, Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, ISSN 0867-8251.
- FRĄCZEK P. 2011, *Situations social and health of disabled people with cancer in sanocki, leski and bieszczadzki administrative districts*; in: *Malignant diseases as a health problem of modern society*; editors Elżbieta Cipora, Irena Dorota Karwat, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. Grodka, Sanok 2011, 173-183, ISBN 978-83-61802-32-7.
- HURAS B. 2005, *Okres terminalny w wybranych chorobach układowych*. W: de Walden-Gałaszko K., Kaptacz A. (red.), *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*, PZWL Warszawa, 36-60, ISBN 83-200-3134-6.
- JAROSZ J., HILGIER M. 1996, *Cancer pain treatment – the Warsaw model*. *The Pain Clinic*, 9, 357-359.
- JAROSZ J. 2005, *Opieka pielęgniarska w onkologii*, *Polska Medycyna Paliatywna*, 4,4,137-143, ISSN 1644-115X.
- JAROSZ J. 2011, *Opieka paliatywna we współczesnej onkologii*. *Postępy Nauk Medycznych*, 2,156-162.
- KAPTACZ A. 2005, *Problemy społeczno-socjalne*. W: de Walden-Gałaszko K., Kaptacz A. (red.), *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*, PZWL Warszawa, 222-229, ISBN 83-200-3134-6,
- KOWALCZYK M. 2012, *Opieka paliatywna jako jedna z form opieki nad pacjentem terminalnie chorym*, *Państwo i Społeczeństwo*, 2, 73-82.
- KRAKOWIAK P. 2011, *Praca socjalna w opiece u kresu życia na świecie i możliwości jej rozwoju w Polsce*, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 1, 3, 245-250.
- ŁUCZAK J., KOTLIŃSKA-LEMIESZEK A. 2011, *Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna*, *Nowiny Lekarskie*, 80, 1, 3-15.
- PIEKARSKI J. 2005, *Opieka pielęgniarska w onkologii*. W: Jeziorski A. (red.), *Onkologia*, PZWL Warszawa, 167-250, ISBN 83-200-3044-7.
- PIOTROWSKA W. 2005, *Rola pielęgniarki opieki paliatywnej*, *Onkologia Polska*, 8, 3, 174-176, ISSN 1505-6732.
- ZARZĄDZENIE Nr 96/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2002, *National cancer control programs: policies and managerial guidelines*. 2nd ed. Geneva, 1, 17.
- VARDY J., TANNOCK I.F. 2004, *Quality of cancer care*, *Ann. Oncol.*, 15, 1001-1006.
- KRAJOWY REJESTR NOWOTWORÓW, *Raporty epidemiologiczne*, dostęp elektroniczny, <http://onkologia.org.pl/>, dostęp z dnia 19.11.2014 r.
- TEUNISSEN S., WESKER W., KRUITWAGEN C. et al. 2007, *Sympton prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review*. *J. Pain Symptom Manage.*, 34, 94-104.

Kontakt na autora

doc. dr n. med. Elżbieta Cipora, dr Magdalena Konieczny
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku
38-500 Sanok ul. Mickiewicza 21, Polska
rektorat@pwsz-sanok.edu.pl

Využitie konceptov agresivity pri práci s klientom

Ján Gabura, Ján Gabura, ml. (SR)

Abstrakt: *V rámci spolupráce odborného pracovníka s klientom sa môžu objaviť agresívne prejavy správania klienta, či odborného pracovníka. Preto by mal profesionál poznať koncepty etiológie agresívnych prejavov, ktoré mu umožnia lepšie mu pochopiť svoje správanie a správanie klienta. Poznanie etiológie konfliktov uľahčuje výber prístupu a efektívnych intervencií pri zvládaní problémovej situácie.*

Kľúčové slová: Agresivita. Agresia. Etiológia agresívneho správania. Odborné intervencie.

Abstract: *In the cooperation of a professional worker with the client there is the possibility of the symptoms of aggressive behavior of the client or the professional worker. Therefore the professional worker should know the concepts of the etiology of aggressive behavior, which help him to understand his behavior and the behavior of the client. The knowledge of the etiology of conflicts makes it easier to choose the right approach and effective intervention by countering problematic situations.*

Keywords: Aggressiveness. Aggression. Etiology of aggressive behavior. Professional interventions.

Pri práci s klientom v pomáhajúcich profesiách sa môžeme frekventovane stretnúť s prejavmi agresívneho správania na rôznych úrovniach. Agresívne prejavy sa môžu objavovať v správaní klienta vo vzťahu k odborníkovi, v téme prezentovanej klientom, kde klient môže byť objektom alebo subjektom agresie (agresia klienta voči partnerovi, deťom, sociálnemu okoliu, agresia partnera či okolia voči klientovi), problémy odborníka so svojou vlastnou agresivitou. Pri práci s týmto fenoménom je dôležité, aby pracovník pomáhajúcej profesie poznal teoretické koncepty etiológie agresívneho správania, pochopil účelovosť takéhoto správania a naučil sa s týmto javom efektívne pracovať.

Agresia a agresivita predstavujú v teórii i praxi pomáhajúcich profesií významnú úlohu. Agresia a agresivita sa pri práci s klientom vyskytujú na rôznych úrovniach, objavujú sa v oblasti myslenia, fantázie, v snoch, v komunikácii i správaní. Registrujeme mnohé prejavy agresívneho správania, a preto existuje i mnoho rôznych definícií pojmov agresia a agresivita. Pojmy agresivita a agresia nie sú synonymá, preto je potrebné rozlišovať ich význam. Defektologický slovník uvádza, že pojem agresia má korene v latinskom „agressio“, čo možno preložiť ako útok alebo výpad voči veci či osobe (Edelsberger 2000). Je to teda jednanie, prostredníctvom ktorého sa prejavuje snaha poškodiť niektorý objekt alebo ju chápeme ako útočnosť s výrazným zámerom ublížiť. V medziľudských vzťahoch sa pojem agresia vzťahuje k správaniu, ktorého cieľom je poškodiť inú osobu formou, ktorá je v rozpore s normou správania v určitej situácii. Podľa Čírtkovej (2004) sa agresiou rozumie súhrnné označenie pre rôzne formy správania, pričom kritéria toho, čo je a nie agresia sa líšia na základe konceptov teoretických modelov agresie. Pojem agresia označuje teda vlastné, pozorovateľné správanie. Objektom agresívneho správania môže byť sám agresor, iní ľudia, zvieratá, rastliny, neživá príroda i výtvary človeka. Jandourek (2001) vo svojom Sociologickom slovníku považuje agresiu za akt nepriateľstva, ktoré smeruje k vedomému poškodeniu iného človeka, k obmedzeniu jeho slobody a spôsobeniu bolesti. Agresia však nemusí byť nevyhnutne zameraná na ľudí, často je charakterizovaná širšie, môže byť orientovaná aj na vonkajší svet, prírodu, na veci, ktorých zničenie môže ventilovať nahromadený agresívny materiál alebo saturovať životné potreby agresora. Nestor

československej psychiatrie Vondráček (in Čírtková 2006) rozlišuje dva typy ľudskej agresie. V širšom ponímaní definuje agresiu ako činnosť, ktorá vedie k poškodeniu alebo zníženiu určitej hodnoty, v užšom význame spája agresiu s útokom a fyzickým násilím. Agresia sa prejavuje buď v podobe myšlienok (agresívne myšlienky a predstavy), verbálnej komunikácie (útočné slová, nadávky, krik, vyhrážky) alebo v brachyálnej forme (telesné násilie). Podľa zdrojov môžeme agresiu rozdeliť na agresiu zo strachu, agresiu z hnevu, na inštrumentálnu agresiu, substitučnú agresiu a autoagresiu. Na rozdiel od agresie je agresivita charakterizovaná ako sklon či pohotovosť k agresívnemu správaniu. Môže byť geneticky kotvená alebo môže byť aj naučenou reakciou na vonkajšie podnety. Tento pojem má tiež pôvod v latinčine (aggressivus – útočný). Agresivita predstavuje vlastnosť, postoj alebo vnútornú pohotovosť k agresívnemu správaniu. V širšom význame slova sa takto označuje schopnosť organizmu mobilizovať sily k dosiahnutiu nejakého cieľa a schopnosť vzdorovať vzniknutým problémom. V niektorých súvislostiach pojem agresivita znamená celkové úsilie organizmu dosiahnuť uspokojenie vlastných potrieb (Edelsberger 2000). Pojem agresivita môže teda označovať povahový rys či vlastnosť človeka, v širšom kontexte pojem agresivita označuje vnútornú dynamiku človeka, jeho postoj k životným problémom, umožňuje človeku dosahovať v živote uspokojenie a saturáciu potrieb. Môžeme ju chápať ako relatívne trvalú, a preto ťažšie odkloniteľnú predispozíciu osobnosti, Vymětal (2003) ju považuje za pomerne stálu individuálnu dispozíciu k útočnému jednaniu (2003). Motiváciou agresívneho správania môže byť nedostatočné saturovanie potrieb človeka prejavujúce sa frustráciou či depriváciou, reakcia na vlastný strach, potreba vyvolať strach v iných ľuďoch, vonkajšie pokusy o zmarenie cieľov alebo jednostranné presadzovanie vlastných záujmov. Prostredníctvom agresivity človek naráža na svoje okolie, konfrontuje sa s ostatnými ľuďmi čím si vytvára priestor pre riešenie problémov a na jej báze môže posilňovať aj svoje seba vnímanie. V poslednom období sa v odbornej literatúre objavujú myšlienky a agresivite a agresii ako o sociálnych konštruktoch, ktorých dôsledkom sú pochybnosti o skúmateľnosti týchto fenoménov, pretože podľa týchto teoretických východísk sú koncipované sociálne. Napriek tomu, že odpor voči násilnému agresívnemu správaniu je kultúrne univerzálny (Henry 2009), sporadicky sa objavujú definície legitimacy agresívneho a násilného správania v rôznych sociálnych prostrediach. Napriek tomu, že môžeme uvažovať o agresívnom správaní a násilí ako sociálnom konštrukte, neznevažuje to výskum v týchto oblastiach ani hľadanie relevantných biologických predpokladov týchto javov.

Biologizujúce teórie agresivity vychádzajú z predpokladu, že agresivita je nezničitelný rys prirodzenosti človeka, ktorý je biologicky determinovaný. Agresivita je podľa nich v ľudskom organizme trvale zakotvená a nepredstavuje iba reakciu na určité podráždenie. Somaticky orientované biologické teórie sa snažia agresivitu vysvetliť ako neuro-fyziologický jav (fyziologické centrá agresivity, limbický systém, amygdala, hipokampus atď.). Jednou z významných neurologických teórií agresivity je teória prefrontálnej dysfunkcie. Prefrontálna mozgová kôra podľa Walscha (2009) zodpovedá za mnohé funkcie: plánovanie komplexného správania, rozhodovanie, vytváranie morálnych úsudkov, adaptáciu emócií atď. Primerané funkcie či dysfunkcie tejto časti mozgu môžeme považovať za prostredníkov sociálne akceptovaného alebo antisociálneho správania. Raine a kol. (1998) zistili vzťah medzi aktivitou prefrontálnej kôry a impulzívnym, násilným správaním. V prácach Beavera a kol. (2009), že genetické faktory na 50% - 90% ovplyvňujú variácie človeka v sebakontrolu. Autori predpokladajú, že sebakontrola, ktorej súčasťou je i kontrola agresivity, je súčasťou BIS/BAS systému, v súčinnosti s prostredím, v ktorom sa človek vyvíja. S teóriou sebakontroly prišli Gottfredson a Hirschi (1990), ktorí rozšírili teóriu sociálnej kontroly na úroveň individua. Sebakontrolu považujú za jednu z najvýznamnejších premenných agresívneho a násilného správania. Biológovia hľadajú aj korelácie medzi chromozómovými poruchami a zvýšenou hladinou agresivity. V odbornej literatúre sa najčastejšie spomína

bodová mutácia génu MAO-A na chromozóme X, ktorej sa pripisuje podiel na extrémnom agresívnom správaní mužov (Brunner a kol., 1993). V týchto súvislostiach sú významné zistenia modernej epigenetiky, ktoré sa zaoberá vývojom organizmu ako produktu vzájomného pôsobenia génov a prostredia (Barrett, Dunbar, Lycett 2007). Z toho vyplýva, že dedičnosť predispozícií pre agresívne správanie je relevantná iba v kontexte sociálneho prostredia. Príkladom môže byť genetický vplyv kritickej alely génu u detí, ktorého účinnosť sa významne zvyšuje v kombinácii s defektným rodinným prostredím (Reif a kol. 2007). Ak človek vyrastá a funguje v primeranom sociálnom prostredí, tak sa deštruktívne agresívne tendencie napriek mutácii génov, nemusia vôbec objaviť.

Mnohí odborníci hľadajú súvislosti medzi hormonálnou hladinou v organizme a prejavmi agresivity. Príkladom môže byť vzťah medzi zvýšenou hladinou testosterónu u mužov, prípadne premenštruačným syndrómom žien a agresívnym správaním.

Dynamické teórie agresivity, ktoré vychádzajú z biologických aspektov Freudovej psychoanalýzy (Freud 1920), považujú agresivitu za pudovú zložku ľudskej psychiky, ktorá zabezpečuje prežitie jedinca i ľudského rodu, za základ psychologickej sebazáchovy človeka i sociálnych zoskupení (napríklad: národ). Preto tento model etiológie agresivity označujeme ako pudový. Freud s agresivitou spájal pud smrti (thanatos), ktorý umožňuje človeku individuálne i skupinové prežitie tým, že sa agresívne správa voči iným bytostiam (potrava) i k svojmu okoliu (ťaženie nerastného bohatstva). Kompletný akt prijímania potravy a jej spracovania zubami je podľa Freuda tiež formou agresívnej aktivity. Pričom samotná agresivita v pudových teóriách nie je obsadená účelovosťou, to znamená, že ju nemožno všeobecne hodnotiť ako pozitívnu alebo negatívnu. Podľa dynamických teoretických koncepcií môže byť agresivita aj kompenzačným mechanizmom nedostatku lásky. Kernberg (in Čermák, 2003) v súvislosti s agresivitou zdôrazňuje pojem afekt. Afekt definuje ako psychofyziológický vzorec správania, ktorý v sebe zahŕňa špecificky kognitívne hodnotenie, subjektívnu skúsenosť (gratifikujúcu alebo averzívnu) a vzorec vybitia. Dynamické teórie identifikovali aj kategóriu narcizmu a k nej patriacu narcistnú krízu, najčastejšie založenú na pocitoch znehodnotenia a ohrozenia osobnosti jedinca. Problémy narcizmu bývajú vývojovo často spájané s počiatkami agresívneho správania. V týchto súvislostiach môže byť problematické aj hyperbolické sebahodnotenie jedinca, ktoré naráža na nedostatočné ohodnotenie v realite, čo ohrozuje sebaúctu človeka a môže vyústiť do agresívneho správania. Hanba je typický afekt narcisticky frustrovaných jedincov, ktorý v spojení s pocitom poníženia často vedie k otvorene agresívnym prejavom zvonka posilňujúcim slabé a krehké ego. Dynamické teórie vzniku agresivity trocha jednostranne preferujú biologické a evolučné aspekty pri jej vzniku, ale súčasne prinášajú dôležité obohatenie pochopenia významu intrapsychických mechanizmov v tejto oblasti. Freudova teória vzniku agresivity bola v dobe svojho vzniku veľmi vplyvná, pracovala však s príliš abstraktnými pojmami a v mnohých aspektoch sa nezlučovala s pozorovaním správania zvierat.

Etologické koncepcie pôvodu agresivity sú tiež súčasťou pudového modelu. Už Darwin zistil, že agresívne správanie je súčasťou všetkých kultúr. Existuje teda predpoklad, že agresivita je evolučnou adaptáciou (Ferguson, Beaver 2009). Neznačená to však, že všetky formy agresie a násilného správania sú akceptovateľnými formami riešenia adaptačných problémov. Agresivitu ako formu správania má síce človek vo svojom repertoári, ale dôležité je, prečo, ako intenzívne a v akom kontexte ju človek využíva. Ferguson a Beaver (2009) vytvorili biologický a evolučný model „zdravej“ agresivity, v rámci ktorého agresívne správanie umožňuje človeku nájsť riešenie problému. Príkladom môže byť súťaž o zdroje, obrana pred útokmi, súťaž z rivalmi, stanovovanie statusových a mocenských hierarchií, odradenie agresora, atď. Ak môžeme považovať agresivitu za formu adaptívneho správania, potom aj násilné správanie môže byť v niektorých situáciách užitočné. Jedným z najvýznamnejších predstaviteľov biologicko – etologických koncepcií agresivity je K. Lorenz

(1963). Tiež považuje agresivitu za druhový znak človeka, ktorý je súčasťou darwinovského prirodzeného výberu a evolučných teórií. Agresivita má podľa neho významné miesto pri zachovaní života jedinca a ľudstva ako druhu, vo zvýšenej miere sa objavuje tam, kde je nedostatok zdrojov na saturáciu bazálnych potrieb, kde sú premnožení ľudia, kde sa stupňuje boj o teritórium a prežitie. Aj podľa Fromma (1997) nie je agresivita primárnou reakciou na vonkajšie podnety, ale vrozeným vnútorným stavom vybudenosti, ktorý hľadá spôsob uvoľnenia a môže sa prejaviť bez ohľadu na primeranosť vonkajšieho podnetu. Pud k agresii môže byť aktivovaný aj určitými podnetovými schémami (napríklad schéma nepriateľa). Pretože Lorenz opieral svoje poznatky o štúdium správania sa zvierat, jeho teória vzniku agresivity bola zaujímavá, ale mnohí odborníci ju spochybňovali.

Monoteistické, kreativistické teórie vzniku človeka, prezentované v našich podmienkach najmä kresťanstvom, považujú za zdroj ľudskej agresivity dedičný hriech (porušenie božích príkazov) a najmä Kainovo znamenie (zavraždil svojho brata). V ich koncepciách je agresívne správanie jednostranne obsadené negatívnym hodnotením a trestom. V konfliktných situáciách preferujú nekonfrontačné prispôsobivé stratégie založené na láske k blížnemu, nastavení druhého líca a odpúšťaní.

Tradičné behaviorálne teórie agresivity vychádzajú z predpokladu, že agresívne správanie, tak ako celkové správanie, je naučené a posilňované mechanizmami podmienovania. Vrodenosť agresivity neakceptujú, považujú ju za nepodložený konštrukt. Z behaviorizmu vychádzajúce „lerneteórie“ obohacujú tento koncept o ďalšie vplyvy sociálneho prostredia najmä o imitáciu, a identifikáciu. Jedným z variantov napodobňovania v tejto oblasti je observačné učenie, ktorého podstatou je osvojovanie si takého správania, ktoré človek bežne pozoruje okolo seba, najmä ak nositelia takého správania sú akceptované autority. Tento prístup k chápaniu vzniku a priebehu agresívneho správania vystupuje proti prezentácii násilia a brutality v masmédiách, pretože to môže zvyšovať aktivačnú hladinu človeka. Opakovaná a posilňovaná vonkajšia agresivita môže upevňovať vnútornú tendenciu agresívne riešiť problémové situácie a stáva sa dôležitým rysom osobnosti (Čírtková 2004). Behaviorálne teórie absolutizujú moc vplyvov učenia a sociálneho okolia na správanie jedinca. Napriek tomu, že sa pomocou nich nedá presvedčivo vysvetliť každé agresívne správanie, môžu byť vhodným prístupom pri práci s agresormi a najmä v konceptoch prevencie.

Kognitívne teórie rozširujú behaviorálne prístupy k problému agresivity o pamäť, myslenie, porozumenie a hodnotenie. Kognitívne poňatie vníma ako základnú tendenciu osobnosti, kontrolovať a predvídať udalosti. Spôsob akým jedinec hodnotí udalosti je súčasťou jeho osobného konštraktu. Kognitívne teórie vysvetľujú agresívne správanie ako v pamäti zapísaný scenár agresívnych udalostí, ktorým bol človek často vystavovaný. Každá nová agresia tento scenár doplní a agresia sa stáva potvrdzujúcim sa opakujúcim sa cyklom. Do tohto procesu podľa Sterberga (2002) však vstupujú aj ďalšie premenné, napríklad fantázia, intelektuálne schopnosti, atď. Berkowitz (in Čírtková 2004) vypracoval kognitívny neasociačný model agresie. Podľa neho hrá dôležitú úlohu najmä interpretácia negatívnych podnetov. Ak negatívny podnet nie je interpretovaný ako negatívny, nevyvolá agresivitu. Významná je teda aj citlivosť k nepríjemným podnetom a dostatočne vytvorené viaceré alternatívy možného správania.

Frustračné teórie agresivity vychádzajú z toho, že agresia môže byť motivovaná akoukoľvek nenaplnenou potrebou. Teóriu frustrácia – agresia spracoval v roku 1939 Dollard (in Fromm 1997). Vychádzal z poznatkov, že ak stoja v ceste uspokojenia potreby prekážky, ktoré problematizujú dosiahnutie cieľa, je agresia reakciou na frustráciu. Podľa neho, výskyt agresívneho správania predpokladá vždy existenciu frustrácie a naopak, frustrácia vždy vedie k nejakej forme agresie. Reakcie na frustráciu však nemusia byť vždy agresívne, človek môže reagovať na frustráciu aj únikovým, prispôsobivým alebo regresívnym správaním. Na druhej

strane, ani agresívne správanie nemusí byť nevyhnutne založené iba na frustrácii. Možno však akceptovať premisu, že mnohé frustračné situácie spúšťajú agresívne správanie. Frustrácia totiž vyvoláva negatívne emócie, ktoré často smerujú k agresívnemu správaniu zameranému na prekonanie frustrácie.

Súčasná veda nespochybňuje fakt, že každý človek má určité vrodené dispozície k agresívnemu správaniu. Avšak ľudská agresivita rovnako ako iné vlohy, predispozície a potenciály sa môže sociálnym učením rozvíjať alebo potláčať. Sklony k agresívnemu správaniu sa vďaka inštinktívnej výbave človeka formujú v priebehu prvých rokov života. Svoju rolu tu zohrávajú aj staršie koncepty temperamentových dispozícií, ktoré však sami o sebe k agresivite nevedú. Veľký vplyv na rozvoj agresívneho správania majú sociokultúrne tradície populácie, v ktorej človek žije, širšie sociálne okolie jedinca a samozrejme rodina, ktorej je často prisudzovaná najvýznamnejšia rola.

Pri vplyve spoločnosti na rozvoj agresívneho správania zohrávajú dôležitú úlohu všeobecné, spoločenské, kultúrne normy a hodnoty. Historické a kultúrne tradície spoluvytvárajú sociokultúrny vzorec, ktorý sa stáva modelom a normou aj v prípade agresívneho správania. Tento vzorec je však ovplyvňovaný vďaka globalizácii aj kultúrou iných národov, ktorá ovplyvňuje spôsoby správania v určitej spoločnosti. Súčasný varianty správania stále viac bagatelizujú prejavy agresie (niekedy ich dokonca glorifikujú), čím tieto prejavy podporujú a znižujú citlivosť na fenomén agresívneho správania. Významnú úlohu v tomto kontexte zohráva aj proces socializácie jedinca, ktorý môže byť vystavený tlaku dôležitých skupín alebo subkultúr, v ktorých je agresívne správanie prezentované ako norma. Faktorom, ktorý významne ovplyvňuje narastajúce prejavy agresie je zvyšujúca sa tolerancia k agresii. Násilie a deštruktívna agresia sa stávajú súčasťou bežného života a stierajú sa rozdiely medzi „dobrom a zlom“.

Na rozdiel od teoretických konceptov, ktoré samotnú agresivitu považujú za neúčelovú (mimo dobra a zla), iní odborníci rozdeľujú agresivitu na pozitívnu a poškodzujúcu. V týchto súvislostiach Fromm (1997) uvádza dva typy agresie. Benignú agresiu považuje za primárne obrannú. Táto agresia najčastejšie slúži prežitiu človeka či spoločenstva, vzniká v situácii ohrozenia a zaniká po ukončení ohrozenia. Maligná agresia je typická iba pre ľudí, nesmeruje k zachovaniu života a sociálne je „bezüčelová“. Prostredníctvom takejto agresie si človek saturuje svoje túžby a subjektívne, individualistické potreby. Iné prístupy rozdeľujú agresivitu na konštruktívnu a deštruktívnu (podobné delenie poznáme v rámci typológie konfliktov). Konštruktívna agresivita pozitívne ovplyvňuje rozvoj individuálnej osobnosti, prispieva k uvedomovaniu si seba samého, umožňuje hľadanie vlastnej identity, vytvára priestor pre separáciu zo závislých väzieb, uplatňuje sa aj pri pomoci iným, obrane spoločenstva, v oblasti športu atď. Tento typ „socializovanej“ agresie predstavuje významnú podmienku vývoja ľudstva. Vysoká miera deštruktívnej asertivity je z hľadiska psychológie a psychiatrie považovaná za poruchu osobnosti. Odborníkom signalizuje narušenie vzťahu jedinca k sebe samému a k iným ľuďom a k svojmu okoliu. Patologické agresívne správanie vyúsťuje do násilného správania, ktoré je založené na úmysle niekoho (niečo) poškodiť, ublížiť mu alebo ho zničiť. Násilné správanie sa podľa Nakonečného (1996) vyznačuje neprimeraným spôsobom expresie vlastných potrieb, pocitov, názorov a záujmov, ohrozovaním práv iných ľudí a ignorovaním ich potrieb. Vágnerová (2002) deštruktívne agresívne správanie definuje ako porušenie sociálnych noriem, ktoré obmedzuje práva a narušuje integritu živých bytostí. V tomto kontexte je agresia synonymom pre násilie a brutalitu. Extrémnou formou prejavu komplexného agresívneho afektu je krutosť, ktoré už môže smerovať k úplnému zničeniu objektu alebo v miernejšej forme k sadizmu (želanie spôsobovať iným bolesť a utrpenie).

Z praktického hľadiska možno agresiu rozdeliť na priamu a nepriamu. Priamou agresiou je najčastejšie fyzické napadnutie, nepriamou fyzickou agresiou je prenesenie

prejavov agresie na zástupné objekty, ktoré môžu byť nejakým spôsobom spojené s druhou stranou (napríklad ničenie majetku). Priama verbálna agresia je formou komunikačného násillia, prejavuje sa buď otvorene, slovným napadáním iného človeka, urážkami, nadávkami, zosmiešňovaním. Témou verbálnych agresívnych útokov býva napadnutá osoba, jej vlastnosti, charakteristiky, vzhľad, záujmy, jej blízki ľudia. Nepriamou, skrytejšou formou verbálnej agresie je podpichovanie, irónia, ohováranie, nevhodné žarty atď. Do tejto kategórie možno zaradiť aj symbolickú agresiu, ktorá býva súčasťou mnohých umeleckých diel. Spomenuté typy priamej a nepriamej agresie sa môžu navzájom medzi sebou prelínať.

S pojmami agresia a agresivita súvisí pojem hnev. Hnev predstavuje špecifickú ľudskú emóciu, ktorou zvyčajne človek reaguje na ohrozenie alebo obmedzenie svojich možností. Řezáč (1998) definuje hnev ako emocionálny stav, ktorý býva zložený z pocitov napätia, rušenia, iritácie a nespokojnosti. Hnevom sa však neoznačuje iba aktuálny emočný stav, ale aj negatívny postoj k určitej skúsenosti. Hnev zvyčajne predchádza agresívnemu správaniu a môže byť jeho podmienkou. Býva tiež príznakom toho, že sa veci dejú inak ako očakávame, preto predstavuje varovný signál toho, že existuje problém, ktorý by človek mal riešiť. Nahromadený hnev zvyčajne smeruje k deštruktívnej reakcii typickej pre agresívne správanie. Násillie je taký spôsob správania, ktorý zvyčajne spôsobuje iným ľuďom újmu, trápenie, bolesť, poškodenie alebo smrť. Čermák (1999) uvádza, že je potrebné navzájom rozlíšiť násillie a agresiu. Agresia podľa neho predstavuje motivačný zdroj násillia, ale násillie môže byť len jedným z prejavov agresivity v správaní.

Hostilita sa označuje ako negatívny postoj človeka k okoliu, nepriateľstvo alebo tendencia ubližovať iným. Napriek tomu, že hostilita býva definovaná ako sklon k agresivite, nemusí sa prejavovať v každom agresívnom správaní. Řezáč (1998) tvrdí, že zatiaľ čo agresia býva neadekvátnou možnosťou dosahovania individuálnych cieľov, býva hostilita sama pre človeka cieľom. Hostilný človek teda škodí aj ľuďom, ktorí mu nebránia v dosahovaní sebarealizačných cieľov.

Pracovník pomáhajúcich profesií sa sa s agresiou klienta stretáva pri práci s nedobrovoľným klientom, klientom v odpore, s klientom s psychopatickými a sociopatickými rysmi. Agresívne môžu reagovať klienti, ktorým sa nenaplnili ich očakávania, podozrievajú odborníka s aliancie s ich partnerom či inštitúciou. Klienti môžu prezentovať agresívne pocity verejne alebo skryto. Keď sa odborník pracujúci s klientmi stretne s prejavmi agresívneho správania, mal hľadať príčiny či účelovosť takýchto prejavov. Teoretické koncepty agresie a agresivity by mu mali uľahčiť pochopiť klienta a jeho aktuálnu situáciu. Často sa agresívne správanie objavuje u klientov, ktorí sú bazálne neistí, krehkí a zraniteľní. Majú silné obavy z odmietnutia, zo zmeny, zranenia a z kroku do neznáma. Po akceptácii a uvoľnení obranných mechanizmov sa zvyšuje šanca aktívneho zapojenia do procesu spolupráce s odborníkom a participácie na riešení problému. Reakcia odborníka na prejavy agresívneho správania klienta je do značnej miery závislá od miery frustračnej tolerancie odborníka. Ak prejavy agresie a hostility prekročia akceptované limity odborník by kongruentne reagovať. Ak agresívne správanie presahuje relevantné normy, stupňujú sa deštrukčné tendencie a situácia ohrozuje odborníka stráca sa priestor pre možnosť spolupráce na riešení problému i na uplatnenie odborných kompetencií môže odborník rozhovor prerušiť (vytvoriť priestor na „vychladnutie“ búrlivých emócií klienta) alebo jasne deklarovať, že v tejto situácii spolupráca nie je možná. Pri priamom ohrození by mal odborník neodkladne privolať pomoc.

Dôležitou témou pomáhajúcich profesií je práca odborníka so svojím vlastným agresívnym potenciálom. Identifikácia tohto problému vyžaduje nevyhnutnú intervenciu terapeuta prípadne supervízora, ktorí môžu odborníkovi pomôcť zistiť spúšťače agresívnych reakcií, prepojenie tohto správania na minulé zážitky, kauzálne súvislosti nedostatočne kontrolovanej agresie, nespracované protiprenosové procesy. Odborník, ktorý nemá pod

kontrolou svoj agresívny potenciál by teda mal vyhľadať profesionálnu pomoc a pokúsiť sa spracovať svoje rizikové tendencie či správanie.

Zoznam bibliografických odkazov

- BARRETT, L – DUNBAR, R. – LYCETT, J. 2007. Evoluční psychologie člověka. Praha: Portál. 2007
- BEAVER, K. et al. 2009. Genetic and Environmental Influences on Levels of Self-Control and Delinquent Peer Affiliation. Results from a Longitudinal Sample of Adolescent Twins. Criminal Justice and Behavior. 2009. 54. 1. str. 22-42
- BRUNNER, H. J. et al. 1993. Abnormal behavior associated with a point mutation in the structural gene for monoamine oxidase A. Science. 1993, str. 578-578
- ČERMÁK, I. 1999. Lidská agrese a její souvislosti. Žďár nad Sázavou: Fakta. 1999. ISBN 80-902614-1-8
- ČÍRTKOVÁ, L. 2004. Policejní psychologie. Praha: Portál. 2004. ISBN 80-7178-931-3
- Edelsberger, I. a kol. 2000. Defektologický slovník. Praha: HaH Vyšehradská s.r.o. 2000. ISBN 80-86022-76-5
- FERGUSON, CH. J. – BEAVER, K. M. 2009. Natural born killers: The genetic origins of extreme violence. Aggression and Violent Behavior. 2009. 14. 5: 286-294
- FROMM, E. 1997. Anatomie lidské destruktivity. Praha: Lidové noviny. 1997. ISBN 80-7106-232-4
- FREUD, S. 1969. Vybrané spisy I. Praha: Avicenum. 1969. ISBN 80-201-0182-9
- Gottfredson, M. R. – Hirschi, T. 1990. A general theory of crime. Stanford, Cal.:Stanford University Press. 1990
- HENRY, S. 2009. Social Construction of Crime. In: Miller J 21 st century criminology a reference handbook. Thousand Oaks, Cal.: Sage 2009. str. 296 -309
- JANDOUREK, J. 2001. Sociologický slovník. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0
- LORENZ, K. 2003. Takzvané zlo. Praha: Academia, 2003. ISBN 802001098x
- NAKONEČNÝ, M. 1996. Motivace lidského chování. Praha: Academia. 1996. ISBN 80-200-0592-7
- RAINE, A. et al. 1998. Reduced prefrontal and increased subcortical brain functioning assessed using positron emission tomography in predatory and affective murderers. Behavioral Sciences and the Law. 1998. 16. 3. str. 319-332
- REIF, A. et al. 2007. Nature and nurture predispose to violent behavior: serotonergic genes and adverse childhood environment. Neuropsychopharmacology. 2007. 32. 11. str. 2375-2383
- ŘEZÁČ, J. 1998. Sociální psychologie. Brno: Paido. 1998. ISBN 80-85931-48-6
- STERNBERG, J. 2002. Kognitivní psychologie. Praha: Portál. 2002. ISBN 80-7178-376-5
- VÁGNEROVÁ, M. 2002. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. 2002. ISBN 80-7178-678-0
- VYMĚTAL, J. 2003. Lékařská psychologie. Praha: Portál. 2003. ISBN 80-7178-740-X 03
- WALSSCH, A. 2009. Biology and criminology: The biosocial synthesis. New York: Routledge, 2009.

Kontakt na autorov

Prof. PhDr. Ján Gabura
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre
Katedra sociálnej práce a sociálnych vied
gabura@sercom.sk

JUDr. Ján Gabura
Vysoká škola sv. Alžbety
j.gabura@sercom.sk

Eliminácia rizikového správania klientov na jednotlivých poliach sociálnej práce prostredníctvom sebareflexie a využívania vlastného „JA“ v každodennej praxi sociálneho pracovníka

Tomáš Hangoni, Daniela Cehelská (SR)

Abstrakt: *Stále viac sa hovorí o kompetenčnej príprave sociálnych pracovníkov, pred ktorými stojí náročná úloha, realizovať v človeku pozitívnu zmenu. Jedna z kompetencií, ktorá pomáha dosahovať tento cieľ je reflexia uplatniteľná v sociálnej práci prameniaca z profesionálnej výbavy sociálneho pracovníka. Príspevok načrtá možnosti uplatnenia reflexie a sebareflexie v sociálnom intervenčnom pôsobení.*

Kľúčové slová: *Sebareflexia. Sociálna práca. Sebareflexia. Osobnosť sociálneho pracovníka. Seberealizácia.*

Abstract: *Increasingly talking about the preparation of competence of social workers faced a difficult task to implement positive change in man. One of competencies, which helps to achieve this objective is applicable reflection in social work stemming from professional social worker outfit. Post outlining the potential application of reflection and introspection in social intervention considerations.*

Keywords: *Self-reflection. Social work. Self-reflection. Personality of a social worker. Self-realization.*

Úvod

Na osobnosť sociálnych pracovníkov, ich schopnosti a kompetencie sú kladené nemalé nároky, avšak je otázkou, či sa pracovníci sami zamýšľajú, kde na pomyselných "cestách k ideálnemu stavu" práve sú, či zvažujú, čo ich v rozhodovaní a práci s klientmi ovplyvňuje, ako s tým môžu pracovať, či využívajú svoje silné stránky a snažia sa pracovať s tými slabšími a prekonávať tým rizikové sociálne situácie elimináciou problémového správania u klientov. Hendikepom v sociálnej práci je, že niektorí sociálni pracovníci nezohľadňujú svoje kompetencie nadobudnuté vzdelávaním ako aj svoju každodennú prax vôbec alebo len veľmi málo. Niektorí sociálni pracovníci si myslia, že k výkonu profesie stačí vzdelanie, ktoré v dnešnej dobe stanovuje zákon, a už sa nezamýšľajú nad tým, že do ďalšieho rozvoja, okrem štúdia, kurzov, seminárov atď. patrí aj individuálny odborný, no najmä osobný rast pracovníka ako človeka predstavený v praxi cez celoživotné permanentné vzdelávanie. Rovnako tak, v kontakte s klientom, sa nezamýšľajú nad tým, čo do spolupráce vnášajú pracovníci sami za seba, zo svojich skúseností, stereotypov, očakávaní, a pod. Tento stav môže viesť k ďalším problémom v interakcii s klientom, ovplyvniť stanovovanie cieľov spolupráce, skresliť hodnotenie stanovených cieľov, hodnotenie intervencie ako takej, celkovo negatívne ovplyvniť pracovníkovo rozhodovanie. Tieto a mnohé iné riziká prináša výkon profesie sociálneho pracovníka. Pre sociálneho pracovníka neschopnosť sebareflexie prináša problém tak vo vzťahu s klientom, ako aj v oblasti možného vlastného rozvoja. Kvalitná sebareflexia vzdelania by mala viesť k väčšiemu sebaopoznaniu sociálneho pracovníka, ten potom môže byť psychicky stabilnejším a profesijne ukotvenejším.

1 Váha sebareflexie v sociálnej práci

Pojem sebareflexia môže byť ponímaný v rôznych dimenziách a súvislostiach, tak v užšom ako aj v širšom poňatí. V užšom poňatí sa pojem sebareflexia vníma v súvislosti so psychickými charakteristikami zo psychologického hľadiska. Zo širšieho pohľadu sa

sebareflexia chápe nielen zo psychologického hľadiska vo vzťahu k "ja", ale aj ako ďalší proces učenia či sebapoznania, teda ďalší pojem, v súvislosti s ktorým sa dá v spojitosti s termínom sebareflexia stretnúť.

Ottova encyklopédia všeobecných vedomostí (1997) uvádza, že pojem reflexia pochádza z latinského „*reflexite*“, čo okrem iného znamená uvažovanie, rozjímanie a potom pozorovanie predmetu z rozličných stránok. Slovník cudzích slov podrobnejšie vysvetľuje pojem reflexia ako zrkadlenie, odrazivosť, premýšľanie, úvaha, rozjímanie, sebapoznanie, myslenie o myslení samom, zváženie, uvažovanie o okolnostiach, o súvislostiach. Oproti vyššie uvedenému slovníku potom veľmi všeobecne a stručne charakterizuje reflexiu Psychologický slovník, ktorý ju opisuje z psychického hľadiska vo vzťahu k sebe ako "druh sebaopozorovania, zamerania do vlastného vnútra a zážitkov". Zo psychologického hľadiska vo vzťahu k "ja" definovali sebareflexiu tí, ktorí schopnosť sebareflexie považujú za psychickú charakteristiku, ktorá dáva životu celkom nový rozmer. "Ja" je pritom objektom vlastnej reflexie (ak je "ja" subjekt poznania, je aktívnym pozorovateľom).

Do schopnosti sebareflexie zahŕňa Výrost, Slameník (2008) vedomé sebaopoznávanie, sebahodnotenie a sebareguláciu. V súvislosti so sebareflexiou hovoria vyššie spomínaní autori o konštrukte sebasystému (tzv. self-system).

Tento konštrukt má pritom tri zložky - kognitívnu, emocionálnu a konatívnu (toto rozlíšenie má opodstatnenie v rámci logického triedenia psychických procesov a ich prejavov - poznávanie, prežívanie a správanie). Zdroje systému sebareflexie ležia teda v sociálnom a kultúrnom kontexte a sú aktivované sociálnym prostredím (Blatný, Plháková 2003).

Bandura (1999, In: Blatný, Plháková 2003) je navyše toho názoru, že väčšina vonkajších vplyvov pôsobí na ľudské fungovanie skôr prostredníctvom jasných procesov učenia sa než priamo.

Do určitej miery je sebareflexia proces, pri ktorom sa človek pokúša "logicky" vysvetliť seba samého a dospieť k poznaniu pravého ja.

V ďalšom slova zmysle možno sebareflexiu chápať ako: "reflexiu úmyslov, ktorá môže zabrániť realizácii nežiaducich tendencií, teda nielen reflexii vykonaného aktu, ale tiež zamýšľaného rokovania", tak ako ju definoval Nekonečný (1998, s. 278).

Táto definícia už nepopisuje sebareflexiu len vo vzťahu k "ja", ale vo vzťahu k určitému rokovaniu a jeho možným dôsledkom.

Reflexia ako určitý proces, opisuje aj Linenhan (1993, In: Schulze, Roberts 2007), ktorý tvrdí, že ju možno rozložiť na niekoľko komponentov, vrátane zručností spojených s tým, "čo" sa deje (t.j. pozorovať veci, ako prichádzajú, popisovať ich a žiť naplno), a zručností spojených s tým, "ako" sa čo deje (t.j. zaujať neodcudzujúci postoj, sústrediť sa na to, čo človek robí a robiť, čo funguje).

John Dewey (In: Havrdová, Hajný 2008) hovorí o reflexívnom myslení. V tomto poňatí je reflexia reakciou na mätúce či problematické situácie. Prakticky sa tu opakujú jednotlivé zložky reflexie, a to: udalosť (situácia/zážitok → proces reflexie → reakcia).

Pri reflexii ide o vynárajúce sa postrehy, ktoré sa postupne "samy" skladajú do nových súvislostí alebo prehĺbeného pochopenia známych súvislostí, takže výsledným dojomom je radostné prekvapenie a pocit oživujúceho obdarovania. Reflektujúco tak človek objavuje nové perspektívy, uhly pohľadu na danú skutočnosť, čo vo výsledku vedie k rokovaniu, v ktorom už je tento "nový" pohľad obsiahnutý. Reflexiu je možné definovať aj ako metódu sebapoznania, úvahy a rozbor vlastného konania a jeho príčin, poprípade odhodlanie k náprave. Reflexia môže byť chápaná aj ako súčasť procesu učenia, kde sa človek učí zo skúseností.

Nekonečný (1998, s. 54) na vysvetlenie toho, čo má význam, hovorí: "Vonkajšie vplyvy nepôsobia na osobnosť človeka mechanicky svojimi objektívnymi a vždy len

fyzickými charakteristikami: svet človeka je svetom významov, t.j. objektov, ktoré majú vzťah k jeho psychike, predovšetkým k jeho motívu; význam má to, čo má funkčný vzťah k motiváciám, t.j. to, čo umožňuje stať sa prostriedkom na dosiahnutie nejakého cieľa, a čo samo vystupuje ako cieľový objekt. V rôznych situáciách môže mať ten istý objekt rôzny význam, ako napr.: „osoba, ktorá mi bola doteraz ľahostajná, môže mať teraz pre mňa význam, keď som zistil, že sleduje ten istý záujem ako ja a že od nej môžem získať určité informácie.“

Všeobecne možno povedať, že reflexia v zásade pomáha človeku sledovať svoje osobné zážitky z nadhľadu a vnímať svoju okamžitú skúsenosť takú, aká je a nie takú, ako ju vnímame prostredníctvom jazyka či tzv. silných emócií (Schulze, Roberts 2007).

A keďže má každý svoje vlastné nepríjemné zážitky alebo slepú škvrnu (Sheppard 2000, In: Kam-Shing Yip 2006), tak ani sociálni pracovníci nie sú výnimkou. Tvárou v tvár všetkým nepríjemným skúsenostiam môžu potrebovať podporu, pomoc zo strany kolegov, rodinných príslušníkov a blízkych priateľov, možnosť zdieľať, ventilovať a rozvíjať náhľad na vlastné nepríjemné zážitky a osobné frustrácie. To môže byť proces, ktorý trvá dlhší čas.

Je dôležité, aby si bol každý pracovník vedomý vlastných hraníc tolerancie a zlomového bodu podstúpenia sebareflexie. Tiež by si mal byť vedomý toho, kedy hľadať vonkajšiu podporu a pomoc, kedy sa zastaviť a premýšľať, kedy relaxovať a kedy prijať vlastné nedostatky a slabosti.

Za vhodných podmienok je sebareflexia v reflektívnej praxi nástrojom pre vlastný rozvoj. Avšak v nevhodných podmienkach môže byť pre rozvoj pracovníka deštruktívna. Nevhodné podmienky zahŕňajú ťaživé sociálne prostredie tzv. „sociálne ochladenie“, náročné pracovné prostredie, nespracovanú traumatu, ktorou pracovník v minulosti prešiel, rovnako ako pracovníkov problém s fyzickým alebo duševným zdravím.

Represívne psychosociálne prostredie vedie k nerovnováhe moci v profesionálnom pracovnom prostredí, ktoré je despotické k jednotlivým zamestnancom. To môže byť spôsobené veľmi kritickým nadriadeným alebo apatickými kolegami, ak je pracovný tím plný represívnej politiky a dynamiky, alebo ak sa tu objavuje neistota alebo neurčitosť sociálneho pracovníka v zamestnaní.

V takomto ťaživom životnom prostredí môže byť zverejnenie vlastných slabín, nedostatkov či nepríjemných skúseností, ako zámienka na jeho zneužívanie, využívanie, podkopávanie, či dokonca prepustenie (Kam-Shing Yip 2006).

Ďalej potom pozorovaním seba samého a vnútorného dialógu vyžaduje, aby sebareflexia vychádzala z vlastného podnetu a pripravenosti.

Náročné pracovné prostredie z hľadiska veľkého počtu prípadov, rôznorodosti práce, obtiažnosti klientov či mimoriadnych udalostí môže spôsobovať únavu a dokonca syndróm vyhorenia. Na začiatku vlastnej praxe v akomkoľvek zamestnaní, preto stojí rozhodnutie, či danú profesiu vôbec vykonávať alebo nie (Pražáková 2011).

Existuje aj tzv. odvrátená strana motívov, ktoré vedú pracovníkov k vykonávaniu pomáhajúcich profesií. Pracovník vstupuje ako človek do vzťahu s klientom avšak na základe jeho svojej potreby, svojej priane a chcieť uspokojovať. Pre klienta však môže byť nebezpečné, ak pracovník nie je schopný sebareflexie.

Úlehla (2009) je tiež toho názoru, že čím presnejšie je pracovník schopný odpovedať na otázky, prečo svoju prácu robí a prečo ju robí práve tak, ako ju robí a nie inak, tým otvorenejšie bude môcť rešpektovať svoje potreby pri práci s klientom a nekonať tak na jeho úkor.

Profesionálne pomáhanie je veľmi špecifickou činnosťou. Rozhodnutím pomáhať, a teda prevzatými úlohami venovať pozornosť potrebám niekoho iného, vstupujeme do vzťahu, ktorý je iný ako všetko bežné a každodenné.

Hawkins a Shohet (2004) popisujú okamihy, kedy sa zdá, že to sotva stojí za to, možno preto, že bojujeme proti všetkým, alebo tiež preto, že klient nie je vďačný, tiež sa môžeme cítiť vyčerpaní a pripadá nám, že už nemáme z čoho dávať.

V okamihoch stresu je niekedy jednoduchšie skloniť hlavu "zniesť to, v pokore a tichu" a venovať čas reflexii. Organizácie, tímy aj jednotlivci sa k takému postoju môžu prikloniť z rôznych dôvodov. Patria k nim vonkajšie tlaky a vnútorné obavy z odkrytia vlastných nedostatkov. Avšak práve v takýchto okamihoch je veľmi dôležitá pre sociálneho pracovníka supervízia, ktorá nám môže dať príležitosť pozrieť sa na veci s odstupom a uvažovať, ide o príležitosť vyvarovať sa ľahkej ceste obviňovania druhých - klientov, kolegov, organizácií, "spoločnosti", alebo dokonca seba; pustiť sa do hľadania nových možností, odhaliť poučenie, ktoré sa v tých najťažších situáciách často skrýva.

Je možné rozlišovať, na čo je reflexia zameraná. Všeobecne je známe, že reflexia je zameraná na čisto osobné témy a vzťahy, kde ide o vlastný rozvoj alebo terapiu, sociálnu prácu či už s jednotlivcom alebo skupinou.

Oproti tomu Havrdová a Hajný (2008, s. 21) uvádzajú, že: "Ak je predmetom reflexie pracovný kontext a pracovný proces, s cieľom spoznať a pochopiť, a tým sa dostať k lepšiemu prístupu ku klientom, kolegom či spôsobu práce, ide o supervíziu." Ak tu už hovoríme o supervízii ako o organizovanom spôsobe reflexie, musíme definovať ešte ďalší pojem s tým súvisiaci, a to autosupervíziu. Autosupervízia je formou supervízie, pri ktorej sa pracovník obracia sám na seba na svojho „vnútorného supervízora.“ Hawkins a Shohet (2004) ďalej uvádzajú, že tento spôsob supervízie je na mieste v prípade, keď funguje kvalitná supervízia a ďalej potom, že nevyhnutnou stránkou autosupervízie je schopnosť reflektovať vlastnú prácu, rovnako ako ochota a schopnosť pochybovať o vlastných spôsoboch práce.

2 Skúmanie sociálneho pracovníka cez využívanie vlastného „ja“

Predtým ako sa začneme venovať osobnosti sociálneho pracovníka, je potrebné si v prvom rade ozrejmiť, jeho vzťah s klientom. V sociálnej práci sa stretávame s tromi základnými činiteľmi vytvárajúcimi jeden systém a to: sociálny pracovník, klient a okolie. Sociálny pracovník je odborník, ktorý sa na profesionálnej úrovni zaoberá pomocou a pomáháním. Svojou činnosťou pomáha zlepšovať sociálnu funkčnosť svojich klientov. Aby mohol plniť tieto náročné úlohy je sociálny pracovník spoločnosťou zmocnený vykonávať činnosti napr. vykonať návštevu v domácnosti klienta, napísať o ňom hodnotiacu správu, podať návrh na uloženie ochrannej výchovy, uložiť a kontrolovať výchovné opatrenia a iné.

Moc je sociálnemu pracovníkovi pridelená na základe jeho príslušnosti k inštitúcii prostredníctvom viacerých noriem, zákonov, organizačných poriadkov konkrétnej inštitúcie, zvykov a noriem sociálnych združení. V takomto prípade hovoríme o inštitucionálnej pridelenej moci. Sociálny pracovník môže vďaka svojej práci závažným spôsobom vstupovať do života svojich klientov. Tento vstup môže byť závislý od situácie, a teda pozitívny resp. negatívny. Pozitívnym vstupom môže byť napr.: pridelenie dávky, poskytnutie služby, kedy ho klient chápe ako akt jemu prospešný. Negatívny vstup môže klient v niektorých špecifických situáciách chápať ako prejav nepriateľstva zo strany sociálneho pracovníka. V rámci vzťahu pomáhania ide o vznik tzv. moci, kedy je sociálny pracovník klientom vnímaný ako ten, kto je mocnejší, skúsenejší, profesionálne pripravený pomôcť mu zvládnuť problémovú rizikovú situáciu. Túto moc prideluje sociálnemu pracovníkovi jeho klient, ktorý ho vníma ako autoritu. Pomoc poskytovaná v rámci sociálnej práce je vždy realizovaná osobne, kedy pri jej zabezpečovaní sa priamo stretáva sociálny pracovník a klient. Buduje sa tiež pozitívny profesionálny vzťah s klientom, kde máme na mysli takú interakciu medzi sociálnym pracovníkom a klientom, ktorá umožňuje klientovi, aby sociálnemu pracovníkovi dôveroval, a pritom si obaja udržali vlastné hranice. Sociálna práca sa teda odohráva v rámci

profesionálneho vzťahu, ktorý budujú sociálny pracovník a klient (Strieženec 2001, s. 79 - 82).

Váha vlastnej osobnosti je v prvom rade podmienená odbornou kvalifikáciou. Odborné vedomosti, schopnosti, zručnosti, návyky, hodnotová orientácia a skúsenosti sú potrebné na výkon tejto zložitej činnosti a ide o to, aby ich sociálny pracovník plne a s ľudskou prirodzenosťou využíval v prospech klienta (Strieženec 2001, s. 90).

V slovenskom jazyku rozlišujeme kompetentné konanie a schopnosť byť kompetentným. Byť kompetentným v sociálnej práci znamená, že sociálny pracovník disponuje určitými právomocami pre konkrétny okruh vlastnej pôsobnosti. Kompetentne znamená, konať na základe a v zmysle týchto právomocí, so znalosťou problematiky a so zodpovednosťou za vlastné konanie. Za kompetentného v tomto zmysle pokladáme toho, komu je kompetencia na jednej strane daná jeho miestom na trhu práce a na strane druhej, toho, kto disponuje, nielen právomocami, vedomosťami, zručnosťami, ale aj schopnosťami pre výkon týchto kompetencií. Pod pojmom sociálna kompetencia sa rozumie „funkcia všeobecných sociálnych schopností, zručností a techník danej skupiny, jednotlivca, ktorá sa formuje v priebehu vývinu jednotlivých subjektov a osobnosti človeka“. Profesijná kompetencia sociálneho pracovníka sa priamo viaže k výkonu jeho pracovných činností. Schopnosť seba-inštrumentalizácie, schopnosť využívať sám seba ako pracovný nástroj – inštrument predpokladá, že bude so svojimi schopnosťami, vedomosťami a zručnosťami narábať tak, aby ich všetky využil v prospech klienta. Osobné zaangažovanie sa do problémov klientov, flexibilita, otvorenosť pri vyjadrovaní citov, postojov, široké spektrum osobných skúseností, schopnosť udržať si nadhľad nad problémom. Správna sebareflexia mu napomáha dodržiavať nielen optimálnu mieru osobnej zaangažovanosti sa do problému, ale umožňuje mu dodržať potrebný profesionálny nadhľad nad klientovým problémom a následne voliť najefektívnejšie možnosti riešenia jeho problému. Sociálny pracovník musí kontrolovať a ovládať aj svoju emotívnu stránku, mal by disponovať schopnosťou emotívneho seba odstupu, schopnosťou správne analyzovať vlastné city, emócie ako aj príčiny vzniku emócií, ktoré pociťujeme v priamej interakcii s klientom, resp. emócie pri práci súvisiacej s riešením klientovho problému, rizikového správania, rizikovej situácie a pod.

Počas komunikácie sociálneho pracovníka s klientom sa od sociálneho pracovníka očakáva, že bude disponovať (Levická 2005):

- schopnosťou empatického prístupu,
- schopnosťou komunikovať v jazykovej rovine klienta, ktorá je daná vekom, vzdelaním, profesiou klienta,
- schopnosťou asertívneho správania,
- schopnosťou nezaujatého, objektívneho hodnotenia informácií,
- schopnosťou rozvíjať účinnú komunikáciu s predpokladom, že sociálny pracovník vie počúvať a dokáže vytvoriť podmienky potrebné pre vznik otvorenej komunikácie.

Sociálny pracovník musí pôsobiť na klienta vyrovnane, bez strachu, musí pôsobiť dojmom, že situáciu ovláda. Jeho konanie nesmie vyvolávať u klienta negatívne pocity. Schopnosť spolupracovať a kooperovať prostredníctvom komunikácie v práci sociálneho pracovníka je daná nepretržitou interakciou s klientmi, kolegami a inými odborníkmi (Strieženec 2001, s. 90).

Skúsenosti ukazujú, že najdôležitejší faktor, liečebný prostriedok, ktorý si každý skúsený sociálny pracovník nesie na „terapiu“ a ktorý ovplyvňuje proces terapie je vlastná osoba, svoje „ja“. Kľúč k liečebným postupom, pomoci klientovi predstavuje v podstate „poznanie seba samého.“ To znamená, že aplikovať do terapie (práce s klientom) svoju vlastnú osobu a brať „seba“ do úvahy nielen pri práci s jedným klientom, ale najmä pri práci akou je napr. skupinová terapia.

Je dôležité preto zistiť skúseností sociálnych pracovníkov, s ktorou sa stretávajú denno-denne a ktorú im prináša samotná prax, tiež názory klientov, pracovné prostredie a pracoviská v ktorých sociálni pracovníci pôsobia sú dôležitých determinantom na elimináciu rizikového správania na jednotlivých poliach sociálnej práce.

3 Rizikové správanie klientov na jednotlivých poliach sociálnej práce

Rizikový klient je taký klient, ktorý cíti ohrozenie svojej integrity, má rôzne prejavy svojho správania. Väčšinou prekonáva existenčný stres zo straty zamestnania a s tým súvisiacou absenciou príjmu, alebo sa socializoval mimo spoločenskú konformitu, môže mať tiež poruchu správania, poruchu identity. Takýto klient je rizikovým v sociálnom pôsobení a jeho rizikovosť sa môže prejaviť agresivitou, sebaľútosťou, rezignáciou, či opovrhovaním poskytnutej pomoci. V sociálnej intervencii je potrebné, aby sociálny pracovník disponoval kompetenciami, ktoré budú eliminovať rizikové prejavy správania. Bez vlastnej osobnej ani profesionálnej reflexie sa táto požiadavka dá len veľmi ťažko plniť. Zároveň je potrebné podotknúť, že je potrebné vo všetkých možných formách sociálnej intervencie dodržiavať etický prístup ku klientovi.

Zvládanie rizikového klienta prostredníctvom sebareflexívnych vnímaní dosiahneme za týchto predpokladov:

- Uvedomujeme si jedinečnosť a výnimočnosť osobnosti klienta, pristupujeme k nemu ako k blížnemu (uplatňujeme zásady kresťanskej sociálnej práce), akceptujeme ho ako partnera, s ktorým spoločne, za jeho aktívnej spoluúčasti riešime sociálny problém.
- Poznáme a reflektujeme nástroje sebaovládania.
- Vieme správne reagovať v emočných prejavoch klienta.
- Vieme riešiť a eliminovať následky konfliktov.
- Sme asertívni.
- Máme určitú mieru empatie.
- Dokážeme zvládať a prekonávať stres.

Reflexia v sociálnej práci, ktorú realizuje sociálny pracovník smerom ku klientovi, vychádza v prvom rade zo životných skúseností sociálneho pracovníka, nemožno z objektívnych hľadísk od neho požadovať úplné odosobnenie sa, nakoľko aj on nesie so sebou určitú životnú skúsenosť. Aj keď vnútorne pociťuje objektívny pohľad na riešenie sociálneho problému, v podvedomí rozhoduje na základe vlastných apetencií. Požiadavke absolútneho odosobnenia sa nedá vyhovieť, aj keby sme akokoľvek chceli, k odosobneniu sa len približujeme, ale nikdy ho nedosiahneme v jeho absolútnej rovine. V tejto súvislosti v reflexii na spoločensko-profesionálnu individuálnu prax, hovoríme o vlastnej empírii.

Reflexia v sociálnej intervencii je priamo podmienená aj získanými poznatkami, či už v pregraduálnom procese, alebo aj mimo neho. Poznatky sú charakteru životnej praxe, hovoríme vtedy o sociálnom svete človeka, ktorý v sebe zahŕňa aj proces socializácie. Ale aj poznatky, ktorých zdrojom je inštitucionalizovaná profesionálna príprava k výkonu profesionálnych činností a kompetencií.

Profesionálna reflexia sa poníma ako sebareflexia v pracovných postupoch. Najznámejším procesom, ktorý zhodnocuje reflexívne výkon činnosti sociálneho pracovníka je supervízia. Prostredníctvom nej sociálny pracovník identifikuje svoju reflexiu v sociálnej intervencii prostredníctvom supervízora, skúsenejšieho sociálneho pracovníka.

Na základe uvedených taxonómií týkajúcich sa procesu reflexie v sociálnej práci, môžeme konštatovať, že ďalším zo základných predpokladov práce s klientom a najmä rizikovým je požiadavka reflexibility. Pričom reflexibilita má byť kontinuálna a má sa pretavovať do všetkých etáp práce s klientom. Prostredníctvom nej dávame klientovi najavo,

že máme o neho záujem, že nám nie je ľahostajný, že reflektujeme jeho problém ako aj jeho osobnosť. Reflektívnosť znamená aj pohotové, pružné reagovanie na jednotlivé prejavy klienta, snaží sa byť korešpondujúca s prejavom klienta a zároveň odpovedajúca na tieto jeho prejavy. Reflexia v práci s klientom má mať charakter dlhodobý aj krátkodobý. Za krátkodobú sa považuje okamžitá reakcia na sociálny problém klienta, na jeho osobnostné prejavy a za dlhodobú sa považuje celkový proces sociálnej intervencie. Reflektívny sociálny pracovník, ak chce byť pohotový a reakčný na sociálny problém klienta, mal by:

- Byť vo svojej práci s klientom pružný, aktuálne reagovať na to, čo klient hovorí, na jeho vonkajšie a vnútorné prejavy.
- Byť dynamický, korešpondujúci s obsahom hovoreného, reagujúceho k riešeniu sociálneho problému.
- Byť iniciatívny, podnetný, vecne argumentujúci a byť motivujúcim prvkom pre klienta, vedieť ho zaujať, iniciovať k pozitívnej zmene.
- Byť vytrvalý, ustálený v názoroch, v sociálnych orientáciách, dotiahnuť intervenciu až do úspešného konca.
- Byť sociálne cítiacim, všetky motívy v jeho činnosti by mali smerovať a prameniť z osobnostnej pohnútky pomáhať a vytvárať optimálne podmienky pre zmenu klienta. Sociálne cítenie priamo podnecuje reflexie vychádzajúce z ľudskej prirodzenosti, pomáhať a zároveň očakávať pomoc.
- Poznať seba samého, svoju vlastnú hodnotu a osobnostnú identitu. Vedieť sa vnímať ako jedinec nachádzajúci sa v sociálnom prostredí s určitou sociálnou rolou.
- Vedieť vnímať iných, rozumieť im, sociálne vnímať skutočnosť a osobnosť klienta vklineného do tejto skutočnosti, ktorú chápe ako neriešiteľnú a z toho dôvodu vyhľadá pomoc.

Vlastná osobnostná štruktúra sociálnych pracovníkov je rôzna, každý z nich má prirodzený reflex k vonkajším podnetom iný. Intenzita a frekvencia týchto reflexov je závislá od:

- Genetických predpokladov, schopnosti vnímania a reakcie na podnety vonkajšieho prostredia. Tu ide o osobnostnú vlastnosť, ktorá sa buď rozvinie, alebo časom ustrnie.
- Vplyvov sociálneho prostredia a kultúrnych vzorcov v tomto prostredí. Ide o vonkajšie vplyvy rozvoja osobnosti človeka.
- Výchovno-vzdelávacích vplyvov, ktoré sú získanými predpokladmi vytvárania zdravých reflexívnych reakcií.
- Vlastnej empírie, životnej skúsenosti.

Na základe mechanizmu získavania zdravých reflexií, môžeme hovoriť o samovytváraní perцепčného aparátu, t. j. vytvorenej, citlivo vnímateľnej schopnosti človeka, reagujúcej primerane a efektívne vzhľadom na prejavy správania druhého človeka, v našom prípade klienta sociálnej práce. Profesionálna reflexia poskytuje schopnosť viesť sociálnu intervenciu efektívnejšie a účinnejšie. Mala by sa celou sociálnou intervenciou pertraktovať ako červená niť. Kompetenčne sa treba na to pripraviť, aby uplatniteľné reflexivity boli v súlade s cieľmi sociálnej intervencie, aby nemali živelný charakter, ale aby boli dobre naučené a osvojené, aby sa v určitých intervenčných súčiastiach vždy odrážali v aktuálnosti a v snahe lepšie chápať a celkovo reagovať na problém, s ktorým klient k sociálnemu pracovníkovi prišiel.

Záver

Za vhodných podmienok môže byť sebareflexia obohacujúca pre prax, pretože vedie k vlastnému najmä profesionálnemu rozvoju. Sociálny pracovník ňou hodnotí svoje silné a slabé stránky, je si vedomý svojich skúseností a schopností, nielen profesijných, ale najmä tých ľudských, hodnôt a očakávaní a toho, aký vplyv môžu mať na jeho prácu. Takáto sebareflexia by bola zároveň prínosom pre klienta, ktorému by tak mohla byť poskytnutá kvalitnejšia intervencia (napr. v zmenách v spôsobe prístupu ku klientovi, kvalitnejšej komunikácii, stanovovaní a vyhodnocovaní cieľov individuálneho plánovania, rozsahu podpory klienta, doby intervencie, k optimálnemu rozhodovaniu, teda pri riešení rôznych rizikových situácií...).

Zároveň by tento pracovník mal mať dostatok priestoru na svoju vlastnú sebareflexiu, nemal by mať obavy z toho, že odkrytie slabých stránok bude vnímané ako jasné negatívum. Sebareflexia by mala byť vnímaná ako nástroj rozvoja pracovníka. V takom prípade by mala mať prínos aj pre pracovníka, na jeho osobný i profesijný rozvoj - v oblasti sebapoznania aj pri stanovovaní oblastí ďalšieho vzdelávania a rozvoja pracovníkových zručností. Každý sociálny pracovník by sa mal podieľať či už sám alebo sprostredkovane cez svojho zamestnávateľa na organizovaní odborného seba-vývoja, samovzdelávania prostredníctvom organizovania a zúčastňovania sa programov podporujúcich jeho vzdelávanie, na supervízii. Žiaduci stav si potom môžeme predstaviť tak, že pracovník systematicky autosugestívne reflektuje svoju prácu s klientom, vyhodnocuje svoje výstupy a navrhuje odporúčania pre budúci stav a prax sociálnej práce.

Najlepšie preto bude, keď si každý z nás, nielen sociálni pracovníci stanovíme životné krédo a misiu života sami. Zatiaľ čo medziľudský aspekt seba môže byť dôležitý, ľudia si nemusia byť vedomí vplyvu ostatných vonkajších aspektov v mikro-, či v makro- meradle, v popise ich seba samého, ktoré prináša ich práca. Správna relaxácia, dodržiavanie psychohygieny, správne načasované striedanie práce a voľna je kľúčom k úspechu a vhodnej sebarealizácii. Postupne sa tak pracovník učí, ako analyzovať, syntetizovať a akým spôsobom potom pracovať so slabými stránkami a rozvíjať vlastné silné stránky, schopnosti a potenciály v každodennej praxi sociálnej práce.

Zoznam bibliografických odkazov

- BLATNÝ, P - PLHÁKOVÁ, A., 2003. *Temperament, inteligencia, sebaobjatie*. Tišnov: Sdružení Scan. s. 688. ISBN 9780195366556.
- HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M. a kol., 2008. *Praktická supervize*. Praha: Galén. s. 128. ISBN 9788024731711
- HAWKINS, P., SHOHET, R., 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. s. 464. ISBN 9781444348187.
- KAM-SHING YIP. 2011. *Self-reflection in Reflective Practice: A Note of Caution*. *British Journal of Social Work* [online]. 2011-03-19, [cit. 2012-01-12]. s. 777-788. Prevzaté z kolekcie Soc INDEX with Full Text. Dostupné na [www: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&an=22975861>](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&an=22975861)
- LEVICKÁ, J., 2005. *Základy soc. práce*. Trnava: ProSocio, s. 170. ISBN 80-968952-8-1.
- NEKONEČNÝ, M., 1998. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0628-1.
- Ottova encyklopedie obecných vědomostí na CD- ROM I. 1997. [Vyhľadávanie v plných textoch.]: Uživatelská příručka. — 1. vyd. — Zlín: Aion CS.
- PRAŽÁKOVÁ, L., 2011. *Sebereflexe v každodenní praxi sociálního pracovníka – diplomová práce*. Brno. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.
- SCHULZE, R., - ROBERTS, R. D., 2007. *Emoční intelligence*. Praha: Portál, 2007.
- STRIEŽENEC, Š., 1996. *Slovník sociálního pracovníka*. Trnava: AD. ISBN 9788096758906.

STRIEŽENEC, Š., 2001. *Úvod do sociálnej práce. II. vyd.* Trnava: TRIPSOFT. s. 197. ISBN 80-968294-6-7.

ÚLEHLA, I., 2009. *Umění pomáhat.* Praha: Slon. ISBN 9788024736761.

VÝROST, Z., SLAMĚNÍK, I., 2008. *Sociální psychologie.* Praha: Grada Publishing. s. 404. ISBN 9788024714288.

Kontakt na autorov

doc. PhDr. Tomáš Hangoni, PhD.

Katedra kresťanskej antropológie a sociálnej práce

Pravoslávna bohoslovecká fakulta PU v Prešove

e-mail: tomas.hangoni@unipo.sk

hangoni.tomas@gmail.com

PhDr. Daniela Cehelská

Katedra kresťanskej antropológie a sociálnej práce

Pravoslávna bohoslovecká fakulta PU v Prešove

e-mail: daniela.cehelska@smail.unipo.sk

daniela.cehelska@gmail.com

Ryzykowne stany zdrowia w kontekście pracy socjalnej

Karol Mausch (PL)

Streszczenie: *Holistyczno- funkcjonalny model zdrowia jest definiowany jako “ process równoważenia potrzeb człowieka i oczekiwań środowiska”. Wiele badań pokazuje zależności między reakcjami emocjonalnymi i zdrowiem: negatywne emocje zwiększają ryzyko chorób. Duchowość jest wielowymiarowa i jest odzwierciedlona jako odrębność w ludzkim, subiektywnym doświadczeniu. Na poziomie cechy, duchowość jest rozumiana jako zdolność i umiejętność, która różnicuje jednostki, przejawia się w transcendencji.*

Słowa kluczowe: Zdrowie. Pracownicy socjalni. Stress. Ryzykowne zachowania.

Abstract: *The holistic - functional model of health is defined as "a process of continuous dynamic balancing human needs and environmental requirements. Several studies show a relationship between emotional reactions and health: negative mood in humans increases the sensitivity to disease. Spirituality is defined as a deep sense of belonging, fully, connections and openness in relation to infinity, as that which pertains to the highest and personal truths, as a way of being and experience, awareness of transcendence*

Keywords: Health. Social workers. Stress. Risky behavior.

Rzeczywiście nauki we współczesnym świecie powinien mieć charakter interdyscyplinarny. Jest to ważne w każdej dziedzinie badawczej. Szczególnie jest to istotne, jeśli dotyczy nauk o człowieku. Mało nośne poznawczo i w ograniczonym stopniu użyteczne praktycznie są badania dokonywane na gruncie jednej dyscypliny naukowej. W badaniach poświęconych zdrowiu ludzkiemu od dawna nie jest już użyteczny model biologiczny. Okazał się on bowiem mało praktyczny, gdyż zdrowie i choroba są zależne nie tylko od czynników genetycznych czy patofizjologicznych. Zdrowie jest uwarunkowane także przez czynniki psychiczne, społeczne i, jak się okazuje w wielu badaniach, przez zjawiska określane jako duchowe. Zdrowiem interesują się już zatem i prowadzą badania na jego temat nie tylko lekarze, ale także psychologowie, pedagodzy, socjologowie, filozofowie czy ekonomiści. Coraz częściej zdrowie i choroby stają tematem badań interdyscyplinarnych. Czynniki psychiczne obejmują zmienne psychologiczne takie jak: cechy osobowości, właściwości procesów poznawczych, poziom inteligencji emocjonalnej, odporność na stres, mechanizmy obronne osobowości, rodzaje wydarzeń życiowych itp.

W holistyczno – funkcjonalnym modelu zdrowie jest definiowane jako „proces stałego dynamicznego równoważenia potrzeb człowieka i wymagań otoczenia. O poziomie zdrowia decydują zasoby człowieka (wewnętrzne i znajdujące się w środowisku) oraz wymagania, zwane też często stresorami. W tym holistyczno – funkcjonalnym modelu, ujmującym zdrowie jako proces, wyróżnione miejsce przypada świadomej aktywności podmiotu.² Model ten oparty jest na wizji człowieka jako całości, która zrodziła się w starożytności. Z holistycznej koncepcji powstała medycyna psychosomatyczna wskazująca na wzajemne powiązania psychiki i ciała oraz nauka nazwana psychoneuroimmunologią, która bada zależności łączące procesy psychiczne i immunologiczne³ (badania własne). Oba te modele

² Tamże

³ Ader R., Felten D.L., Cohen N.: Psychoneuroimmunology. Academic Press, San Diego, 1991; Mausch K., Psychologiczne właściwości człowieka a stan układu immunologicznego. Szczecin 2000.

mają olbrzymi naukowy dorobek w pracach teoretycznych oraz znajdują potwierdzenie w praktyce klinicznej. Warto dodać, że medycyna behawioralna, która pozostaje w nurcie modelu holistyczno – funkcjonalnego włączyła do obszaru badań nad zdrowiem zachowania, które sprzyjają zdrowiu lub chorobie.⁴

Wiele badań wskazuje na zależności między reakcjami emocjonalnymi i stanem zdrowia: negatywny nastrój zwiększa u ludzi wrażliwość na choroby⁵; negatywny stan emocjonalny zaburza funkcjonowanie układu krążenia⁶; emocje mają bezpośredni wpływ na funkcjonowanie układu immunologicznego. Stopień w jakim człowiek może wpływać na stan swoich emocji i rozumieć je ma istotne znaczenie dla rozwoju własnego i ogólnego dobrostanu.⁷ Chociaż większość badań koncentruje się na spostrzeganych pozytywnych konsekwencjach zaburzeń i chronicznych chorób, subiektywna percepcja funkcjonowania w życiu codziennym i w sytuacjach społecznych została zbadana w nieznacznym stopniu. Międzykulturowe badania pokazują, że większość codziennych doświadczeń może się wiązać z optymalnymi doświadczeniami.⁸ Optymalne doświadczenia polegają na wysokich wymaganiach ze strony środowiska i odpowiednio wysokich umiejętnościach osoby związanych z dużą koncentracją, wysokim pobudzeniem, kontrolą i wewnętrzną motywacją. Sytuacje muszą być silnie motywujące, aby wyzwolić wysokie umiejętności u ludzi. Optymalne sytuacje sprzyjają dobremu zdrowiu i zachowaniu dobrego samopoczucia.

Badania nad dobrostanem ukazują, że pewne zachowania i przekonania korelują z życiową satysfakcją. Wsparcie społeczne jest jednym z czynników, który wykazuje pozytywną korelację z życiową satysfakcją.⁹ Osoby żonate i zamężne, w związkach nieformalnych, a także osoby przynależne do grup wykazują więcej satysfakcji z życia niż te, które mniej społecznie zależne. Osoby, które mają wsparcie społeczne posiadają lepsze wartości w zakresie różnych wskaźników zdrowia i szybciej odzyskują zdrowie po chorobie. Osoby czują się szczęśliwsze, kiedy mają przyjaciół, niż wtedy kiedy są samotne. Jeśli by próbować określić strategię postępowania w celu poprawy swojego dobrostanu, to należałoby radzić osobom aby miały przyjaciół, wychodziły z domu i uczestniczyły w życiu społecznym i raczej poszły na spotkanie z kolegami z klasy niż rozpamiętywały swoje problemy. Badania Csikszentmihalyi¹⁰ pokazują, że osoby które są zaabsorbowane w działania im odpowiadające i osiągalne dla nich, są bardziej zadowolone. Stan zdrowia osób zaangażowanym jest wspólny dla różnych form aktywności i został nazwany terminem *przepływ/falowanie*.¹¹ Aktywności często mają komponent fizyczny – np. praca w ogrodzie, zabawa z dziećmi, taniec – i angażują zarówno ciało, jak i umysł. Generalnie mniej aktywne formy aktywności, jak oglądanie TV, rzadziej prowadzą do *przepływu*. Podczas *przepływu* uwaga jest skierowana na zewnątrz, nie ku sobie, jak to ma miejsce podczas terapii.

Psychologia pozytywna zaleca różne strategie działania, które podkreślają znaczenie pozytywnych doświadczeń, postaw, orientowania się na przyszłości, na budowaniu siły, rozwoju inteligencji emocjonalnej, rozwijaniu pozytywnych emocji, optymizmu, nadziei,

⁴ Sęk. H. (red.), Psychologia kliniczna t.1, Warszawa 2005

⁵ Cohen S., Doyle W., Skoner D.P., State and trait negative affect as predictors of objective and subjective symptom of respiratory viral infections. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1995, 159-169.

⁶ Friedman H.,(Ed.), *Hostility, doping and Health*. Washington DC 1992.

⁷ Salovey P., Rothman A., Detweiler J., Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 2000, 110-121.

⁸ Massimini F., Delle Fave A., Individual development in a bio-cultural perspective. *American Psychologist*, 55, 2000, 24- 33.

⁹ Myers D., The funds, friends and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 2000, 56-67.

¹⁰ Henry J., *Strategies for achieving well-being (w) M. Csikszentmihalyi, I.S. Csikszentmihalyi, A life worth living*, Oxford 2006.

¹¹ Tamże.

dobrostanu, także poprzez oddziaływania psychoterapeutyczne.¹² Dominującą metodą psychoterapeutyczną stosowaną obecnie przez profesjonalistów w pomocy ludziom jest rozwijanie bardziej konstruktywnego myślenia i zachowania. Jest ona stosowana przez psychologów klinicznych, psychoterapeutów, pielęgniarzy, pracowników socjalnych, trenerów społecznych, nauczycieli itp.¹³. Poprawa stanu psychicznego zdrowia często jest osiągana przez koncentrowanie się na tym, co jest złe i uczenie ludzi lepszej kontroli, radzenia sobie lub rozwiązywania problemów. Ten rodzaj interwencji pochodzi ze studiów zjawisk patologicznych i pomagania klinicznego. Istnieje wiele szkół psychoterapeutycznych, często wywodzących się z różnych orientacji teoretycznych, które znajdują zastosowanie w obszarach klinicznych, edukacyjnych, organizacji itp. Np. szkoła behawioralna proponuje terapię behawioralną, metody – przewarunkowania, desensytyzacji, uczenia umiejętności itp.; szkoła poznawcza proponuje podejście terapii poznawczej, racjonalno – emocyjnej, metody realistycznego myślenia, zmiany nastawienia; szkoła systemowa proponuje terapię rodzinną, terapię grupową, metody grup dyskusyjnych, interpersonalnego dialogu itp. Podejście psychobiologiczne do problemu dobrostanu, faworyzowane przez psychiatrię, wskazuje, że problem jest w zasadzie biologiczny, często wywołany przez zaburzenia neurochemiczne i należy go rozwiązywać za pomocą farmakologii, np. prozaku. Podejście prezentowane przez większość psychologów klinicznych ma charakter poznawczo – behawioralny. Tutaj problem jest definiowany jako błąd w myśleniu, a więc wskazaniem jest zmiana złych nawyków myślenia na prawidłowe, trafniejsze. Klienci są zachęceni do sprawdzania trafności swoich poglądów i ich zmiany na bardziej pozytywne i odpowiednie do sytuacji. Psychoterapia nie w każdym przypadku okazuje się skuteczna i odpowiednia dla pacjentów. Nie jest również tania i nie każdego stać na korzystanie z tej formy pomocy. Badania prowadzone w krajach europejskich pokazują, że niewielki procent osób mających problemy psychologiczne uzyskuje profesjonalną pomoc. Hannay¹⁴ wskazuje, że 1/3 populacji wykazuje symptomy kliniczne, 70% z tej grupy nie zgłasza się do nikogo, 1/5 idzie do lekarza i 1/10 do przyjaciół. Lecz nawet ci, którzy pójdą do terapeuty nie zawsze otrzymują pomoc profesjonalną i wystarczającą w stosunku do potrzeb, szacuje się, że pomoc ta nie jest wystarczająca dla ponad połowy pacjentów wg danych brytyjskich¹⁵. Tak więc z różnych powodów, okoliczności, potrzeb, większość ludzi jest zmuszona do znalezienia innych dróg poprawy ich samopoczucia.

Strategie pomocy

Ludzie stosują różne strategie jako pomocne w osiąganiu trwałych zmian w dobrym samopoczuciu. Chodzi tutaj o samowyciszenie poprzez uspokajanie siebie, kontemplację, medytację, spacer, ćwiczenia, jogę, nawiązywanie kontaktów społecznych, autoanalizę, uczenie się mówienia „nie”, realizm, dyscyplinę, koncentrację na teraźniejszości, słuchanie innych, stawanie się bardziej tolerancyjnym, bycie asertywnym, obniżanie lęku, podejmowanie ryzyka, uczenie się wyrażania siebie poprzez działanie, wypracowywanie jasnej wizji celów i zadań, pamiętanie o sukcesach, zabawa, oglądanie zabawnych programów w telewizji, formułowanie dalszych i bliższych celów życiowych. Ludzie stosują również strategie dążenia do poprawy swojego dobrostanu, które okazują się na ogół nieskuteczne. Na szczycie tej listy znajdują się wskazania: np. rozchmurz się, kochaj itp.¹⁶, następnie zaleca się

¹²Fava G., Well-being therapy: conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 1999, 171-179.

¹³ Hurło, L., Nauczyciel jako promotor wartości u progu XXI wieku (w) L. Hurło (red.) *Wokół pytań o współczesnego nauczyciela*, Warszawa 2001

¹⁴ Hannay D.R., *The symptom iceberg*. London 1979.

¹⁵ Tamże.

¹⁶ Henry J., *Strategies for achieving well-being* (w) M. Csikszentmihalyi, I.S. Csikszentmihalyi, *A life worth living*, Oxford 2006.

czytanie, rozmowy o problemie, analizowanie, planowanie, porady, wgląd w siebie i in.. Należy jednocześnie wskazać, że szczególnie te ostatnie strategie są omawiane i wskazywane przez profesjonalistów jako zalecane dla własnego rozwoju.

Zakończenie

Coraz częściej szeroko rozumiane zdrowie staje tematem badań interdyscyplinarnych w naukach społecznych i przyrodniczych (czynniki biologiczne). Czynniki psychiczne warunkujące zdrowie to, m.in. cechy osobowości, stopień odporności na stres czy poziom inteligencji emocjonalnej. Wśród czynników społecznych warunkujących zdrowie na ogół wymienia się środowisko rodzinne, poziom ekonomiczny życia, system opieki zdrowotnej itp. Pojęcie i wymiar *Duchowości* stanowi czwarty element, wśród czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych – do niedawna zapomniany - nieuwzględniany w niektórych współczesnych koncepcjach zdrowia. Na poziomie cechy, duchowość jest rozumiana jako zdolność i umiejętność, która różnicuje jednostki. Na poziomie celów lub problemów, duchowość traktowana jest jako motywująca siła, która kieruje osobę w stronę spersonalizowanych celów, żeby je osiągnąć. Obecność cechy duchowości i celów skoncentrowanych wokół duchowości zwiększa prawdopodobieństwo, że osoba doświadczy uczuć duchowych, które obejmują, m.in. trwogę, wdzięczność, pokorę, miłość i nadzieję. Duchowość zdefiniowana jest jako głębokie poczucie przynależności, pełni, połączenia i otwartości w stosunku do nieskończoności, jako to co odnosi się do najwyższych i osobowych prawd, jako droga bycia i doświadczania, świadomości transcendencji. Duchowość jest związana z poczuciem sensu życia. W prezentowanej ujęciu przedstawiono zagadnienia zdrowia i zaburzeń noopsycho-somatycznych w kontekście sensu życia i noetyki, w nawiązaniu do pracy socjalnej, a zwłaszcza do kondycji duchowobiopsychospołecznej pracowników socjalnych.

Zoznam bibliografických odkazov

- Ader R., Felten D.L., Cohen N.: Psychoneuroimmunology. Academic Press, San Diego, 1991;
- Cohen S., Doyle W., Skoner D.P., State and trait negative affect as predictors of objective and subjective symptom sof respiratory viral infections. Journal of Personality and Social Psychology, 68, 1995, 159-169.
- Friedman H.,(Ed., Hostility, doping and Heath. Washington DC 1992.
- Hannay D.R., The symptom iceberg. London 1979.
- Henry J., Strategies for achieving well-being (w) M. Csikszentmihalyi, I.S. Csikszentmihalyi, A life worth living, Oxford 2006
- Hurło, L., Nauczyciel jako promotor wartości u progu XXI wieku (w) L. Hurło (red.) Wokół pytań o współczesnego nauczyciela, Warszawa 2001;
- Massimini F., Delle Fave A., Individual development in a bio-cultural perspective. American Psychologist, 55, 2000, 24- 33.
- Mausch K., Psychologiczne właściwości człowieka a stan układu immunologicznego. Szczecin 2000.
- Mausch K. , Zdravie z aspektu sociálnej práce. Interdisciplinárna empirická štúdia. Ružomberok: Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2008.
- Myers D., The funds, friends and faith of happy people. American Psychologist, 55, 2000, 56-67.
- Salovey P., Rothman A., Detweiler J., Emotional states and physical health. American Psychologist, 55, 2000, 110-121.
- Sęk. H. (red.), Psychologia kliniczna t.1, Warszawa 2005

Kontakt na autora

Karol Mausch

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Pile

Poland

Karol_Mausch@poczta.onet.pl

Wypalenie zawodowe pracowników socjalnych

Sylvia Drozd (PL)

Streszczenie: Podstawowymi sferami aktywności człowieka w ciągu jego całego życia są: zabawa, nauka i praca. Praca zawodowa jako jedna z ważniejszych dziedzin życia ma decydujący wpływ na subiektywną ocenę jego jakości. Może stanowić źródło życiowej satysfakcji, zadowolenia, pozytywnie wpływać na kondycję psychofizyczną. Jednak w wielu przypadkach praca zawodowa jest przyczyną poważnych obciążeń i rodzi wiele stresów. Charakter wykonywanej pracy jest jednym z najistotniejszych czynników determinujących stopień zagrożenia zawodowym wypaleniem.

Praca w ciągłym, bliskim kontakcie z ludźmi często charakteryzuje się dużym stopniem emocjonalnego zaangażowania. Jeśli dodamy do tego wpływ stresu i konieczność radzenia sobie z nierealistycznymi oczekiwaniami innych, możemy śmiało przypuszczać, iż opisywana grupa jest grupą podwyższonego ryzyka.

Nie każdy jednak zdaje sobie sprawę z tego, jaką cenę mogą płacić ci, którzy pracują w zawodach, gdzie istotą jest bliski kontakt z innymi ludźmi. Zawody pracownika socjalnego, lekarza, pielęgniarki, nauczyciela czy psychologa to profesje, które wiążą się z ryzykiem wypalenia zawodowego. Pomaganie innym jest zajęciem wyczerpującym. Stałe obcowanie z cierpieniem, ubóstwem, krzywdą podopiecznych może spowodować stresujące pobudzenie emocjonalne działające niekorzystnie na psychikę, czasami odbierając zdolność do pracy. Wypalenie zawodowe ma miejsce wówczas, kiedy osoby zaangażowane w określone przedsięwzięcie tracą motywację do działania. Trudno mi sobie wyobrazić pracę pracownika socjalnego bez empatii, przeżywania emocji i stresu w miejscu pracy.

Słowa kluczowe: Wypalenie zawodowe. Wyczerpanie emocjonalne. Stres. Praca socjalna.

Abstract: However, not everyone is aware of this, what price they can pay those who work in occupations where the essence is in close contact with other people. Occupation social worker, doctor, nurse, teacher or psychologist is a profession, which carries the risk of burnout. Helping others is an exhausting activity. Constant contact with the suffering, poverty, injustice and charges may result in stressful arousal acting negatively on the psyche, sometimes taking away the ability to work. Burnout occurs when a person involved in a particular project they lose motivation. This article is an attempt to approximate the problem of burnout among social workers, describes the symptoms and risk factors, and suggests how to deal with this phenomenon in the light of the literature.

Keywords: Stress. Burnout. Social worker.

Cel

Jednym z obszarów, jakie budzi moje zainteresowanie jest efektywność działań pracowników socjalnych w miejscu pracy. Jeszcze do niedawna pod pojęciem efektywności kryły się wymierne zyski, jakie czerpie instytucja z pracy jednostek. Obecnie zwraca się również uwagę na fakt, że efektywna praca, to taka, która przynosi zadowolenie z rezultatów własnego działania. Dlatego przedmiotem moich zainteresowań są nie tylko warunki skuteczności działań zawodowych oraz cena, jaką płać za zaangażowanie pracownicy socjalni, ale koszty psychologiczne związane z charakterem wykonywanej pracy oraz zjawisko wypalenia zawodowego.

"Nie możesz się wypalić, jeśli nigdy nie płonąłeś"

Jeff Schmidt

Praca socjalna stała się dyscypliną naukową i zawodową, która zyskuje coraz większe znaczenie. Pracownik socjalny zajmuje główne miejsce w świadczeniu pomocy człowiekowi niezdolnemu do przezwyciężania trudów życia, działa na rzecz najbardziej potrzebujących, poszkodowanych, pokrzywdzonych, bezrobotnych, samotnych, czyli tych, którzy z różnych względów znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej. Działania pracownika socjalnego wyznaczone są poprzez szereg zadań, obowiązków, uprawnień i celów do jakich powinien dążyć w swojej pracy.

Dynamika i rozwój zjawisk społecznych wymaga od pracowników socjalnych uniwersalnej wiedzy, która stanowi grunt do budowania operacyjnych planów oddziaływania socjalnego. Niezbędne jest tu odpowiednie przygotowanie teoretyczne, połączone z praktyką na płaszczyźnie edukacji.

Praca w ciągłym, bliskim kontakcie z ludźmi często charakteryzuje się dużym stopniem emocjonalnego zaangażowania. Jeśli dodamy do tego wpływ stresu i konieczność radzenia sobie z nierealistycznymi oczekiwaniami innych, możemy śmiało przypuszczać, iż opisywana grupa jest grupą podwyższonego ryzyka. Ponad to w warunkach gospodarki rynkowej konieczne jest wykazywanie się przez pracowników socjalnych przedsiębiorczością, która jest przygotowaniem do radzenia sobie z nowymi wyzwaniami (Frączek 2014, s.65).

Wprowadzony do języka nauki termin „wypalenie się” jest metaforą przywołującą na pamięć wypaloną świecę lub zgasłe ognisko. W odniesieniu do aktywności zawodowej określenie to trafnie oddaje istotę doświadczanego przez pracownika braku energii, wyczerpania sił i zniechęcenia. Już wstępne badania zjawiska wypalenia pozwoliły ustalić jego negatywne następstwa zarówno dla samego pracownika jak i organizacji. W płaszczyźnie jednostkowej wypalenie jest doświadczeniem o dużym ładunku destrukcyjnym. Jest ono na ogół udziałem ludzi młodych, wrażliwych, którzy w swoje życie zawodowe wchodzi z dużym zaangażowaniem emocjonalnym i silną motywacją do pełnienia wyznaczonych ról i zadań. Pines (1993, s.41) wyraźnie podkreśla, że „aby się wypalić trzeba uprzednio płonąć”. Stąd przyjmuje się, że osoba, która nie charakteryzuje się początkową motywacją i pasją wykonywania własnej pracy, może doświadczyć stresu, depresji, kryzysu egzystencjalnego, zmęczenia, lecz nie wypalenia, które jest odmienne treściowo od wymienionych zjawisk. Można zatem powiedzieć, że wypalają się osoby, których cechuje żarliwość, idealizm i ambicjonalne podejście do zadań. Zapał idealistów w konfrontacji z trudną rzeczywistością zawodową może być źródłem różnego typu napięć i stresów co w stosunkowo krótkim czasie może prowadzić do wyczerpania sił i zniechęcenia.

Początkowo uważano, iż procesy wypalenia zawodowego mogą z mniejszym lub większym nasileniem wystąpić we wszystkich zawodach. Niektóre zawody szczególnie predysponują do wypalenia zawodowego. Jak napisała prof. Helena Sęk: "Wypalenie zawodowe pojawia się u przedstawicieli zawodów, w których bliska, zaangażowana interakcja z drugim człowiekiem stanowi istotę profesjonalnego działania i warunkuje powodzenie w danym zawodzie, sukces i rozwój." (Sęk 2000, s. 8).

Dzisiejsze rozumienie tego pojęcia zakłada, iż wypalenie nie dotyczy każdej grupy zawodowej, a termin ten stosowany jest do opisania objawów pojawiających się u osób wykonujących zawody, w których bliski kontakt interpersonalny, pełen zaangażowania, a także cechy osobowości profesjonalisty stanowią podstawowe instrumenty czynności zawodowych, decydujące o poziomie wykonania zawodu i sukcesach (Tokarz, Nęcka 1997). Wypalenie zawodowe dotyczy zatem zawodów określanych mianem społecznych, usługowych, w obrębie których znajdują się takie grupy zawodowe jak: lekarze, pielęgniarki,

psychologowie, psychiatry, pracownicy pomocy społecznej, doradcy zawodowi w urzędach, kuratorzy sądowi, personel więzienny, księża.

W literaturze psychologicznej wypalenie pojawia się w 1974 roku. Jest to pionierski artykuł, w czasopiśmie **Journal of Social Issue** autorstwa amerykańskiego psychiatry Herberta J. Freudenbergera, który określił wypalenie jako stan wyczerpania jednostki, spowodowany nadmiernymi zadaniami stawianymi jej przez fizyczne lub społeczne środowisko pracy. Jego zdaniem, na swoisty zespół wypalenia składają się takie objawy jak zmęczenie, ból głowy, wzmożona podatność na zachorowania, drażliwość, zmienność zachowań oraz uczucie stałego znudzenia i zniechęcenia. Autor w swych badaniach skupił się na grupie pracowników socjalnych (Bilska 2004).

Obserwując ludzi w naturalnych środowiskach pracy oraz przysłuchując się ich relacjom dotyczącym pracy zawodowej warto zwrócić uwagę na fakt, iż ludzie opisując swoje doświadczenia i odczucia związane ze stresującą pracą zwykle sięgają po to pojęcie, zawężając jego prawdziwe znaczenie do kategorii stresu, zmęczenia, czy też zwykłego znużenia pracą. Niejednoznaczność pojęcia przejawia się również w różnym sposobie definiowania go przez badaczy. Zgodnie ze spotykanymi w literaturze stanowiskami, termin wypalenia zawodowego utożsamiany jest z depresją z uwagi na podobieństwo objawów (Meier, 1984, za: Ashforth, 1990), bądź też ze stresem, który wynika z pogoni za sukcesami (Freudenberger, 1980, za: Burke, Greenglass, 1989). Według Ch. Maslach (2001) zjawisko wypalenia odnosi się do obciążających emocjonalnie sytuacji interpersonalnych, które wynikają z wykonywania zawodu narażającego jednostkę na doświadczanie stresu.

Początkowo definicja robocza wypalenia zawodowego Maslach i Jackson (za: Przybyła, 1998) składała się z dwóch komponentów: wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji. W trakcie dalszych badań okazało się, że do wyżej wymienionych, należałoby dodać jeszcze jeden, odrębny wymiar - obniżone poczucie dokonań osobistych

Wypalenie w tym modelu jest trójskładnikowe:

- Wyczerpanie emocjonalne odnosi się do poczucia danej osoby, która jest nadmiernie obciążona emocjonalnie, a jej zasoby emocji zostały w znacznym stopniu uszczuplone. Wyczerpanie emocjonalne może przejawiać się m.in. obniżonym nastrojem, niepokojem, zniechęceniem, rozczarowaniem, uczuciem bezradności i beznadziejności, a także stałym zmęczeniem i odczuwaniem różnorodnych dolegliwości somatycznych.

- Depersonalizacja dotyczy negatywnego lub obojętnego reagowania na innych ludzi, którzy zwykle są odbiorcami usług danej osoby.

Zjawisko depersonalizacji zawiera w sobie również stosowanie technik obronnych, jak dystansowanie się, czyli odsuwanie od siebie trudnych problemów, unikanie z nimi kontaktu.

- Poczucie dokonań osobistych odnosi się do spadku poczucia własnych kompetencji i sukcesów w pracy.

Obniżone poczucie dokonań przejawia się:

- odczuciem braku jakichkolwiek osiągnięć w swej pracy,
- pesymizmem co do realnej możliwości pomocy,
- niską samooceną swych możliwości zawodowych,
- poczuciem niedoceniania i własnej przegranej.

Z trzech komponentów najbardziej wypalenie emocjonalne jest zbliżone do zmiennej, jaką jest stres, jest synonimem stresu. Jednak pozostałe komponenty jak depersonalizacja i obniżone poczucie dokonań osobistych wykraczają poza pojęcie stresu.

Wartym uwagi wydaje się być również model kompetencji społecznej autorstwa Harrisona. Wywodzi się on z nurtu egzystencjalnego. Podstawą tego modelu jest motywacja do udzielania pomocy, jaką charakteryzują się ludzie wykonujący zawody społeczne. Jego zdaniem praca, w której jasne są oczekiwania, dostępne środki i łatwy dostęp do informacji, powoduje to, że ludzie osiągają w niej wysoką efektywność. Taka sytuacja daje im poczucie

kompetencji podnoszącej początkową motywację. W chwili jednak, gdy zabraknie "czynników wspomagających", gdy człowiek doświadcza przeszkód, wówczas efektywność maleje, a wraz z nią obniża się motywacja do udzielania pomocy. "Powodem, dla którego sukces, kompetencja i skuteczność są tak bardzo ważne, jest to, iż dostarczają one ludziom poczucia, że ich działania - a więc i oni sami są użyteczni i ważni, że ich życie ma znaczenie w wyższym porządku rzeczy" (Sęk 2004, s 43.).

Egzystencjalny model wypalenia jest modelem motywacyjnym, a jego główne założenie głosi, że aby się wypalić, trzeba najpierw "płonąć", czyli mieć wysoki poziom motywacji. Harrison, podobnie jak Farber (Sęk 2004) zgadzają się co do tego, że początkowy, wysoki poziom zaangażowania w pracę jest wstępnym a zarazem podstawowym warunkiem procesu wypalenia. Wszelkie motywy, zarówno te powszechne i specyficzne dla danego zawodu, jak też te osobiste, kształtują oczekiwania co do tego, że dana praca będzie miała wpływ oraz pozwoli na osiągnięcie sukcesu. Wspierające środowisko pracy, charakteryzujące się pozytywnymi cechami umożliwiającymi osiągnięcie celów, zapewnienie środków oraz wsparcia i autonomii jest warunkiem niezbędnym do osiągnięcia celów. W przypadku jednak, gdy środowisko pracy jest stresujące, gdy człowiek napotyka na swej zawodowej drodze wiele przeszkód, gdy doświadcza w związku z tym silnego stresu, a nagrody oraz wsparcie są niewystarczające, wówczas osiągnięcie i realizacja celów wydaje się sprawą nieosiągalną. Każdy z nas w życiu, a tym samym w pracy, często doświadcza stresu. Wypalenie zawodowe natomiast dotyka osoby, która rozpoczynała swoją aktywność zawodową, mając wzniosłe cele, duże oczekiwania, a w konsekwencji silną motywację. Osoby, które podejmują pracę w zawodzie bez silnej motywacji mogą doświadczać stresu zawodowego, ale nie rozwinię się u nich wypalenie. Podstawowa różnica między pojęciem stresu zawodowego a wypaleniem zawodowym polega na tym, że wypalenie pojawia się przede wszystkim w takich zawodach, które powodują silne zaangażowanie emocjonalne. W przypadku stresu zawodowego istnieje szerszy zakres sytuacji łączących jego przyczynę (np. zła organizacja pracy lub nadmierny zakres obowiązków). W związku z tym stres może, ale nie musi być przyczyną wypalenia zawodowego. Wielu z nas potrafi świetnie prosperować w stresujących i wymagających warunkach pracy, pod warunkiem, że ma poczucie istotnego znaczenia i określonego celu swojej pracy.

Pojęcie stresu od dawna nie jest terminem tylko naukowym, lecz używanym potocznie dla nazwania naszych niektórych doświadczeń życiowych, przeżyć i tłumaczącym nasze zachowania. Coraz więcej specjalistów dostrzega wagę stresu związanego z pracą zawodową, która w znaczący sposób wpływa na negatywne postawy i zachowania ludzi. Stres zawodowy jest zjawiskiem szkodliwym, stąd budzi on potrzebę ochrony pracowników przed jego negatywnymi skutkami. Uważa się, że zespół wypalenia zawodowego jest reakcją na długotrwały stres wskutek stałego napięcia emocjonalnego i funkcjonowania w sytuacji ciągłego stresu.

Wśród wielu elementów środowiska pracy, pozytywny wpływ na funkcjonowanie jednostki mają: autonomia pracownika, różnorodność pracy, efektywność środków, wpływ na politykę pracy, współpraca, stosunki interpersonalne w pracy, wsparcie społeczne oraz informacje zwrotne. Duży, negatywny wpływ na procesy wypalenia mają: nadmierny zakres obowiązków, przeciążenie, ciężar decyzji, naciski środowiskowe, biurokratyczne, administracyjne, zbyt silne obciążenie obowiązkami społecznymi, sprzeczne wymagania. Niezwykle stresującą wydaje się być sytuacja, w której osoba pracująca na rzecz innych ludzi doświadcza poczucia winy z powodu niezapewnienia wystarczającej pomocy tym, którzy tej pomocy od niej oczekują.

Jak sobie radzić?

Indywidualne i organizacyjne koszty stresu pracy i wypalenia zawodowego sprawiają, że zainteresowanie problematyką wypalenia przesunęło się w kierunku tworzenia skutecznych

programów profilaktycznych i interwencyjnych. Analiza prac zajmujących się badaniem skuteczności takich programów wykazuje, że jeśli wczesne objawy wypalenia zostaną w porę zidentyfikowane i w porę zastosowane zostaną odpowiednio dobrane programy, to ok. 70-80% osób doświadczających wypalenia może "wyzdrowieć" w ciągu 7 miesięcy (De Valk M., Werner A. *Burnout* ...).

Jednym z najbardziej popularnych podejść do problemu profilaktyki stresu w pracy, na którym opiera się również konstrukcja wielu programów zapobiegających rozwojowi wypalenia zawodowego, jest tzw. prewencyjne zarządzanie stresem (Cieślak, Łuszczynska-Cieślak 2001). Choć model ten w dość ogólny sposób nakreśla ramy prewencji stresu w pracy, to jego atutem jest uporządkowanie i usystematyzowanie stosowanych dotychczas strategii prewencyjnych.

Proces prewencyjnego zarządzania stresem składa się z trzech etapów, które można określić również jako trzy poziomy prewencji:

- prewencja pierwszego stopnia - polegająca na usuwaniu potencjalnych źródeł stresu,
- prewencja drugiego stopnia - polegająca na modyfikacji reakcji jednostki na pojawiające się sytuacje stresowe,
- prewencja trzeciego stopnia - polegająca na obniżaniu poziomu negatywnych skutków stresu, który pojawił się w związku z niewystarczającą kontrolą na dwóch pierwszych etapach.

Wśród programów prewencyjnych wyróżnić można dwa ich typy: ukierunkowane na jednostkę oraz ukierunkowane na organizację.

W programach ukierunkowanych na jednostkę wykorzystywane są następujące strategie:

- związane z czynnikami psychologicznymi (realistyczna ocena własnych możliwości i aspiracji),
- związane z czynnikami fizycznymi lub fizjologicznymi (diety, ćwiczenia fizyczne, masaże itp.),
- związane ze zmianą zachowania (stosowanie relaksacji, ćwiczenie określonych wzorów zachowań - odpoczynku na świeżym powietrzu, uprawianie sportu itp.),
- związane ze zmianą środowiska pracy - przeniesienie pracowników do innych miejsc pracy, gdzie wymagania będą dostosowane do ich możliwości).

W programach ukierunkowanych na organizację wyróżnić można następujące strategie:

- zmiana charakterystyki organizacji (zmiana systemu komunikacji, nagradzania, szkolenia itp.),
- zmiana charakterystyki ról (zmniejszenie obciążenia pracownika, wzrost jego autonomii, możliwości podejmowania decyzji),
- zmiana charakterystyki zadań (dostosowanie zadań do preferencji pracownika) (Burke, Richardsen za Cieślak 2001).

Trudności finansowe i organizacyjne oraz brak wiedzy na temat skutecznego zarządzania stresem zawodowym sprawiają, że częściej stosowane są strategie nastawione na rozwój indywidualnych umiejętności radzenia sobie ze stresem. Wybór ten podyktowany jest zazwyczaj niższymi kosztami ich zastosowania i prostszą w realizacji formą. Do najczęściej realizowanych technik należą: treningi relaksacyjne, treningi asertywności, warsztaty związane z podwyższaniem poczucia własnej wartości, modyfikacją sposobów postrzegania

stresu, modyfikacją zachowań niepożądanych czy coraz częściej stosowane superwizje indywidualne i zespołowe.

Podsumowanie

Praca zawodowa jest bardzo istotną dziedziną życia ludzi. Niejednokrotnie decyduje o subiektywnej ocenie jakości życia lub stanie zdrowia człowieka. Dlatego za szczególnie niebezpieczne należy uznać wypalenie zawodowe. Tym bardziej że, jak pisze Sęk: "Zjawisko wypalenia zawodowego ujawniono w latach siedemdziesiątych, choć istniało ono prawdopodobnie znacznie wcześniej. Można jednak sądzić, że przemiany cywilizacyjne i wzrastające wymagania stawiane zawodom służb społecznych (**human services**) spowodowały, że koszty psychologiczne jakie ponoszą w swojej pracy nauczyciele, lekarze, pielęgniarki, pracownicy społeczni, pracownicy służb ratowniczych, policjanci i inni są coraz poważniejsze" (Sęk, 2004, s.7). Stres, jaki towarzyszy wykonywaniu tych zawodów, trudności w radzeniu sobie z nim bywa powodem wyczerpania, chronicznego zmęczenia, braku zadowolenia z pracy. Dystansowanie się, utrata zaangażowania, to sposoby radzenia sobie z obciążeniami. W wyniku polskich badań nad problematyką wypalenia zawodowego stwierdzono, iż problem wypalenia jest problemem uniwersalnym i wielu badaczy poważnie zaczęło się nim interesować (Sęk, 2004).

Zoznam bibliografických odkazov

- Aouili, B. Haj Bakri, B. Wypalenie zawodowe a poczucie sensu życia lekarzy internistów. W: <http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=201>
- Aronson, E. (1998). Człowiek istota społeczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Bilska, E.(2004). Jak Feniks z popiołów czyli syndrom wypalenia zawodowego. W: <http://www.pismo.niebieskalinia.pl/index.php?id=253>, Ewa Bilska, Niebieska Linia, nr 4 / 2004
- Burke, R. J., Greenglass, E. R. (1989). Psychological burnout among men and woman in teaching: An examination of the Cherniss model, *Human Relations* 42, 3, 261-273
- Cieślak R. (2002), Jak zarządzać stresem w pracy, *Bezpieczeństwo Pracy*, 6
- De Valk M., Werner A. *Burnout in Medical Professionals: A Cost-Effectiveness Study of a Multidisciplinary Intervention Program*. Dostępne: www.intermedic.nl.
- Fengler, J. (2001). Pomaganie mężczyznom. Gdańsk: GWP.
- Frączek P.,2014, "Pomoc społeczna i praca socjalna w środowiskach miejskich na przykładzie miasta Sanoka, w: *Ako najst zmysel zivota v socjalny praci s rizikovnymi skupinami*, Zborník, Ziakova E. (red), Kosice, Słowacja 2014, s. 63-74
- Lee, R. T., Ashforth, B. E. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*. 75, 6, 743-747.
- Maslach, C. (1994). Wypalenie się: utrata troski o człowieka. W: Zimbardo, P. G., Ruch F. L., *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Okła, W., Steuden, S. (1998). Psychologiczne aspekty zespołu wypalenia. *Roczniki Psychologiczne*, t. I. s. 119-130, Lublin, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego
- Okła, W., Steuden, S. (1999). Strukturalne i dynamiczne aspekty zespołu wypalenia w zawodach wspierających. *Roczniki Psychologiczne*, t. II, s. 5-17,
- Sęk, H (2004). Wypalenie zawodowe: przyczyny i zapobieganie. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN
- Sęk, H. (1994). Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Społeczne i podmiotowe uwarunkowania. W: *Edukacja wobec zmiany społecznej*, Brzeziński, J. Witkowski, L. (red.), Poznań: Zakład Wydawniczy K Domke, s.123-137.
- Sęk, H. (1988). Rola asertywności w kształtowaniu zdrowia psychicznego. *Ustalenia teoretyczne i metodologiczne. Przegląd Psychologiczny* 3, s. 787-808

Sęk, H. (2000). Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sęk, H. (2000). Społeczna psychologia kliniczna. Warszawa, PWN.

Sęk, H. (2000). Wypalenie zawodowe Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Wojciechowska J., *Syndrom wypalenia zawodowego*, „Nowiny Psychologiczne” 1990.

Kontakt na autora

Sylwia Drozd

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

Ul. Mickiewicza 21, 38-500 Sanok

sywiadrozd@interia.eu

Burn- out syndróm ako následok dlhodobej praxe pracovníkov pomáhajúcich profesií

Eva Gajdošová, Soňa Lovašová (SR)

Príspevok vznikol v rámci riešenia úlohy VEGA č. 1/0332/12 s názvom Analýza vybraných rizikových faktorov klientskeho násillia v sociálnej práci s dôrazom na prevenciu klientskeho násillia a prípravu sociálnych pracovníkov - Národné zmapovanie výskytu násillia klientov voči sociálnym pracovníkom na Slovensku.

Abstrakt: *Hlavnou témou príspevku je syndróm vyhorenia u pracovníkov vybraných pomáhajúcich profesií. Jadro práce predstavuje výskumná časť. Tú vytvára vyhodnotenie dotazníka Maslach Burnout Inventory. Dotazník vyplňali pracovníci pomáhajúcich profesií, a to sociálni pracovníci, hasiči, príslušníci Policajného zboru, sestry a pedagogickí pracovníci. Dotazník sledoval syndróm vyhorenia u pomáhajúcich profesií a zisťoval emocionálne vyčerpanie, depersonalizáciu a osobné uspokojenie.*

Kľúčové slová: *Syndróm vyhorenia. Rizikové faktory syndrómu vyhorenia. Pomáhajúca profesia.*

Abstract: *The main concern of the present contribution is burnout syndrome among workers in selected helping professions. The core part of the present thesis consists of research work. It is represented by the evaluation of the Maslach Burnout Inventory questionnaire. The questionnaire was filled in by helping profession workers, e.g. social workers, firemen, the Police members, nurses and pedagogical employees. The questionnaire examined burnout syndrome in helping professions and it explored emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment of respondents.*

Keywords: *Burnout syndrome. Risk factors of burnout syndrome. Helping profession.*

Úvod

Syndróm vyhorenia nie je žiadnym novým pojmom a čoraz častejšie sa objavuje najmä v oblasti pomáhajúcich profesií. Vyskytuje sa vo všetkých profesiách, kde dochádza ku kontaktu človeka s človekom. Vyhorením môžu byť postihnuté osoby s určitými osobnostnými charakteristikami a rizikami. Objavuje sa napríklad u tých pracovníkov, ktorí sú príliš nadšení svojou prácou, či sú úzko zameraní na cieľ, ktorý chcú dosiahnuť. Na vzniku syndrómu vyhorenia sa podieľajú i faktory, akými sú monotónnosť a stereotypnosť v práci, časová tieseň, nízky počet pracovníkov, zlé vymedzené pracovné úlohy a mnoho iného.

Rizikové profesijné skupiny a rizikové faktory syndrómu vyhorenia

Termín pomáhajúce profesie definuje skupinu povolání, ktoré sú založené na profesijnej pomoci druhým ľuďom. Patrí tu zdravotný personál, pedagogické profesie, profesie zamerané na sociálnu pomoc, duchovní, psychológovia, terapeuti. Ich spoločnou črtou, ktorou sa odlišujú od ostatných povolání je to, že k vykonávaniu profesie je vždy nutný ľudský vzťah s klientom a pomáhajúcim profesionálom a zapojenie vlastnej osobnosti pomáhajúceho do pracovného procesu (Géringová 2011). Neustály kontakt s klientmi a ich snaha porozumieť a pomôcť im, nejasnosť profesionálnej role, nadmerný počet klientov, komplexná záťaž zo strany klientov, nedostatok kompetencií pracovníkov, znížené sebavedomie, absencia ocenenia, kvalita pracovných podmienok a mnoho iného predstavujú rizikové faktory vedúce práve k syndrómu vyhorenia (Béřešová 2006).

Fázy vývoja syndrómu vyhorenia sú vo všetkých profesiách v podstate rovnaké. Odlišnosti nachádzame z hľadiska možných rizík, ktoré vyplývajú zo špecificky danej profesijnej záťaže. Existujú viac a menej rizikové skupiny ľudí náchylných k syndrómu vyhorenia. Rizikovými skupinami ľudí podľa Daniela Heczka (2000), u ktorých sa syndróm vyhorenia vyskytuje najčastejšie, sú nasledovné skupiny ľudí. Ide o ľudí, ktorí sa venujú druhým ľuďom. Neustále sa cítia byť ostatnými zaviazaní. Ďalej to sú pozitívni, nadšení, optimistickí ľudia, ktorí sú vnútorne spaľovaní ohňom nadšenia a optimizmu. Rýchle a intenzívne horia, ale potom aj rýchlo vyhoria. Ohrození sú aj workholici, ktorí uznávajú iba prácu, nedokážu nič nerobiť. Rekreaícia pre nich znamená strata času a dovolenka vzbudzuje pocit viny. Obeťami vlastných cieľov, keď obetujú seba a svoje zdravie pre danú vec, sú cieľavedomí a vysoko motivovaní ľudia. Do tejto skupiny patria aj nezávislí a sebavedomí ľudia. Neradi prosia o pomoc, sú presvedčení, že ich nikto nedokáže nahradiť a nedokážu pracovať ani v tíme. To, čo by mohli delegovať medzi ostatných, vykonávajú sami. Perfekcionisti sú ďalšími kandidátmi na vyhorenie. Neuspokojí ich daný stav vecí, všetko musia vylepšiť. Ak sa im niečo nepodarí, zvyčajne kolabujú.

Za neutrálne faktory z hľadiska vzniku a rozvoja syndrómu vyhorenia sa považuje inteligencia a hlavné demografické charakteristiky ako sú vek, stav, vzdelanie. Názory na dĺžku praxe na úrovni jednej pozície sa líšia. Niektorí autori ju považujú za irelevantnú, iní naopak za podstatnú z hľadiska rozvoja vyhorenia. Z hľadiska intersexuálnych diferencií nie sú názory na výskyt vyhorenia jednotné. Z publikácií z prvých vln výskumu burnout syndrómu v osemdesiatych rokoch sa stretávame s názorom, že výskyt vyhorenia je častejší u žien ako u mužov. V ďalších štúdiách sa ale objavujú i vyrovnanejšie výsledky. Tieto nezrovnalosti sú pravdepodobne spôsobené a ovplyvnené demografickými parametrami populačnej vzorky a mnoho výskumov je realizovaných prevažne na typicky feminizovaných profesijných skupinách, ako sú sestry, učiteľky, lekárky a podobne (Kebza 2003).

Výsledky výskumu

Hlavným cieľom výskumu bolo zistenie vzťahu medzi syndrómom vyhorenia a dĺžkou praxe pracovníkov pomáhajúcich profesií a medzi syndrómom vyhorenia a vekom pracovníkov pomáhajúcich profesií.

Na získanie údajov pre výskum bol použitý dotazník na sledovanie syndrómu vyhorenia u exponovaných profesií Dotazník MBI - Maslach Burnout Inventory, ktorý diagnostikuje emocionálnu exhausciu, depersonalizáciu a znížený pracovný výkon. Záver dotazníka bol doplnený otázkami potrebnými pre charakteristiku respondentov ako pohlavie, vek, vzdelanie a dĺžka praxe v rokoch.

Výber výskumnej vzorky bol zámerný. Výskum bol realizovaný u pracovníkov pomáhajúcich profesií. Výskumná vzorka pozostávala zo 60 sociálnych pracovníkov (20,00 %), 58 hasičov (19,33 %), 62 príslušníkov Policajného zboru (20,67 %), 60 sestier (20,00 %) a 60 pedagogických pracovníkov (20,00 %). Výskumnú vzorku reprezentovalo 175 žien (58,33 %) a 125 mužov (41,67 %). Až 56,00 % (168 ľudí) malo ukončené vysokoškolské vzdelanie, 26,33 % (79 respondentov) malo ukončené stredoškolské vzdelanie, 16,00 % (48 ľudí) stredoškolské vzdelanie s nadstavbou a 1,67 % (5 ľudí) v dotazníku označilo, že nemá vzdelanie v odbore, v ktorom pracuje.

Z rozdaných 331 dotazníkov sa vrátilo vyplnených 300 dotazníkov. Návratnosť bola 90,63 %. Na spracovanie a analýzu dát bol použitý štatistický program SPSS a Microsoft Office Excel. Pre dosiahnutie cieľov výskumu bolo použité mapovanie a korelačný výskum.

Deskriptívnou štatistikou sa zistilo, že príslušníci Policajného zboru, sestry a pedagogickí pracovníci sú mierne vyhorení vo všetkých troch faktoroch syndrómu vyhorenia. Sociálni pracovníci a hasiči sú vyhorení mierne iba v oblastiach depersonalizácie a osobného uspokojenia. Rozdiel medzi týmito dvoma skupinami je v emocionálnom

vyčerpaní. Sociálni pracovníci sú vysoko emočne vyčerpaní, kým hasiči dosahujú nízke emocionálne vyčerpanie. V rámci faktora emocionálne vyčerpanie v celom súbore dosiahlo nízky stupeň až 40,33 % respondentov (121 ľudí), 25,00 % (75 ľudí) mierny stupeň a až 34,67 % (104 ľudí) vysoký stupeň vyhorenia. Vo faktore depersonalizácia v celom súbore dosiahlo nízky stupeň 41,00 % respondentov (123 ľudí), 29,00 % (87 ľudí) mierny stupeň vyhorenia a 30,00 % (90 ľudí) vysoký stupeň vyhorenia. Čo sa týka faktora osobné uspokojenie, 39,00 % respondentov z celého súboru (117 ľudí) vykazovalo nízky stupeň vyhorenia, 33,67 % (101 ľudí) mierny stupeň a 27,33 % (82 ľudí) vysoký stupeň.

Pri skúmaní, či dĺžka praxe ovplyvňuje mieru syndrómu vyhorenia v jednotlivých faktoroch v sledovanom súbore, bola použitá korelačná analýza. Konkrétne bol využitý Spearmanov korelačný koeficient, keďže nezávislá premenná dĺžka praxe predstavovala poradovú premennú. Výskumu sa zúčastnilo 48,00 % (144 respondentov) s dĺžkou praxe do 10 rokov, 27,00 % (81 ľudí) od 11 do 20 rokov, 18,33 % (55 ľudí) od 20 do 30 rokov a 6,67 % (20 ľudí) nad 30 rokov.

Predpokladali sme, že so zvyšujúcou sa dĺžkou praxe sa emocionálne vyčerpanie ako faktor syndrómu vyhorenia u pracovníkov pomáhajúcich profesií zvyšuje. Výsledky výskumu sú uvedené v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka č. 1: **Korelačná analýza vzťahu medzi syndrómom vyhorenia a dĺžkou praxe**

Faktor syndrómu vyhorenia	Emocionálne vyčerpanie		Depersonalizácia		Osobné uspokojenie	
	r	p	r	p	r	p
Dĺžka praxe	0,144	0,013*	0,001	0,993	0,073	0,205

* $p < 0,05$

Z výsledkov výskumu vyplýva, že štatisticky signifikantný vzťah sa preukázal iba vo faktore syndrómu vyhorenia emocionálne vyčerpanie. Zistilo sa, že existuje priamoúmerný pozitívny vzťah medzi dĺžkou praxe a emocionálnym vyčerpaním. Pozitívny vzťah hovorí o tom, že so zvyšovaním jednej premennej možno očakávať zvyšovanie druhej premennej a naopak. V tomto prípade to znamená, že čím dlhšie pracovník pracuje, tým viac sa emocionálne vyčerpáva. Hodnota Spearmanovho korelačného koeficientu, vyjadrujúca silu vzťahu medzi jednotlivými premennými, dosiahla hodnotu 0,144. Štatistická signifikancia dosiahla hodnotu 0,013. Existuje tu štatisticky významný vzťah, hodnoty premenných vzájomne systematicky korešpondujú. Hypotéza sa potvrdila.

Ďalej sme predpokladali, že so zvyšujúcou sa dĺžkou praxe sa depersonalizácia ako faktor syndrómu vyhorenia u pracovníkov pomáhajúcich profesií zvyšuje. V tomto prípade dĺžka praxe nekoreluje s depersonalizáciou vysoko. Vidno to na základe štatistickej významnosti uvedenej v tabuľke č. 1, ktorá je v prípade depersonalizácie vyššia ako zvolená hodnota významnosti p a predstavuje hodnotu až 0,993. Hypotéza sa nepotvrdila.

Pre zaujímavosť uvádzame, že v rámci faktora syndrómu vyhorenia osobné uspokojenie dosiahlo p hodnotu 0,205. Významnosť je väčšia ako zvolená hladina významnosti tak isto, ako je to v prípade faktora depersonalizácia. Nezaznamenal sa vzťah medzi dĺžkou praxe a faktorom syndrómu vyhorenia osobné uspokojenie.

Následne sme sa zamerali na zisťovanie vzťahu medzi syndrómom vyhorenia a vekom pracovníkov pomáhajúcich profesií. Chceli sme zistiť, či vek pomáhajúcich pracovníkov ovplyvňuje mieru syndrómu vyhorenia v jednotlivých faktoroch. Výskumnú vzorku reprezentovalo 33,33 % (100 ľudí) vo veku 31 - 40 rokov, 26,00 % (78 ľudí) bolo vo veku 41 - 50 rokov, 25,67 % (77 ľudí) malo 20 - 30 rokov a najmenej, 15,00 % (45 ľudí) malo nad 50 rokov. Na zistenie vzťahu medzi premennými bola použitá korelačná analýza

pomocou Spearmanovho korelačného koeficientu. Výsledky sú uvedené v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka č. 2: **Korelačná analýza vzťahu medzi syndrómom vyhorenia a vekom**

Faktor syndrómu vyhorenia	Emocionálne vyčerpanie		Depersonalizácia		Osobné uspokojenie	
	r	p	r	p	r	p
Vek	0,135	0,019*	- 0,097	0,094	0,060	0,301

* $p < 0,05$

Predpokladali sme, že neexistuje korelácia medzi dosiahnutou úrovňou emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie a osobného uspokojenia u pracovníkov pomáhajúcich profesií a vekom. Výsledky výskumu však ukazujú, že medzi vekom a emocionálnym vyčerpaním existuje priamoúmerný pozitívny vzťah. Pozitívny vzťah v tomto prípade znamená, že čím má pracovník viac rokov, tým viac sa emocionálne vyčerpáva. Hodnota Spearmanovho korelačného koeficientu, vyjadrujúca silu vzťahu medzi jednotlivými premennými, dosiahla hodnotu 0,135. Miera korelácie je nízka. Existuje tu štatisticky významný vzťah, keďže štatistická signifikancia dosiahla hodnotu 0,019. Spearmanov korelačný koeficient v rámci zisťovania korelácie medzi úrovňou depersonalizácie u pracovníkov pomáhajúcich profesií a vekom dosiahol hodnotu - 0,097. Ide o negatívny vzťah, avšak hodnota p dosiahla až 0,094. Nepotvrdil sa štatisticky významný vzťah medzi vekom a depersonalizáciou. Ani prípade zisťovania vzťahu medzi úrovňou osobného uspokojenia u pracovníkov pomáhajúcich profesií a vekom sme nezaznamenali štatisticky významný vzťah, nakoľko štatistická signifikancia dosiahla hodnotu 0,301. Hypotéza sa nepotvrdila.

3 Diskusia

Cieľom výskumu bolo zistenie vzťahu medzi syndrómom vyhorenia a dĺžkou praxe pracovníkov pomáhajúcich profesií a vzťahu medzi syndrómom vyhorenia a vekom pracovníkov pomáhajúcich profesií. Miera vnútornej konzistencie položiek použitého dotazníka MBI, Cronbachov koeficient alfa, bol v tomto výskume v rámci subškály emocionálne vyčerpanie 0,927, pre subškálu depersonalizácia 0,773 a pre subškálu osobné uspokojenie 0,797. Všetky tri subškály dotazníka v rámci tohto výskumu sa považujú za reliabilné.

Na vznik syndrómu vyhorenia má vplyv niekoľko faktorov. Jedným z nich je dĺžka praxe samotného pracovníka. Mnoho autorov venujúcich sa problematike syndrómu vyhorenia skúmalo vzťah medzi syndrómom vyhorenia a dĺžkou praxe u pomáhajúcich profesií, avšak uvádzajú rozdielne zistenia. Napríklad Hana Žáčková (2007) realizovala dotazníkové šetrenie prostredníctvom MBI dotazníka u učiteľov. Výskumom potvrdila skutočnosť, že miera syndrómu vyhorenia súvisí s dĺžkou pedagogickej praxe a najviac ohrození sú učitelia s celkovou dĺžkou praxe vyššou ako desať rokov. Oproti tomu najnižšiu mieru ohrozenia syndrómom vyhorenia vykazovali učitelia s kratšou praxou. Michal Denský (2006) sa zaoberal syndrómom vyhorenia u policajtov a uvádza, že policajti, ktorý v zbore pracovali 6 až 15 rokov, vykazovali vyššiu mieru vyhorenia ako policajti pracujúci kratšiu dobu. Lucia Dimunová a Iveta Nagyiová (2012) skúmali, či dĺžka praxe ovplyvňuje mieru syndrómu vyhorenia v súbore sestier a pôrodných asistentiek. Ich výsledky výskumu naznačujú, že vzťah medzi rokmi praxe a vyhorením je nelineárny. Avšak pri hlbšej analýze v podobe kategorizácie rokov praxe sa potvrdil silný významný rozdiel vo faktore emocionálne vyčerpanie ($p \leq 0,001$) a vo faktore depersonalizácia ($p \leq 0,05$). Na základe toho

sme predpokladali, že so zvyšujúcou sa dĺžkou praxe sa emocionálne vyčerpanie ako faktor syndrómu vyhorenia u pracovníkov pomáhajúcich profesií zvyšuje. Zistili sme, že existuje priamoúmerný pozitívny vzťah medzi dĺžkou praxe a emocionálnym vyčerpaním. Čím dlhšie pracovník pracuje, tým viac sa emocionálne vyčerpáva. Taktiež sme predpokladali, že so zvyšujúcou sa dĺžkou praxe sa depersonalizácia ako faktor syndrómu vyhorenia u pracovníkov pomáhajúcich profesií zvyšuje. V tomto prípade dĺžka praxe nekoreluje s depersonalizáciou vysoko, o čom svedčí štatistická významnosť $p = 0,993$. Dĺžka praxe nekoreluje vysoko ani v prípade faktora osobné uspokojenie.

Ďalej sme sa zamerali na vplyv veku na vyhorenie. Pri hodnotení vekových skupín Pavla Nôtová a Viera Páleníková (2003) hodnotili zdravotníckych pracovníkov vo veku 18 - 25 rokov, vo veku 26 - 35 rokov a vo veku nad 36 rokov. Výsledky ukazujú, že najvyšší výskyt vyhorených osôb bol v najmladšej vekovej skupine (25,30 %), preukázali sa štatisticky významné rozdiely pri porovnaní prvej vekovej skupiny s druhou a prvej s treťou. Vo výskume Dimunovej (2008) sa nepotvrdil štatisticky významný vzťah v skúmanom súbore sestier košického regiónu medzi syndrómom vyhorenia a vekom. Iveta Jeleňová (2010) zaoberajúca sa zistením prevalencie syndrómu vyhorenia u zamestnancov vo verejnej správe pomocou dotazníka MBI zistila, že vek nemá vplyv na mieru prežívaného syndrómu vyhorenia u pracovníkov verejnej správy. Na základe uvedeného sme predpokladali, že neexistuje korelácia medzi dosiahnutou úrovňou emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie a osobného uspokojenia u pracovníkov pomáhajúcich profesií a vekom. Zistili sme však existenciu priamoúmerného pozitívneho vzťahu medzi vekom a emocionálnym vyčerpaním u pracovníkov pomáhajúcich profesií. To znamená, že čím má pracovník viac rokov, tým viac sa emocionálne vyčerpáva. Existuje tu štatisticky významný vzťah, keďže štatistická signifikancia dosiahla hodnotu 0,019. Štatisticky významný vzťah sa nezaznamenal medzi depersonalizáciou pracovníkov pomáhajúcich profesií a vekom, ani medzi osobným uspokojením pracovníkov pomáhajúcich profesií a vekom. Hypotéza sa nepotvrdila.

Záver

Syndróm vyhorenia je fenomén, ktorý sa výraznou mierou podieľa na zhoršení poskytovaných služieb. Výskumom bol zaznamenaný priamoúmerný pozitívny vzťah medzi dĺžkou praxe a emocionálnym vyčerpaním. Čím dlhšie pracovník pracuje, tým viac sa emocionálne vyčerpáva. Vo faktoroch vyhorenia depersonalizácia a osobné uspokojenie sa nepotvrdil štatisticky významný vzťah. Výsledky výskumu poukazujú na pozitívny vzťah medzi syndrómom vyhorenia a vekom iba vo faktore emocionálne vyčerpanie. Čím má pracovník viac rokov, tým viac sa emocionálne vyčerpáva. Pracovníci pomáhajúcich profesií sa musia preto naučiť zdravo žiť a vyhýbať sa stresu. Tým by znižovali mieru psychickej záťaže a v konečnom dôsledku samotný vznik syndrómu vyhorenia. Mali by sa naučiť pomáhať nie len iným, ale aj vo vzťahu k svojej osobe. Odbornú pomoc môže poskytnúť iba pracovník psychicky vyrovnaný. Je na každom z nás, aby sme si uvedomili svoje rezervy a snažili sa ich odstrániť, keďže naším hlavným cieľom je spokojný klient, či pacient.

Zoznam bibliografických odkazov

BÉREŠOVÁ, A., 2006. Burnout syndróm a depresia v profesii sociálnych pracovníkov. In: *Zdravotníctvo a sociálna práca*. Roč. 1, č. 1, s. 18 – 22. ISSN 1336-9326.
DENSKÝ, M., 2006. Proč „vyhoří“ policista. In: *Psychologie dnes*. Roč. 12, č. 7 – 8, s. 26 – 28. ISSN 1212-9607.
DIMUNOVÁ, L. a I. NAGYIOVA, 2012. Vzťah medzi syndrómom vyhorenia a dĺžkou praxe u sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku. *Profese on-line* [online]. Roč. 5, č. 1 [cit. 2013-12-16]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2012_01/01_dimunova.pdf

- DIMUNOVÁ, L., 2008. Vplyv sociálno-demografických ukazovateľov na výskyt syndrómu vyhorenia u sestier na Slovensku. *Profese on-line* [online]. Roč. 1, č. 2 [cit. 2013-12-16]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2008_02/vplyv-socialno.pdf
- GÉRINGOVÁ, J., 2011. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-394-3.
- HECZKO, D., 2000. *Už nemohu dál*. Třinec: Biblos. ISBN 80-900240-8-4.
- JELEŇOVÁ, I., 2010. Syndróm vyhorenia u zamestnancov vo verejnej správe. In: *Hodnota duševnej práce pre organizáciu a spoločnosť*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 125 – 130. ISBN 978-80-7097-847-4.
- KEBZA, V. a I. ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-231-7.
- NÔTOVÁ, P. a V. PÁLENIKOVÁ, 2003. Syndróm vyhorenia – analýza pilotnej štúdie u zdravotníckych pracovníkov. In: *Psychiatria*. Roč.10, č.4, s. 221 – 223. ISSN 1335-423X.
- ŽÁČKOVÁ, H., 2007. Syndrom vyhoření u učitelů žáků s SPU. In: *Zpravodaj pedagogicko-psychologické poradenství*. Roč. 2007, č. 1, s. 57 – 59. ISSN 1214-7230.

Kontakt na autorov

PhDr. Eva Gajdošová

Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ v Košiciach, Slovenská republika

Moyzesova 9, Košice

gajdosovaevka@gmail.com

Mgr. Soňa Lovašová, PhD.

Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ v Košiciach, Slovenská republika

Moyzesova 9, Košice

sona.lovasova@upjs.sk

Opieka paliatywna jako środowisko wypalenia zawodowego pracownika socjalnego: realia ukraińskie

Myszczyszyn Iryna (UA)

Abstrakt: *Praca pracownika socjalnego z nieuleczalnie chorymi ludźmi wymaga specyficznej wiedzy zawodowej, wytrwałości, opanowania emocjonalnego, sił psychicznych. Działanie w takich warunkach przysparza nadzwyczaj dużo ryzyka zawodowego, zawiera istotne zagrożenia sprzyjające wypaleniu zawodowemu, emocjonalnemu i fizycznemu pracownika.*

Ocena sieci istniejących na Ukrainie placówek opieki paliatywnej jest ogólnie dosyć niska, ponieważ nie zaspokajają one podstawowych potrzeb pacjentów dotyczących kompleksowej medyczno – socjalnej pomocy i opieki, psychologicznego wsparcia, informacji odnośnie możliwości uzyskania pomocy, jakiej potrzebują nie tylko pacjenci, ale także ich bliscy i krewni.

W artykule przeanalizowano najbardziej typowe strategie zachowań socjalnych pracowników i wynikające z nich możliwości rozwoju wypalenia zawodowego. Określono specyfikę trzech poziomów reakcji na zawodowy stres (obrona, przezwyciężanie i przystosowanie, przeżywanie) pracowników socjalnych w warunkach pracy z nieuleczalnie chorymi.

Prawidłowy wybór strategii zachowań, przygotowanie pracy wielodyscyplinarnego zespołu lub superwizji, specjalistyczna wiedza i umiejętności, zachowanie higieny pracy, racjonalne podejście do spożytkowania psycho – fizycznych możliwości poszczególnych osób, jest najlepszą gwarancją zapobiegania wypaleniu zawodowemu pracowników socjalnych w sferze opieki paliatywnej.

Kľúčové slová: *Opieka paliatywna. Hospicjum. Wypalenie zawodowe. Wypalenie emocjonalne. Ryzyko zawodowe. Zachowawcze działania pracowników socjalnych.*

Abstract: *The work of a social worker with a hopeless sick person or with doomed people requires peculiar professional skills, endurance, emotional self-possession, psychic efforts. The work under such conditions hides a lot of professional risks, contains substantial threats for professional burning out, emotional and physical exhaustion for a specialist.*

The mark of existing system of establishments of palliative sphere in Ukraine in general is very low, because it doesn't satisfy the main needs of patients concerning giving complex medical-social services of care and supporting, psychological support, the information about the possibilities to achieve the assistance which is needed not only by patients but for their relatives.

The most standard behavior's strategies of social workers and the possibilities of the development of professional burning out are analyzed in the article. The specific of three levels of reaction on professional stress (protection, overcome and adaptation, experiencing) of social workers under conditions of work with hopeless-sick people is determined.

The right choice of behavior's strategy, putting in order the work of multidisciplinary team of specialists or supervision, special knowledge and skills, holding the hygiene of work, rational approach in the distribution of psycho-physical resources are considerable preconditions of prevention of professional burning out of social workers in the sphere of palliative assistance.

Keywords: *Palliative assistance. Hospice. Professional burning out. Emotional exhausting. Professional risks. Behavior's strategies of social workers.*

Finalnym efektem zawodowej działalności pracownika socjalnego jest poszukiwanie sposobów i form zaspokajania potrzeb podopiecznego, wyposażenie w niezbędną wiedzę, umiejętności, przywrócenie lub nabycie możliwości obywatela się bez nieustannej pomocy, bycie aktywnym, samodzielnym, niezależnym. Pozytywne rozwiązania problemów podopiecznych, pokonywanie trudności stanowią swoiste kryterium efektywności zawodowej pracownika socjalnego. Efektywna i przynosząca pozytywne rezultaty współpraca z podopiecznym stwarza poczucie zadowolenia z działalności zawodowej, sprzyja doskonaleniu i stymuluje motywację do wykonywania zawodu oraz przyczynia się do pozytywnej samooceny pracownika. Na ogół zawód pracownika socjalnego zawsze wiąże się z rozwiązywaniem mniej lub bardziej złożonych problemów podopiecznych, z tego względu wymaga wysokiego poziomu wiedzy fachowej, praktycznych umiejętności i nawyków, cech osobowościowych oraz szczególnej siły psychicznej i wewnętrznego zaangażowania.

Praca socjalna związana jest ze znacznym ryzykiem zawodowym o charakterze psychologicznym, społecznym i potencjalnych możliwości. Do najbardziej stresogennych należy zaliczyć działalność w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Stała praca w sytuacji stresującej w oczekiwaniu na śmierć, w poczuciu braku nadziei i perspektyw na poprawę stanu zdrowia, w dążeniu do przezwyciężania frustracji pacjentów oraz ich bliskich, konieczności tworzenia atmosfery zaufania sprzyjającej współdziałaniu, przestrzegania norm etyki zawodowej i współżycia z ludźmi, zmusza pracownika socjalnego do angażowania znacznych psychofizycznych, intelektualnych i emocjonalnych sił, co stwarza wysokie ryzyko wypalenia zawodowego.

Oczywistym jest, że na podjęcie pracy socjalnej decydują się przede wszystkim ludzie o wysokim poczuciu odpowiedzialności, nonkonformizmu i wrażliwości na drugiego człowieka. Są to jednocześnie osoby o podwyższonym ryzyku przeżywania stresu przy pracy zwłaszcza z osobami nieuleczalnie chorymi, co może prowadzić do nadmiernej utraty energii, psychosomatycznego przemęczenia oraz wyczerpania emocjonalnego. Stan ten specjaliści określają jako syndrom wypalenia emocjonalnego.

„Syndrom wypalenia” jest poważnym stanem kryzysowym, specyficznym w przypadku osób, które w związku ze swoją działalnością stale stykają się z negatywnymi emocjami i przeżyciami, są w nie w mniejszym lub większym stopniu zaangażowane, charakteryzującym się psychicznym i fizycznym przemęceniem, a także utratą wiary we własne siły (Рябицька 2007, p.142).

W działalności zawodowej przejawem tego syndromu są: negatywne nastawienie do podopiecznych i pracy, słabe inicjatywy w działalności zawodowej, rozczerwanie, cynizm, obojętność, pesymizm. Praca przestaje być interesująca, a pracownik socjalny realizuje ją jedynie w celach zarobkowych i dla uniknięcia konfliktów z resztą współpracowników, a emocjonalnie oddalając się od pacjenta, staje się pedantyczny i skłonny do formalizacji zadań (Горішна 2008, p. 48-50).

Podmiotem pracy socjalnej w zakresie opieki paliatywnej są osoby w różnym wieku w finalnym stadium życia oraz członkowie ich rodzin. Mogą to być ludzie zarówno w podeszłym, jak i młodym wieku, ze zdiagnozowaną nieuleczalną chorobą, która często pociąga za sobą dodatkowe schorzenia, a także zaburzenia psychiczne – emocjonalne i problemy natury socjalnej.

Opieka paliatywna ukierunkowana jest nie tylko na poprawę jakości życia pacjentów, ale również ich rodzin. Przewiduje ona zapobieganie i łagodzenie cierpienia, dzięki wczesnemu diagnozowaniu i ocenie stanu chorobowego, a także terapię bólu i łagodzenie innych fizycznych objawów, zapewnianie psychicznych, duchowych i socjalnych potrzeb zarówno chorego, jak i członków jego rodziny.

Na Ukrainie, w związku z brakiem systemu opieki paliatywnej, bardzo często tacy ludzie pozostają osamotnieni ze swoimi problemami: bólem, cierpieniem związanym z

zaburzeniami w funkcjonowaniu organizmu, brakiem właściwej opieki i wsparcia psychicznego, samotnością i izolacją społeczną. Brak socjalnego zabezpieczenia i naruszanie praw pacjentów wynikające z niedoskonałości ustawodawczej i normatywno – prawnej bazy, a także brak należytego systemu opieki paliatywnej jest rzeczą oczywistą.

Według danych zarówno państwowych, jak i międzynarodowych ekspertów, na Ukrainie każdego roku co najmniej 500 tysięcy osób potrzebuje opieki paliatywnej. Oprócz tego również członkowie rodzin tych pacjentów wymagają profesjonalnej pomocy. Z chwilą pojawienia się w rodzinie osoby nieuleczalnie chorej, zwłaszcza w okresie ostatnich miesięcy i tygodni przed śmiercią, następuje pogorszenie jakości życia całej rodziny, przyczyniające się do poważnych psycho – emocjonalnych, społecznych i ekonomicznych zaburzeń jej funkcjonowania. W dobie kryzysu ekonomicznego można spodziewać się zwiększenia liczby rodzin, które przekroczyły granicę ubóstwa w związku z nadmiernymi wydatkami na potrzeby ciężko chorego członka rodziny. Z tego względu, oprócz specjalistycznej opieki medycznej, tacy pacjenci i ich bliscy potrzebują również odpowiedniego socjalnego, psychologicznego i duchowego wsparcia. Wliczając krewnych i bliskich osób nieuleczalnie chorych, liczba potrzebujących opieki paliatywnej na Ukrainie sięga co roku około 1,5 miliona ludzi, co sprawia że jest to jedno z najważniejszych medyczno – społecznych zadań rządu i społeczeństwa (Губський et al. 2011a, p.5).

Pierwsze ukraińskie hospicja powstały we Lwowie, Iwano – Frankowsku, Charkowie, Łucku i innych miastach pod koniec lat 90-ch ubiegłego stulecia. Oprócz tego, na bazie stacjonarnych szpitalnych zakładów, działają oddziały opieki paliatywnej dla nieuleczalnie chorych, których głównym zadaniem jest podtrzymanie jakości życia przed śmiercią, maksymalne złagodzenie fizycznych i psychicznych cierpień pacjenta oraz jego bliskich. Opieka paliatywna łączy się z leczeniem ukierunkowanym na leczenie, ale jej celem nie jest uzdrowienie lecz opieka. Pomimo, że na Ukrainie działa 7 hospicjów i 14 oddziałów opieki paliatywnej, to profesjonalną medyczną i socjalną pomoc w tych zakładach lub w domach otrzymuje mniej niż 10% pacjentów będących w tzw. terminalnym stadium chorobowym (Губський et al. 2011b, p.4-16).

Ocena istniejącej sieci zakładów leczniczych, dających pierwszeństwo opiece medycznej, a także zapewniających opiekę paliatywną jest ogółem dość niska, ponieważ nie zaspokajają onepodstawowych potrzeb pacjentów: likwidacji bólu, zagwarantowania warunków godnego życia w końcowym stadium choroby, zapewnienia kompleksowej medyczno –socjalnej opieki i wsparcia, opieki psychologicznej, informacji odnośnie możliwości uzyskania pomocy, jakiej potrzebują nie tylko pacjenci, ale ich rodziny i bliscy.

Pracę stacjonarnych hospicjów (okręgu Iwano – Frankowskiego, Lwowskiego, Charkowskiego, miasta Kijowa), specjalistycznych oddziałów intensywnej opieki pielęgniarstwa (przy Donieckim Okręgowym Centrum Przeciwnowotworowym), oddziałów paliatywnej opieki przy miejskich i specjalistycznych zakładach medycznych (okręgu Czernichowskiego, Mikołajewskiego, Donieckiego, miast Kijowa i innych), zarówno pacjenci, jak i specjaliści oceniają pozytywnie, ale ich wydolność obsłużenia pacjentów jest tak niewielka, że na obecnym etapie nie może znacząco wpływać na zaspokajanie istniejących potrzeb (Паліативна допомога 2013, p.22).

Oprócz tego w działających hospicjach obecni tam pracownicy socjalni, powinni być zatrudnieni zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem MOZ Ukrainy oraz zatwierdzonym zapotrzebowaniem kadrowym. Tymczasem pracownicy, zatrudnieni zarówno w placówkach stacjonarnych, jak i udzielający opieki paliatywnej w domach, nie mają niezbędnego przygotowania w zakresie określonej i wymaganej specjalizacji.

Socjalny komponent opieki paliatywnej przewiduje poszerzanie możliwości pacjenta, w zakresie korzystania z różnych form wsparcia, zabezpieczenia działalności systemu zapewniania kompleksowej pomocy osobom potrzebującym, a także przyczyniania się do

tego by ten system odpowiadał potrzebom pacjenta. Praca medyczno – socjalna z chorymi z wyraźnymi niedoborami natury socjalnej, przewiduje konsultowanie ich problemów z rozwiązaniami rodzinnych, bytowych i materialnych trudności. Pacjenci dowiadują się o ulgach i przysługujących im zabezpieczeniach socjalnych. Pracownicy socjalni pomagają w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych, reprezentują interesy podopiecznych przed organami władzy. Niezbędna jest również pomoc w uzyskaniu medyczno – socjalnej ekspertyzy, uzyskaniu emerytur i zapomóg, a w razie konieczności – umieszczenia w hospicjum lub przyznania medyczno – socjalnej opieki w domu (Данко 2013).

Pracownicy socjalni biorą udział w opracowaniu indywidualnych programów rehabilitacji, zapewnieniu wsparcia w uzyskaniu pomocy ortopedycznej i protetycznej oraz leczenia sanatoryjnego. W razie potrzeby przeprowadzane jest rozpoznanie, mające pomóc w racjonalnym organizowaniu pracy oraz kształtowaniu nawyków społecznych i bytowych (Мартынченко 1999).

Psychologiczny komponent opieki paliatywnej jako główne zadania wyznacza łagodzenie stanów psycho – emocjonalnych, wynikających z choroby nieuleczalnej, przezwyciężanie stresu, lęków, depresji u osób chorych, a także personelu, zaangażowanego w zapewnienie opieki paliatywnej, omawianie zagadnienia śmierci i przygotowanie do niej, pomoc najbliższym krewnym w czasie choroby i po stracie bliskiej osoby. Powyższe potrzeby zapewniane są przez pracę psychoterapeutyczną z podopiecznym i jego najbliższym otoczeniem, prowadzenie treningów odbudowujących wzajemne stosunki wewnątrz rodziny. Członkowie rodzin włączani są do grup samopomocowych i pomocy wzajemnej. Opieka paliatywna pomaga również choremu, w miarę jego możliwości, zachować pełną aktywność do ostatniego dnia życia. Ogromnie ważne miejsce zajmuje praca psychoterapeutyczna zmierzająca do zapobiegania myślom i działaniom samobójczym.

Chory potrzebujący opieki paliatywnej ma niekwestionowane prawo do zaspokajania swoich potrzeb duchowych, między innymi poprzez praktyki religijne w zgodzie z własnymi przekonaniami, zachowanie społecznej, kulturowej i duchowej tożsamości lub upodobań. W przypadku, kiedy przynależność religijna chorego jest nieokreślona lub nie do końca pełna, pomoc duchowa ma sprzyjać jego duchowej, religijnej bądź wyznaniowej samoidentyfikacji, jeśli zostanie ona postrzegana lub odczuwana przez chorego jako problem albo potrzeba (Губський et al. 2011a, p.6-7).

Specyfika pracy w hospicjum lub na oddziale paliatywnym wiąże się z wysokim czynnikiem stresogennym i perspektywą wypalenia zawodowego. Podkreślić należy, że stan stresu jest typowy zarówno dla pacjenta, jak i dla pracownika socjalnego, którzy postawieni zostają w obliczu śmierci. Z tego względu osoba wspierająca chorego często może sama potrzebować wsparcia socjo – psychicznego. Biorąc pod uwagę wysoką stresogenność należy organizować systematyczną i na wysokim poziomie profilaktyczną pomoc dla pracowników, zapobiegającą ich wypaleniu zawodowemu oraz psychicznemu i fizycznemu wyczerpaniu. Jak wiemy, przez taką pomoc rozumiemy poczucie, że inni mnie wspierają. Pomoc socjalna zawiera cztery podstawowe elementy składowe:

- wsparcie emocjonalne (poczucie, że ktoś się o ciebie martwi, troszczy, kocha cię);
- wsparcie ocenne (porównanie społeczne i odpowiedź na pytanie czy właściwie odnoszę się do danego zjawiska);
- pomoc orientacyjna (informacja o tym jak pojmować zjawisko);
- pomoc instrumentalna (otrzymanie konkretnej, efektywnej pomocy).

Naukowcy twierdzą, że dla człowieka cierpiącego ważna jest nie tyle sama pomoc co jej odczuwanie i świadomość (tzw. efekt buforowy) (Кривоконь, 2011, p.234). Z tego względu optymalną formą pracy w sferze socjalnej jest wielodyscyplinarny zespół specjalistów, będący środowiskiem, z którego emanują pozytywne emocje, poczucie partnerskiego wsparcia,

współpracy i zrozumienia. Wysoki poziom kompetencji poszczególnych specjalistów daje możliwość sprawnego wyjaśniania pojawiających się problemów, omówienia zrealizowanych działań i zastosowanych środków; zastosowania i akumulowania niezbędnych zasobów pomocowych, oceniania perspektyw oraz dobierania najbardziej efektywnych strategii interwencyjnych itp.

Poszerzanie składu grupy pomocowej może być przeprowadzane elastycznie, w zależności od potrzeb pacjenta. Zgodnie z tym, minimalna grupa może składać się z lekarza internisty i kwalifikowanej pielęgniarki. Poza tymi osobami, w większości przypadków do zespołów pracujących z chorymi włączają się pracownicy socjalni, psycholodzy i/lub wolontariusze. Rada Europy zaleciła aby miejsce lidera w każdej grupie opieki paliatywnej zajmował doświadczony fachowiec z odpowiednimi kwalifikacjami w zakresie opieki paliatywnej (Палітивна допомога 2013, p.15).

Wielodyscyplinarne podejście z jednej strony zapewnia efektywność i konkretyzację pomocy, znacząco podnosząc jej jakość, z drugiej natomiast praca zespołowa stanowi podstawowy warunek zapobiegania procesowi wypalenia. W pierwszym rzędzie zmniejsza się przy takiej pracy poziom napięcia psychicznego i odpowiedzialności. Wszelkie decyzje podejmowane są kolegiąlnie, a w związku z tym znacząco spada stresogenność.

Oprócz podejścia zespołowego, skutecznym kierunkiem w profilaktyce ryzyka zawodowego jest superwizja. Ważnym zadaniem superwizora staje się troska o stan moralny i zadowolenie podopiecznego z prowadzonych działań. O ile działalność w sferze socjalnej powiązana jest z ogromną ilością stresów, które mogą znacznie wpływać na przebieg i efektywność pracy, o tyle konsultacja, pomoc w poprawie działań i podniesieniu sprawności reagowania na zapotrzebowania podopiecznych niezbędna jest zarówno dla młodych pracowników, jak i dla osób z dłuższym stażem pracy.

Szczególnie ważnym zadaniem superwizora jest profilaktyka stresów zawodowych i poszukiwanie nowych źródeł wspierania sił życiowych pracownika socjalnego. Możliwość zwrócenia się do kierownika jak do osoby zaufanej, która przejmie część odpowiedzialności za podejmowane decyzje, otrzymanie fachowej pomocy w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych z pacjentami lub innymi współpracownikami, a także przedyskutowanie problemów osobistych i zawodowych, daje szansę zapobiegania rozwojowi stresu (Горішна 2008, p.48-50).

Opanowanie przez pracownika socjalnego różnorodnych trudności w placówce paliatywnej, rozwiązywanie najbardziej złożonych problemów pacjenta, wiąże się ze stałymi zmianami kognitywnych i postępowych wysiłków pracownika „w celu zarządzania specyficznymi zewnętrznymi i wewnętrznymi potrzebami, które wynikają z jego oceny, i jakie poddaje próbie albo też jakie przewyższają jego możliwości”. Nieodwracalna perspektywa śmierci, ciężkie kalectwo, cierpienie pacjenta i jego bliskich rozwijają u pracownika poczucie bezsilności, ograniczenia, a nawet całkowitego braku możliwości wpływu na zaistniałą sytuację. Wypracowujący różnorodne sposoby opanowania sytuacji pracownik socjalny może stosować wiele metod pokonywania problemów:

1. Zachowanie ukierunkowane na pokonywanie problemów.
2. Regresja. Jej podstawą są „infantylny” formy pokonywania problemów, jakie przewidują zrzucanie odpowiedzialności na innych.
3. Zaprzeczenie. Pracownik nie dostrzega problemu.
4. Inercja – stan bierności, charakterystyczny dla pracowników skłonnych do depresji.
5. Reakcje afektywne, występujące w stanie niezbędnych sił motywujących do realnego opanowania (Кривоконь 2011, p.267).

W większości konkretnych działań osoba popadająca w stres, a w tym przypadku pracownik socjalny w trudnych warunkach placówki paliatywnej, decyduje się na dyskretne stosownie pewnych charakterystycznych strategii.

- Strategia „przezwycięzania przeciwności” – polega na usilnych staraniach człowieka zmierzających do poprawy sytuacji, z przejawami nienawiści i złości w odniesieniu do czynników stwarzających problem.
- Strategia dystansowania – próby indywidualnego odcięcia się od sytuacji, zapomnienia o niej.
- Strategia samokontroli – dążenie do kontroli własnych odczuć i działań.
- Strategia poszukiwania wsparcia społecznego – polega na indywidualnych staraniach zmierzających do znalezienia w społeczeństwie informacyjnej, materialnej i emocjonalnej pomocy.
- Strategia przyjęcia odpowiedzialności – określenie własnej roli w zaistnieniu danego problemu i próba uniknięcia wcześniejszych błędów.
- Strategia unikania – wysiłki człowieka zmierzające do pozbycia się problemu, odejścia od niego.
- Strategia planowego rozwiązania problemu –ustalenie planu działania i przestrzeganie go.
- Strategia pozytywnego oceniania – przedstawia wysiłki człowieka nadając pozytywne znaczenie działaniom, próba pokonania trudności poprzez pozytywne interpretowanie sytuacji (Кривоконь 2001, p.267-268).

Wybór odpowiedniej strategii pokonywania problemów jest jednym z czynników zapobiegania wypaleniowi zawodowemu. Obierając strategię rozwiązania problemu pracownik przejawia aktywność, dąży do wykorzystania wszystkich indywidualnych możliwości w celu znalezienia odpowiednich sposobów efektywnego rozwiązania problemu, do zastosowania wszystkich możliwych czynników zawodowych, maksymalizowania zasobów społecznych, zabezpieczenia i ochrony praw pacjenta i jego bliskich krewnych.

Dobłą strategią w zakresie zapobiegania wypaleniowi zawodowemu jest strategia poszukiwania wsparcia społecznego – aktywna poszukująca strategia, w której człowiek w celu rozwiązania problemu zwraca się po pomoc i wsparcie do osób z otoczenia: rodziny, przyjaciół, bliskich, autorytetów w danej dziedzinie i innych. W przypadku działalności w sferze pracy socjalnej taka strategia przewiduje tworzenie zespołów wielodyscyplinarnych lub superwizji. Jak wspomniano wyżej, pracownik socjalny może znaleźć pomoc współpracując m.in. z lekarzami, psychologami, osobami duchownymi. Poszukiwanie wspólnych rozwiązań będzie gwarantowało pewność i prawidłowość działań.

Realizując funkcję wsparcia społecznego, superwizorzy zorientowani są na współpracę z podległymi im pracownikami w taki sposób aby zaszcześcić w nich miłość do wykonywanego zawodu, nauczyć ich wychodzenia z sytuacji stresowych, współdziałania z innymi, bycia członkiem zespołu pomocowego. Kontrola i ocena jakości pracy przewiduje nie tylko krytykę, ale także nauczanie metodami konstruktywnymi i praktycznymi, zachęcanie i wsparcie dla podległych pracowników. Jednocześnie należy pamiętać, że trudnościom trzeba zapobiegać, ukazując albo przezwyciężając pewne negatywne odchylenia socjo – psychicznego stanu pracowników bez monitorowania ich działalności zawodowej oraz dokształcania i pracy edukacyjnej (Горішніа 2008, p.48-50).

Nie mniej wartościowymi z uwagi na wykorzystanie w sferze opieki paliatywnej są strategie planowego rozwiązywania problemu, samokontroli, przyjęcia odpowiedzialności i pozytywnej oceny. Połączenie zasadniczych charakterystyk tych strategii tworzy kompleks środków, jakie zapobiegają wypaleniowi emocjonalnemu i fizycznemu oraz zawodowym destrukcjom. Zrównoważona praca zespołu fachowców stwarza warunki do wspólnego układania planu pracy, określenia konkretnych kroków działania i zadań. Profesjonalnie wykonując swoją część pracy, każdy z członków zespołu ponosi indywidualną odpowiedzialność i stara się osiągnąć ustalony cel. Podział odpowiedzialności zmniejsza również znacznie obciążenie emocjonalne, obniża poziom lęku i podkreśla wagę wkładu

pracy każdego specjalisty, a także kształtuje stosunki wzajemnego szacunku i współzależności. Nie mniej ważna jest strategia samokontroli, którą można traktować jako podstawowy warunek fachowej działalności z przypisanymi osobami. Przejawiający wysoki poziom empatii w kontaktach z podopiecznymi pracownik socjalny powinien rzetelnie obserwować poziom własnych strat emocjonalnych. Ryzyko emocjonalnego wypalenia w procesie niestannego odczuwania niepowetowanych strat, cierpień i smutku jest nadzwyczaj wysokie. Fachowiec powinien umieć panować nad sobą i swoimi emocjami, obronić psychikę i przestrzegać normy higieny pracy.

Równocześnie z zapobieganiem syndromowi wypalenia emocjonalnego, samokontrola emocji i zachowania pozwala obniżyć ryzyko wystąpienia wtórnej traumy. Wtórna trauma lub wtórny stres traumatyczny pojawia się u zawodowca w wyniku jego empatycznego angażowania się w stosunki z pacjentem przeżywającym stres psychiczny. Wtórna trauma powiązana jest z syndromem emocjonalnego wypalenia, choć nie jest jego analogicznym odpowiednikiem. Ponieważ dla wtórnej psychicznej traumy właściwe jest współprzeżywanie problemów z podopiecznym, znajdującym się w dramatycznym położeniu, zatem emocjonalne wypalenie może nastąpić w pracy z jakimkolwiek pacjentem. Rozwija się ono stopniowo i podobnie jak wtórna trauma, jest procesem mającym pewną dynamikę, tym niemniej może wystąpić również w sposób nagły. Główne symptomy wtórnego stresu mogą przypominać posttraumatyczny rozstrój stresowy: powtórne przeżywanie traumatycznego wydarzenia we wspomnieniach lub widzeniach sennych, unikanie sytuacji i myśli, powiązanych z traumatycznym wydarzeniem i jako rezultat – przerywanie podjętych zajęć, nadpobudliwość, zaburzenia snu, problemy z koncentracją uwagi i in.

Wybór trzech pozostałych strategii zachowawczych „przezwyciężania przeciwności”, unikania czy dystansowania niesie ze sobą znaczny potencjał ryzyka zawodowego. Wybierając strategię „przezwyciężania przeciwności”, zamiast konstruktywnie rozwiązywać problemy, poszukiwać optymalnej drogi ich rozwiązania, pracownik socjalny staje się negatywnie nastawiony, konfliktowy, zaczyna się buntować i stawiać opór. Początkowo z powodu takiego negatywizmu cierpią podopieczni i ich bliscy, a z czasem również krewni i przyjaciele samego pracownika. Skumulowane tak negatywne, a niekiedy nawet agresywne emocje, przenosi pracownik ze środowiska zawodowego na sferę wzajemnych stosunków rodzinnych. Zachowawcza strategia, w której człowiek dąży do zdystansowania się od nieustających problemów, unikania kontaktów z otaczającą rzeczywistością, odizolowania od rozwiązywania zawodowych problemów, powoduje swoistą emocjonalną i kognitywną ucieczkę. Najczęściej spotkać można dwa warianty: sposób aktywny – zachowania samobójcze, pasywny – nadużywanie alkoholu, zażywanie narkotyków, choroba itp.

Po przeanalizowaniu perspektyw wyżej wymienionych strategii dotyczących tworzenia się syndromu wypalenia zawodowego, można wyróżnić trzy poziomy reakcji na stres zawodowy, identyczne jak typowe zachowania osób będących w sytuacjach trudnych:

- 1) obrona,
- 2) przezwyciężanie i przystosowanie,
- 3) przeżywanie (Кривоконь 2011, p.268).

Wybierając w sytuacji stresowej drogę obrony, pracownik socjalny nabywa specyficzne kognitywne i zachowawcze cechy osobowościowe: uległość, rezygnacja, depresja, dążenie do unikania trudnych sytuacji, odsuwanie myśli o problemach i ich przyczynach. Położenie nieuleczalnie chorego pacjentaw sposób szczególny sprzyja rozwojowi stanów depresyjnych u pracownika. Z tego powodu człowiek dąży do ucieczki od trudności i wkracza na drogę do wypalenia zawodowego. Przezwyciężanie – to działania zorientowane na osiągnięcie sukcesu zawodowego, zmiany trudnej sytuacji. Są one powiązane z wysiłkami i utratą energii, zakładają wysoki poziom samoregulacji. W przypadku opieki paliatywnej pracownik socjalny nie może gruntownie zmienić sytuacji. Powinien on jednak ukształtować racjonalną i

конструкtywą postawę wobec niej. Wyznaczyć zadanie ukierunkowane na polepszenie pozycji podopiecznego, zmniejszenie cierpienia i poczucia samotności, zaspokajanie jego potrzeb i w miarę możliwości pomaganie bliskim i krewnym. W tym celu pracownik podejmuje samokształcenie, poszukuje niezbędnych informacji, często zastanawia się. W celu podniesienia efektywności swojej działalności dąży do włączenia innych specjalistów, którzy mogą stać się bardzo przydatnymi w danej sytuacji. Najwyższym poziomem dojrzałości zawodowej jest osiągnięcie zawodowej adaptacji czyli przystosowania. Na ogół przystosowanie ma kilka odmian. W początkowej fazie odbywa się przystosowanie do instytucjonalnych aspektów działalności zawodowej, zawodowych norm etycznych, partnerskiego nastawienia, zasad i przepisów działalności pracownika socjalnego. Następnie widocznym staje się przystosowanie do oryginalności i potrzeb podopiecznego, znajdującego się w stanie oczekiwania na śmierć, ułatwienia społecznych kontaktów zarówno z nim jak i jego rodziną. Kulminacyjnym momentem jest przyjęcie roli pracownika socjalnego i wykonywanie jej zgodnie z obowiązującymi normami. W taki sposób przebiega zawodowa identyfikacja z osobami bardziej skutecznymi; rozwój zdolności zawodowych, precyzyjniejsze określenie granic swoich możliwości; dające się przewidzieć zmartwienie i smutek przyjmowane są znacznie spokojniej i zgodnie z prawem.

Prawidłowy wybór strategii zachowań, przygotowanie pracy wielodyscyplinarnego zespołu fachowców lub superwizja, specjalistyczna wiedza i umiejętności, zachowanie higieny pracy, racjonalne podejście do spożytkowania psycho – fizycznych możliwości poszczególnych osób, jest najlepszą gwarancją zapobiegania wypaleniu zawodowemu pracowników socjalnych w sferze opieki paliatywnej.

Zoznam bibliografických odkazov

Горішна, Н., 2008. Супервізія у практиці соціальної роботи та підготовки соціальних працівників у США. In: *Науковий вісник Ужгородського національного університету: Серія «Педагогіка. Соціальна робота»*. № 15.

Губський, Ю., Царенко, А., 2011а. *Актуальні питання впровадження системи паліативної допомоги та забезпечення прав пацієнтів з обмеженим прогнозом життя в Україні*. In:

http://healthrights.org.ua/fileadmin/user_upload/pdf/paliativka.pdf

Губський, Ю., Царенко, А., Бабійчук, О., Шевчик, А., 2011b. Діяльність інституту паліативної та хоспісної медицини МОЗ України у 2010 році щодо удосконалення нормативно-правової бази паліативної та хоспісної медицини в Україні, 2011. In: *Медичне право*. Вип. 2.

Данко, Д., Деякі аспекти організації медико-соціальної роботи з невиліковно хворими в Україні, 2013. In: *Соціальна політика щодо тяжкохворих (невиліковних). Матер. II-ї щорічної науково-практичної конференції*. Київ.

Паліативна допомога. Інформаційний бюлетень, 2013. Номер перший. ВГО «Українська ліга паліативної та хоспісної допомоги» Київ.

Кривоконь, Н., *Соціально-психологічне забезпечення соціальної роботи*, 2011. Чернігів. ISBN 978-966-97104-2-0.

Мартыненко, А., *Медико-социальная работа: теория, технологии, образование*, 1999. In: *Наука*. Москва.

Рябицька, Т., Професійні ризики фахівця з соціальної роботи, 2007. In: *Соціально-психологічні особливості професійної діяльності працівників соціальної сфери*. Матер. всеукр. наук.-практ. конф. Мелітополь. Ukraina, 79054, м. Львів, вул. О. Гірника 1/ 64; irena_m@ukr.net

Význam hodnôt v prevencii syndrómu vyhorenia sociálnych pracovníkov

Katarína Greňová, Anton Fabian (SR)

Abstrakt: Sociálna práca ako jedna z pomáhajúcich profesií kladie vysoké nároky nielen na odborné, ale aj na osobnostné kompetencie sociálneho pracovníka. Každodenný kontakt s klientmi, ktorí prichádzajú so svojimi problémami a trápeniami a očakávajú od sociálneho pracovníka pomoc, je pre sociálneho pracovníka veľmi náročný a po určitom čase môže byť spúšťačom procesu, v ktorom stráca nadšenie a motiváciu pre svoju prácu. Syndróm vyhorenia sa tak stáva reálnou hrozbou, ktorá sa dotýka pracovníkov všetkých pomáhajúcich profesií, teda aj sociálnej práce. Existenciálna teória, ako jedna z teórií sociálnej práce považuje za prostriedok nachádzania zmyslu života (každodenného i konečného) hodnoty, ktoré človek nachádza v životných situáciách. Príspevok sa zaoberá problematikou existencie hodnôt v práci sociálneho pracovníka z pohľadu predchádzania syndrómu vyhorenia. V jednotlivých častiach je objasnený pojem syndróm vyhorenia, definované a rozdelené hodnoty v existenciálnej teórii a ich význam v práci sociálneho pracovníka.

Kľúčové slová: Existenciálna analýza. Hodnoty. Sociálny pracovník. Syndróm vyhorenia. Zmysel života.

Abstract: Social work as one of the helping professions places high demands not only for professional but also personal competences of a social worker. Daily contact with clients who come with their problems and tribulations and expect from a social worker to help the social worker is very difficult and over time may trigger a process in which losing enthusiasm and motivation for their work. Burnout becomes a real threat, which affects workers of all helping professions, hence social work. The existential theory as one of the theory of social work regarded as a means of finding meaning in life (daily and final) values that one finds in life situations. The paper deals with the problems of existence values in the work of social workers in terms of preventing burnout syndrome. In each part explains the concept of burnout, defined and divided the existential theory of value and meaning in the work of social workers.

Keywords: Existential analysis. Values. Social worker. Burnout syndrome. The meaning of life.

Hodnoty v existenciálnej analýze

Existenciálna analýza, ktorej autorom je Viktor Emanuel Frankl, hovorí o hodnotách v súvislosti s hľadaním a objavovaním zmyslu života. Frankl (1997) chápal hľadanie zmyslu života ako proces **objavovania jedinečných hodnôt** v špecifických životných situáciách. Človek svoje ľudské bytie, svoju existenciu naplňa zmyslom vždy vďaka tomu, že uskutočňuje hodnoty. **Hodnotami je všetko to, čo je pre človeka hodnotné.** Frankl, ako aj ďalší autori vychádzajúci z trojdimenzionálneho modelu osobnosti upozornili, že hodnoty a ich význam pre človeka je dôležité skúmať práve v kontexte tohto noetického (duchovného) rozmeru osobnosti, s ktorým sú (hodnoty) úzko späté (Klčovanská 2004a). Lisník (2007) podotýka, že duchovno vytvára rozmer pre konanie človeka aj v medziach vzťahov k Univerzálnemu dobru a pravde.

Klčovanská (2004a) podotýka, že Popielski pod **hodnotou** chápal všetko, čo človeka priťahuje, obohacuje, usmerňuje, čo vytvára jeho osobu vo všetkých dimenziách, prejavoch a snahách. Pre človeka je dôležité oddelenie depriváčnych hodnôt od hodnôt tvorivých, ktoré sú prežívané ako blízke a uspokojujúce. Takže tu nejde o prežívanie akýchkoľvek hodnôt, ale

o hodnoty dôležité, ktoré sú pre človeka významné. Aby sa hodnoty takými stali, musia byť prežívané existenciálne a pociťované ako osobnostné, musia vzniknúť vo vedomom prežívaní. Pre ľudskú existenciu sú hodnoty tými prostriedkami, ktoré ju motivujú, aktivizujú a usmerňujú, pričom človeku dávajú pocit naplňania a umožňujú mu zakúsenie zmyslu. Logoterapia ukazuje na význam hodnôt v priebehu vývinu a stávania sa človeka a poukazuje na ich miesto v procese psychoterapeutického pôsobenia. Zároveň odhaľuje aj ich úlohu pri tvorení zmyslu v živote jednotlivca (Popielski 2005).

Rokeach vychádzal pri definícii hodnôt najmä z potrieb výskumu a definoval ich ako trvajúce presvedčenie, že špecifický spôsob správania sa alebo konečný stav existencie je osobne alebo sociálne vhodnejší ako opačný alebo obrátený spôsob správania alebo konečný stav existencie. Schwartz vnímal hodnoty ako žiaduce, transsituačné ciele, rôznej dôležitosti, ktoré slúžia ako vodiace princípy v ľudských životoch (Halama 2007).

Frankl rozdelil hodnoty do troch skupín. Prvou skupinou sú **tvorivé hodnoty**, medzi ktoré môžeme zaradiť zameranie sa na prácu, na nejaké dielo, službu Bohu. Tvorivé hodnoty sa netýkajú len tvorenia a vynájdenia niečoho veľkého, týkajú sa i situácií, keď človek svojim postojom prispeje k uchovaniu nejakej hodnoty či myšlienky (Tavel 2004). Ako uvádza Längle (2002, s. 33) „k veľkým ľudským výkonom patrí zastať sa druhého človeka, pomáhať mu v jeho ťažkostiach, riskovať pre pravdu zamestnanie.“

Podľa toho, do akej miery sú tvorivé hodnoty v popredí životných úloh, do takej miery sa zhoduje oblasť ich konkrétneho naplnenia s prácou v povolani. Zmysel a hodnota práce spočívajú nie v samotnom výkone povolania, ale vo výkone pre iného človeka. Niektorí ľudia si myslia, že ich život by bol naplnený, keby boli v inom povolaní. Ak však konkrétne povolanie neprináša pocit naplnenia, potom nie je vina v povolaní, ale v človeku. Až keď človek koná viac, ako je jeho povinnosťou v rámci jeho povolania, až tam začína jeho osobná a naplňujúca práca, ktorá nadobúda zmysel. Frankl (1996) podotýka, že mnoho ľudí si myslí, že ich život nemá žiaden zmysel, pretože ich činnosti chýbajú vyššie hodnoty, keďže je jednoduchá a podľa nich nedôležitá. Podľa neho je však dôležitá každá činnosť i plnenie jednoduchých úloh, musia však byť konané zodpovedne.

Zážitkové hodnoty sa uskutočňujú v prežívaní niečoho – napríklad v ponorení sa do krásy prírody, alebo umenia. K najdôležitejším zážitkovým hodnotám patrí láska, stretnutia s inými ľuďmi a prežívanie vzťahov. Ale aj hlboké spočinutie v modlitbe. Jedná sa o hodnoty, ktoré súvisia s našou emocionálnosťou, spôsobujú človeku radosť a spríjemňujú mu život. Zmysel im dáva aktívna spoluúčasť jednotlivca, vloženie vlastného ja do vzťahu. I keď sa môže zdať, že zážitkové hodnoty nemôžu človeku dať plnosť zmyslu, existenciálna analýza tvrdí opak. Prostredníctvom zážitkových hodnôt zakúšame pôvodnú krásu života, získavame svoje duchovné sily, s pomocou ktorých zase môžeme zmysluplne utvárať svoj život i v iných oblastiach (Längle 2002).

Život môže byť zmysluplný aj vtedy, keď nie je ani tvorivo plodný, ani bohatý na zážitky. Existuje totiž ďalšia skupina hodnôt, ktorých realizácia spočíva v tom, ako sa človek stavia k obmedzeniam svojho života. Je to postoj jednotlivca k situáciám, ktoré nie sú ani príjemné ani tvorivé – napr. úmrtie v rodine, choroba či iná tragédia. Človek tieto udalosti nemôže nijak ovplyvniť, ale môže k nim zaujať rôzny postoj. Práve v prežívaní týchto obmedzení sa človeku otvára špecifická oblasť hodnôt, ktorá určite patrí k hodnotám najvyšším. Sú to **hodnoty postojové** (Tavel 2004).

Je na človeku, ako prijme utrpenie i zodpovednosť za vzťah, i hodnoty, pre ktoré chce napriek utrpeniu ďalej žiť. Možnosť realizovať tieto hodnoty vzniká vtedy, keď je človek postavený proti osudu, voči ktorému sa nevzoprie, ale prijme ho, nesie ho ako kríž na svojich pleciah. Takže i prostredníctvom postojov k utrpeniu môžeme uskutočňovať zmysel. Stále máme slobodu postaviť sa osudu, i keď nám odopru vonkajšiu slobodu. Sloboda zaujať postoj je poslednou, neodcudziteľnou slobodou (Frankl 1996).

Syndróm vyhorenia – vymedzenie pojmu

Názov „burn-out“, ktorý znamená „vyhorenie“, použil prvýkrát Hendrich Freudenberger v roku 1974. Freudenberger má zásluhu aj na tom, že o vyhorení sa začalo hovoriť v oblasti sociálnych služieb. Pozoroval dobrovoľníkov v sociálnom zariadení a zistil, že títo nadšení ľudia pri pomoci druhým upadajú do stavu, keď sami potrebujú pomoc. Freudenberger a North opísali vyhorenie ako stav vyplienenia všetkých energetických zdrojov pôvodne veľmi intenzívne pracujúceho človeka, napr. ľudí, ktorí sa usilujú pomôcť druhým ľuďom v ich ťažkostiach a potom sa sami cítia premožení ich problémami. Neskôr tento proces definovali ako konečné štádium, pri ktorom ľudia, ktorí sa hlboko emocionálne niečím zaoberajú, strácajú svoje pôvodné nadšenie a svoju motiváciu (Prítrská 2010).

Freudenberger skúmal vyhorenie predovšetkým z pohľadu psychického stavu jedinca, ktorého sa to týkalo, avšak Maslach a následne aj ďalší autori skúmali vyhorenie v širších súvislostiach a brali do úvahy aj vplyv prostredia a ďalšie faktory (napr. sociálne vzťahy). Z toho vyplývajú aj rôzne pohľady na vyhorenie a jeho definovanie. Maslach uvádza, že existuje asi 30 rôznych definícií (Soderfeldt, Soderfeldt, Warg 1995).

Pinesova a Aronson definovali stav vyhorenia ako stav fyzického, emocionálneho a mentálneho vyčerpania, ktoré je spôsobené dlhodobým zaoberaním sa situáciami, ktoré sú emocionálne mimoriadne náročné. Tieto emocionálne požiadavky sú najčastejšie spôsobené kombináciou dvoch vecí: veľkým očakávaním a chronickými situačnými stresmi (Křivohlavý 1998). Podľa Matouška (2003, s. 263) je syndróm vyhorenia „súbor príznakov vyskytujúcich sa u pracovníkov pomáhajúcich profesií a je odvodzovaný z dlhodobej nekompenzovanej záťaže, ktorú prináša práca s ľuďmi. Tento stav psychického i celkového vyčerpania sprevádzajú pocity beznádeje, obáv i zlosti. Pracovná motivácia klesá, výkon sa zhoršuje a klesá sebavedomie. Správanie sa ku klientom je poznačené odstupom, dôrazom na pravidlá a disciplínu, na formálnu stránku, na racionalitu a objavujú sa aj odmietavé alebo negatívne postoje“. Cherniss opisuje syndróm vyhorenia ako situáciu úplného vyčerpania síl, ako pocit človeka, ktorý prišiel k záveru, že už nemôže ďalej. Je to stav človeka, ktorý stratil akékoľvek ilúzie a nádej, že ešte môže niečo zmeniť (Soderfeldt, Soderfeldt, Warg 1995). Křivohlavý (1998) uvádza určité spoločné znaky všetkých definícií:

- Vyhorenie sprevádzajú negatívne emocionálne príznaky, ktoré sú charakteristické pre stav emocionálneho vyčerpania, únavy, depresie a pod. Dôraz je kladený viac na príznaky a správanie ľudí ako na telesné príznaky.
- Vyhorenie je uvádzané vždy v súvislosti s výkonom určitého povolania.
- Príznaky sa vyskytujú u inak psychicky zdravých ľudí.
- Znížená výkonnosť v práci súvisí s negatívnymi postojmi a z nich vyplývajúceho správania a nie z nižších pracovných schopností.

Príznaky vyhorenia sa obyčajne rozdeľujú na **subjektívne a objektívne**. Medzi subjektívne príznaky vyhorenia patrí najmä mimoriadne veľká únava, znížená sebaúcta a sebahodnotenie vyplývajúce zo subjektívnych pocitov zníženej profesionálnej kompetencie, teda schopnosti a zručnosti niečo urobiť, ďalej sem patria poruchy koncentrácie – schopnosti sústrediť sa, zvýšená podráždenosť, negativizmus (sklon vidieť všetko v čiernych farbách). Najvýznamnejším objektívnym príznakom je znížená výkonnosť trvajúca celé mesiace, ktorá je viditeľná aj pre spolupracovníkov a prijímateľov služieb (Prítrská 2010).

Prevenca vzniku syndrómu vyhorenia

Šlosár (2014) podotýka, že každá praktická činnosť v oblasti sociálnej práce má súvislosť s hodnotami. Príklon k hodnotám je pokusom o definovanie normatívneho rámca sociálnej práce ako praktickej činnosti. Sociálna práca ako praktická činnosť je práca s ľuďmi. S ľuďmi, ktorí majú rôzne problémy a nachádzajú sa zväčša v nepriaznivej sociálnej situácii. Každodenný kontakt s týmito klientmi kladie veľké nároky na sociálneho pracovníka a veľmi

často je stresujúci, čo spolu s ďalšími faktormi (rýchle životné tempo, tlak spoločnosti byť úspešným, podmienky v zamestnaní...) je príčinou vyhorenia sociálnych pracovníkov. Prácu sociálneho pracovníka tvoria vzťahy – vzťahy, v ktorých sociálny pracovník väčšinou dáva a klient prijíma (pomoc, radu, útechu...). Ak sa poruší rovnováha medzi tým, čo pomáhajúci dáva a čo dostáva od klientov naspäť, vzniká u pomáhajúceho kríza. Pomáhajúci má pocit, že sa namáha zbytočne, je frustrovaný, trpí jeho profesionálna koncepcia, namáha sa často viac, ako ostatní, ale uspokojenie neprichádza (Miženková, Požonská, Kilíková 2009).

Predchádzať stavu vyhorenia je možné nachádzaním zmysluplnosti vykonávanej práce. Podľa Frankla a jeho existenciálnej teórie je možné nájsť zmysel objavovaním hodnôt v živote. Tu je pre sociálneho pracovníka dôležité si uvedomiť, čo má a čo nemá v jeho živote a práci hodnotu, čo považuje za dôležité. Křivohlavý (1998) podotýka, že keď uvažujeme o oblasti hodnôt, dostávame sa do duchovnej oblasti, pod ktorou on rozumie práve existenciu rôznych cieľových hodnôt, ich hierarchiu a smerovanie ľudskej činnosti k týmto hodnotám.

Popielski (2005), ktorý sa problematike hodnôt venoval podrobnejšie ako Frankl, uvádza, že hodnoty plnia v procese realizovania existencie niekoľko dôležitých funkcií – slúžia rozvoju osobnosti a pomáhajú v procese jeho integrácie. Spoluúčasť na hodnotách a skúsenosť s nimi rozširuje životnú spokojnosť jednotlivca, reguluje jeho postoje i vzťah k úspechom a prehrám a napokon tvorí základný pilier zmyslu človeka. Halama (2007) uvádza, že Frankl nazval dynamiku, ktorá sa realizuje v dynamickom poli napätia medzi tým, čo je, a tým, čo má byť, pojmom **noodynamika**. Tento termín podľa neho vyjadruje rozpor medzi tým, čo v živote človeka je (čo prežíva, robí, znáša) a medzi tým, čo má byť (o čo sa v súlade so svojimi hodnotami snaží, čo má dokázať, zažiť, vydržať). **Je to nepretržité smerovanie k hodnotám, úsilie o naplnenie zmyslu.** Popielski vo svojich výskumoch zistil, že osoby s rozvinutou noodynamikou (tú zisťoval testom noodynamiky) preferujú hodnoty spojené s noetickým rozmerom a osoby, u ktorých noodynamika nebola rozvinutá, preferovali telesný rozmer (Kosová 2014).

Práve v duchovnom rozmere osobnosti sú hodnoty cieľom a predmetom potrieb, túžob i rozhodnutí človeka. Vnútna hodnotová orientácia rozhodujúcou mierou vplýva na duševné zdravie. Väčšia rôznorodosť hodnotovej orientácie ovplyvňuje vývin osobnosti pozitívnym a stabilným smerom. Hodnoty tak predstavujú jeden z najdôležitejších komponentov psychického vývinu, duševnej zrelosti a duševného zdravia človeka. Zohrávajú dôležitú formačnú úlohu pri rozvoji osobnosti človeka a podieľajú sa na organizovaní štruktúry osobnosti. Podiel na hodnotách a skúsenosť s nimi prehĺbuje a rozširuje životnú spokojnosť jednotlivca, reguluje jeho postoje i vzťah k úspechom a prehrám a tvorí základný pilier zmyslu pre človeka (Klčovánská 2004b).

Tvorivé realizovanie ľudskej existencie poukazuje na miesto hodnôt v štruktúre osobnosti a zdôrazňuje aj potrebu vzťahu človeka k hodnotám. Popielski (2005), ktorý sa problematike hodnôt podrobnejšie venoval, popísal význam hodnôt nasledovne:

1. Hodnoty sú realitou a kvalitami s existenciálnym charakterom – aby sa však stali existenciálne významné treba ich žiť, nielen o nich teoretizovať.

2. Hodnoty prejavujú svoju realitu prostredníctvom vlastností štrukturalizovania osobnosti – ich prítomnosť sa prejavuje prostredníctvom regulácie života spoločnosti a individuálneho správania.

3. Hodnoty slúžia vývinu človeka a procesu jeho dozrievania – človek v súvislosti s nimi rastie, usmerňuje vývin a dosahuje ďalšie stupne zrelosti.

4. Hodnoty zaväzujú – ich výskyt nie je ničím ľahostajným a sú spojené s pocitom zodpovednosti, ako aj s rozhodovaním správať sa vhodne, pekne a tvorivo.

5. Hodnoty majú schopnosť usporadúvania existencie – človeku nejde len o možnosť fungovania, ale skôr o realizovanie života naplneného hodnotami a zmyslom.

6. Hodnoty aktivizujú všetky druhy biopsychickej energie – to dáva človeku pocit subjektovosti bytia, rozvoja a realizovania sa.

7. Hodnoty uvoľňujú motivačné sily – ide nielen o kreatívne aktivity, ale aj o tie, ktoré slúžia veľkodušnosti, obety, zrieknutia sa.

8. Vďaka hodnotám je možné tvorivé zvládnutie situácie utrpenia – rozoznanie hodnôt v utrpení a prostredníctvom utrpenia môže byť významným prameňom obohacovania existencie človeka. Hodnoty mu dávajú silu žiť.

9. Hodnoty sú spôsobom ako možno poznať seba, iných a skutočnosť – toto poznávanie je nepriame a opiera sa o vyvodzovanie záverov z pozorovaných následkov: zmýšľania, konania, rezignovania a podobných prejavov existencie.

10. Hodnoty dávajú existencii význam – dochádza k tomu rozličným spôsobom: pomocou učenia, zaangažovania, symbolizácie a podobných činností.

11. Hodnoty majú charakter utvárania zmyslu – nejde však o automatický zisk, ktorý vyplýva z kontaktu s hodnotami, pretože nie všetko, čo človek nazýva hodnotou, je hodnotou v objektívnom, existenciálnom význame. Hodnoty sú len cestou k objavovaniu a upevňovaniu zmyslu.

12. Hodnoty spoluvytvárajú ľudskú existenciu – hodnoty sú pre človeka tými kvalitami, ktoré niečo ponúkajú, do niečoho angažujú, k niečomu majú vzťah. Človeku dávajú možnosť bytia a stávania sa.

Křivohlavý (1998) podotýka, že keď už dôjde k problému vyhorenia, môže pomôcť logoterapia ako druh psychoterapie.

Záver

Náročnosť práce sociálneho pracovníka si vyžaduje, aby videl v tom, čo robí, zmysel, aby nevnímal svoju prácu iba ako zamestnanie, ale aj ako povolanie a poslanie. Určite je to veľmi náročná požiadavka, zvlášť v súčasnej slovenskej spoločnosti, v ktorej je sociálna práca nedocenená a sociálni pracovníci sú veľmi často podceňovaní. Napriek tomu sme svedkami toho, že sa sociálna práca (často aj s charitatívnou prácou cirkví) stáva neoddeliteľnou súčasťou života rôznych sociálnych skupín. Nájsť zmysel v každodennej práci, ale aj konečný zmysel života môže pomôcť realizovanie hodnôt v rôznych životných situáciách. Objavovanie a nachádzanie týchto hodnôt spolu s nájdením zmysluplnosti sa môže stať prostriedkom predchádzania straty nadšenia a motivácie sociálneho pracovníka. Vďaka slobode, ktorú priniesol rok 1989 sa v práci sociálneho pracovníka zavádzajú aj teórie orientované na hodnoty duchovné, ktoré sami o sebe pôsobia jednak preventívne a jednak nanovo dokážu vytvoriť regeneračný potenciál pre samotného sociálneho pracovníka. Tento fenomén dokáže hodnotovo vytvoriť aj základ pre samotnú spoluprácu s prijímateľom sociálnych služieb.

Zoznam bibliografických odkazov

FRANKL, V., 1997. *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta. ISBN 80-85139-63-2.

HALAMA, P., 2007. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: SAP. ISBN 978-80-8095-023-1.

KLČOVANSKÁ, E., 2004a. Axiologická podstata noetického procesu. In: *Etická výchova ako súčasť univerzitného vzdelávania. Zborník z vedecko-odborného seminára*. Trnava: PF TU. ISBN 80-8082-001-5.

KLČOVANSKÁ, E., 2004b. *Hodnotová orientácia súčasnej mládeže a jej význam v pedagogickom procese*. [online]. [cit. 2014-10-13] Dostupné z: http://www.uski.sk/frm_2009/ran/2004/ran-2004-1-02.pdf

KOSOVÁ, M. a kol., 2014. *Logoterapie. Existenciální analýza jako hledání cest*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4346-2.

KŘIVOHLAVÝ, J., 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada. ISBN 80- 7169- 551-3.

- LÄNGLE, A., 2002. *Zmysluplné žiť*. Brno: Cesta. ISBN 80-7295-037-1.
- LISNIK, A., 2007. *Darovanie ľudských orgánov, právna norma a akceptácia u nás*. Spišské Podhradie: Anton Lisnik, 2007. ISBN 978-80-969696-8-5.
- MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.
- MIŽENKOVÁ, Ľ., POŽONSKÁ, M., KILÍKOVÁ, M., 2009. *Komplexný prístup k syndrómu vyhorenia*. [online]. [cit. 2014-10-13] Dostupné z: [http://www.unipo.sk/public/media/10304/Mizenkova,%20Pozonska,%20Kilikova_syndrom%20vyhorenia\[1\]_1.pdf](http://www.unipo.sk/public/media/10304/Mizenkova,%20Pozonska,%20Kilikova_syndrom%20vyhorenia[1]_1.pdf)
- PRÍTRSKÁ, S., 2010. Syndróm vyhorenia v pomáhajúcich profesiách a osobnostné charakteristiky. *Studia Aloisiana*, roč. 1, č. 3 – 4, s. 59 – 75. ISSN 1338-0508.
- POPIELSKI, K., 2005. *Noetická dimenzia osobnosti*. Trnava: TU. ISBN 80-8082-042-2.
- SODERFELDT, M., SODERFELDT, B., WARG, L. E., 1995. Burnout in social work. *Social Work*, vol. 40, no. 5; ISSN 1468-263X.
- ŠLOSÁR, D., 2014. Spravodlivosť ako zmysel života v sociálnej práci. In: E. ŽIAKOVÁ, ed. *Ako nájsť zmysel života v sociálnej práci s rizikovými skupinami*. Košice: FF UPJŠ. s. 191 – 195. ISBN 978-80-8152-140-9.
- TAVEL, P., 2004. *Zmysel života podľa V. E. Frankla*. Bratislava: Iris. ISBN 80-89018-81-5.

Kontakt na autorov

PhDr. Katarína Greňová
Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
grenovak1@gmail.com

prof. ThDr. JCDr. Anton Fabian, PhD.
Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Prevenencia syndrómu vyhorenia v krízovom poradenstve

Elena Pavlůvčíková (SR)

Príspevok vznikol s podporou výskumného grantu VEGA 1/0124/12.

Abstrakt: Syndróm vyhorenia znamená okrem zmien v psychickej, somatickej a sociálnej oblasti u jednotlivca aj stratu záujmu o nové veci, ohrozenie blízkych vzťahov, obmedzenie profesionálneho rastu a v rozvinutom štádiu zhoršenie kvality poskytovaných služieb. Syndróm vyhorenia je proces a má svoje zákonitosti vývinu. Príspevok sa zaoberá prevenciou syndrómu vyhorenia v jednotlivých štádiách vývinu u jednotlivca. Krízoví poradcovia, sociálni pracovníci, psychológovia, záchranári aj dobrovoľníci sa denne stretávajú s klientmi, ktorí sa dostali do náročných životných situácií (rozvrátené rodiny, chudoba, strata domova, nezamestnanosť, katastrofy spôsobené prírodným živlom alebo človekom a p.). Z týchto dôvodov sú syndrómom vyhorenia zvlášť ohrození. V príspevku sú rozpracované možnosti predchádzania vyhorenia u poradcov. Najdostupnejšia a najčastejšie poskytovaná je kolegiálna podpora založená na vzájomnom poskytovaní a prijímaní s dôrazom na obojstrannú zodpovednosť (peer support). Dôležité je, aby poradca mal možnosť absolvovať individuálne a skupinové formy supervízie. Popísané sú poradenské intervencie s krízovým poradcom vedúce k zmierneniu až zastaveniu rozvoja syndrómu vyhorenia.

Kľúčové slová: Syndróm vyhorenia. Supervízia. Poradenské intervencie.

Abstract: Besides changes in psychical, somatic and social area of the individual the burnout syndrome means also loss of the interest in new things, threat of close relationships, limiting of the professional growth and in the advanced stage also worsened quality of provided services.

The burnout syndrome is a process and has its own development. The article deals with the prevention of the burnout syndrome in the phases of its development at the individual. On the daily basis the crisis counselors, social workers, psychologists, rescue workers and volunteers meet the clients in difficult life situations (split families, poverty, loss of the home, unemployment, natural catastrophes or catastrophes caused by a man etc.). For this reason they are especially endangered by the burnout syndrome. In the article the possibilities of prevention of burnout at the counselors are being worked out. The most available and the most provided is a collegial support based on mutual giving and getting with emphasize on bilateral responsibility (peer support). It is important for the counsellor to have a possibility to attend individual and group forms of supervision. There are also described counselling interventions with the crisis counsellor leading to mitigation or even termination of the burnout syndrome development.

Keywords: Burnout syndrome. Supervision. Counseling intervention.

Pojem „burn-out“ (vyhorenie, vyhasnutie) zaviedol v roku 1975 psychoanalytik Herbert J. Freudenberger (1975). Ide o konečné štádium procesu, pri ktorom ľudia, ktorí sa hlboko emocionálne niečím zaoberajú, strácajú svoje pôvodné nadšenie a vnútornú motiváciu. Zmeny badať tak v psychickej, somatickej i sociálnej oblasti. Prejavuje sa stratou energie a idealizmu, ktorá vedie k stagnácii, frustrácii a apatii. Sprevádza ho telesné a emocionálne vyčerpanie, únava, popudlivosť, nedôverčivosť, depresia, negatívny a cynický postoj k vlastnej práci a klientom. Syndróm vyhorenia má za následok aj zhoršovanie kvality poskytovaných služieb. Jedinci, ktorí vyhoreli chodia neskoro do práce, predlžujú obedňajšie

prestávky a snažia sa čo najskôr odísť zo zamestnania domov. Svojich klientov vidia ako stále sa opakujúce prípady, nemôžu sa sústrediť na rozhovor, cítia sa bezmocne, prestávajú byť tolerantní ku klientom a uchylujú sa k cynizmu. Dochádza k celkovej dehumanizácii postoja ku klientom. Jednotlivec sám môže identifikovať u seba príznaky syndrómu vyhorenia, ak pozoruje u seba stratu motivácie, pocity smútku, zmarenia, beznádeje a bezvýchodiskovosti, negatívne postoje k sebe samému, vlastnej práci, vlastným úspechom, pocit vlastnej bezcennosti, sebaľútosť, pocit neuznania, nedocenenia, podráždenosť, extrémne až myšlienky na samovraždu. V somatickej oblasti sa dostávajú pocity stav celkovej slabosti, vegetatívne ťažkosti ako bolesti pri srdci, pocity nevoľnosti a hlavy bez jasnej príčiny, poruchy krvného tlaku, poruchy spánku, pretrvávajú pocity napätia v chrbte, šiji, zvyšuje sa riziko vzniku závislostí, pretrváva chronická únava, dochádza k zmene stravovacích návykov, zmene telesnej hmotnosti. V sociálnej oblasti pozorujeme cynizmus, nepriateľstvo ku kolegom, klientom, obetiam, vyhýbanie sa kontaktom s kolegami, klientmi, obeťami, nízka empatia, citový chlad, odstup, vytváranie konfliktov, zjavná nechúť k práci, rastúci nezáujem, ľahostajnosť k okoliu. Možno predpokladať, že čím viac príznakov je prítomných, tým je syndróm vyhorenia rozvinutejší. Syndróm vyhorenia predstavuje stratu profesionálneho záujmu, ktorý sa prejavuje hlavne pocitmi sklamaní. Postihnutý stráca záujem o svoju prácu, uspokojuje sa s dennou rutinou a nevidí dôvod pre ďalšie sebavzdelávanie. Nesnaží sa o osobný rast, ale iba o svoje prežitie. Všetky definície však majú niekoľko spoločných znakov - prítomnosť negatívnych emocionálnych príznakov, rizikové povolania, nízka efektivita práce spojená s negatívnymi postojmi a z nich vyplývajúceho správania. Väčší dôraz je kladený na psychické príznaky ako na telesné, ale je nutné poznamenať, že **syndróm vyhorenia sa vyskytuje u psychicky zdravých ľudí a nemá súvis s psychickou patológiou**. V minulosti bola za hlavnú príčinu považovaná práca s ľuďmi. Dnes sa pridružuje nekompromisná požiadavka na výkon, či už zo strany okolia, alebo jednotlivca samotného (Jeklová, Reitmayerová 2006). Za ďalšiu oblasť s mimoriadnym výskytom vyhorenia je považovaná oblasť školstva. Podľa diagnostických štatistík je podiel učiteľov s vysokým stupňom vyhorenia 15-20% (Hennig, Keller 1996). Závaž sociálnych pracovníkov a psychológov vyplývajúca z neustáleho kontaktu s klientmi v náročnej životnej situácii je potencovaná na jednej strane stále sa zväčšujúcim počtom prípadov, na druhej strane tlakom na výkon. Ide o dôsledok pomerov, keďže neustále pribúda ľudí závislých na alkohole a iných omamných látkach, zväčšuje sa priepastný rozdiel medzi bohatými a chudobnými, zvyšuje sa počet bezdomovcov, nezamestnanosť je trvale vysoká. Pribúdajú nielen tieto veľké rizikové skupiny klientov, ale tlak spoločnosti vytvára rizikového klienta s psychickými problémami, ťažkosťami v rodine, s neschopnosťou nadviazať blízke vzťahy, rozvedeného ap.

Pavluvčíková, Kačmárová, Kolibárová (2013) uskutočnili výskum na vzorke 73 učiteľov a manažérov, v ktorom overovali výskyt syndrómu vyhorenia vo vzťahu ku pracovnej spokojnosti a sociálnej opore. Predpokladali štatisticky významný negatívny vzťah medzi celkovou pracovnou spokojnosťou, a tiež vybranými zložkami pracovnej spokojnosti anticipovanou sociálnou oporou a jednotlivými dimenziami vyhorenia v oboch skúmaných profesiách. Na overenie týchto vzťahov bol použitý Pearsonov korelačný koeficient. Výsledky sú uvádzané v tabuľke č. 1.

Tabuľka č.1: Výsledky korelačnej analýzy pre celkovú pracovnú spokojnosť, vybrané zložky pracovnej spokojnosti, sociálnu oporu a jednotlivé dimenzie vyhorenia (N=73)

MBI-dimenzie	CPS	SsK	SsV	SO
EE	-0,567**	-0,309**	-0,481**	-0,508**
DP	-0,656**	-0,143	-0,530**	-0,632**
PA	-0,656**	-0,459**	-0,524**	-0,568**

Poznámka: EE – emocionálne vyčerpanie, DP – depersonalizácia, PA – osobná výkonnosť, CPS – celková pracovná spokojnosť, SsK – spokojnosť s kolegami/kolegyňami, SsV – spokojnosť so vzťahmi s vedením, SO – sociálna opora, ** = $p < 0,01$

Konštatovali, že čím vyššia je úroveň celkovej pracovnej spokojnosti, tiež spokojnosti s kolegami/kolegyňami, ako aj spokojnosti so vzťahmi s vedením, a čím vyššiu úroveň sociálnej opory učiteľa/učiteľky a manažéri/manažérky dosahujú, tým nižšia je úroveň vyhorenia v dimenziách emocionálne vyčerpanie, depersonalizácia a osobná výkonnosť. Vo všetkých prípadoch ide o stredne silný až silný korelačný vzťah, s výnimkou vzťahu medzi spokojnosťou s kolegami/kolegyňami a depersonalizáciou, kde významnosť nebola preukázaná. Zo slovenských autorov napríklad aj Miškolciová (2004) poukazuje na štatisticky významný negatívny vzťah pracovnej spokojnosti a vyhorenia. Ďalší zo záverov je, že čím viac je človek presvedčený o tom, že v jeho okolí sa nachádzajú osoby, ktoré sú ochotné poskytnúť mu pomoc, tým nižšiu mieru vyhorenia dosiahne. Pracovná spokojnosť a sociálna opora sú teda významným protektívnym faktorom prevencie syndrómu vyhorenia. Vzťah medzi pracovnou spokojnosťou a emocionálnym vyčerpaním zistili aj Lewig a Dollard (2003) na vzorke 98 austrálskych zamestnancov call centier a v tejto súvislosti uvádzajú, že jedným zo spôsobov ako zmierniť emocionálne vyčerpanie je zvýšiť pracovnú spokojnosť (zvýšiť kontrolu, oporu, odmeny a podobne). K rovnakému zisteniu dospeli aj Griffin, Hogan, Lambert, Tucker - Gail a Baker (2010) a teda, že spokojnosť s prácou má inverzný vzťah k emocionálnemu vyčerpaniu, depersonalizácii a pocitom zníženej osobnej výkonnosti. Dospeli sme k záveru, že čím viac je človek presvedčený o tom, že v jeho okolí sa nachádzajú osoby, ktoré sú ochotné poskytnúť mu pomoc, tým nižšiu mieru vyhorenia dosiahne. Aké ďalšie aktivity budú pôsobiť preventívne?

Osobnosť poradcu

Na pracovníkov v poradenstve, zvlášť pri práci s rizikovými skupinami sú kladené mimoriadne vysoké nároky. Očakáva sa od nich, že dokážu nadviazať a udržať kontakt s jedincom nachádzajúcim sa v náročnej životnej situácii. Musia mať odhad nebezpečnosti situácie vo vzťahu ku rizikovému klientovi, jeho okoliu i vo vzťahu k sebe samému a ostatným pracovníkom poradenského tímu. Dôležité je, aby sa dokázali rozhodovať pod tlakom a brať na seba zodpovednosť za svoje rozhodnutia. Mali by byť odolní voči vlastným pochybnostiam o svojich kompetenciách pomoci. K zníženiu týchto pochybností slúžia výcviky a kvalitná odborná príprava, zahŕňajúca i prehľad o prípadných krízových pracoviskách pomoci v okolí. Mali by byť ústretoví a empatickí, ale očakáva sa od nich i aktívne ovplyvňovanie klienta, ba až direktívny prístup v záujme pomoci človeku s ochromeným rozhodovaním. Z hľadiska vlastnej osobnosti by mali poznať svoje hranice a limity a prísne ich dodržiavať. Od poradcu sa očakáva odolnosť voči pracovnému stresu, kreativita a pružnosť myslenia a správania. Mal by v ľuďoch vzbudzovať dôveru a byť schopný spolupráce s ostatnými odborníkmi. Pridružuje sa potreba neustálej pripravenosti k pomoci, dokonca i v noci musí byť schopný rýchle sa prebrať, zorientovať sa v probléme a reálne sa rozhodnúť. Nezriedka je poradca v horšej situácii ako klient, aj tak je nútený pomáhať. Výsledok pomoci nie je vždy istý i napriek maximálnej snahe poradcu. Nerealistické očakávania klienta, ale i nedostatok akejkoľvek, ale najmä pozitívnej spätnej väzby, môžu viesť k vyčerpaniu pomáhajúceho pracovníka. Náročný je aj kontakt s klientmi

prežívajúcimi intenzívne emócie. Stretnutie s rozrušenými, trpiacimi alebo zúfalými ľuďmi predstavuje pre sociálnych a psychologických poradcov silnú emočnú záťaž. Niekedy hrozí aj nebezpečenstvo slovného alebo fyzického ohrozenia podráždeným, agresívnym alebo psychiatrickým klientom. Poradcovia v kríze sa stretávajú s relatívne širokým spektrom problémov – od rodinných konfliktov, samovrážd až po školské zlyhávajúce, problémy v zamestnaní, susedské nezhody a pod. To si vyžaduje vedomosti a zručnosti rôzneho typu.

Peer support (kolegiálna podpora)

K sociálnej opore môžeme bezpochyby zaradiť kolegiálnu podporu, tzv. peer support. Ide o systém dávania a prijímania pomoci založenej na zásadách spoločnej zodpovednosti poskytovateľa a prijímateľa a na princípe zohľadňovania toho, čo je pre klienta užitočné. Je postavený na troch základných podmienkach vzájomnej interakcie a to na akceptácii, autenticite a empatii. Zahŕňa v sebe inštrumentálnu podporu – od mentoringu nového kolegu cez kvalitnú tímovú spoluprácu po vyžiadané rady a informácie. Rovnaký priestor má emocionálna podpora, vytvorenie priestoru pre „odventilovanie emócií“, aktívne vypočutie a poskytnutie spätnej väzby. Kolegiálna podpora je aj primárnou prevenciou kumulovaného stresu vznikajúceho nedopovedaním dôležitých vecí tesne po zážitku a následne ich prenášaním do ďalších situácií nielen v práci, ale aj v súkromí osôb. Empatické kolegiálne správanie zahŕňa pochopenie iných prostredníctvom spoločne zdieľanej skúsenosti. Nastupuje prežívaná spolupatričnosť, komplexné porozumenie na základe vzájomných skúseností, keď sú jedinci schopní akceptovať sa navzájom bez obmedzení tradičných vzťahov. S narastajúcou dôverou sú profesionáli pracujúci v pomáhajúcich profesiách schopní konštruktívnej kritiky pri vzájomnom rešpekte, ktorá je žiaduca až nevyhnutná pri práci s rizikovými skupinami klientov (Mead a kol. 2001). K pozitívam kolegiálnej podpory teda patrí podpora skupinovej súdržnosti, schopnosť verbalizovať problémy, podpora schopnosti riešiť problémy. Zlepšuje sa skupinová atmosféra, zvyšuje sa sebavedomie pomáhajúcej skupiny založené na zvýšenom sebavedomí jej členov, zlepšuje sa výkon skupiny, zlepšuje sa kultúra skupiny a v jej dôsledku sa zlepšuje aj firemná kultúra.

Okrem syndrómu vyhorenia môžu byť pracovníci pri práci s rizikovými skupinami stresom zo súcitu či tiež „indukovanou traumou“. Tento jav sa prejavuje hlavne pri práci s klientmi, ktorí prežili zvlášť ťažkú traumatickú udalosť, napr. s obeťami katastrof, násillia či iných trestných činov. Šokujúce prežitky osôb, ktoré sa stali obeťami traumatických udalostí, môžu vyvolávať u poradcu pocity strachu, obáv, paralyzujú ho, vzbudzujú v ňom chuť sa pomstiť. Krízoví intervenenti môžu dokonca prežívať podobné pocity a príznaky ako ich klienti. Preto je nevyhnutné mať možnosť zúčastňovať supervíznych stretnutí, kde majú možnosť naučiť sa pracovať s vlastnou traumou.

Supervízia

Supervízia je jedným z predpokladov zdokonaľovania sa v poradenskej intervencii, ale je i nástrojom prevencie burnout syndrómu. Formy a spôsoby supervízie sú rôzne, vždy však majú smerovať k zlepšeniu práce poradcu pri poradenskej práci aj pri práci rizikovými skupinami klientov priamo v teréne. Valkovič (2000) vidí v supervízii súčasť odbornej prípravy začiatočníka pod vedením supervízora, ale supervízia aj zvyšuje kompetencie poradcu, posilňuje jeho psychické zdravie. Najčastejšie sa rozlišuje supervízia zameraná na vzťah, proces i cieľ a rozvojová riešiacia priamo daný problém klienta. Uskutočňuje sa individuálne alebo skupinovo (Balintovské skupiny). Domnieva sa, že supervízia sa spravidla končí vtedy, keď si supervidovaný uvedomí nejakú súvislosť so svojim osobným životom. Teda podľa neho supervízia končí tam, kde začína terapia. Supervízia je však napríklad v psychoanalýze nevyhnutnou súčasťou tohto terapeutického prístupu už dlhé roky a ako taká

sa praktizovala aj u nás. Podobne je to i v systemickej rodinnej terapii, ktorá má rozpracovaný a v praxi fungujúci supervízny systém.

Poradenská intervencia pri syndróme vyhorenia

Závisí od typu vyhorenia, to znamená, že najprv sociálny, psychologický poradca, ale aj poradca v kríze pracujúci v prvej línii s rizikovými skupinami zisťuje, prečo k vyhoreniu došlo a v rozhovore sa snaží empaticky porozumieť, emocionálne podporiť človeka, upraviť mu denný režim a aplikovať relaxačné postupy. Neskôr v poradenskom procese pomáha vytvoriť sieť sociálnej opory z dobrovoľníckych organizácií i inštitucionalizovaných pracovísk, aktivizuje ďalšie vhodné copingové stratégie, pomáha osobnostne rásť v záujme lepšieho znášania krízových situácií. V terapii sa syndróm vyhorenia poväčšine lieči v rámci existenciálneho prístupu, kde sa v terapeutickom procese pomoci preberajú hlavne otázky zmyslu života, životných priorít, rebríčka hodnôt a pod.

Podstatne ťažšie je pracovať s vyhorením u krízových poradcov, záchranárov a ľudí z tímov zasahujúcich pri hromadných nešťastiach a katastrofách. Jednoduchšie je rozvoju syndrómu predchádzať preventívnymi aktivitami. V praxi to znamená dostatok voľna pre regeneráciu fyzických a psychických síl, čerpanie dovolení na zotavenie. Nutná je pravidelná psychohygiena vrátane relaxačných cvičení, peer supportu a možnosti absolvovať supervíziu. Dôležité je udržiavať dobré interpersonálne vzťahy na pracovisku. Jednak sa od nich odvíja funkčná spolupráca pri práci s rizikovými skupinami klientov, jednak sa udržiava pohoda potrebná pre zdravú psychiku.

Záver

Syndróm vyhorenia je proces, má svoje zákonitosti vývinu. Znižuje kvalitu ľudského života, ale i kvalitu poradenskej práce s klientom. Prejavuje sa v psychickej, telesnej a sociálnej oblasti, prenáša sa do blízkych interpersonálnych vzťahov človeka a ohrozuje tak partnerskú stabilitu a rodinnú pohodu. Poradcovia v kríze sa denne stretávajú s náročnými situáciami u klientov a sú týmto syndrómom zvlášť ohrození. Priam nevyhnutné je vyhoreniu predchádzať u profesionálnych záchranárov aj dobrovoľníkov zasahujúcich pri hromadných nešťastiach a katastrofách. Psychické, fyzické i sociálne prejavy syndrómu vyhorenia môžu ovplyvniť kvalitu ich práce a ich samých ohroziť na životoch. Dôležitá je preto preventívna práca v zmysle zdravého správania, oddychu, dobrých interpersonálnych vzťahov na pracovisku. Na základe uvedených výskumov, postupov a skúseností s priamou poradenskou prácou sa ako jeden zo záverov javí nutnosť výcviku pomáhajúcich profesionálov v peer supporte a využívanie supervízie.

Zoznam bibliografických odkazov

- FREUDENBERGER, H.J, 1975. *Theory, Research a Practice*, Vol 12(1), Spr.73-82.
- GRIFFIN, M, HOGAN, L, LAMBERT, E, TUCKER-GAIL, K, Baker, D, 2010. Job Involvement, Job Stress, Job Satisfaction, and Organizational Commitment and the Burnout of Correctional Staff.*Criminal Justice and Behavior*, 37(2), 239-255. Vyhľadané 18.3.2011, dostupné na <http://cjb.sagepub.com/content/37/2/239.abstract>
- HENNING, C.,KELLER, G, 1996. *Antistresový program pro učitele: Projevy, příčiny a způsoby překonání stresu z povolání*. Praha: Portál,1996. ISBN 80-7178-093-6.
- JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E, 2006. *Syndrom vyhoření*. Praha. Vzdělávací institut ochrany-dětí. ISBN 80-86991-74-1.
- KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ E, 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada Publishing. ISBN – 978-80-247-2831-5.

LEWIG, K, DOLLARD, M, 2003. Emotional dissonance, emotional exhaustion and job satisfaction in call centre workers. *European Journal of work and organizational psychology*, 12 (4), 366–392.

MEAD, S., HILTON, D., CURTS, L, 2001. Peer support: a theoretical perspective. In: *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25,2, s.134-141.

PAVLUVČÍKOVÁ, E, KAČMÁROVÁ, M, KOLIBÁROVÁ, I, 2013. Vzťah pracovnej spokojnosti k syndrómu vyhorenia v dvoch skúmaných profesiách. In: *Psychológia práce a organizácie [elektronický zdroj]* : zborník z medzinárodnej konferencie "Psychológia práce a organizácie 2012". UPJŠ v Košiciach. ISBN 978-80-8152-086-0.

Kontakt na autora

PhDr. Elena Pavlůvčíková, PhD.

Inštitút psychológie, FF PU v Prešove,

elena.pavlůvcikova@unipo.sk

Ryzykowne działania pracownika socjalnego w pracy z klientem pomocy społecznej

(etyczne i nieetyczne zachowania pracownika socjalnego z klientami pomocy społecznej)

Magdalena Lubińska-Bogacka, Ewa Zawisza-Masłyk (PL)

Streszczenie: *Po transformacji ustrojowej w Polsce, która miała miejsce pod koniec lat 80 tych XX wieku, nastąpiła zmiana podejścia do działań pomocy społecznej, jako instytucji. Na pracownika socjalnego nałożono szereg działań i aktywności, które do tej pory były w gestii innych resortów np.: oświaty, sądownictwa, zdrowia. Nastąpiła większa profesjonalizacja działań pracownika socjalnego z wąskimi specjalizacjami. Poza tym z działalności bezpośredniej pracy z klientem, pracownik socjalny stał się zakładnikiem biurokratycznych działań. Obecnie na pracownika socjalnego nakłada się wielopłaszczyznową aktywność skierowaną do grup w największym stopniu zagrożonych wykluczeniem społecznym. Dotyczy ona osób i środowisk mających złożone problemy, które prowadzą do bardzo poważnych konsekwencji, takich jak np.: realne zagrożenie bezdomnością, trwałym rozpadem rodziny czy wykluczeniem na całe życie z rynku pracy. Pracownik socjalny zobowiązany jest do pracy z ludźmi niepełnosprawnymi i bardzo chorymi. Często pracownik socjalny podejmuje pracę ze środowiskami zniechęconymi do aktywności, biernymi, w których wzbudzenie odpowiedniej motywacji do zmian trwa długo, czasami w ogóle nie dając rezultatów. Nałożone na pracowników socjalnych obowiązki, częste frustracje zawodowe a czasami brak odpowiedniego przygotowania do pracy z klientem powodują, że w pracy pracownika socjalnego zdarzają się działania nieodpowiednie, nieetyczne, ryzykowne często na krawędzi zasad prawnych. Artykuł przybliża niektóre problemy pracy pracownika socjalnego, z którymi styka się on na co dzień w systemie opieki społecznej we współczesnej Polsce.*

Słowa kluczowe: *Pomoc społeczna. Pracownik socjalny. Klient pomocy społecznej. Działalność etyczna. Profesjonalizm i kompetencja.*

Abstract: *The transformation period which took place in the 80s' in Poland resulted in a noticeable change of attitude towards the social care system perceived as an institution. A social worker has been given and made to take over new responsibilities which previously had belonged to educational, legal or health institutions. Narrow specialization of a social worker conduct has become the most recognizable feature of this change. Also professionals have become 'hostages' of bureaucratic activities. Multidimensional activities targeted towards those who are endangered with all sorts of marginalization have been imposed on them too. A social worker is obliged to work in all sorts of environments – with the homeless, the socially excluded, the unemployed, the terminally or seriously ill. Such professionals work also with those who are passive and discouraged from all kinds of activities. Motivating such groups is not only time consuming but may also bring little or no results. Imposing such duties on social workers, frequent job frustrations or sometimes the lack of proper preparation for the contacts with a client may lead to inappropriate conduct, non-ethical behavior or boundaries crossing. The article explores some problems of social workers which they are forced to face daily in the social welfare in contemporary Poland.*

Keywords: *Social welfare. Social worker. Client. Ethical conduct. Skills. Competence.*

„Etyka nie stanowi dodatku do pewnej egzystencjalnej, pierwotnej bazy; to w etyce rozumianej jako odpowiedzialność zawiązuje się sam węzeł podmiotowości¹⁷”. Prawdziwą wolność mierzy się gotowością do służby i do daru z siebie¹⁸.

Wstęp

Etyka w swym podstawowym znaczeniu jest, samodzielną nauką poświęconą normom ludzkiego zachowania, i jest ona tą częścią filozofii, która zajmuje się moralnością, tym jak żyć, by nie czynić krzywdy drugiemu człowiekowi, jest też częścią filozofii zajmującą się systemami uszeregowanymi według poszczególnych poglądów filozoficznych, które tworzą tzw. zasady moralne. W języku codziennym słowo etyka przybiera znaczenie o zabarwieniu pozytywnym i określa powszechnie akceptowalne zachowanie. Zachowanie, które nie jest ogólnie przyjęte i dopuszczone, określane jest w języku potocznym jako nieetyczne. W etyce mamy do czynienia z dwoma teoriami, które rozróżniają normy ze względu na ich pochodzenie i zakres odniesienia. I tak wyróżniamy teorię obiektywistyczną, która głosi, że wszelkie podstawowe normy etyczne są uniwersalne; zakłada ona, iż można w sposób ogólny, bez względu na uwarunkowanie, przyjąć podział na dobro i zło i wedle tego podziału stworzyć katalog podstawowych zasad moralnych. Etyczność to ten pułap funkcjonowania moralnego jednostki, któremu przy podejmowaniu decyzji towarzyszy refleksyjne poczucie powinności wynikające z uznawanych wartości i poczucie odpowiedzialności za następstwa tych decyzji. Realizacja etyczności uwidacznia się zarówno w procesach społecznych jak również w interakcjach ludzkich. Szczególnie etyczność jest wszechobecna w pracy socjalnej, której podstawowym celem jest „udzielanie pomocy osobom i rodzinom we wzmacnianiu i odzyskiwaniu ich zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi czy też inaczej mówiąc, towarzyszy „przywracaniu zdolności jednostki i grup społecznych do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym i walce ze społecznym wyłączeniem, marginalizacją i wykluczeniem¹⁹”. Celem prezentowanego opracowania jest dokonanie i ukazanie najistotniejszych problemów etycznych, jakie najczęściej spotykane są w pracy pracowników socjalnych, a które związane są z podejmowaniem działań na rzecz innych potrzebujących osób. Praca tego typu łączy się ze względu na swój przedmiot z pojęciem służb społecznych. Dlatego też pierwsza część rozważań poświęcona zostanie teoretycznym aspektom związanym z definicjami, istotą i zakresem pojęcia etyki. Następnie ukazane zostaną dylematy etyczne w pracy socjalnej poparte badaniami, które zostały wykonane w Krakowie, w latach 2013-2014, w różnych instytucjonalnych ośrodkach socjalnych, w których zatrudnieni są pracownicy socjalni. Następnie przedstawione zostaną standardy umiejętności zawodowych, w pracy z drugim człowiekiem.

1 Pojęcie, istota i wymogi oraz zakres prawny etyki wśród pracowników społecznych

Jednym z elementów budowania etosu grupy zawodowej określającego jej miejsce i odrębność wśród pozostałych są standardy etyczne zawodu pracownika socjalnego. Możliwość ich sformułowania jest związana z istnieniem etyki zawodowej, kodeksu etycznego oraz przepisów prawnych, które przyjmują pewne normy postępowania. Przez

¹⁷ Emmanuel Levinas, *Etyka i nieskończoność*, 1991, s. 54, Kraków, Wyd. Akademia Teologiczna w Krakowie, ISBN 9788385245094

¹⁸ Jan Paweł II, *Statio Orbis*, Wrocław, 1997

¹⁹ K. Wódcz, *Praca socjalna w środowisku zamieszkania*, Warszawa 1996, s. 96 Wyd. Biblioteka Pracownika Socjalnego, ISBN83-7164-103-6

etykę zawodową rozumieć będziemy „zespół zasad i norm określających, jak z moralnego punktu widzenia powinni zachowywać się przedstawiciele danego zawodu”²⁰. Refleksja na temat miejsca etyki w pracy socjalnej i w pomocy społecznej może być sprowadzona do trzech grup zagadnień. Po pierwsze, do zagadnień, które mają na celu ukazanie podstawowych wartości w ogólnej misji, celów i priorytetów w pracy socjalnej i pomocy społecznej. Cele pomocy społecznej oraz podstawowe priorytety działalności praktycznej związane są z takimi wartościami, jak równość społeczna, bezpieczeństwo, solidarność społeczna. Praktyka zawodowa nawiązuje do wartości osoby ludzkiej, jej prawa do wolności i samostanowienia. Druga grupa zagadnień etycznych to wprowadzanie standardów etycznych do zawodu pracownika socjalnego. Związane jest to z ogólną tendencją do określenia jasnych zasad ramowych działalności profesjonalnej, obejmującej nie tylko standardy dotyczące wykształcenia, lecz także standardy etyczne. I po trzecie, refleksja etyczna dotyczy dylematów, na jakie napotykają pracownicy socjalni w trakcie wykonywania swoich obowiązków służbowych. Ten obszar odnosi się do praktyki pracy socjalnej ze względu na obecną w niej konieczność dokonywania ciągłych wyborów o charakterze etycznym²¹. Należy wspomnieć, że obszary odpowiedzialności etycznej związane są też z działalnością profesjonalną człowieka. Wyznaczane są przez role społeczne, role zawodowe, konkretne zadania i obowiązki, jakie przyjmuje on na siebie. W ramach roli zawodowej pracownika socjalnego wyróżnia się różne formy aktywności. Z reguły pracownik socjalny występuje zwykle w wielu rolach równocześnie (role: badacza, kreatora polityki, administratora, konsultanta, trenera, kierownika lub członka zespołu, pośrednika, koordynatora przypadku²²). Ich dobór pozostaje elastyczny w zależności od potrzeb środowiska, instytucji, czy sytuacji klienta. Aby rozważania na temat etyki pracownika socjalnego były kompletne, należy przybliżyć definicję pracy socjalnej. Praca socjalna sięga swoją historią 1917 roku, kiedy termin ten pojawił się w nazwie amerykańskiego stowarzyszenia National Conference of Social Work. W świetle polskiej definicji prawniczej z art. 6 pkt 12 ustawy z dnia 12. marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jednolity: Dz.U. 2009, Nr175, poz.1362 z późn. zm.) przez pracę socjalną rozumie się działalność zawodową mającą na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie przez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi. Zgodnie z przepisem art.119 ust. 1 przywołanej ustawy praca socjalna jest podstawowym zadaniem polskiego pracownika socjalnego. W Polsce te zadania wykonuje kilkanaście tysięcy pracowników socjalnych. Między innymi do zadań pracowników socjalnych w Polsce należy:

- 1) dokonywanie analizy i oceny zjawisk, które powodują zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu pomocy społecznej oraz kwalifikowanie do uzyskania tych świadczeń,
- 2) udzielanie informacji, wskazówek i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osobom, które dzięki tej pomocy będą zdolne samodzielnie rozwiązywać problemy będące przyczyną trudnej sytuacji życiowej; skuteczne posługiwanie się przepisami prawa w realizacji tych zadań,
- 3) pomoc w uzyskiwaniu, dla osób będących w trudnej sytuacji życiowej, poradnictwa dotyczącego możliwości rozwiązywania problemów i udzielania pomocy przez właściwe instytucje państwowe, samorządowe, i organizacje pozarządowe oraz wspieranie w uzyskiwaniu pomocy,
- 4) udzielanie pomocy zgodnie z zasadami etyki zawodowej,

²⁰ J. Galarowicz, Powołanii do odpowiedzialności. Elementarz etyczny. Oficyna Naukowa i Literacka, Kraków 1993, s. 13, ISBN 83-85 774-02-5

²¹ F. G. Reamer, Dylematy etyczne w praktyce socjalnej, w: M. Bocheńska-Seweryn, K. Frysztacki, K. Kluzowa (red), Wypisy z wybranych zagadnień pracy socjalnej. Kraków, 1994, s. 54, ISBN 83-02-06325-8

²² L. Lister, Contemporary Direct Practice Roles, „Social Work”, 1987, vol. 32, nr 5

- 5) pobudzanie społecznej aktywności i inspirowanie działań samopomocowych w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób, rodzin, grup i środowisk społecznych,
- 6) współpraca i współdziałanie z innymi specjalistami w celu przeciwdziałania i ograniczania patologii i skutków negatywnych zjawisk społecznych, łagodzenie skutków ubóstwa,
- 7) inicjowanie nowych form pomocy osobom i rodzinom mającym trudną sytuację życiową oraz inspirowanie powołania instytucji świadczących usługi służące poprawie sytuacji takich rodzin i osób,
- 8) współuczestniczenie w inspirowaniu, opracowaniu, wdrożeniu, oraz rozwijaniu regionalnych programów pomocy społecznej ukierunkowanych na podniesienie życia²³.

Tak ujęta ustawowo praca socjalna ściśle koresponduje z określeniem przyjętym w lipcu 2000 r. przez Zgromadzenie Ogólne Międzynarodowej Federacji Pracowników Socjalnych, skupiającej organizacje zawodowe pracowników socjalnych z ponad osiemdziesięciu państw, której przez wiele lat patronowała Irena Sendlerowa z Polski. Określenie to brzmi następująco: „Praca socjalna, promuje społeczne zmiany, rozwiązywanie problemów we wzajemnych ludzkich relacjach oraz wzmocnienie i wyzwolenie ludzi dla osiągnięcia przez nich dobrostanu ...”. Dla pracowników socjalnych niezmiennie ważne są zasady praw człowieka i społecznej sprawiedliwości, które są fundamentalne dla pracy socjalnej. Nim jednak zostaną opisane warto prześledzić prawne rozwiązania z działalnością służb socjalnych, które są różne dla wielu krajów europejskich. Na przykład status pracowników socjalnych jest zróżnicowany, porównując poszczególne kraje europejskie. W wielu państwach pracownicy socjalni powiązani są z kadrą pedagogiczną (Belgia, Dania,), w innych znów ze służbą zdrowia (Francja, Szwajcaria) albo z kuratelą sądową (częściowo Wielka Brytania). Wszędzie jednak występuje społeczno-opiekuńczo- wychowawczy charakter służb socjalnych (publicznych, społecznych, czy nawet prywatnych), powiązany z funkcjonowaniem władz lokalnych²⁴.

Europeizacja służb społecznych odbywa się w ramach Unii Europejskiej. Przewiduje się rozwój trans granicznych działań tych służb, jako realizacji wolności traktowanych, a zwłaszcza swobody przepływu osób i pracy. Monitoringiem służb społecznych w krajach UE zajmuje się bezpośrednio Komisja Europejska, która ujednolica rozwiązania organizacyjne za pomocą bezpośrednich transferów pieniężnych czy metody projektowej. We Frankfurcie nad Menem utworzono Obserwatorium Służb Społecznych, które odpowiedzialne jest za Europejski System Informacji o Służbach Społecznych. Jest to działanie, które spowoduje większe niż dotąd ujednolicenie systemu prawnych rozwiązań zwłaszcza w aspekcie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w Unii Europejskiej. Należy też stwierdzić, że działalność pracownika, jego prawa są także zawarte w Europejskiej Karcie Społecznej (European Social Charter), sporządzonej już w 1961 roku w Turynie wraz ze Zrewidowaną Europejską Kartą Społeczną z 3 maja 1996 r. Ta druga jest przez Polskę podpisana ale nieratyfikowana. Między innymi przepis art.14 Europejskiej Karty Społecznej stanowi o prawie do korzystania ze służb opieki społecznej, które mają być ochroną instytucjonalną praw człowieka. Kontrolą przestrzegania Karty zajmuje się Europejski Komitet Praw Społecznych (Komitet Niezależnych Ekspertów). Komitet ten między innymi sformułował o Polsce negatywne opinie w zakresie nie respektowania przez nasz kraj wskaźnika co do małego nasycenia pracownikami socjalnymi, niedoinwestowania placówek opieki społecznej, złych warunków pracy i płacy pracowników socjalnych. Te złe opinie były

²³ Jarosław Dobkowski, Pracownik Socjalny w Polsce na tle porównawczym i Europejskim [w] red. S. Dąbrowy, M. Czakowski, Porządek prawno - społeczny a problemy współczesnego świata. Wyd. Kujawsko-Pomorska Szkoła Wyższa w Bydgoszczy, ISBN 978-83-89914-52-1

²⁴ Workers in Local Government, „Social Policy & Administration”, 1969, Vol. 3, ISSUE1, ss. 17-38

już formułowane w 2010 roku, jednak niewiele zmieniło się od tamtego czasu. Można nawet powiedzieć, że dużo zmian jest negatywnych (np.: płace pracowników socjalnych są najniższe w całej Unii Europejskiej, brak stabilizacji pracy, ciągle zmieniające się przepisy, zmienianie zasad funkcjonowania instytucji i placówek socjalnych, narzucanie nowych zadań dla pracowników bez szkoleń, na które brakuje pieniędzy (często są to szkolenia na bardzo niskim poziomie), ciągle zmieniające się przepisy, które nie wnoszą niczego nowego, ograniczanie etatów w placówkach itp.), to powoduje ciągłą rotację w zawodzie, a brak stabilności pracy powoduje, że pracownik nie wiąże się z firmą i klientami, praca socjalna jest wykonywana tylko na krótkoterminowych celach, ponieważ pracownicy socjalni są zatrudniani od projektu do projektu. Brak długoterminowych rozwiązań w systemie społecznym i opiekuńczym, obejmowanie stanowisk w opiece społecznej przez osoby przypadkowe, które nie identyfikują się z ważną służbą społeczną potrzebną drugiemu człowiekowi, powoduje to, że służba dla osób potrzebujących stała się jedną z najbardziej biurokratyzowanych dziedzin, a czasami nawet działania tych służb są skierowane przeciw człowiekowi i rodzinie.

Komitet Ministrów Rady Europy sformułował zasady, jakimi powinien posługiwać się pracownik socjalny. Po pierwsze, ludzkie prawa i wolności muszą być respektowane, jednocześnie powinny chronić osoby, które czują się zagrożone. Aby tak się działo, pracownik socjalny musi zdawać sobie sprawę z ważności wykonywania swoich obowiązków w stosunku do klienta pomocy społecznej. Ważne są także kompetencje, jak już wcześniej była o tym mowa, ale także sama interakcja, relacja pomocy pomiędzy pracownikiem a klientem. Relacja pomocy to taka interakcja interpersonalna, w której osoby uczestniczące w niej, czują się związane ze sobą w taki sposób, że powstaje układ sprzężonych ról, w którym jedna z nich pełni rolę pomagającego, a druga wspomaganego. Jej istotą jest wspólny cel, którym jest zaspokojenie potrzeb osoby potrzebującej, a nie pomagającego. Relacja ma przede wszystkim umożliwić klientowi przyjęcie odpowiedzialności za siebie i podejmowanie decyzji opartych na szerszym niż dotąd wyborze opcji²⁵. Pomoc nie polega na działaniach „ulepszających” klienta; polega na wspólnej pracy nad poszukiwaniem najlepszych rozwiązań dla jego problemów. Cel relacji winien być jasny dla obu jej stron. Są obszary, w które powinna być wyposażona osoba pomagająca, od których zależy efektywność relacji pomagania. A mianowicie: czy potrafi komunikować klientowi swoje rozumienie jego sytuacji, czy potrafi osoba pomagająca rozpoznać i wyodrębnić problem klienta, z którym do niej przychodzi, czy potrafi zastosować właściwe strategie pomagania. Jeśli potrafi, to zwiększa efektywność swojej praktyki, tworząc dla klienta właściwe warunki umożliwiające mu podjęcie pracy nad zmianą własnej sytuacji. Wpływ na skuteczność relacji mają również czynniki odnoszące się do cech osób wykonujących zawody pomocowe. I tak, relacja będzie bardziej efektywna, im pełniej przedstawiciele zawodów pomocowych będą reprezentowali, na przykład, takie cechy jak: bezwarunkowa akceptacja klienta, autentyczność i spójność w działaniach, postawa empatyczna wobec innych ludzi. Ważne jest także, jak pracownik socjalny postrzega własną osobę, jakie ma doświadczenia życiowe pozytywne, bo to będzie ważne w podejściu do drugiego człowieka. Im bardziej będzie postrzegał pomagający prawa drugiego człowieka jako wartościowego, sprawczego, godnego zaufania, przyjaznego i optymistycznie nastawionego do świata, a siebie samego jako osobę kompetentną, godną zaufania, wartościową i potrzebną innym, i im bardziej będzie koncentrował się na ludziach, a nie na rzeczach, prezentując podmiotowy stosunek do klientów, empatię, będąc jednocześnie świadomym własnej motywacji do pomagania, tym bardziej jego działania będą efektywniejsze i skuteczniejsze. Louise Johnson, pisząc o efektywności osoby pomagającej, wskazuje, że będzie nią osoba, która nosi w sobie przekonania, że inni ludzie:

²⁵ K. Otrębska – Popiołek, Człowiek w sytuacji pomocy. Psychologiczna problematyka przyjmowania i udzielania pomocy, Uniwersytet Śląski, Katowice 1991, ISBN 978-83061638-83-4

- „bardziej mogą niż nie mogą,
- są bardziej przyjacielscy niż wrodzy,
- są bardziej godni niż niegodni,
- wewnętrznie motywowani bardziej niż zewnętrznie,
- niezależni bardziej niż zależni,
- bardziej pomocni niż utrudniający.

Jednocześnie osoba pomagająca powinna być nastawiona na zwiększanie obszarów wolności klienta niż na kontrolowanie go, nastawiona na szerszy katalog problemów niż węższy, bardziej odkrywanie siebie, swoich poglądów, uczuć niż ich ukrywanie, bardziej winna być zaangażowana w relację z klientem niż wyobcowana z niej, bardziej zorientowana na proces niż na osiąganie celów, bardziej altruistyczna niż narcystyczna. Powyższe elementy nie gwarantują sukcesu, ułatwiają jednak budowanie relacji pomiędzy pomagającym a klientem. Jej jakość jest kluczowym czynnikiem wpływającym na efekt procesu pomagania.

Dokonując próby podsumowania refleksji różnych autorów na temat osoby pomagającej, mających wpływ na efektywność procesu pomagania można wskazać na kompetencje zawodowe, samoświadomość osoby pomagającej, czyli świadomość siebie, własnych wartości, uczuć, ograniczeń, prowadząca do większej autentyczności w relacji z klientem i spójności samego siebie, szczerość jako warunek budowania zaufania w relacji z klientem, empatia i rozumienie sytuacji klienta i pozytywny stosunek, szacunek wobec klienta, umiejętność poszanowania jego godności i prawa do samo decydowania, postawa akceptacji, osoby klienta, ciepły ale jednocześnie konkretny stosunek zakładający umiejętność okazywania mu troski przy równoczesnym przekazywaniu mu informacji w sposób klarowny. Poza cechami osób pomagających na skuteczność udzielanej pomocy ma wpływ jakość więzi jaka powstaje pomiędzy klientem a pomagającym²⁶. Analizy, wskazują, że najlepsze efekty osiąga się, gdy: zarówno pomagający, jak i klient angażują się w proces pomagania, zostają przyjęte określone role – klient demonstruje i wyraża przywiązanie do pomagającego natomiast pomagający aktywnie z nim współpracuje. Pomiedzy pomagającym a klientem daje się zauważyć spontaniczność i obustronne zrozumienie. To, co się dzieje pomiędzy osobą pomagającą a osobą korzystającą z pomocy ma charakter dynamiczny. Nazywane jest również więzią terapeutyczną, relacją terapeutyczną/ pomocową, przymierzem służącym pomaganiu. Satysfakcjonująca relacja to taka, gdzie obecne są: zaufanie, empatia, autentyczność, troska, szczerość, opiekuńczość, szacunek, tolerancja, akceptacja, uczciwość, zaangażowanie. Taka relacja rozwija się dynamicznie wraz z trwaniem procesu pomagania. Pracownik socjalny nie przyjmuje pozycji nadrzędnej względem klienta. Podejmuje raczej działania w celu wzmocnienia jego wysiłku w stronę aktywnego uczestnictwa relacji pomocowej z pozycji pełnoprawnego partnera od początku do końca jej trwania. Kluczowymi wyznacznikami partnerstwa są następujące założenia:

- klient i pracownik socjalny wspólnie uczestniczą w podejmowaniu decyzji dotyczących problemów i celów do pracy, i negocjują plan, dzięki któremu mogą one mogły zostać osiągnięte,
- klient i pracownik socjalny wnoszą do partnerstwa różne, ale równie ważne zasoby, przyczyniające się do rozwiązania problemów klienta,
- pracownik socjalny jest ekspertem w ułatwianiu przebiegu procesu rozwiązywania problemów i zabezpiecza klientowi uczestnictwo w tym procesie,
- profesjonalne wartości są ważnym elementem partnerstwa, szczególnie te odnoszące się do godności osoby ludzkiej i jej prawa do samostanowienia o sobie,

²⁶ J. A. Kottler, Skuteczny terapeuta, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003, s. 58.
ISBN97883389120427

Szacunek, a tym samym etyczne zachowanie pracownika dla drugiego człowieka potrzebującego może wyrazić się poprzez:

- traktowanie ludzi bardziej w kategoriach ich niepowtarzalności niż w kategoriach diagnozy, zaburzeń, problemów, chorób czy przypadków,
- włączanie do procesu rozwiązywania problemów klienta jego zasobów, aktywów, mocnych stron,
- maksymalne motywowanie klienta do aktywnego uczestnictwa w procesie,
- utrzymywanie wspólnej odpowiedzialności z klientem za przebieg procesu rozwiązywania jego problemów,
- uważne komunikowanie klientom szacunku poprzez słowa, gesty i zachowania.

Współpraca w obszarze partnerstwa klient – pracownik socjalny jest kluczowa i bez jej istnienia nie ma możliwości efektywnego rozwiązywania problemów klienta²⁷. Pomimo istnienia różnych podejść teoretycznych do pracy socjalnej, wspólne dla nich wszystkich jest odwołanie do kanonu wartości, wpisanych w misję pracy socjalnej, czyniąc ją unikalną i różną od misji innych zawodów związanych z profesjonalnym pomaganiem. Należy do nich przede wszystkim sprawiedliwość społeczna, godność i wartość osoby ludzkiej, uczciwość, znaczenie relacji międzyludzkich, wiedza i kompetencje. Aby móc je realizować, pracownik socjalny winien mieć świadomość swoich osobistych wartości, preferencji, uprzedzeń i stereotypów, słabych punktów, stosowanych strategii zachowania. Jest ona niezbędna dla rozumienia nie tylko samego siebie, ale i podjęcia przez pracownika socjalnego odpowiedzialności za siebie, własne decyzje w ramach zawiązującej się relacji z klientem²⁸.

F.G. Reamer konstruuje wieloetapowy proces podejmowania decyzji etycznych przez pracownika socjalnego. Kluczowymi jego momentami są: identyfikacja etycznych zasad, które odnoszą się do danej sytuacji, ustanowienie priorytetów wśród zasad, ocena potencjalnego ryzyka i konsekwencji wynikających z przyjęcia określonego kierunku działania, identyfikacja istotnych warunków, które mogłyby zakłócić standardowe stosowania zasad etycznych, wyliczanie przepisów i środków ostrożności niezbędnych do sprostania wyborowi określonego sposobu działania, ewaluacja podjętej decyzji w kontekście etycznej i profesjonalnej odpowiedzialności. Beulah R. Compton i Burt Galaway i Barry R. Cournoyer wskazują ponadto na siedem, ich zdaniem podstawowych, elementów profesjonalnej relacji w pracy socjalnej. Są nimi:

- 1) troska o innych – postawa łącząca ciepło, szczerą sympatię, życzliwość, wsparcie i zainteresowanie klientem; komunikowanie prawdziwej chęci zrozumienia „klienta w jego sytuacji”,
- 2) zaangażowanie i zobowiązanie, które stanowią podstawę dla rozumienia istoty odpowiedzialności za sytuację pomocy (tworzenie klimatu sprzyjającego przyjęciu pomocy przez klienta; tworzenie perspektywy dla lepszego rozumienia potrzeb czy problemów klienta, bazując na własnej wiedzy i doświadczeniu; dostarczanie struktury myślenia o potrzebach czy problemach; dostarczanie informacji na temat potrzebnych środków i pomoc w ich uzyskaniu przez klienta,
- 3) akceptacja klienta, która staje się możliwa dzięki procesom poznawania, podejmowania wysiłków w celu zrozumienia rzeczywistości i doświadczeń innych jak i indywidualizacji, czyli zdolności do widzenia osób jako unikalnych istot ludzkich z ich własnymi uczuciami, myślami i doświadczeniami,

²⁷ F.G. Reamer, The social work ethics audit: A risk-management strategy, [w:] Social Work, 45(4), 2000, s. 355-366. ISSN 0190-7409

²⁸ Frederic G. Reamer¹¹² F.G. Reamer, The social work ethics audit: A risk-management strategy, [w:] Social Work, 45(4), 2000, s.355-366. ISSN 0190-7409

- 4) zaufanie i nadzieja, które znajdują swój wyraz w wierze pracownika socjalnego w możliwości, potencjał klienta oraz nadziei na uruchomienie procesu zmiany jego sytuacji jak również w wierze we własne możliwości, kompetencje, siłę i sprawczość działania,
- 5) empatia rozumiana jako zdolność: (a) komunikowania, że rozumie się sytuację klienta, (b) spostrzegania świata z perspektywy innych, (c) poznania świata drugiego człowieka, (d) przedstawianie własnej wyobraźni na myślenie, odczuwanie i działania innej osoby. Empatia umożliwia pokonanie głównych przeszkód w komunikacji interpersonalnej. Słuchanie empatyczne umożliwia nawiązanie pogłębionego kontaktu z drugim człowiekiem. Nie jest celem samym w sobie, ale środkiem budowania więzi pomiędzy ludźmi,
- 6) autorytet i władza – praca socjalna posiada status zawodu, którego przedstawiciele posługują się różnym stopniem władzy uprawniającej do podejmowania interwencji w życie klientów,
- 7) autentyczność i zgodność.

Relacja w pracy socjalnej zawiera w sobie dwa rodzaje relacji: relacje powierniczą i relacje terapeutyczną²⁹. Klient wierzy i ufa pracownikowi socjalnemu, jednocześnie będąc zależnym od jego oceny i porady. Jako powiernik pracownik socjalny jest zobowiązany praktykować w sposób uczciwy i postępować zgodnie z profesjonalnymi standardami oraz szanować jego godność. Relacja powiernicza bazuje na nierówności praw i odpowiedzialności. To po stronie pracownika socjalnego leży obowiązek bycia świadomym władzy, jaką posiada i praktykowania w sposób etyczny³⁰. Terapeutyczny aspekt relacji zakłada zdolność pracownika socjalnego do wykorzystania w swojej praktyce, zogniskowanej na pomoc klientowi, swojej wiedzy i swoich umiejętności zgodnie z obowiązującymi standardami. Relacja powiernicza zakłada wiarę i ufność klienta w uczciwość i szczerłość pracownika socjalnego, który w tym wymiarze relacyjnym ma obowiązek działać przede wszystkim na rzecz dobra klienta, w jego interesie i dla jego korzyści. Duże znaczenie dla stosowanych strategii radzenia sobie z trudnymi do rozwiązywania dylematami etycznymi ma identyfikacja z własnym zawodem oraz udzielenie sobie odpowiedzi na pytanie, kim jestem będąc pracownikiem socjalnym i po co nim jestem. Tożsamość zawodowa i motywacja związana z wykonywaniem swojego zawodu wpływa niewątpliwie na jakość podejmowanych działań profesjonalnych. Wiadomo, że można ponosić odpowiedzialność tylko za to, na co się ma wpływ, za to, co i jak się robi oraz czego się zaniecha. Pojawia się, zatem pytanie o zakres odpowiedzialności pracownika socjalnego. Każdy element jego aktywności zawodowej może budzić wątpliwości etyczne gdyż pracuje z człowiekiem.

2 Zachowania nieetyczne i dylematy etyczne pracowników socjalnych

Podając zagadnienie postaw nieetycznych u pracowników socjalnych wobec podopiecznych, należy mieć na uwadze szeroki zakres spraw i problemów z jakimi stykają się owi pracownicy w trakcie realizacji powierzonych im zadań. Praca pracownika socjalnego może wywoływać ryzykowne zachowania, szczególnie wówczas kiedy chodzi o podejmowanie decyzji w stosunku do klientów z którymi pracują. Klienci pomocy społecznej pochodzą z różnych środowisk. Są to środowiska ludzi uzależnionych, cierpiących na różne choroby i dolegliwości, bardzo często osoby zdemoralizowane, niedostosowane, rodziny niewydolne wychowawczo, osoby ubogie, przejawiające trudności w adaptacji społecznej, co często przekłada się na ich wychowanie a co za tym idzie zachowania w różnych sytuacjach.

²⁹ R. Johnner, Dual Relationship Legitimization and Client Self-Determination, *Journal of Social Work Values and Ethics*, Volume 3, Number 1 (2006), ISSN 1543-3714

³⁰ M. Davis, *Empatia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001. ISBN 83-88149-64-4.

Jak wskazuje A. Olubiński³¹ wielu pracowników socjalnych (bez względu na poziom wykształcenia), w praktyce często posługuje się wiedzą emocjonalną, subiektywną, nie zweryfikowaną empirycznie. A nawet jeśli operują wiedzą naukową, to często łączą ją z wiedzą prywatną wywodzącą się z ich doświadczeń życiowych czy określonej obyczajowości. Tak więc, w zależności od rodzaju sprawy czy wagi problemu, z jakim styka się udzielający pomocy, jak również wobec różnych kategorii podopiecznych, jeden pracownik może ujawniać nie jedną, lecz wiele postaw. Wydaje się więc, iż próba jakiegokolwiek generalizacji w tym zakresie wydaje się niemożliwa, chociażby z uwagi na tak szerokie spektrum problemów i kategorii podopiecznych, z jakimi mają ci pracownicy do czynienia.

Nieliczne badania w tym zakresie były prowadzone przez pedagogów, psychologów i socjologów. Z reguły badania dotyczą etycznych zachowań pracowników. Z badań, które były prowadzone przez autorki w Krakowie w latach 2013- 2014 z klientami pomocy społecznej w ramach projektu socjalnego nt.: „Postawy z jakimi stykają się klienci pomocy społecznej , w różnych ośrodkach socjalnych”, w trakcie realizacji projektu przebadano 200 osób, z tego 60 rodzin korzystających ze świadczeń pomocy społecznej, 60 kobiet – matek samotnie wychowujących dzieci w dwóch ośrodkach socjalnych w Krakowie (ośrodki dla Matek Samotnie Wychowujących Dzieci), 50 mężczyzn z Noclegowni dla Bezdomnych Mężczyzn, 30 kobiet z Przytuliska dla Bezdomnych Kobiet. W miesiącach styczeń - marzec 2014 roku rozdano około 500 ankiet. Tylko 200 z nich zostało wypełnionych przez respondentów w takim zakresie, że można było z nich skorzystać. Niektóre z tych odpowiedzi pragniemy przytoczyć w tej pracy. Badania pokazały, że najczęstszymi negatywnymi postawami ze strony pracowników socjalnych z jakimi spotykają się w/w klienci to: bezradność w załatwieniu sprawy dla klienta (39 %), zasłanianie się przepisami (48 %), upokarzanie klienta (34 %), wykorzystywanie swojego stanowiska do manipulacji klientem (23 %), wywyższanie się w stosunku do klienta (37 %), brak nawiązywania komunikacji (35 %), brak empatii, wczuwania się w sprawę klienta (39 %), rutynowe działania (33 %), stronniczość działania pracownika (45 %), brak wskazań dobrych rozwiązań dla klienta, który oczekuje poprowadzenia go w przepisach prawnych i socjalnych (32 %), pracownik nie wywiązywał się z podpisanego kontraktu (14 %), zaniedbywanie spraw ważnych dla klienta (22 %), wyłudzenie środków trwałych za opiekę lub świadczenie (9 %), pracownik ma bardzo mało czasu, nie słucha klienta, ma tylko wypełnić dokumenty (28 %), brak szybkiej reakcji na zdarzenie losowe (34 %), urzędnicza postawa, działanie tylko na przepisach prawnych (37 %), ambiwalentna postawa (raz pozytywna innym razem negatywną do tego samego klienta) (23 %).

Z przeprowadzonych badań nasuwa się refleksja, z czego wynikają tak niekorzystne odpowiedzi klientów. Jednak jak pokazują inne badania dotyczące pracowników socjalnych, (Paweł Czarnecki, Danuta Sałęga, Wiesław Kowalski, Krystyna Teresa Panas, Józefa Bragieli i in.), najczęstszymi przyczynami niewłaściwych zachowań wśród pracowników co przekłada się na negatywne relacje z podopiecznymi ale również na relacje ze współpracownikami było: wyczerpanie emocjonalne, stopniowy zanik uczuciowości, negatywny sposób postrzegania świata. Bardzo często te niewłaściwe zachowania pracowników wpływają z wypalenia zawodowego, jak pokazują badania polskie ale i światowe, które po raz pierwszy na grunt polski zostały przeniesione w latach 90-tych. Po raz pierwszy zespół objawowo-etiological wypalenia został opisany przez Helenę Sęk. W wielu publikacjach wypalenie zawodowe, które przyczynia się do ryzykownych a tym samym niewłaściwych postaw pracowników pomocy społecznej przedstawiane jest w postaci następujących zjawisk: uczucie złości w sytuacji, gdy beneficjent ponownie ubiegał się o udzielenie mu pomocy, wyczerpania emocjonalnego - poczucia odpływu sił i pustki

³¹ A. Olubiński, *Praca Socjalna. Aspekty humanistyczne i pedagogiczne*, Toruń 2004, s.57 ISBN 83-89163-03-9

wywołanej nadmiernymi wymaganiami psychologicznymi i emocjonalnymi, depersonalizacji - bezduszości i cynizmu oraz obniżenia wrażliwości na innych ludzi, obniżenia własnych dokonań - przekonania, że własne działania i wysiłki są mało warte i niewykorzystywane, wręcz marnotrawione, znużenia warunkowanego monotonią podejmowanych działań. Augustyn Bańka natomiast definiując przyczyny wypalenia zawodowego, które w znacznym stopniu obniżają pracę i wpływają na zachowania etyczne pracowników wymienia: brak perspektyw na przyszłość, zanik motywacji do pracy, zła sytuacja ekonomiczna i bytowa pracowników socjalnych.

Analiza badań w zakresie etycznych i nieetycznych zachowań pracowników pokazują, że pochodną działań warunkującą destrukcję funkcjonowania działania zawodowego i społecznego pracownika są czynniki indywidualne i organizacyjne. Do czynników indywidualnych zaliczyć można: sztywność postaw w aspekcie interpretacji roli zawodowej systemu wartości, brak akceptacji zachodzących zmian polityczno-społecznych, sztywność intelektualna objawiająca się sceptycyzmem wobec otwartości na przyswajanie wiedzy i konieczności interpretacji pozytywnej stałego kształcenia, niedostosowanie charakteru pracy do cech osobowych i tempera mentalnych, spadek motywacji do pracy, zmienność prezentowania postaw, konflikt wewnętrzny wynikający z niejednoznacznej akceptacji roli zawodowej, brak realności tworzenia właściwych potrzeb związanych z eksploatacją własnej osoby, przyjmowanie wielu obowiązków naraz, przenoszenie swoich nieuporządkowanych spraw rodzinnych na grunt zawodowy, najczęściej na klienta, złe doświadczenia wyniesione z domu rodzinnego, brak empatii ze względu na rutynę działań lub na sytuację, którą pracownik przeżywał sam lub wielu jego klientów, nie czerpanie radości z pomocy innym ludziom, brak przygotowania na sytuacje stresujące, gdzie należy bardzo szybko reagować, przypadkowa lub wymuszona) praca w służbach socjalnych (brak rynku pracy na danym terenie, zwłaszcza w małych gminach, gdzie nie ma pracy dla osób wykształconych).

Na zachowania pracowników w stosunku do klientów wpływają również czynniki zewnętrzne takie jak: dezaktualizacja zawodowa polegająca na negowaniu struktur organizacyjnych wykonywanej pracy, nieadekwatność w określaniu celów i niejednoznaczność dążeń i informacji, konflikt ról polegający na sprzeczności wymagań i oczekiwań między pracownikiem a zwierzchnikiem oraz między prawodawstwem a strukturą organizacji pracy społecznej, złe nawyki pracy polegające na negatywnym realizowaniu zadań, jak również niewłaściwy styl kierowania oraz brak współpracy z instytucjami informacyjno-doradczymi.

Sytuacja dylematu etycznego, w jaką jest często pracownik socjalny uwikłany, a przypominająca w swej istocie sytuację impasu, może zostać łatwiej przekroczona, gdy odwoła się on do wskazówek:

- zabezpieczenie niezbędnych warunków wstępnych indywidualnego działania – takich jak życie, zdrowie, żywność, dach nad głową; równowaga psychiczna ma pierwszeństwo nad ochroną przed krzywdą wynikającą z kłamstwa, zaangażowania w oszustwo, czy złamania poufności,
- prawo jednostki do niezbędnych warunków wstępnych działania ma pierwszeństwo nad prawem innych jednostek do wolności,
- prawo jednostki do wolności ma pierwszeństwo nad jej prawem do dobrego samopoczucia,
- zobowiązania do przestrzegania praw, zasad, przepisów, na które dana osoba z własnej woli wyraziła zgodę, ma przewagę nad jej prawem do dobrowolnego angażowania się w działania sprzeczne z tymi prawami, zasadami i przepisami,
- w przypadkach konfliktowych prawo jednostki do dobrego samopoczucia może przeważać nad regułami i ustanowieniami dobrowolnych stowarzyszeń,
- obowiązek zapobiegania szkodom podstawowym, takim jak głód i promowania

dóbr publicznych, takich jak mieszkalnictwo, edukacja i pomoc publiczna ma przewagę nad prawem do zachowania swojej własności. Podstawowe zasady relacji pracownik socjalny a klient wpisane są w kodeks etyki zawodowej. Dotyczą przede wszystkim prawa klienta do własnej autonomii i podmiotowości.

Podsumowanie

Stosunek pracownika socjalnego wobec podopiecznych jest niezmiernie ważny z punktu widzenia efektywności pracy socjalnej. Przyjęta postawa pracownika rzutuje na całokształt oddziaływań wobec klienta. W pracy socjalnej postuluje się taki wymiar relacji między ludzkich, które oparte są na wzajemnym zaufaniu i zrozumieniu między klientem, podopiecznym a pracownikiem socjalnym. Jednakże, jak wynika z powyższego przeglądu badań nad i postawami etycznymi wobec klientów te zachowania są dalekie od postulowanych standardów etyki zawodowej. Niewątpliwie, jeżeli pracownik socjalny „nie akceptuje podopiecznego, przypisuje mu od razu negatywne intencje i motywy postępowania, nie jest w stanie budować atmosfery wzajemnego szacunku, jako istotnej podstawy relacji międzyludzkich w sytuacji pomocowej. Badania i analiza literatury wykazały, że charakterystycznym rysem kontaktów pracowników socjalnych z beneficjentami pomocy społecznej jest tzw. „służbowy” stosunek pracowników względem podopiecznych. Bowiem, ponad 2/3 badanych pracowników (ok. 68 %) wskazywało, iż udzielanie pomocy potrzebującym należy po prostu do „zakresu ich obowiązków” i nie widziało związku swoich działań z naruszaniem etyki zawodowej. Mało który pracownik odnosi się do etyki, kodeksu etycznego. Oni wykonują swój zawód, często tak jak pracownicy administracyjni w instytucjach biurokratycznych. Taka postawa nie powinna zaś mieć miejsca w instytucjach pomocy, do których ludzie obciążeni problemami przychodzą pełni nadziei, że znajdą zrozumienie, współczucie i pomoc. Badania wykazały również, że niektórzy z pracowników socjalnych przypisywali negatywne cechy i intencje swoim podopiecznym. Niektórzy również stosowali wobec swych klientów groźby i ciągłe kontrole, które i tak w niczym nie pomagały tylko były elementem ciągłego nękania osób i ich rodzin. Z badań wynika również, że jednak większość badanych klientów ośrodków pomocy społecznej jest zadowolona z postaw pracowników socjalnych. Ich interakcje są pozytywne. Respondenci wypowiadali się, że mogą liczyć na pracownika, że mają do niego zaufanie. Jak wynika z badań prowadzonych wśród pracowników socjalnych 73 % z nich deklaruje, że całą pracę socjalną z klientem podporządkowują przepisom prawnym i robią to w zakresie ogólnie rozumianego dobra społecznego. Natomiast 21 % pracowników jest gotowych do poświęceń na rzecz podopiecznych, co wyraża się w twierdzeniu, iż dobro swoich klientów jest ważniejsze od wysiłku i trudu tejże pracy. 5 % pracowników przedkłada dobro swoich beneficjentów nad gratyfikację finansową związaną z wykonywanym zawodem.

Konkludując, proces kształtowania właściwych postaw etycznych winien stać się integralną częścią programów nauczania, na poziomie przygotowania zawodowego do pracy socjalnej. Szczególna rola w tym zakresie spoczywa na uniwersytetach, tam gdzie kształci się przyszła kadra służb społecznych. Ponadto pracownik socjalny w ramach swojej pracy, powinien być ciągle szkolony z zakresu norm etycznych i ich przestrzegania. Do zawodu nie powinni trafiać przypadkowi ludzie, którzy nie identyfikują się z wykonywaną służbą. Powinna być zagwarantowana pomoc konsultacyjno-terapeutyczna dla pracowników socjalnych, którzy pracują z trudnymi przypadkami jak również zajęcia superwizyjne, relaksacyjne pozwalające odpocząć pracownikowi po pracy. Pracownicy powinni się doskonalić w zakresie komunikacji i autopercepcji pozwalającej na budowanie pozytywnych, adekwatnych systemów wartości i określanie właściwych postaw w realizacji potrzeb. Bardzo ważne jest także aby pracownik socjalny umiał zadbać o swój zdrowy styl życia przejawiający się w realizacji zainteresowań poza środowiskiem pracy, dbanie o zdrowie i

akceptację siebie, oraz wypracowanie poczucia bezpieczeństwa. Taki stan pozwoli na dawanie ludziom w potrzebie wiele energii życiowej, której bardzo potrzebują.

Zoznam bibliografických odkazov

Kodeks Etyczny Polskiego Towarzystwa Pracowników Socjalnych, http://www.ptps.ops.pl/kodeks_etyczny.htm

Kozielecki J., Koncepcje psychologiczne człowieka, Wydawnictwo Akademickie ŻAK, Warszawa 2000. ISBN: 83-86770-47-3

Majchrowska A., Pracownik socjalny w systemie pomocy społecznej. Koncepcja roli zawodowej, Roczniki Nauk Społecznych, 2005, Tom XXXIII, zeszyt 1, s. 203-229. ISSN 0137-4176

Marzec-Holka K., Instytucja społecznych kuratorów sądowych w świetle badań, Wydawnictwo Uczelniczne WSP, Bydgoszcz 1994, ISBN 987-83-62828-74-6

Mudrecka I., Rodzinny kurator sądowy w percepcji nadzorowanych, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1997, ISBN: 8385678948

Nowak S., Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych, [w:] Teorie postaw, Nowak S. (red.), PWN, Warszawa 1973, s. 22-37, ISBN 978-83-01-14999-4

Olubiński A., Praca socjalna. Aspekty humanistyczne i pedagogiczne, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2004, ISBN 83-89163-03-9

Sutton C., Psychologia dla pracowników socjalnych, Gdańsk 2004

Turowski J., Socjologia. Małe struktury społeczne, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1993, ISBN:83-85291-6

Zbyrad T., Stres i wypalenie zawodowe pielęgniarek, pracowników socjalnych i policjantów. Stalowa Wola 2009, s. 110-115, ISBN 83-88796-92-5

Okun B., Skuteczna pomoc psychologiczna, IPZ, PTP, Warszawa 2002, s. 27, ISBN 8385452737

Rogers C., Cechy relacji wspomagającej, [w:] O stawianiu się osobą, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2002. ISBN 978-83-7510-984-9

Brammer L.M., Kontakty służące pomaganiu. Procesy i umiejętności, Polskie Towarzystwo Psychologiczne ISBN 978-83-88780-90-5

Kontakt na autora

Dr Magdalena Lubińska-Bogacka

Dr Ewa Zawisza-Masłyk

Uniwersytet Pedagogiczny

im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Starostlivosť sociálneho pracovníka o seba: model predchádzania vzniku syndrómu vyhorenia

Zdenka Behunová (SR)

Abstrakt: Sociálna práca je nielen zamestnanie, ale predovšetkým povolanie. Sociálny pracovník denne čelí náročným výzvam týkajúcich sa riešenia sociálnych, personálnych a rodinných problémov klientov. V súčasnosti sú sociálni pracovníci vystavení vyššiemu tlaku, ako to bolo v minulosti, čo má priamy súvis s pocitom uspokojenia alebo neuspokojenia z práce. K multiplikácii pozitívnych pocitov z vykonanej práce prispieva dodržiavanie postupov, zameraných na starostlivosť o seba. Zámerom príspevku je poukázať na dôležitosť sociálneho pracovníka o seba, ktorá znižuje riziko vzniku syndrómu vyhorenia a posttraumatickej stresovej poruchy.

Kľúčové slová: Postraumatická stresová porucha. Sebestarostlivosť sociálneho pracovníka. Syndróm vyhorenia.

Abstract: Social work is not only job, but mainly profession. The social worker has to facing a number of difficult challenges regard to finding a solutions of client's social, personal and family problems. In present social workers face to higher pressure than in the past, which has a direct correlation with the feeling of satisfaction or dissatisfaction of work. The multiplication of positive feeling aim a procedures and principles of self – care. The aim of this paper is to highlight the importance the self-care of social worker, which reduces the risk of burnout and post-traumatic stress disorder.

Keywords: Post-traumatic stress disorder. Self-care of social worker. Burnout syndrome.

Úvod

Komplexná sociálna pomoc a opora je zložitý a náročný proces, vyžadujúci si plné nasadenie sociálneho pracovníka, ktorý pri výkone svojej profesie si málokedy uvedomuje, že ak chce pomáhať iným, musí najprv vedieť pomôcť sám sebe.

Jedným z preventívnym procesov eliminovania dôsledkov stresujúceho prostredia sociálneho pracovníka je absolútna dôležitosť dodržiavania princípov seba - starostlivosti a vytvorenia optimálnej rovnováhy medzi personálnym a profesionálnym životom.(Ritter 2009) Proces pomoci sám sebe je v angličtine označovaný slovným spojením „self - care“ a jeho cieľom je predchádzať alebo naprávať prejavy syndrómu vyhorenia a posttraumatickej stresovej poruchy.

Syndróm vyhorenia v sociálnej práci

Výkon sociálnej práce pre profesionála je primárne záväzok voči klientovi a sekundárne voči organizácii, v ktorej pracuje a v neposlednom rade aj voči majoritnej spoločnosti. Náročné požiadavky, ktoré sú na sociálneho pracovníka kladené, môžu pre niektorých odborníkov predstavovať neprimeranú záťaž, ktorá má negatívny vplyv na psychické, emocionálne a fyzické prežívanie, čo môže viesť k úplnému vyčerpaniu a vzniku tzv. syndrómu vyhasnutia (burn out syndrómu).(Šlosár 2013)

Syndróm vyhorenia sociálnych pracovníkov je závažným problémom, pretože môže nepriaznivo ovplyvniť kvalitu a stabilitu vykonávanej práce. Ak sociálny pracovník v profesijnom nasadení zabúda na svoje potreby, môže to viesť k:

- a) strate profesionálneho záujmu, ktorý sa prejavuje hlavne pocitmi sklamaní,
- b) strate záujmu o svoju prácu,

- c) uspokojeniu sa s dennou rutinou,
- d) strate záujmu o ďalšie sebavzdelávanie,
- e) stagnácii v osobnostnom raste (Kelnarová, Matějková 2009).

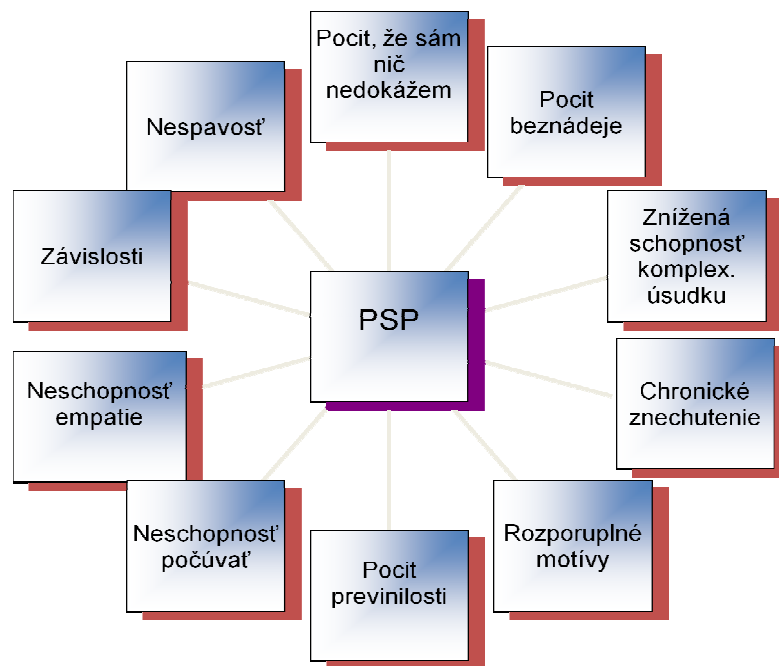
Syndróm vyhorenia v pomáhajúcich profesiách je častým predmetom odborných diskusií, ale oveľa menej pozornosti je venovanej inému úzko súvisiacemu pojmu, ktorým je posttraumatická stresová porucha sociálnych pracovníkov.

Posttraumatická stresová porucha sociálnych pracovníkov

Posttraumatická stresová porucha je známa najmä v spojení s ľuďmi, ktorí prežili veľkú traumu napríklad vojnový konflikt, alebo znásilnenie. V pomáhajúcich profesiách a špeciálne pri výkone sociálnej práce je posttraumatická stresová porucha častým dôsledkom pomoci alebo chcenia poskytnutia pomoci traumatizovanej osobe. Prejavy posttraumatickej stresovej poruchy sa môžu vyskytovať u sociálnych pracovníkov, ktorí denne pomáhajú hľadať riešenia osobám nachádzajúcim sa v sociálnych problémoch. Jedným z prejavov posttraumatickej poruchy u sociálneho pracovníka je pocit súcitu až ľútosti zo situácie, ktorú prežíva klient. (Figley 1995)

Vzniku posttraumatickej stresovej poruchy predchádza niekoľko varovných signálov, ktoré sa vyskytujú postupne jednotlivo, alebo aj viaceré naraz (viď schéma č. 1).

Schéma č. 1: Prejavy syndrómu vyhorenia a posttraumatickej stresovej poruchy



Zdroj: Lipsky, Burk 2009

Preventívne programy, ktoré predchádzajú vzniku syndrómu vyhorenia a posttraumatickej stresovej poruchy sú napr. supervízia, ďalšie vzdelávanie, vzájomná pomoc a podpora medzi sociálnymi pracovníkmi na rôznych úrovniach výkonu profesie.

V prípade, že sociálny pracovník spozoruje sám na sebe jednu alebo viacero vyššie popísaných charakteristík syndrómu vyhorenia alebo posttraumatickej stresovej poruchy, prípadne na prejavy upozornia kolegovia respektíve iné osoby v úzkom kontakte so sociálnym pracovníkom je dôležité upriamiť pozornosť na princípy profesionálnej seba-starostlivosti na úrovni jednotlivca a na úrovni zamestnávateľa.

Profesionálna seba - starostlivosť sociálneho pracovníka

Rozhodnutie stať sa sociálnym pracovníkom a vykonávať sociálnu prácu ako profesiu, nie je jednorazovo vykonané rozhodnutie, ale je to neustále rozhodovanie sa pre určité kroky, kde najdôležitejším činiteľom je túžba po napredovaní a poskytovaní maximálne možnej profesionálnej pomoci. Ambivalentnosť sociálnej práce vidíme v tom, že na jednej strane prináša so sebou jedinečné výzvy, ktorých zdoľávanie má obohacujúci charakter pre klienta a súčasne aj sociálneho pracovníka. Na strane druhej sú to výzvy, ktoré na sociálneho pracovníka pôsobia zdrvivúco a vyčerpávajúco. Prepojiť všetky výzvy, ktoré sú na sociálneho pracovníka kladené je náročné a nie je zriedkavosťou, že kladené požiadavky môžu u profesionála vyvolať stres, ktorý ak je dlhodobý môže ovplyvniť bio-psycho-socio-sprirituálnu oblasť profesionála. K zníženiu stresu a zefektívneniu práce sociálneho pracovníka slúži komplex postupov, stratégií a pravidiel zameraných na prevenciu a riešenie prirodzených dôsledkov realizovanej pomoci označované ako starostlivosť o seba alebo seba - starostlivosť sociálneho pracovníka.

Sebastarostlivosť sa vzťahuje na činnosti a postupy založené na pravidelnom znižovaní stresu, udržiavaní a posilňovaní krátkodobého a dlhodobého zdravia a pohody. Účinnosť a úspešnosť seba - starostlivosti vychádza z plnenia profesijných a osobných záväzkov (School of social work 2014b).

Profesionálna seba - starostlivosť sociálneho pracovníka by mala byť základnou a podstatnou súčasťou teórie a praxe sociálnej práce a odrážať výber takých spôsobov práce, ktoré by sa aktívne podieľali na udržaní účinnosti a kontinuálnosti sociálneho pracovníka. Profesionálna seba - starostlivosť sociálneho pracovníka je nevyhnutná pre sociálnu prácu z niekoľkých dôvodov.

1. Tvorí základný prvok kompetentne, empaticky a eticky vykonávanej sociálnej práce.
2. Podporuje zvládanie náročných výziev.
3. Kladie dôraz primárne na prevenciu nežiaducich podmienok a sekundárne na implementovanie nástrojov a stratégií, ktoré by mali byť súčasťou väčších profesionálnych plánov sebastarostlivosti.
4. Tvorí základ pri získavaní etických a profesionálnych spôsobov správania.
5. Vzťahuje sa na všetkých sociálnych pracovníkov nielen na tých ktorí pracujú s traumatizovanými klientmi.
6. Je dôležitým prvým krokom pre zachovanie integrity sociálnych pracovníkov a udržanie hodnotných profesionálov v profesii. (Social work speaks 2009)

Stratégie seba - starostlivosti sociálneho pracovníka upriamujú pozornosť predovšetkým na: stravovacie návyky, cvičenie, spánok, využívanie techník zvládania stresu, osobný život mimo práce a dostatok voľného času. Pracovné prostredie môže podporovať seba - starostlivosť prostredníctvom supervízie, zamestnaneckých ústupkov, politiky ktorá podporuje schopnosti sociálnych pracovníkov a tak dochádza k zvýšeniu ich výkonnosti. (Ambrosino 2012)

Cox a Steiner (2013) diverzifikujú seba-starostlivosť sociálneho pracovníka doniekoľkých skupín.

a)Fyzická seba - starostlivosť, ktorá predstavuje predovšetkým zdravú životosprávu, cvičenie, dostatok spánku, primeranú zdravotnícku starostlivosť.

b)Psychologická seba - starostlivosť zahŕňa najmä vytvorenie rovnováhy medzi pracovným a voľným časom, vytýčenie priorít trávenia voľného času, schopnosť delegovať prácu, asertivita a pod.

c)Emocionálna seba - starostlivosť, je charakteristická najmä presadzovaním pozitívneho myslenia a schopnosťou vyjadriť emócie (pozitívne aj negatívne) vhodnou formou.

d) Spirituálna seba – starostlivosť, ktorej typickým prejavom je modlitba, rôzne formy meditácie a trávenie času v prírode.

Prepojením jednotlivých typov seba - starostlivosti si profesionál vytvára vlastný plán starostlivosti o seba. Vytvoriť ideálny plán seba - starostlivosti, ktorý by bol vhodný pre každého sociálneho pracovníka nie je možné. Každý profesionál prežíva vlastný životný príbeh a čelí odlišným osobnostným požiadavkám, stresom, problémom, výzvam, má individuálne ciele a túžby, ktoré sú predpokladom vytvorenia si vlastného súboru postupov.

Seba - starostlivosť nie je iba vytváranie plánu a teoretické rozpracovanie, ale ide predovšetkým o jeho implementovanie, ktoré zahŕňa aktivity a činnosti zacielené na udržanie fyzického zdravia, zníženie stresu, zvýšenie relaxácie a nácvik zručností, ktoré dopomôžu sociálnym pracovníkom vyrovnávať sa a zvládať situácie vyžadujúce si zvýšenú emocionálnu záťaž (School of social work, 2014a).

Starostlivosť sociálneho pracovníka o seba je súbor autoterapeutických pravidiel, alebo pravidiel, ktoré popísala Mojtovej a kol. (2008) vid' tabuľka č.1.

Tabuľka č. 1: **Pravidlá seba-starostlivosti sociálneho pracovníka**

Auterapeutické metódy	Desatoro proti vyhoreniu podľa Mojtovej a kol.
Cvičenie.	Naučiť sa hovoriť nie.
Správna životospráva.	Pevné vymedzenie priorít.
Aktívne trávenie voľného času.	Plánovanie si práce.
Stretnutia s priateľmi a rodinou.	Jasné komunikovanie.
Humor.	Zapisovanie si požiadaviek nadriadeného.
Osobná psychoterapia.	Striktné trvanie na splnení len úloh, vyplývajúcich z pracovnej zmluvy.
Vyhýbanie sa klebetám na pracovisku.	Dávať si pozor na rozoberanie súkromia v práci.
Pauza medzi plnením jednotlivých pracovných úloh.	Nehanbiť sa prijať pomoc od iných.
Dokázať vypnúť si telefón v čase osobného voľna.	Uvedomiť si potrebnosť pre rodinu.
	Pozitívne myslenie.

Zdroj: Vlastné spracovanie

K rozvoju a podpore seba – starostlivosti sociálneho pracovníka okrem princípov na úrovni jednotlivca môžu prispieť aj organizácie a zamestnávatelia sociálnych pracovníkov.

Princípy seba - starostlivosti sociálneho pracovníka z pohľadu zamestnávateľa

Väčšie firmy a korporácie nielen v zahraničí, ale čoraz častejšie aj unás si uvedomujú, že len zdravý a spokojný zamestnanec dokáže podať dostatočný pracovný výkon abyť pre firmu prínosný. Táto skutočnosť sa len v malej miere prenáša do sociálnych služieb, kde sociálni pracovníci sú exponovaní náročným situáciám a tlakom. Koncept seba -starostlivosti sociálneho pracovníka zo strany zamestnávateľa je posilnený vtedy, keď v rámci organizácie na rôznych úrovniach riadenia dochádza k dodržiavaniu postupov popísaných Skubiszewskym a Perry (2014):

1. Zdieľať a podporovať otvorenú komunikáciu s kolegami a nadriadenými.
2. Podporovať otvorenosť a úprimnosť pri riešení ťažkostí v práci.
3. Realizovať časový menežment.

4. Vytvoriť priamy systém hodnotenia.
5. Podporovať férovosť na pracovisku.
6. Vytvárať priestor na diversifikáciu klientov to znamená dohliadať na to, aby sociálny pracovník prichádzal do kontaktu s rôznorodo náročnými prípadmi.
7. Pravidelne zabezpečovať supervíziu. .

Tieto princípy sú ľahko realizovateľné v prípade, že organizácia, alebo sociálna služba má viac zamestnancov. Menšie organizácie, kde sociálny pracovník je zároveň aj štatutárom prípadne vykonáva viacero kumulovaných funkcií môžu hľadať potenciál vo svojej komunite najmä prostredníctvom:

- Preskúmania partnerov v komunite.
- Nadviazania vzťahov a vytvorenia malých skupín seba – starostlivosti.
- Pripojenia sa k profesijným združeniam.
- Hľadania podpory na sociálnych sieťach.

Záver

Vedieť o spôsoboch a možnostiach starostlivosti o seba nestačí. Dôležitejšie je naučiť sa osvojiť si jednotlivé postupy a uplatňovať ich. Osvojením si postupov seba -starostlivosti, bez ohľadu na formu sociálni pracovníci prichádzajú k záveru, že svoju prácu vykonávajú s väčším entuziazmom, akčnejšie a s pocitom menšej únavy.

Zoznam bibliografických odkazov

- AMBROSINO, R. a kol. 2012. *Social work and Social Welfare: An Introduction*. Belmont: CENGAGE Learning. Belmont: Brooks/Cole. ISBN 978-1-111-30476-8.
- COX, K., a S. STEINER. 2013. *Self-care in Social Work: A Guide for Practitioners, Supervisors, and Administrators*. Washington: NASW Press. ISBN 978-0871014443.
- FIGLEY, C.R. 1995b,. *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized* New York: Brunner/Mazel. ISBN 0-87630-759-4.
- KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ E., 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnícke asistenty*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2831-5.
- LIPSKY, L., BURK, C. 2009. *Trauma Sewardship: An Everyday Guide to Caring for Self While Caring for Others*. San Francisco: Berrett – Koehler Publishers, Inc., ISBN 1605092630.
- MOJTOVÁ, M. a kol. 2008. *Vybrané kapitoly z etiky pre študentov zdravotníckych a sociálnych odborov*. Bratislava: VŠZSP sv. Alžbety, ISBN 978-80-89271-40-5.
- RITTER, J. A. a kol., 2009. *101 Careers in Social Work*. New York: Springerpub. ISBN 978-08261-5405-7.
- SOCIAL WORK SPEAKS. 2009. *Professional self-care and social work*. National Association of Social Workers. 2009. *Social work speaks*. Washington: NASW. ISBN 978-0-87101-384-2.
- SCHOOL OF SOCIAL WORK. 2014a. *Self-Care Exercises and Activities*. [online].2014. [cit. 2014-01-11] Dostupné z: <http://socialwork.buffalo.edu/resources/self-care-starter-kit/self-care-exercises-and-activities.html>
- SCHOOL OF SOCIAL WORK, 2014b. *Developing your self – care plans*. [online] 2014. [cit. 2014 – 10 - 11] Dostupné z: <http://socialwork.buffalo.edu/resources/self-care-starter-kit/developing-your-self-care-plans.html>
- SKUPISZEWSKI, L., a N. PERRY. 2014. So your staff needs a self – care? [online] 2014. [cit. 2014 – 02 - 11] Dostupné z: <http://swhpn.org/2014/wp-content/uploads/2014/03/Session-L-Skubiszewski.pdf>

ŠLOSÁR, D., 2013. Vzdelávanie sociálnych pracovníkov a ich profesionalizácia. In: M. Lukáč (ed.) *Edukácia človeka - problémy a výzvy pre 21. Storočie*. Prešov: PU v Prešove, Fakulta humanitných a prírodných vied, s. 229 – 232. ISBN 978-80-555-0825-2.

Kontakt na autora

Mgr. Zdenka Behunová
UPJŠ v Košiciach, FF, Katedra sociálnej práce
Moyzesova 8, Košice
zdenka.behunova@gmail.com

Postmoderná sociálna realita a nárast rizikového správania nielen v sociálnej práci

Richard Geffert (SR)

Príspevok je súčasťou riešenia projektu KEGA č. 017UPJŠ-4/2014 Antológia textov z medzinárodných vzťahov a geopolitiky.

Abstrakt: *Príspevok racionálne kriticky mapuje sociálnu realitu súčasnej kváziglobálnej (post)modernej(?) spoločnosti. Zamýšľa sa nad dôvodmi nárastu nežiaduceho správania vo všetkých sférach a oblastiach života ľudskej spoločnosti. Načrtáva možné spôsoby riešenia vzniknutých problémov v ich komplexnosti.*

Kľúčové slová: *Sociálna realita. Rizikové správanie. Západná civilizácia.*

Abstract: *The contribution surveys the social reality of nowadays quasi global (post)modern(?) society rationally and critically. It reflects the reasons of risk – taking behaviour increase in all spheres and domains of human society life. It outlines the possible options of solution of the emerged problems in their complex.*

Keywords: *Social reality. Risk-Taking Behavior. Western civilization.*

V úvode príspevku je nevyhnutné identifikovať stav súčasnej svetovej civilizácie, spoločností sveta a celkovú atmosféru, v ktorej žijeme našu postmodernú(?) realitu. Svet a jeho populácia je tvorená mnohými čiastkovými societami, ktorých hodnotové systémy sú síce inkomensurabilné, avšak fenomény ako globalizácia (či kvázi globalizácia) spôsobujú, že tento svetový organizmus; v zmysle organickej teórie a teórie štrukturálneho funkcionalizmu sú navzájom prepojené a reálne tu funguje efekt motýľích krídel (pohyb ekonomiky, politiky a zmena sociálnej reality na jednom konci sveta vyvolá zmeny aj na konci sveta opačnom)... Všetko so všetkým súvisí a všetko je neustále v pohybe (pantha rei)... Nemožno ustrnúť na jednom mieste, nemožno stagnovať, buď ide o progres alebo regres. Identifikovanie svetovej sociálnej reality, ktorá je „utkaná“ z množstva jednotlivých sociálnych udalostí je nevyhnutné k naplneniu cieľa príspevku, ktorým je zistiť dôvody nárastu rizikového správania nielen v sociálnej práci.

Súčasný svet je miestom, ktoré možno charakterizovať viacerými faktami, ktoré sú však stále v pohybe a v čase napísania a prezentovania príspevku sú uvádzané čísla už nie absolútne aktuálne. Súčasná svetová populácia číta počet 7 276 387 800 ľudí, hraničný počet pre planétu Zem pre prežitie je 1,5 miliardy obyvateľov. Čistý populačný ročný prírastok činí viac ako 73 000 000 ľudí. Podvýživených ľudí v celosvetovom kontexte je 885 908 252. Denne zomiera v dôsledku neliečiteľných chorôb takmer 30 000 ľudí. Nadváhou trpí viac než 1,6 miliardy, z toho obezitou viac ako 500 miliónov. Viac ako 800 miliónov ľudí nemá prístup k pitnej vode. Úmrtnosť na infekčné choroby za tento rok: 11 627 216, úmrtnosť detí tento rok viac ako 7 000 000, počet ľudí infikovaných HIV 37 000 000, 1 500 000 úmrtí na AIDS, úmrtí na rakovinu viac ako 7 000 000, úmrtí spôsobených alkoholom za tento rok: 2 250 000, takmer 1 000 000 samovrážd. (www.worldometers.info)

Na druhej strane, pokiaľ ide o konzumný spôsob života s dominantným podielom západnej civilizácie je alarmujúco narastajúci a spôsobuje extrémne plytvanie vzácny, čiže vyčerpatelnými zdrojmi. Denne spotrebovaná energia predstavuje objem 380 000 000 MWh, z toho z neobnoviteľných zdrojov viac ako 305 000 000, denne je vyčerpaných viac ako 80 000 000 barelov ropy, odlesnená plocha za tento rok predstavuje 4,7 milióna Ha, Emise

oxidu uhličitého (CO₂) ročne (t) 31 773 419 000, za tento rok bolo vyrobených viac ako 60 000 000 automobilov. (www.worldometers.info)

Výdavky vlád činili v celosvetovom kontexte na zdravotníctvo denne 10 255 490 000 \$, na vzdelanie 9 070 470 000 \$, na zbrojenie 4 635 187 000 \$, peniaze použité na liečbu chorôb v USA denne 461 miliónov dolárov, peniaze vynaložené denne na programy chudnutia v USA 200 miliónov dolárov. (www.worldometers.info)

Pokiaľ ide o štatistiky Medzinárodnej organizácie práce, v súčasnosti je na Svete 205 miliónov nezamestnaných, 150 miliónov bezprízorných ľudí. V roku 2012 bol koncipovaný Nový svetový sociálny poriadok na 101. Medzinárodnej konferencii práce v Ženeve, kde bolo prijaté odporúčanie č. 202 zo 14.06.2012 o národných minimálnych mierach sociálnej ochrany, pretože dnes podľa MOP je len 10 % obyvateľov planéty v zmysle objektov sociálnej politiky je ošetrovaných inštitútom sociálneho zabezpečenia. 85 % žiadnu sociálnu ochranu nemá; ani teraz a už vôbec nie do budúcnosti, po prípadnom dosiahnutí dôchodkového veku (ak vôbec nejaký starobný dôchodok v budúcnosti bude...).

Žijeme v dobe obrovských regionálnych rozdielov. Len ak si všímame diapazón Európy, možno konštatovať, že v klube ekonomicky najvyspelejších regiónov je osem regiónov Nemecka a Veľkej Británie, 7 pochádza z Talianska, 5 je holandských, štyri z Rakúska, po tri z Belgicka a Španielska, dva fínske a jeden región tu má zastúpený Česká republika, Írsko, Francúzsko, Slovensko a Švédsko a spomínané Luxembursko. Luxembursko dosahuje najvyššiu produktivitu práce spomedzi regiónov EÚ. (www.euractiv.sk) Hlavnému mestu západných susedov Prahe sa podarilo dostať do najbohatšej 15. hneď na dvanástu pozíciu. V 2004 životná úroveň predstavovala zhruba 157% priemeru Únie (2003 mala Praha necelých 140%). Bratislavský región sa umiestnil na 32. mieste a z krajín V4 je na druhý ekonomicky najvyspelejší. (www.euractiv.sk)

Pokiaľ Bratislavský kraj dosahuje 129,3%, tak najchudobnejšie Východné a Stredné Slovensko majú menej ako 47% HDP priemeru EÚ-28. Región Východné Slovensko vykázal tvorbu HDP na obyvateľa na úrovni 42,3 % priemeru, Stredné Slovensko na úrovni 46,7 % priemeru a Západné Slovensko na úrovni 52,7 % priemeru. Medzi najchudobnejšími síce nie sme, ale dôvod na optimizmus to ešte nie je. V celoštátnom porovnaní regiónu sme na tom horšie ako Česko a Maďarsko, ale lepšie ako náš severný sused Poľsko. Slovenská ekonomika konkuruje aj všetkým trom pobaltským štátom a nováčikom Rumunsku a Bulharsku. (www.euractiv.sk) Pokiaľ ide o inštitút minimálnej mzdy, v krajinách EÚ je stanovená vo Švédsku, Fínsku, Dánsku, Taliansku, Nemecku, Rakúsku, Malte a Cypre (aj keď v krajinách Škandinávie nie zákonom, ale kolektívnym vyjednávaním odborov). Minimálna mzda vo vybraných krajinách EÚ (k 1.1.2014): Luxembursko 1921 EUR, Belgicko 1502 EUR, Holandsko 1486 EUR, Írsko 1462 EUR, Francúzsko 1445 EUR, Slovensko 352 EUR /od 1.1.2015 380 EUR/, Poľsko 1680 PLN, Maďarsko 101 500 HUF, ČR 8500 Kč. (WSI Deutschland, Mindestlohn datenbank, Stand January 2014).

Pokiaľ ide o priemernú hrubú mesačnú mzdu v ekonomike v eurách vo vybraných štátoch EÚ za rok 2013: Luxembursko 4409 EUR, Holandsko 4009 EUR, Nemecko 3764 EUR, Fínsko 3541 EUR, Španielsko 2169 EUR, Grécko 1674 EUR, Česká republika 995 EUR, Slovensko 835 EUR (prepočet Poštovej banky na základe dát EUROSTAT-u).

Integrálnou súčasťou svetovej reality sú vojnové konflikty v Sýrii, Iraku, Turecku, Lýbii, Egypte, Ukrajine, Pakistane, Afganistane... Ochorenie EBOLY v štátoch Afriky ale aj ostatných častiach sveta, vtáčia chrípka, globálne ekonomické problémy Európy ale vo väčšej miere celého ľudského sveta.

Všetky tieto fakty, ktoré sú výsledkom konania ľudských tvorov ako indivíduí, ale aj spoločností jednotlivých štátov, či ich združení; tiež celej svetovej globálnej populácie majú zásadný spätnoväzobný vplyv na ich/jej podobu. V nej sa zrkadlí ekonomický, politický, sociálny, ale aj duchovný a emocionálny charakter doby, človeka a spoločnosti. Spomenuté

fakty spôsobujú obrovské sociálno-ekonomické rozdiely a vzhľadom k tomu, že naša (kvázi)globálna spoločnosť je založená na preferovaní lineárne rastúceho ekonomického progresu aj za cenu ľudského života, kde vojna je už braná ako štandardný prostriedok dosiahnutia moci, je nevyhnutné získavať peniaze, body, či kredity, za ktoré si kupujeme tovary a služby...

Moc je vnímaná ako konečný cieľ, nie ako prostriedok dosahovania cieľa, ktorým by malo byť sledovanie verejného blaha, verejného záujmu, všeobecného dobra človeka a spoločnosti.

V tomto kvázi postmodernom svete (kde rovnosť a rovnocennosť mnohosti je len fatamorgánou), vo svete politickej pretvárk, sociálno-ekonomickej neistoty, emocionálnej tuposti, ľudskej netolerancie, axiologickej rozvrátenosti sa rodia, dospievajú a bytujú ľudské indivíduá častokrát zbavené ľudskosti a tzv. človečenskosti, ako dôsledku preferovania životného štýlu dnešnej doby. Tie sú úspešne atomizované a spracovávané sofistikovanými metódami predovšetkým elektronických médií, ktoré sú jedným z troch základných pilierov v rukách mocných tohto sveta; spolu s politikou a ekonomikou. Pod vplyvom všetkých uvedených skutočností dochádza k extrémnemu nárastu napätia v spoločnosti, ktoré nemožno uvoľňovať len nástrojmi účelnej a efektívnej sociálnej politiky, tá je (a vždy bude) „len politikou“. Možno konštatovať, že výsledkom dnešnej doby je rapidný nárast duševných ochorení v populácii, predovšetkým štátov západnej civilizácie, taktiež nárast sociálnej udalosti invalidity spôsobenej duševnými ochoreniami. Podľa WHO na svete trpí duševnými poruchami viac ako 450 miliónov ľudí a len napríklad s depresiou je viac ako 350 miliónov ľudí všetkých vekových kategórií. Práve depresia je najrozšírenejším duševným ochorením a hlavnou príčinou invalidity. Podľa odhadov WHO bude v roku 2020 depresia spolu so srdcovo-cievnyimi ochoreniami najčastejším ochorením a neliečená môže viesť až k samovražde. A práve počet samovrážd za posledné desaťročia celosvetovo narastá. Podľa WHO štatistík sa za posledných 45 rokov celosvetovo zvýšila miera dokonaných samovrážd o 60%, čo predstavuje milión samovrážd ročne alebo jednu smrť každých 40 sekúnd. Až 90% ľudí, ktorí spáchajú samovraždu majú diagnostikovanú nejakú duševnú poruchu(www.primarnykontakt.sk).

Žijeme v bludnom kruhu, kde rizikové udalosti, riziková realita a rizikový svet spôsobuje v spätnej väzbe rizikové správanie. To stúpa priamo úmerne s rastom rizika ekonomiky, politiky a sociálnej reality. Na záver otvorená otázka v duchu kritického racionalizmu: je z tejto zrýchľujúcej sa špirály ešte nejaká zmysluplná a nádejná cesta von?

Zoznam bibliografických odkazov

I-Europa,2010. *Regionálne rozdiely*[online].[cit. 2014-11-20]. ISSN 1337-0235. Dostupné z: http://www.euractiv.sk/regionalny-rozvoj/zoznam_liniek/regionalne-rozdiely

Fincentrum, 2014. *Porovnanie minimálnej mzdy v krajinách EÚ*[online]. [cit. 2014-11-20]. ISSN 1802-5900. Dostupné z:<http://www.investujeme.sk/porovnanie-minimalnej-mzdy-v-krajinach-eu>

International Labour Organization.*Statistics and Databases*[online].[cit. 2014-11-26]. Dostupné z: <http://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/lang--en/index.htm>

Anonym, 2013.*Počet ľudí s duševnými ochoreniami rapidne rastie*.Primárny kontakt[online]. [cit. 2014-11-26]. ISSN 1339-5157. Dostupné z: www.primarnykontakt.sk/spravy/rastie-pocet-pacientov-s-duševnymi-ochoreniami/

oPeniazoch.sk, 2014. *Priemerná mzda na Slovensku je 3,4 krát nižšia ako priemer EÚ*[online]. [cit. 2014-11-26]. Dostupné z:<http://openiazoch.zoznam.sk/cl/144099/Priemerna-mzda-na-Slovensku-je-krat-nizsia-ako-priemer-EU>

TKÁČ, V., 2013. *Európsky sociálny model a ľudské práva*[online].[cit. 2014-11-26]. Dostupné z:<http://www.youtube.com/watch?v=vttltI4j3eA>
WORLD POPULATION, 2014. *Worldometers*[online]. [cit. 2014-11-20]. Dostupné z:<http://www.worldometers.info/world-population>
WSI TARIFARCHIV, 2014.[online].[cit. 2014-11-20]. Dostupné z:http://www.boeckler.de/wsi-tarifarchiv_43610.htm

Kontakt na autora

doc. PhDr. Richard Geffert, Ph.D.
Katedra verejnej politiky a teórie verejnej správy
Fakulta verejnej správy UPJŠ v Košiciach
Popradská 66, Košice
richard.geffert@upjs.sk

Stratégie zvládania záťaže sociálnych pracovníkov súvisiace s agresívnym správaním klientov

Agnesa Kočišová (SR)

Príspevok bol vypracovaný v rámci projektu VEGA č. 1/0332/12 Analýza vybraných rizikových faktorov klientskeho násillia v sociálnej práci s dôrazom na prevenciu klientskeho násillia a prípravu sociálnych pracovníkov – Národné zmapovanie výskytu násillia klientov voči sociálnym pracovníkom na Slovensku.

Abstrakt: V príspevku je prezentovaná problematika stratégií zvládania záťaže sociálnych pracovníkov súvisiaca s agresívnym správaním klientov. V posledných rokoch záujem o uvedenú problematiku narastá, keďže ako v zahraničí tak aj u nás sa výskyt agresívneho správania a klientskeho násillia v sociálnej práci neustále zvyšuje. V príspevku sa autorka v teoretickej časti zameriava na charakteristiku a typológiu agresie a venuje sa tiež copingovým stratégiám sociálnych pracovníkov; v empirickej časti prezentuje cieľ, metódy, metodiku a výsledky realizovaného výskumu.

Kľúčové slová: Agresívne správanie. Klientske násillie. Copingové stratégie. Sociálny pracovník.

Abstract: In this paper are presented the coping strategies of social workers associated to clients aggressive behavior. In recent years , grows the interest in this problems because continually increases the incidence of aggressive behavior and clients violence in social work abroad and in our country too. The focus of this paper in theoretical part is the characteristics and typology of aggression and definite the coping strategies of social workers; in empirical part shows the objectives and results of research with special respect to used methods and methodology.

Key words: Aggressive behavior. Clients violence. Coping strategies. Social worker.

Úvod

Problematike agresívneho správania klientov sociálnej práce sa v zahraničí venuje v posledných tridsiatich rokoch zvýšená pozornosť a to predovšetkým vo Veľkej Británii (Rowett 1986 in Mizrahi, Davis 2008) a v USA (Newhillová 1988 in Mizrahi, Davis 2008; Newhillová 2003 a pod.). Zhoršujúce sa ekonomické podmienky a nepostačujúce sociálne príspevky a sociálne služby, nárast rodinných a celospoločenských problémov a s nimi súvisiace zvyšujúce sa napätie v spoločnosti môžu často prerastať do násilných činov jednotlivcov nasmerovaných voči sociálnym pracovníkom. Od roku 1986 bolo realizovaných množstvo zahraničných výskumov venovaných problematike klientskeho násillia voči sociálnym pracovníkom, ktorých výsledky spoločne dokazujú, že problematika klientskeho násillia v praxi sociálnej práce je závažným problémom.

Agresia a agresívne správanie klientov sociálnej práce

T. Mizrahi a L. E. Davis (2008) uvádzajú, že medzi prvých autorov publikujúcich problematiku klientskeho násillia v sociálnej práci patria Colin Rowett ako aj Glynis Breakwellová od roku 1986 vo Veľkej Británii a Christina E. Newhillová od roku 1988 v USA. Medzi príčiny narastania prípadov, v ktorých sa sociálni pracovníci stali terčom a obeťami násilného správania svojich klientov zaraďuje C. E. Newhillová (2003) nasledovné:

- pretrvávajúce sociálne problémy ako nezamestnanosť, chudoba a rasizmus vytvárajúce prostredie podporujúce rozmach násilia;
- škrtý v rozpočtoch, prepúšťanie pracovníkov sociálnych úradov a vzrastajúci počet podobných prípadov ďalej znásobuje zraniteľnosť sociálnych pracovníkov;
- samotná povaha sociálnej práce spočíva nielen v starostlivosti o klientov ale aj v kontrole, keďže si často vyžaduje výklad nariadení vlády a oprávnení a určovanie nároku na prostriedky, ktoré klienti zúfalo potrebujú;
- súčasťou vyššie uvedených proces sú hnev, frustrácia a pocit bezmocnosti klientov sociálnej práce často ústiace do klientskeho násilia.

V odbornej literatúre sa zdôrazňuje potreba rozlišovania medzi pojmami *agresivita* (útočnosť, tendencia k hrozbe alebo útočnému jednaniu) a *agresia* (Hartl, Hartlová, 2000). Pod *agresiou* rozumieme útočné jednanie, prejav nepriateľstva voči osobe alebo úmyselný útok na osobu stojacu v ceste k uspokojeniu potreby. V biologickom ponímaní ide o fyzickú akciu alebo hrozbu akcie, ktorou jednotlivec znižuje slobodu alebo genetickú spôsobilosť iného jednotlivca; podľa psychoanalytikov ide o pud, podľa etológov ide o súčasť inštinktívnej výbavy umožňujúcej prežitie a podľa zástancov sociálneho učenia ide naopak o naučenú odpoveď. V zahraničnej odbornej literatúre (Newhillová, 2003; Scott, Marshall, 2005; Mizrahi, Davis, 2008; Pierson, Thomas, 2010) sa stretávame s viacerými kategorizáciami agresíí, napr. s triedením E. Fromma na *agresiu benígnu* (oprávnenú, obrannú, primeranú ako reakciu na ohrozenie životných záujmov a hodnôt) a *agresiu malígnu* (nepriemeranú, deštruktívnu, zlú, zhubnú) alebo napr. s prehľadným rozlišovaním agresie podľa Arnolda H. Bussa (1961) na osem druhov:

1. *agresia fyzická aktívna priama* (bitie);
 2. *agresia fyzická aktívna nepriama* (najatie agresora);
 3. *agresia fyzická pasívna priama* (fyzické bránenie druhému v dosiahnutí jeho cieľov);
 4. *agresia fyzická pasívna nepriama* (odmietnutie splniť požiadavky);
 5. *agresia verbálna aktívna priama* (urazenie niekoho);
 6. *agresia verbálna aktívna nepriama* (šírenie ohovárania, ktoré druhému ubližuje);
 7. *agresia verbálna pasívna priama* (odmietnutie s niekým hovoriť);
 8. *agresia verbálna pasívna nepriama* (nezastať sa niekoho, ak je nespravodlivo kritizovaný).
- Ďalej sú rozoznávané štyri determinanty agresie: *predchádzajúca skúsenosť s agresiou*, *história spevnenia*, *sociálna facilitácia* a *temperament*.

J. Levická (2004) charakterizuje agresívneho klienta v sociálnej práci ako klienta, ktorý sa agresívne správa voči sociálnemu pracovníkovi, pričom rozlišuje dve základné formy agresivity klienta:

- *verbálna agresivita* – pri tomto type agresivity ide o rôzne slovné útoky na sociálneho pracovníka (nadávky, urážky, vyhrážky, snahy o vydieranie a pod.),
- *fyzická agresivita* – v tomto prípade ide o priame fyzické útoky na sociálneho pracovníka.

Práca s agresívnym klientom je podľa J. Levickej (2004, s. 74) „*veľmi náročná, lebo vyžaduje od sociálneho pracovníka jednak osobnú odvahu pracovať s týmto klientom a aj dobrú odbornú prípravu smerovanú k riešeniu konfliktných situácií*“. Sociálnym pracovníkom pritom autorka odporúča, aby pri kontakte s takýmto typom klienta:

- zachovali pokoj,
- udržali komunikáciu na úrovni vecnej argumentácie,
- nereagovali na klientovu agresivitu nervozitou či nechotou,
- nemali snahu „zastrašiť“ klienta.

Autorka ďalej zdôrazňuje, že je potrebný rozvážny prístup sociálneho pracovníka, aby klient cítil snahu, aby mu porozumel a aby hľadal možné riešenia, ako mu pomôcť. Ak

nastane prípad, že nie je možné klientovi pomôcť, tak mu to musí sociálny pracovník jednoznačne a zrozumiteľne vysvetliť.

Stratégie zvládania záťažových situácií sociálnych pracovníkov súvisiace s agresívnym správaním klientov

Záťažové situácie sú v odbornej literatúre uvádzané ako situácie každodenného života vyžadujúce vyvinutie nezvyčajnej či zvýšenej aktivity alebo prispôsobenia sa, v ktorých človek nevystačí s predchádzajúcimi schémami myslenia a konania, ale musí pretvárať staré zvyklosti. J. Kredátus (2001 in Žiaková, Čechová, Kredátus, 2001) z hľadiska vzťahov medzi človekom a záťažovými situáciami rozlišuje päť nasledovných typov uvedených situácií:

1.Neprimerané úlohy a požiadavky považujeme za najčastejší typ situácií, ktoré vyvolávajú psychickú záťaž za bežných podmienok a okolností života, pričom súvisia s telesným a duševným prepracovaním. Na človeka kladú kvalitatívne viac nárokov, ako je rozsah jeho telesných a duševných síl, ich rozsah nie je možné v danom časovom úseku alebo pre nedostatok informácií zvládnuť.

2.Problémové situácie predstavujú taký typ záťaží, ktorý sa neviaže ku kvalite požiadaviek na človeka, ale k ich štruktúre alebo k štruktúre podmienok, za ktorých sú úlohy plnené.

3. Frustrujúce situácie reprezentujú také typy psychických záťaží, v ktorých úsilie človeka o dosiahnutie určitého výsledku, cieľa, uspokojenia dôležitej potreby je blokové ťažko prekonateľnými, až neprekonateľnými prekážkami. Formy správania, ktoré jednotlivec prejavuje v tejto situácii, sa nazývajú *obrannými frustračnými mechanizmami*, pričom môže ísť o nasledovné reakcie:

- *agresia* (napr. človek nie je schopný prekážku riešiť a za svoju neschopnosť viní druhých, prenáša svoj hnev na iného človeka a pod.),
- *regresia* (správanie a vykonávanie úloh pod úroveň vlastných možností),
- *fixácia* (zmenám nepoddajné správanie, nezmyselné opakovanie činností a pod.),
- *rezignácia* (človek sa prestane usilovať o dosiahnutie cieľa, spája sa často so stavmi depresie alebo apatie).

Ak však vo frustrujúcich situáciách človek prispôsobí svoje konanie a zároveň sa bráni pred silnými emocionálnymi napätiami, ide o nasledovné spôsoby správania:

- *sublimácia* (prijatie náhradného cieľa, prenesenie činnosti a citov na inú oblasť, čím sa uspokojí potreba resp. kompenzujú sa vzniknuté nedostatky),
- *projekcia* (spočíva v premietaní svojich vlastností do okolia, pripisovanie vlastnej neschopnosti iným ľuďom),
- *racionalizácia* (pokús sa ospravedlniť svoje správanie, pričom človek vylučuje zo svojho vedomia skutočné pohnútky svojho konania).

4.Konfliktové situácie súvisia s procesom rozhodovania, v akom smere má človek konať, pričom konflikt označuje stretnutie rozporných síl, tendencií, medzi ktorými je napätie. Konfliktové situácie vyvolávajú emocionálne napätie pri rozhodovaní sa, ako konať a rozvíjajú sa pri nich úzkosť, strach a zlosť; zvýšené napätie a búrlivý priebeh emócií znížia schopnosť riešiť primeraným spôsobom existujúci konflikt.

5.Stresové situácie predstavujú takú psychickú záťaž, ktorá pôsobí na človeka v období realizovania cieľovej činnosti a ktorá narušuje, sťažuje až znemožňuje jej zdarný priebeh. Stresové situácie človek zvládne tým, že sa ich naučí riešiť a ovládať v nich svoje emócie, myslenie a konanie.

Výsledkom zvládnutia záťažových situácií je uskutočnenie takých riešení, ktorých výsledkom je psychické uspokojenie bez príznakov zvýšeného napätia a negatívnych emócií (Kredátus 2001 in Žiaková, Čechová, Kredátus 2001).

Pri dlhodobom pretrvávani zátťažových situácií, ktoré nie sú prekonávané, môže dôjsť k výrazným zmenám v zdraví a v prežívaní človeka. Aby jedinec takýmto zmenám predchádzal, je potrebné, aby bol schopný zátťažové situácie účinne zvládať. Proces hľadania možností, ako sa s problémom najúčinnšie vyrovať, sa nazýva zvládanie. V tomto zmysle sa v literatúre používa anglický pojem *coping*, pričom popri termíne *zvládanie* alebo *coping* sa môžeme stretnúť aj s pojmom *adaptácia* (Výrost, Zel'ová, Lovaš 1996; Poněšický 2010). Zatiaľ čo stratégie zvládania stresových situácií sú orientované na jedinca a špecifickú situáciu, pri vymedzení vzťahu *stratégie správania – náročné životné situácie* vystupuje do popredia podstatný moment interakcie jedinca a sociálneho prostredia. Náročné životné situácie sú chápané ako situácie, ktoré sú subjektívne vnímané ako kritické, ale zároveň je položený zvýšený dôraz na prítomnosť vzájomných sociálnych vzťahov subjektov, teda akcentuje sa sociálny rozmer týchto situácií (Frankovský 2011).

Podľa L. Lovaša a I. Matejovskej (2007) by mohli blízkosť a prekrývajúci sa charakter agresie a stresových situácií a konfliktov vyvolať názor, že by sa mali už známe stratégie zvládania stresových situácií a stratégie správania v konfliktach využívať aj u obetí agresie. Podľa uvedených autorov to nie je v dostatočnej miere opodstatnené, nakoľko aj pri ich blízkosti a čiastočne prekrývaní sa charaktore, ide o odlišné fenomény. Za optimálne považujú empiricky identifikovať stratégie zvládania utrpanej agresie a porovnať ich s *copingom*, či stratégiami zvládania náročných situácií a stratégiami využívanými v konfliktach, pričom blízkosť stresových situácií a konfliktov a utrpanej agresie naznačuje, že aj tu by mohla byť identifikácia stratégií úspešná a prínosná.

Stratégiám zvládania, vnútorným a vonkajším zdrojom riešenia a zvládania ako aj možnostiam *intervenčných programov* sa dlhodobo venuje M. Bratská (2001, 2004 a pod.). Autori R. S. Lazarus a S. Folkman (1984 in Bratská, 2001) v monografii *Stress, appraisal and coping* zaraďujú rôzne stratégie zvládania do dvoch základných skupín:

- *zvládanie zamerané na problém* – človek sa zameriava na situáciu (problém), pričom sa snaží hľadať spôsoby, ako ju zmeniť alebo ako sa jej v budúcnosti vyhnúť;
- *zvládanie zamerané na emócie* – človek sa zameriava na zmiernenie prežívaných emócií v stresovej situácii, pričom k zmene situácie nemusí dôjsť.

P. Hartl a H. Hartlová (2000) v súvislosti so zvládaním uvádzajú základné triedenie na *zvládanie adaptívne* (využitie stratégie na prekonanie situácie sa ukáza ako úspešné) a *zvládanie neadaptívne* (vyznačujúce sa neúčinnými postupmi, ktoré majú za následok neúspech) s nižšie uvedenými priradenými stratégiami.

1. zvládanie adaptívne (adaptive coping):

- stratégie behaviorálne* – základ tvoria prostriedky, ktoré zmierňujú naliehavosť a závažnosť dopadu problému, napr. nácvikom relaxácie, telesným cvičením, vybíjaním hnevu vo výbušnom športe, hľadaním psychickej opory v sociálnom okolí a pod.;
- stratégie kognitívne* – zahrňujú techniky, ktoré najčastejšie spočívajú v prehodnotení situácie, znížení významu problému, vytesnenie problému z vedomia, spolu so zmenou hierarchie hodnôt;
- stratégie rozptyľujúce* – realizovanie príjemných činností, ktoré umožňujú uľaviť si od ťaživých pocitov a zvyšujú pocit, že je jedinec schopný ovplyvňovať priebeh udalostí.

2. zvládanie neadaptívne (maladaptive coping):

-najčastejším prípadom sú konfrontačné spôsoby riešenia následkov agresiou, neprimeraným riskovaním, nerealistickými plánmi, únikom z reality:

- ruminačné stratégie* – spočívajú v uzatvorení sa do seba, neustálym premieľaním problému, trápením sa;
- vyhýbavé stratégie* – spočívajú v opíjaní sa, v hazarde, v útokoch na druhých, v snahe zmeniť nepríjemnú náladu akýmkoľvek, i nebezpečným rozptýlením.

J. Krivohlavý (2008, 2009) uvádza ďalej pojem *anticipované zvládanie* (*anticipatory coping*), pričom podľa autora ide o procesy, ktoré prebiehajú predtým, než sa človek dostáva do ťažkej situácie. Ide o prípravu nielen myšlienkovú, ale aj emocionálnu a vôľovú, o prípravu vhodných stratégií, budovanie zdrojov síl, vytváranie špecifických zručností, plánovanie efektívnych aktivít, vyhýbanie sa určitým činiteľom, ktoré záťaž zvyšujú, tréning určitéch postupov, ktoré zvyšujú odolnosť a nádej na zvládnutie ťažkostí. Pojem *hardiness* (*nezdolnosť, tuhosť, tvrdosť, odolnosť*; z anglického slova *hard* – *tvrdý, pevný, odolný, húževnatý, zdatný*) zaviedla S. C. Kobasová (1979 in Bratská, 2001) Nezdolnosť predstavuje ľudský zdroj predisponujúci tvrdo bojovať (vlastným úsilím) s ťažkosťami, s ktorými sa v živote stretávame. Koncepcia *hardiness* sa vymedzuje ako osobnostná charakteristika pozostávajúca z troch navzájom úzko spätých osobnostných črt: *ovládanie diania* (vnímanie možností zvládania ťažkostí a pod.), *odovzdanosť, oddanosť, osobná angažovanosť* (hlboké vzťahy k hodnotám a ľuďom iniciujú vlastnú angažovanosť) a *výzva* (spočíva v pochopení úloh ako výzvy, ktorú prijímame). Nezdolní ľudia majú kontrolu nad svojím životom, angažujú sa počas svojho života a stimulujú ich aj také udalosti, ktoré by pre iných mohli znamenať ohrozenie.

V SR sa problematike agresie a klientskeho násillia v pomáhajúcich profesiách aj v sociálnej práci dlhodobo venujú predovšetkým L. Lovaš (2003, 2007, 2012 a pod.), S. Lovašová (2008, 2012, 2013, 2014 a pod.), ďalej téme vyrovnávania sa so stresom a záťažovými situáciami terénnymi sociálnymi pracovníkmi K. Šišanská a V. Šandlová (2013), klientskemu násilliu, osobnostným charakteristikám a zvládaniu záťažových situácií u sociálnych pracovníkov E. Žiaková a A. Sabolová Fabianová (2013); za podnetný považujeme aj zborník príspevkov editovaný S. Lovašovou, K. Šišanskou, M. Halachovou a V. Lichnerom (2013).

Vybrané výsledky výskumu zameraného na výskyt agresívneho správania klientov sociálnej práce

Ako sme už v teoretickej časti nášho príspevku uviedli, v posledných 30 rokoch sa v zahraničí a to predovšetkým v USA a vo Veľkej Británii problematike agresívneho správania klientov sociálnej práce venuje zvýšená pozornosť (Rowett, 1986 in Mizrahi, Davis, 2008; Newhill, 1988 in Mizrahi, Davis, 2008 a pod.). Zhoršujúce sa ekonomické podmienky a nepostačujúce sociálne príspevky a sociálne služby, nárast rodinných a celospoločenských problémov a s nimi súvisiace zvyšujúce sa napätie v spoločnosti môžu často prerastať do násilných činov jednotlivcov nasmerovaných voči sociálnym pracovníkom. Od roku 1986 bolo realizovaných množstvo zahraničných výskumov venovaných problematike klientskeho násillia voči sociálnym pracovníkom, ktorých výsledky spoločne dokazujú, že problematika klientskeho násillia v praxi sociálnej práce je závažným problémom. V nasledujúcej časti príspevku si priblížime výsledky výskumu realizovaného v mesiacoch január až marec 2014 so zameraním na výskyt agresívneho správania klientov inštitucionálnej a terénnej sociálnej práce (Šimonidesová, Kočišová, 2014).

Cieľom výskumu bolo zistiť, aké rozdiely existujú vo fyzickom a verbálnom ohrozovaní zo strany klienta medzi *sociálnymi pracovníkmi pracujúcimi v sociálnych inštitúciách* a *terénnymi sociálnymi pracovníkmi*, ďalej s akými konkrétnymi prejavmi agresívneho správania sa stretávajú sociálni pracovníci pracujúci *v inštitucionálnej* a *v terénnej sociálnej práci* a tiež zistiť, či sú a ako často sú realizované opatrenia na zabránenie klientskeho násillia.

Metodológia a metódy výskumu

Výskum bol realizovaný prostredníctvom kvantitatívnej metodológie s použitím *Dotazníka klientskeho násillia* (Jayaratne, Croxton a Mattison, 2004, Lovašová, 2008),

zameraného na zisťovanie výskytu *verbálneho násilia* (nadávky, krik, urážky osobného charakteru, vyhrážky, zastrašovanie, slovné zosmiešnenie a výhražné pohľady a negatívne gestá) a výskytu *fyzického násilia* (facka, udretie, sotenie, kopnutie, oplútie). Zloženie výskumnej vzorky nám približuje tabuľka 1; výskumnú vzorku tvorilo 50 sociálnych pracovníkov (16 mužov a 34 žien), z toho 26 pôsobiacich v *inštitucionálnej sociálnej práci* (zamestnancov Úradu práce sociálnych vecí a rodiny na Staničnom námestí a na Žižkovej ulici v Košiciach) a 24 pôsobiacich ako *terénni sociálni pracovníci* (Košice a Košice – vidiek).

Tabuľka č.1: Zloženie výskumnej vzorky podľa rodu a typu sociálnej práce

	Inštitucionálna SP		Terénna SP		SPOLU	
	N	%	N	%	N	%
Muži	8	50,00	8	50,00	16	100
Ženy	18	52,94	16	47,06	34	100
SPOLU	26	52,00	24	48,00	50	100

V prvej časti dotazníka sme zisťovali, či sa respondenti stretli s prejavmi *verbálneho napadnutia* alebo obťažovania počas osobného rozhovoru s klientom v telefonickom rozhovore alebo pri komunikácii e-mailom. Zároveň sme zisťovali, ako často sa s uvedenými situáciami stretli. V druhej časti dotazníka sme zisťovali, či sa respondenti stretli s prejavmi *fyzického napadnutia* zo strany klientov a taktiež sme zisťovali, ako často sa s uvedenými situáciami (facka, udretie, sotenie, kopnutie, oplútie) stretli. Štatisticky významné rozdiely pri porovnávaní skupiny respondentov inštitucionálnej SP a skupiny respondentov terénnej SP boli zistené u žien pri výskyte faciiek (tabuľka 2) a pri výskyte udretia (tabuľka 3) a taktiež aj u mužov pri výskyte faciiek (tabuľka 4) a pri výskyte udretia (tabuľka 5); nasledovne uvádzame iba vybrané najvýznamnejšie výsledky.

1. Facka - ženy

Pri vyhodnocovaní, či dostali sociálne pracovníčky niekedy facku od klienta sme zistili, že až 88,3 % respondentiek pracujúcich v sociálnych inštitúciách sa s touto situáciou nikdy nestretli. Naopak, každá z terénnych sociálnych pracovníčok sa s touto situáciou stretli aspoň raz počas svojej praxe. Priemerná odpoveď 1,22 pre prvú skupinu a 2,19 pre druhú skupinu bola štatisticky vyhodnotená; rozdiel medzi porovnávanými skupinami je štatisticky významný.

Tabuľka č. 2: Facka – ženy

	N	X	p (α)
Inštitucionálna SP	18	1,22	0,000***
Terénna SP	16	2,19	

Legenda: * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

2. Udretie - ženy

Aj pri tejto vyhodnocovanej situácii sa potvrdil štatisticky významný rozdiel. S úderom od klienta sa stretlo len 11,1 % sociálnych pracovníčok pôsobiacich v sociálnych inštitúciách. Z terénnych sociálnych pracovníčok mala túto skúsenosť každá z respondentiek.

Tabuľka č. 3: **Udretie – ženy**

	N	X	p (α)
Inštitucionálna SP	18	1,11	0,000***
Terénna SP	16	2,19	

Legenda: * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

3. Facka - muži

Až 87,5 % sociálnych pracovníkov pracujúcich v sociálnych inštitúciách sa nikdy nestretlo s tým, aby im klient dal facku. Z terénnych sociálnych pracovníkov sa každý z respondentov s touto situáciou už stretol. Priemerná odpoveď bola 1,13 pri prvej skupine a 2,38 pri druhej skupine; potvrdený bol štatisticky významný rozdiel.

Tabuľka č. 4: **Facka – muži**

	N	X	p (α)
Inštitucionálna SP	8	1,13	0,001***
Terénna SP	8	2,38	

Legenda: * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

4. Udretie - muži

Pri tejto možnosti všetci respondenti z prvej porovnáwanej skupiny označili prvú možnosť, že sa s uvedenou situáciou nikdy nestretli. Naopak, každý z terénnych sociálnych pracovníkov sa s udretím zo strany klienta už stretol; aj pri udretí u mužov bol potvrdený štatisticky významný rozdiel.

Tabuľka č. 5: **Udretie – muži**

	N	X	p (α)
Inštitucionálna SP	8	1,00	0,000***
Terénna SP	8	2,38	

Legenda: * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Diskusia a záver

S. Jayaratne, T. Croxton a D. Mattison (2004) uskutočnili v roku 2004 národný prieskum násilia v USA na vzorke 941 respondentov vybraných náhodným výberom pomocou adresára členov Národnej asociácie sociálnych pracovníkov (NASW). Vo vzorke respondentov boli zastúpení sociálni pracovníci z rôznych oblastí sociálnej práce – v zdravotnej starostlivosti, v oblasti duševného zdravia, v školstve, v rodinnej starostlivosti a službách pre rodinu, a ďalších. Zaujímali sa o výskyt jednotlivých foriem klientskeho násilia a zistili, že 22,8% ich respondentov bolo počas svojej praxe klientom fyzicky ohrozených, 3,3% fyzicky napadnutých, 15,1% 12 sa klienti vyhrážali súdnym konaním, 1,4% bolo v súdnom konaní, 49,3 % bolo verbálne napadnutých a 8,4% bolo sexuálne obťažovaných.

Autori L. Lovaš a I. Matejovská (2007) publikovali výsledky výskumu zameraného na zisťovanie zvládania agresívnych situácií, v ktorých bol človek obeťou agresívneho správania inej osoby a to prostredníctvom dotazníka Zvládania agresívnych situácií. Faktorovou analýzou posúdili výskyt 29 foriem správania a prežívania v uvedených situáciách na vzorke 194 respondentov, pričom identifikovali 4 faktory stratégií správania v agresívnych situáciách: *kontraagresia*, *bezmocnosť*, *nonšalantné správanie*, *urovňovanie*

incidentu. Podľa získaných odpovedí účastníci výskumu v priemere najviac použili *nonšalantné správanie* (1,77) a *kontraagresiu* (1,74), v o niečo menšej miere *bezmocnosť* (1,61) a *snahu urovnať incident* (1,60). Významné rozdiely zistili medzi nonšalantným správaním a bezmocnosťou (0,0028) a nonšalantným správaním a urovnávaním incidentu (0,0016). U nás sa problematike a výskumom so zameraním na vyrovňovanie sa so stresom a záťažovými situáciami terénnymi sociálnymi pracovníkmi venovali aj K. Šišanská a V. Šandlová (2013), klientskemu násiliu, osobnostným charakteristikám a zvládaniu záťažových situácií u sociálnych pracovníkov napr. E. Žiaková a A. Sabolová Fabianová (2013) a pod.

Zoznam bibliografických odkazov

- BRATSKÁ, M. 2001. *Zisky a straty v záťažových situáciách alebo príprava na život*. Bratislava: Práca. ISBN 80-7094-292-4.
- BRATSKÁ, M. 2004. Zvládanie záťažových situácií v kontexte kvality života. In Džuka, J. (ed.) *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: PU. ISBN 80-8068-282-8
- BUSS, A. H. 1961. *The Psychology of Aggression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- ČERMÁK, I., HŘEBÍČKOVÁ, M., MACEK, P. (eds.). 2003. *Agrese, identita, osobnosť*. Brno: Psychologický ústav AV ČR. ISBN 80-86620-06-9.
- FRANKOVSKÝ, M. 2001. Stratégie správania v náročných životných situáciách. In: Výrost, J., Slaměník, I. (eds.): *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada, s. 209-225.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2008. *Konflikty mezi lidmi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-407-6.
- JAYARATNE S., CROXTON, T., MATTISON D. (2004) A national survey of violence in the practice of social work. In: *Families in Society*. ISSN 1044-3894. roč. 85, č. 4, s. 445-452.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- LEVICKÁ, J. (2004). *Základy sociální práce*. Trnava: Spoločnosť pre podporu vedy a vzdelávania. ISBN 80-968952-3-0.
- LOVAŠ, L., MATEJOVSKÁ, I. 2007. Zisťovanie zvládania agresie. In Humpolíček, P. (ed.) *Sociální procesy a osobnost*. Sborník příspěvků. Brno: FF MUNI. ISBN 978-80-7392-016-6.
- LOVAŠOVÁ, S. 2008. Verbálna agresia v praxi sociálneho pracovníka. In Šlosár, D. (ed.) *Stratégie vo vzťahu k marginalizovaným skupinám*. Zborník z konferencie. Košice: KSK a FF UPJŠ v Košiciach. ISBN 978-80-969932-1-5.
- LOVAŠ, L., LOVAŠOVÁ, S. 2012. Klientske násilie v praxi pomáhajúcich profesií a jeho zvládanie. In Lovaš, L., Vasková, K. (eds.) *Psychológia práce a organizácie 2012*. Zborník z konferencie. Košice: FF UPJŠ. ISBN 978-80-8152-086-0.
- LOVAŠOVÁ, S., ŠIŠANSKÁ, K., HALACHOVÁ, M., LICHNER, V. (eds.). 2013. *Násilie v sociálnej práci*. Zborník príspevkov. Košice: UPJŠ. ISBN 978-80-8152-063-1.
- MAROON, I. 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků. Teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0180-9.
- MIZRAHI, T., DAVIS, E. L. (eds.) 2008. *Encyclopedia of social work*. Oxford: University Press. ISBN 978-0-19-530661-3.
- NEWHILL, E. Ch. 2003. *Client Violence in Social Work Practice. Prevention, Intervention, and Research*. New York: Guilford Press. ISBN 1-59385-038-7.
- PAULÍK, K. 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2959-6.
- PIERSON, J., THOMAS, M. (eds.). 2010. *Dictionary of social work*. Maidenhead: Open University Press. ISBN 978-033523881-1.
- PONĚŠICKÝ, J. 2010. *Agrese, násilí a psychologie moci v životě i v procesu psychoterapie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-378-3.
- SCOTT, J., MARSHALL, G. (eds.). 2005. *A dictionary of sociology*. Oxford: University Press. ISBN 978-0-19-860987-2.

- ŠIMONIDESOVÁ, G. (2014). *Agresívne správanie klientov sociálnej práce*. Diplomová práca. Košice: KSP FF UPJŠ v Košiciach. Vedúca diplomovej práce: Agnesa Kočišová.
- ŠIŇANSKÁ, K., ŠANDLOVÁ, V. 2013. Vyrovnávanie sa so stresom a záťažovými situáciami terénnymi sociálnymi pracovníkmi. In *GRANT journal*. ISSN 1805-0638.
- VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VÝROST, J., ZEĽOVÁ, A., LOVAŠ, L.. 1996. *Vybrané kapitoly zo sociálnej psychológie III. Sociálnopsychologická analýza osobných vzťahov, interpersonálna agresia, makrosociálne javy a procesy*. Bratislava: VEDA. ISBN 80-224-0478-0.
- ŽIAKOVÁ, E., SABOLOVÁ FABIANOVÁ, A. 2013. Klientske násilie, osobnostné charakteristiky a zvládanie záťažových situácií u sociálnych pracovníkov. In *Násilie v sociálnej práci*. Zborník príspevkov. Košice: FF UPJŠ v Košiciach. ISBN 978-80-8152-063-1.

Kontakt na autora

PhDr. Agnesa Kočišová, PhD.
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach
Moyzesova 9, 040 59 Košice
agnes.kocisova@upjs.sk

Infrastruktura społeczna i potrzeby szkoleniowe pracowników socjalnych w województwie podkarpackim

Piotr Frączek (PL)

Streszczenie: Jednym z kluczowych elementów każdego systemu pomocy społecznej jest infrastruktura społeczna oraz zasoby kadrowe. To od nich głównie zależy sprawność całego systemu, w tym także pracy socjalnej. Celem prezentowanego artykułu jest przedstawienie systemu pomocy społecznej w województwie podkarpackim. W tekście zaprezentowano sytuację demograficzną i społeczną województwa podkarpackiego, usługi z zakresu pomocy społecznej oraz kwestie dotyczące środków finansowych przeznaczonych na pomoc społeczną w województwie. W końcowej części artykułu przedstawiono zasoby kadrowe jednostek pomocy społecznej oraz potrzeby szkoleniowe pracowników socjalnych w województwie podkarpackim.

Słowa kluczowe: Infrastruktura społeczna. Pomoc społeczna. Potrzeby szkoleniowe pracowników socjalnych.

Abstract: One of the key elements of social assistance system is social infrastructure and social staff. Those elements have strong influence to efficiency of the whole social system. The main aim of this article is to present the social assistance system in Podkarpace Province. In the article was presented demographic and social situation, social assistance system and social workers' training needs in Podkarpace Province.

Keywords: Social infrastructure. Social assistance. Social workers' training needs.

Wstęp

Systemy zabezpieczenia socjalnego obywateli w poszczególnych krajach w Europie i na świecie znacząco się od siebie różnią. Ich budowa uwarunkowana jest głównie przyjętym modelem polityki społecznej, występującymi problemami społecznymi oraz rozwojem gospodarczym danego kraju. W konsekwencji liczba osób objętych systemem pomocy społecznej może być stosunkowo niewielka jak ma to miejsce w Szwecji – 219 tys. osób tj. ok. 6% populacji (zob. Marttila et al. 2010, p. 142) bądź też dość znacząca jak w Brazylii – 13 mln gospodarstw domowych tj. ok. 25% społeczeństwa (zob. Barrientos 2013, p. 887). Cechą wspólną występującą w każdym państwie są spory polityczne dotyczące rozwiązań kwestii socjalnych, nasilające się zwłaszcza w sytuacjach napiętego budżetu państwa oraz wysokiego bezrobocia. Jak zauważa R. Minas (2010, p. 215) we wszystkich państwach politycy starają się zredukować środki finansowe przeznaczane na wydatki socjalne. Redukcja kosztów systemu socjalnego może odbywać się dwutorowo, z jednej strony państwo może zwiększyć wymagania w stosunku do potencjalnych odbiorców świadczeń socjalnych, z drugiej zaś możliwe jest zmniejszenie poziomu wypłacanych świadczeń. Oczywiście optymalizacja kosztów finansowania systemu socjalnego nie jest czymś negatywnym, pod warunkiem jednak, że system ten będzie zapewniał wystarczający poziom bezpieczeństwa socjalnego dla obywateli. Jak już zasygnalizowano w Europie systemy socjalne poszczególnych państw zabezpieczają swoich obywateli m.in. przedubóstwem w różnym stopniu. K. Nelson (2009) w swojej pracy podjął próbę oceny adekwatności systemów socjalnych w krajach „Starej Europy”, które zestawiał z „Państwami Nowej Demokracji” – w tym głównie krajami Europy Wschodniej. Cechą charakterystyczną systemów socjalnych w Europie Wschodniej jest to, że liczba odbiorców świadczeń socjalnych jest niższa niż w krajach Europy Zachodniej (Nelson 2009, p. 370). Generalnie kraje Europy Zachodniej posiadają skuteczniejsze systemy socjalne,

co oznacza, że w pełniejszym stopniu zabezpieczają one swoich obywateli przed ubóstwem. Natomiast wśród krajów Europy Wschodniej systemy socjalne chronią w pełni obywateli przed ubóstwem, sytuacja ta jest szczególnie dostrzegalna w Estonii i na Węgrzech, a jedynie Słowenia zapewnia świadczenia socjalne z pomocy społecznej na takim poziomie, który sytuował ją powyżej średniej europejskiej (Nelson 2009, p. 373-374).

W krajach europejskich szczególnie niepokojąca jest powiększająca się przepaść w zakresie wypłacania świadczeń socjalnych pomiędzy krajami „Starej Unii” i nowymi członkami UE. Wśród nowych członków Unii Europejskiej zagrożeniem dla bezpieczeństwa socjalnego mogą być przede wszystkim rosnące koszty utrzymania ludności, stosunkowo niskie zasiłki socjalne, co może skutkować poszerzaniem się strefy ubóstwa. Sytuacja ta ma miejsce w krajach rozwijających się nie tylko w Europie, podobne problemy dostrzegane są w innych częściach świata, przykładem mogą być Chiny, gdzie w Szanghaju system socjalny zmagają się z podobnymi problemami (szerzej zob. Haomiao 2011).

Jednym z kluczowych elementów każdego systemu socjalnego jest infrastruktura społeczna oraz zasoby kadrowe, bowiem to od nich głównie zależy sprawność całego systemu, w tym również pracy socjalnej. Tym zagadnieniom poświęcony jest właśnie niniejszy artykuł. Celem tekstu jest przedstawienie systemu pomocy społecznej w województwie podkarpackim. W artykule zaprezentowano syntetycznie sytuację demograficzną i społeczną województwa podkarpackiego, usługi z zakresu pomocy społecznej oraz kwestie dotyczące środków finansowych przeznaczanych na pomoc społeczną na Podkarpaciu. W końcowej części artykułu przedstawiono zasoby kadrowe jednostek pomocy społecznej oraz potrzeby szkoleniowe pracowników socjalnych w województwie podkarpackim.

Sytuacja demograficzna i społeczna województwa podkarpackiego

Województwo podkarpackie jest jednym z szesnastu regionów wydzielonych na obszarze Polski. Liczbę ludności województwa przedstawia poniższa tabela.

Tabela 1: Ludność w województwie podkarpackim z uwzględnieniem płci w latach 2010-2013

	OGÓŁEM				MĘŻCZYŹNI				KOBIETY			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
	liczba osób	liczba osób	liczba osób	liczba osób	liczba osób	liczba osób	liczba osób	liczba osób	liczba osób	liczba osób	liczba osób	liczba osób
POLSKA	38 529 866	38 538 447	38 533 299	38 495 659	18 653 125	18 654 577	18 649 334	18 629 535	19 876 741	19 883 870	19 883 965	19 866 124
Podkarpackie	2 127 948	2 128 687	2 129 951	2 129 294	1 041 622	1 042 100	1 042 947	1 042 602	1 086 326	1 086 587	1 087 004	1 086 692

Źródło: Opracowanie własne na podst. GUS- Bank Danych Lokalnych

W analizowanym okresie liczba ludności nieznacznie wzrosła (z 2,127 mln osób w 2010 do 2,129 mln osób w 2013 r.). Niepokojące jest jednak ujemne saldo migracji (krajowych i zagranicznych) w województwie podkarpackim.

Tabela 2: Saldo migracji według województw w Polsce w latach 2010-2013

Województwo	SALDO MIGRACJI - OGÓŁEM			
	2010	2011	2012	2013
	Liczba osób	Liczba osób	Liczba osób	Liczba osób
ŁÓDZKIE	-1780	-1891	-1828	-2678
MAZOWIECKIE	13377	14354	13287	13353

MAŁOPOLSKIE	4408	4300	3577	2824
ŚLĄSKIE	-4938	-5672	-5902	-9318
LUBELSKIE	-4905	-5136	-5172	-5627
PODKARPACKIE	-1929	-2177	-1947	-3102
PODLASKIE	-1516	-1974	-1808	-2511
ŚWIĘTOKRZYSKIE	-2545	-2305	-2128	-2809
LUBUSKIE	-474	-830	-622	-1378
WIELKOPOLSKIE	1273	1405	634	166
ZACHODNIOPOMORSKIE	-937	-855	-833	-1040
DOLNOŚLĄSKIE	1385	1071	940	27
OPOLSKIE	-1793	-2258	-2173	-3331
KUJAWSKO-POMORSKIE	-1683	-1649	-2006	-2645
POMORSKIE	2649	2279	1951	1863
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	-2706	-2996	-2587	-3698

Źródło: Jak dla tab. 1

W latach 2010-2013 w każdym roku na Podkarpaciu więcej osób wyjeżdżało do innych części kraju bądź za granicę, niż osiedlało się na terenie województwa. Jest to zjawisko negatywne, oznacza bowiem, że badany podmiot terytorialny nie był w stanie stworzyć konkurencyjnych warunków pracy i zamieszkiwania dla swojej ludności.

Czynnikiem istotnie determinującym funkcjonowanie systemu socjalnego jest między innymi poziom bezrobocia. Na Podkarpaciu w analizowanym okresie poziom bezrobocia był wyższy niż w innych regionach Polski.

Tabela 3: Stopa bezrobocia w Polsce z uwzględnieniem województw w latach 2011-2013

	Stopa bezrobocia w %		
	2011	2012	2013
POLSKA	12,5	13,4	13,4
ŁÓDZKIE	12,9	14,0	14,1
MAZOWIECKIE	9,8	10,7	11,1
MAŁOPOLSKIE	10,5	11,4	11,5
ŚLĄSKIE	10,2	11,1	11,3
LUBELSKIE	13,2	14,2	14,4
PODKARPACKIE	15,5	16,4	16,3
PODLASKIE	14,1	14,7	15,1
ŚWIĘTOKRZYSKIE	15,2	16,0	16,6
LUBUSKIE	15,4	15,9	15,7
WIELKOPOLSKIE	9,1	9,8	9,6
ZACHODNIOPOMORSKIE	17,6	18,2	18,0
DOLNOŚLĄSKIE	12,4	13,5	13,1
OPOLSKIE	13,3	14,4	14,2
KUJAWSKO-POMORSKIE	17,0	18,1	18,2
POMORSKIE	12,5	13,4	13,2
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	20,2	21,3	21,6

Źródło: Jak dla tab. 1

Stopa bezrobocia na Podkarpaciu w 2013 r. wynosiła 16,3%, podczas gdy w obszarach centralnych kraju wynosiła ok. 11%. Z roku na rok w województwie podkarpackim rosła liczba osób pozostających bez pracy (z 146,2 tys. osób w 2011 r do 154,2 tys. osób w 2013 r.).

Wysoki poziom bezrobocia niewątpliwie wpływa na liczbę osób korzystających z pomocy społecznej. Dane statystyczne pokazują, że na Podkarpaciu zwiększa się liczba osób, którym udzielano pomocy i wsparcia z systemu socjalnego.

Tabela 4: **Osoby korzystające z pomocy i wsparcia systemu pomocy społecznej na Podkarpaciu w latach 2011-2014**

WYSZCZEGÓLNIENIE	2011 2012			2013	Prognoza rok - 2014
	Lata poprzednie				
	Rok 2011	Rok 2012			
OSOBY I RODZINY, KTÓRYM UDZIELONO POMOCY I WSPARCIA					
Liczba osób	1	194 204	196 840	196 971	200 566
w tym: osoby długotrwale korzystające	2	96 612	97 712	92 242	94 247
Liczba rodzin	3	113 419	115 997	112 865	114 974
Liczba osób w rodzinach	4	350 393	342 487	353 177	355 986
OSOBY I RODZINY, KTÓRYM PRYZNANO ŚWIADCZENIE					
Liczba osób	5	143 000	144 126	139 946	142 784
w tym: osoby długotrwale korzystające	6	80 204	82 715	73 644	74 594
Liczba rodzin	7	83 382	84 913	79 021	80 947
Liczba osób w rodzinach	8	261 488	259 121	254 806	260 588
OSOBY I RODZINY, KTÓRYM PRYZNANO ŚWIADCZENIE PIENIĘŻNE					
Liczba osób ogółem	9	77 299	75 652	73 686	76 060
Liczba rodzin	10	59 835	62 146	60 258	61 872
Liczba osób w rodzinach	11	181 092	183 164	183 855	189 308
OSOBY I RODZINY, KTÓRYM PRYZNANO ŚWIADCZENIE NIEPIENIĘŻNE					
Liczba osób ogółem	12	82 512	82 465	76 054	77 581
Liczba rodzin	13	48 392	48 794	42 397	43 502
Liczba osób w rodzinach	14	173 419	170 692	164 130	167 729

Źródło: ROPS (2014), s. 8-9

W 2011 roku z pomocy społecznej na Podkarpaciu skorzystało 194,2 tys. osób. Natomiast w roku 2013 liczba beneficjentów systemu socjalnego wzrosła już do 196,3 tys. osób, a prognozy na rok 2014 zakładają, że liczba osób korzystających ze wsparcia systemu socjalnego przekroczy 200 tys. osób.

Rosnąca liczba świadczeń socjalnych nie powinna dziwić, gdyż zgodnie z danymi statystycznymi województwo podkarpackie posiada jedno z najwyższych w Polsce agregatowych indeksów ubóstwa (tj. zasięg, głębokość, intensywność oraz dotkliwość ubóstwa; szerzej zob. Panek 2009 oraz Panek 2005). W roku 2013 zasięg ubóstwa (w ujęciu obiektywnym), czyli odsetek ubogich na Podkarpaciu wynosił 6,92% (zob. tab. 5).

Tabela 5: Agregatywne indeksy skrajnego ubóstwa według województw (ujęcie obiektywne) w 2013 r.

Województwa	Zasięg ubóstwa	Głębokość ubóstwa	Intensywność ubóstwa	Dotkliwość ubóstwa
Dolnośląskie	4,76	33,6	1,6	0,8
Kujawsko-pomorskie	6,21	28,01	1,74	0,84
Lubelskie	7,51	33,9	2,55	1,32
Lubuskie	8,01	25,28	2,02	0,83
Łódzkie	5,24	20,04	1,05	0,42
Małopolskie	3,93	14,67	0,58	0,13
Mazowieckie	4,84	22,32	1,08	0,43
Opolskie	5,43	27,91	1,52	0,6
Podkarpackie	6,92	26,36	1,82	0,83
Podlaskie	3,81	15,43	0,59	0,16
Pomorskie	4,81	29,93	1,44	0,58
Śląskie	4,46	30,08	1,34	0,61
Świętokrzyskie	7,84	31,26	2,45	1,34
Warmińsko-mazurskie	5,73	24,55	1,41	0,54
Wielkopolskie	3,83	24,59	0,94	0,35
Zachodniopomorskie	3,84	24,3	0,93	0,34

Źródło: Czapiński and Panek(2014), s. 392

W innych województwach w Polsce odsetek gospodarstw ubogich był dużo mniejszy, przykładem może być województwo małopolskie (3,93%). Jest to szczególnie niepokojące, zwłaszcza, że zwalczanie ubóstwa jest jednym z głównych wyzwań stojących przed systemem socjalnym, ponieważ ubóstwo nie prowadzi jedynie deprywacji materialnej jednostki, ale ogranicza samoocenę i możliwości rozwoju obywateli. Doskonale obrazuje to wypowiedź jednego z respondentów, pochodząca z literatury zagranicznej – „*Ubóstwo oddziałuje na twoją samoocenę, twoją pewność siebie, generalnie na tego typu rzeczy. Czujesz się bezsilny, ponieważ nie możesz robić wielu rzeczy, nie możesz spełniać oczekiwań, które mają względem Ciebie ludzie*”(Davis and Wainwright 2005, p. 259).

Infrastruktura społeczna oraz zasoby kadrowe jednostek organizacyjnych pomocy społecznej na Podkarpaciu

Do zwalczania ubóstwa i minimalizowania problemów społecznych niezbędna jest odpowiednia infrastruktura społeczna. Liczbę poszczególnych typów placówek w województwie podkarpackim przedstawia poniższa tabela.

Tabela 6: Infrastruktura społeczna w województwie podkarpackim w latach 2011-2014

WYSZCZEGÓLNIENIE	Lata poprzednie		Rok 2014	Prognoza na rok 2014
	Rok 2011	Rok 2012		
DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ				
Liczba placówek	49	49	48	48
Liczba placówek prowadzonych przez JST	32	32	31	31
Liczba placówek prowadzonych przez NGO	17	17	17	17
Liczba miejsc w placówkach ogółem	4 640	4 690	4 688	4 695
Liczba osób korzystających	5 017	4 997	5 023	5 030
OŚRODKI WSPARCIA - OGÓŁEM				
Liczba placówek	128	131	135	151
Liczba placówek prowadzonych przez JST	81	83	86	87

Liczba placówek prowadzonych przez NGO	46	48	49	64
Liczba miejsc w placówkach ogółem	4 318	4 462	4 566	5 206
Liczba osób korzystających	8 323	8 920	8 361	9 767
W TYM:				
ŚRODOWISKOWE DOMY SAMOPOMOCY				
Liczba placówek	58	61	62	63
Liczba placówek prowadzonych przez JST	47	49	50	50
Liczba placówek prowadzonych przez NGO	10	12	12	13
Liczba miejsc w placówkach ogółem	1 883	2 046	2 161	2 313
Liczba osób korzystających	2 027	2 209	2 341	2 406
DZIENNE DOMY POMOCY				
Liczba placówek	8	8	8	8
Liczba placówek prowadzonych przez JST	8	8	8	8
Liczba placówek prowadzonych przez NGO	0	0	0	0
Liczba miejsc w placówkach ogółem	336	346	356	356
Liczba osób korzystających	389	404	387	382
NOCLEGOWNIE, SCHRONISKA I DOMY DLA OSÓB BEZDOMNYCH				
Liczba placówek	14	14	14	16
Liczba placówek prowadzonych przez JST	0	0	0	0
Liczba placówek prowadzonych przez NGO	14	14	14	16
Liczba miejsc w placówkach ogółem	674	670	733	808
Liczba osób korzystających	1 707	1 608	1 143	1 761
KLUBY SAMOPOMOCY				
Liczba placówek	2	2	2	3
Liczba placówek prowadzonych przez JST	2	2	2	2
Liczba placówek prowadzonych przez NGO	0	0	0	1
Liczba miejsc w placówkach ogółem	100	100	100	115
Liczba osób korzystających	399	121	162	179
RODZINNE DOMY POMOCY				
Liczba placówek	1	1	2	2
Liczba placówek prowadzonych przez JST	0	0	1	1
Liczba placówek prowadzonych przez NGO	1	1	1	1
Liczba miejsc w placówkach ogółem	8	8	11	11
Liczba osób korzystających	8	8	11	11
MIESZKANIA CHRONIONE OGÓŁEM				
Liczba placówek	21	21	18	31
Liczba placówek prowadzonych przez JST	14	17	14	19
Liczba placówek prowadzonych przez NGO	6	4	4	12
Liczba miejsc w placówkach ogółem	55	55	49	88
Liczba osób korzystających	41	43	42	78
OŚRODKI INTERWENCJI KRYZYSOWEJ OGÓŁEM				
Liczba placówek	16	16	15	15
Liczba placówek prowadzonych przez JST	13	13	12	12
Liczba placówek prowadzonych przez NGO	3	3	3	3
Liczba miejsc w placówkach ogółem	105	95	100	98
Liczba osób korzystających	2 247	2 212	2 115	2 456
JEDNOSTKI SPECJALISTYCZNEGO PORADNICTWA				
Liczba placówek	8	9	9	9
Liczba placówek prowadzonych przez JST	7	8	8	8
Liczba placówek prowadzonych przez NGO	1	1	1	1
Liczba miejsc w placówkach ogółem	761	1 052	1 178	1 140
PLACÓWKI WSPARCIA DZIENNEGO				
Liczba placówek	65	72	84	87
Liczba placówek prowadzonych przez JST	20	23	32	34

Liczba placówek prowadzonych przez NGO	47	49	52	53
Liczba miejsc w placówkach ogółem	2 888	3 173	3 539	3 571
Liczba osób korzystających	3 608	3 798	4 304	4 332
PLACÓWKI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZE OGÓŁEM				
Liczba placówek	47	48	35	38
Liczba placówek prowadzonych przez JST	28	29	22	25
Liczba placówek prowadzonych przez NGO	19	19	13	13
Liczba miejsc w placówkach ogółem	1 332	1 365	848	923
Liczba osób korzystających	1 580	1 558	962	1 083
CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ				
Liczba placówek	1	3	8	8
Liczba placówek prowadzonych przez JST	0	2	6	6
Liczba placówek prowadzonych przez NGO	1	1	2	2
Liczba uczestników zajęć	22	68	171	222
KLUB INTEGRACJI SPOŁECZNEJ				
Liczba placówek	7	7	6	7
Liczba placówek prowadzonych przez JST	7	7	6	7
Liczba placówek prowadzonych przez NGO	0	0	0	0
Liczba uczestników zajęć	162	179	561	219
WARSZTAT TERAPII ZAJĘCIOWEJ				
Liczba placówek	36	37	37	37
Liczba placówek prowadzonych przez JST	8	8	8	8
Liczba placówek prowadzonych przez NGO	29	30	30	30
Liczba uczestników zajęć	1 493	1 586	1 628	1 617
ZAKŁAD AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ				
Liczba placówek	5	5	5	6
Liczba placówek prowadzonych przez JST	1	1	1	2
Liczba placówek prowadzonych przez NGO	4	4	4	4

Źródło: ROPS (2014), s. 20-25

Analiza przedstawionych danych pozwala dostrzec, że niektóre typy zasobów instytucjonalnych systemu socjalnego są niewystarczające. Przykładem mogą być tutaj domy pomocy społecznej. W roku 2013 na terenie województwa funkcjonowało 48 domów pomocy społecznej, a liczba osób zainteresowanych umieszczeniem w DPS przewyższała liczbę miejsc jakimi te placówki dysponowały. W obliczu starzejącego się społeczeństwa i postępującego ubóstwa na terenie województwa taką sytuację należy ocenić negatywnie. Podobna sytuacja występowała w dziennych domach pomocy, ośrodkach interwencji kryzysowej czy placówkach opiekuńczo-wychowawczych.

Funkcjonowanie systemu socjalnego na Podkarpaciu pociągało za sobą dość wysokie koszty finansowe (zob. tab. 7).

Tabela 7: Środki finansowe przeznaczane na wydatki z systemu pomocy społecznej na Podkarpaciu w latach 2011-2014 (w zł i %)

WYSZCZEGÓLNIENIE	Lata poprzednie		Rok 2013	Prognoza na rok 2014
	Rok 2011	Rok 2012		
Ogółem wydatki na pomoc społeczną	1 337 322 481	1 403 009 339	1 450 127 836	1 516 263 290
Wzrost wydatków (rok 2011 = 100%)	100,0	104,9	108,4	113,4

Źródło: Opracowanie własne na podst. ROPS (2014), s. 11-13, 29-32

W latach 2011-2014 zauważalny jest regularny wzrost kwot przeznaczanych na świadczenia wypłacane z pomocy społecznej. W roku 2013 na świadczenia pieniężne w województwie przeznaczono ponad 36,5 mln zł, a prognozy na rok 2014 zakładają, że świadczenia te

pochłoną prawie 40 mln zł. Samo funkcjonowanie systemu pomocy społecznej na Podkarpaciu było jeszcze kosztowniejsze. W roku 2013 na wydatki z zakresu pomocy społecznej przeznaczono ponad 1 mld 450 mln zł. Oznacza to, że mimo małej skuteczności np. w minimalizowaniu zasięgu ubóstwa, system socjalny na Podkarpaciu jest kosztowny.

Jednym z kluczowych elementów przyczyniającym się do skuteczności systemu pomocy społecznej są zasoby kadrowe. Na terenie województwa podkarpackiego w 2013 r. w jednostkach organizacyjnych związanych z pomocą społeczną zatrudnionych było 3619 pracowników. Dane szczegółowe przedstawia poniższa tabela.

Tabela 8: **Pracownicy zatrudnieni w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej na terenie województwa Podkarpackiego w latach 2011-2014**

WYSZCZEGÓLNIENIE	Lata poprzednie		Rok 2013	Prognozy na rok 2014
	Rok 2011	Rok 2012		
OGÓŁEM PRACOWNICY				
Liczba ogółem pracowników jednostki pomocy społecznej	3 256	3 490	3 619	3 652
PRACOWNICY SOCJALNI				
Ogółem	1 219	1 234	1 236	1 252
Wykształcenie wyższe	676	708	729	755
Wykształcenie średnie	534	526	507	497
Specjalizacja 1-ego stopnia w zawodzie	327	327	330	338
Specjalizacja 2-ego stopnia w zawodzie	72	72	79	89
Specjalizacja z organizacji pomocy społecznej	86	108	107	113
POZOSTALI PRACOWNICY:				
Ogółem	1 825	2 038	2 161	2 178
Wykształcenie wyższe	1 021	1 204	1 302	1 320
Wykształcenie średnie	516	530	566	558
Inne	288	304	293	300

Źródło: ROPS (2014), s. 28

Analiza tabeli pozwala zauważyć, że kluczowa grupa zawodowa tj. pracownicy socjalni stanowiła w 2013 r. jedynie 34,15% ogółu osób zatrudnionych w pomocy społecznej. Jest to zjawisko niepokojące, zwłaszcza, że w latach 2011-2013 udział pracowników socjalnych w zatrudnieniu ogółu kadry zmniejszył się z 37,44% do 34,15%.

W przypadku pracowników służb społecznych, a zwłaszcza pracowników socjalnych niezwykle istotne jest nieustanne podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Kwestia odpowiednich kwalifikacji zawodowych nabiera szczególnego znaczenia ze względu na zadania pracownika socjalnego np. w zespole opieki paliatywno-hospitacyjnej, istotnym jest przygotowanie go do diagnozowania problemów socjalnych chorego i jego rodziny, doradzania w zakresie możliwości uzyskania świadczeń wynikających z choroby i niepełnosprawności oraz do współdziałania z organizacjami pozarządowymi (Cipora, Konieczny, 2014). Na Podkarpaciu w roku 2013 prawie 59% pracowników socjalnych posiadało wykształcenie wyższe. Pozytywny jest fakt, że w okresie 2011-2013 z roku na rok zwiększała się liczba pracowników socjalnych, którzy posiadali ukończone studia wyższe (2011 r. 55,46% ogółu; 2013 r. 58,98%). Niepokojące może być jednak to, że jedynie nieznaczna liczba pracowników socjalnych posiada specjalizację 1 stopnia w zawodzie (2013 r – 26,7% ogółu pracowników socjalnych z terenu województwa), specjalizację 2 stopnia w zawodzie (2013 r. – 6,4% ogółu) oraz specjalizację w zakresie organizacji pomocy społecznej

(2013 r. – 8,66% ogółu). Można suponować, że sytuacja ta może być spowodowana niewielką liczbą ośrodków na terenie Podkarpacia, w których odbywa się kształcenie specjalistyczne pracowników socjalnych.

Na przełomie lat 2011/2012 na terenie województwa podkarpackiego Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Sanoku przeprowadziła badanie ankietowe, którego celem było poznanie potrzeb szkoleniowych pracowników pomocy społecznej. Arkusze ankiet przesłano do wszystkich ośrodków pomocy społecznej z terenu województwa, jednak zwrot ankiet był niewielki i ostatecznie otrzymano 21 odpowiedzi zwrotnych. Respondenci mogli w ankiecie wskazywać tematykę wykładów otwartych, kursów i szkoleń oraz studiów podyplomowych, którą byliby najbardziej zainteresowani. Zgodnie ze wskazaniami ankietowanych największym zainteresowaniem w ramach wykładów otwartych cieszyła się tematyka związana z wychowywaniem dzieci oraz przemocą wobec kobiet; w przypadku kursów i szkoleń tematyka dotycząca wsparcia społecznego rodzin wychowujących dzieci autystyczne oraz dzieci z innymi problemami rozwojowymi. Natomiast w przypadku studiów podyplomowych respondenci wskazywali, że w ich pracy pomocne byłoby poznanie zagadnień z zakresu oligofrenopedagogiki, resocjalizacji oraz organizacji pomocy społecznej. Wyniki przeprowadzonego badania ankietowego mogą świadczyć o zainteresowaniu służb społecznych z terenu Podkarpacia własnym rozwojem zawodowym. Mogą być również wskazówką dla regionalnych podmiotów zajmujących się kształceniem służb społecznych, w tym głównie pracowników socjalnych, jak należałoby skonstruować ofertę dydaktyczną i szkoleniową.

Zakończenie

Celem prezentowanego artykułu było przedstawienie systemu pomocy społecznej w województwie podkarpackim. Analizy przeprowadzone w niniejszym tekście dowodzą, że obszar Podkarpacia cechuje się ujemnym saldem migracji oraz wysokim poziomem bezrobocia. Zauważalna jest również rosnąca liczba beneficjentów systemu pomocy społecznej. Rosnąca liczba wypłacanych świadczeń socjalnych nie powinna dziwić, gdyż województwo podkarpackie posiada jedno z najwyższych agregatowych indeksów ubóstwa.

Do zwalczania ubóstwa i minimalizowania problemów społecznych niezbędna jest odpowiednia infrastruktura społeczna. Analiza danych pochodzących z instytucji regionalnych pokazuje, że liczba podmiotów działających w obszarze pomocy społecznej jest niewystarczająca. Ponadto koszty funkcjonowania systemu pomocy społecznej w analizowanym województwie są dość wysokie i ciągle rosną. W 2013 r. na same świadczenia pieniężne w województwie przeznaczono ponad 36,5 mln zł, zaś całkowity koszt funkcjonowania systemu socjalnego przekraczał 1 mld 450 mln zł. Pomimo tak wysokich środków finansowych przeznaczanych na Podkarpaciu na system socjalny odznaczał on się niską skutecznością.

Na Podkarpaciu ponad połowa pracowników socjalnych posiada wyższe wykształcenie. Jednak niepokojący może być fakt, że tylko niewielka część pracowników socjalnych posiada wykształcenie specjalistyczne tj. specjalizacje w zawodzie pracownika socjalnego. Konieczne zatem staje się zwiększenie liczby podmiotów, dzięki którym pracownicy socjalni będą mogli podnosić swoje kwalifikacje zawodowe. Przyczyni się to niewątpliwie do zwiększenia efektywności systemu socjalnego funkcjonującego na terenie województwa podkarpackiego.

Zoznam bibliografických odkazov

- BARRIENTOS, A. 2013. The Rise of Social Assistance in Brazil. *Development & Change*, 44, 887-910.
- BŁĘDOWSKI P., KUBICKI P. 2006. Zwalczanie ubóstwa i wykluczenia społecznego w ramach polityki realizowanej na szczeblach samorządu terytorialnego, *Polityka Społeczna*, nr 11-12
- CIPORA E., KONIECZNY M. 2014. Holistyczna opieka nad pacjentem w systemie medycyny paliatywnej w Polsce, w: *Ako nájsť zmysel života v sociálnej práci s rizikovými skupinami*, Zborník, Eva Žiaková (ed.), Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Słowacja, s. 19-27, ISBN 978-80-8152-140-9.
- CORTIS, N. & MEAGHER, G. 2012. Social Work Education as Preparation for Practice: Evidence from a Survey of the New South Wales Community Sector. *Australian Social Work*, 65, 295-310.
- CZAPIŃSKI, J. & PANEK, T. (eds.) 2014. *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa.
- CZEKAJ K. I INNI. 2012, *Osoby niepełnosprawne w mieście: wyzwania dla polityki społecznej*; w: CZEKAJ K. (red), *Bielsko-Biała Zjawiska i problemy społeczne 2010: fakty i opinie*, Bielsko-Biała
- CZEKAJ K., DUDEK A., JAGÓDKA-DUDEK A., 2012, *Katowice – centralny powiat grodzki województwa śląskiego i jego kapitał ludzki*, w: A. BARTOSZEK, K. CZEKAJ, D. TRAWKOWSKA (red.), *Diagnoza problemów społecznych i monitoring polityki społecznej dla aktywizacji zasobów ludzkich w Katowicach, UŚ w Katowicach*, Katowice
- DAVIS, A. & WAINWRIGHT, S. 2005. Combating Poverty and Social Exclusion: Implications for Social Work Education. *Social Work Education*, 24, 259-273.
- GUS- Bank Danych Lokalnych, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks
- GUS, 2012, *Raport z wyników- Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, Warszawa
- HAOMIAO, Z. 2011. Doing a Little More for the Poor? Social Assistance in Shanghai. *Journal of Sociology & Social Welfare*, 38, 123-134.
- MARTTILA, A., WHITEHEAD, M., CANVIN, K. & BURSTRÖM, B. 2010. Controlled and dependent: experiences of living on social assistance in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 19, 142-151.
- MINAS, R. 2010. Social expenditures and public administration: are local social assistance costs in Sweden a matter of organisation? *International Journal of Social Welfare*, 19, 215-224.
- NELSON, K. 2010. Social assistance and minimum income benefits in old and new EU democracies. *International Journal of Social Welfare*, 19, 367-378.
- PANEK, T. 2005. Metody pomiaru ubóstwa. *Wiadomości Statystyczne*, 1-12.
- PANEK, T. 2009. Wskaźniki ubóstwa w ujęciu wielowymiarowym. *Wiadomości Statystyczne*, 1-20.
- ROPS 2012. *Ocena zasobów pomocy społecznej w województwie podkarpackim-2011 rok*, Rzeszów.
- ROPS 2013. *Ocena zasobów pomocy społecznej w województwie podkarpackim-2012 rok*, Rzeszów.
- ROPS 2014. *Ocena zasobów pomocy społecznej w województwie podkarpackim-2013 rok*, Rzeszów.

Kontakt na autora

dr Piotr Frączek

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. Grodka w Sanoku

38-500 Sanok ul. Mickiewicza 21, Polska
piotrfraczek1@gmail.com

Stereotypný výkon sociálneho pracovníka ako možné riziko praxe

Lívia Pížová (SR)

Abstrakt: Autorka v predkladanom príspevku analyzuje problematiku stereotypov vo výkone sociálnych pracovníkov a pracovníčok cez teoretický koncept Neila Thompsona (1999, in: Balogová 2010). Ponúka tiež zaujímavé výsledky prieskumu realizovaného v zariadení Francesco, kde boli skúmané, prostredníctvom sémantického diferenciálu, názory zamestnancov/zamestnankyň tohto zariadenia na pojem – práca sociálneho pracovníka/pracovníčky. Výskumnú vzorku tvorilo 10 respondentov, ktorí boli rozdelení do dvoch skupín – terapeutov a špeciálnych pedagógov. Pojem práca sociálneho pracovníka/pracovníčky obsahoval 12 párov adjektív, ktoré mali respondenti zhodnotiť na 7-bodovej bipolárnej škále. V závere príspevku autorka predkladá otázky do diskusie, vyplývajúce z jej teoretických a výskumných zistení.

Kľúčové slová: Stereotypy. Výkon sociálneho pracovníka/pracovníčky. Stereotypný výkon. Riziko praxe sociálneho pracovníka.

Abstract: In the article the author analyzes theme of exists stereotypes in the working performance of social workers through theoretical concept by Neil Thompson (1999, in: Balogová 2010). The article also offers interesting results of research, which was realized in the organization Francesco. In this organization was explored opinions of employees on word – „work of social worker“, by semantic differential. Research sample consists of ten respondents, who were divided into two category- therapists and special teachers. The word – „work of social worker“, consists of twelve adjectives, which respondents evaluated on points system of bipolar scale. In conclusion the article the author presents questions to discussion, which are coming out theoretical and research results.

Keywords: Stereotypes. Performance of the social worker. Stereotypical performance. The risk practice of the social worker.

Úvod

„Sociálna práca je všade vo svete chápaná ako významná profesia, ktorá svojimi aktivitami prispieva k riešeniu sociálnych problémov jednotlivcov, rodín, skupín i komunít – k zvládaniu neľahkých životných situácií. Prostredníctvom svojich zástupcov – sociálnych pracovníkov robí život v jeho najťažšej podobe znesiteľnejším a prijateľnejším. Je to profesia, ktorá má významné miesto v spoločnosti, pretože ponúka pomoc, zlepšuje kvalitu života a prispieva k udržiavaniu a rešpektovaniu základných morálnych hodnôt. Je potrebné brať sociálnu prácu vážne. Aj ako profesiu, aj ako špecifickú oblasť vedeckého poznania aj u nás doma“ (Balogová, Levická 2009, s. 5).

Byť sociálnym pracovníkom je náročné a zložité a sociálna práca nie je ľahkou voľbou (Thompson 1999, in: Balogová 2010). Sociálna práca ako špinavá práca? Ide o jeden zo spôsobov nazerania na túto profesiu, kedy je vnímaná ako činnosť zameraná na vyjasnenie problémov spôsobených zlyhaniami, medzerami v sociálnych politikách alebo systémoch. Sociálni pracovníci sú tí, ktorí zakročujú tam, kde spoločnosť zlyhala. Veľa ľudí má negatívny postoj ku klientom sociálnej práce (vnímajú ich ako „podvodníkov“, ktorí si pomoc nezaslúžia), ale aj ku samotným sociálnym pracovníkom, ktorí sú médiami označovaní ako stereotypní, naivní pracovníci, využívaní bezohľadnosťou klientov. Pohľad na sociálnu prácu je výsledkom toho, čo sa v profesii deje (Balogová, Levická 2009).

V súčasnosti existuje medzi ľuďmi mnoho stereotypných, nefunkčných a generáciami prenášaných názorov na prácu sociálnych pracovníkov a pracovníčok. To v konečnom dôsledku zhoršuje obraz o sociálnej práci a posúva ju oproti iným profesiám do znevýhodňujúceho postavenia. Práve tieto zistenia nás viedli k skúmaniu tejto z nášho hľadiska aktuálnej problematiky. Cieľom príspevku je zistiť, prostredníctvom sémantického diferenciatu, aké sú názory zamestnancov (terapeutov, špeciálnych pedagógov) zariadenia *Francesco* na pojem – práca sociálneho pracovníka.

Charakteristika zariadenia *Francesco* a rola sociálneho pracovníka v ňom – príklad aktuálneho trendu z praxe

Francesco – regionálne autistické centrum, *Krajské autistické centrum (KACP)*, n.o. spolu so *Súkromnou základnou školou s materskou školou pre žiakov a deti s autizmom* sídli na Vodárenskej ulici č. 2 v Prešove vo zrekonštruovanej budove, kde pôsobia od školského roka 2011/2012. Tieto subjekty sú zapísané v zozname poskytovateľov sociálnych služieb ako neverejní poskytovatelia – špecializované zariadenia pre klientov s autizmom, kde sa poskytuje (Poskytovatelia sociálnych služieb 2013, [cit. 15.11.2014]):

- ❖ ambulantná forma – *Francesco*, platná od 28.7.2009, s kapacitou 21 klientov s PAS,
 - ❖ pobytová týždenná forma – *KACP*, platná od 1.1.2013, s kapacitou 16 klientov.
- Riaditeľkou/zriaďovateľkou je Mgr. Eva Turáková. Personálne obsadenie tvorí (Turáková 2012, [cit. 15.11.2014]):
- ❖ materská škola – 4 špeciálni pedagógovia, 4 asistenti pedagógov,
 - ❖ základná škola – 11 špeciálni pedagógovia, 11 asistenti pedagógov,
 - ❖ školská družina – 2 vychovávateľky, 5 asistentky,
 - ❖ *Francesco* - 7 terapeutov,
 - ❖ *KACP* – ekonómka, vychovávateľ, 7 opatrovateľov.
 - ❖ *Centrum špeciálno pedagogického poradenstva (ČŠPP)* – špeciálny pedagóg, logopéd, fyzioterapeut, psychológ (diagnostika, poradenstvo a terapia). V rámci vymenovaných zariadení pôsobí aj jedna ekonómka, jedna upratovačka a dvaja pomocní pracovníci.

V špecializovanom zariadení *Francesco* pracuje jeden sociálny pracovník, ktorý má úplné vysokoškolské vzdelanie v odbore sociálna práca. V zariadení pracuje na polovičný úväzok, na štyri hodiny denne, rok pôsobil ako dobrovoľník, rok na dohodu a napokon od 1.1.2013 ho riaditeľka zariadenia zamestnala na pracovnú zmluvu. Sociálny pracovník vykonáva rolu terapeuta, konkrétne canisterapiu a ergoterapiu, ďalej rolu administratívneho pracovníka, konkrétne písanie individuálnych plánov klientov a písanie projektov na získanie finančných prostriedkov na canisterapiu.

Teoretické východisko výskumu

Realizovaný výskum bol koncipovaný na podklade teoretickej koncepcie autoriek Balogovej a Levickej (2009) – *Imaginárny diskurs s Neilom Thompsonom o sociálnej práci*. Autor Thompson (1999, in: Balogová 2010) tu hovorí o tzv. nekompetentných sociálnych pracovníkoch (Bloody social workers“!), a o troch problémoch, ktoré sú na jednej strane oddelené, ale na druhej zas prepojené. Problémami sú: negatívne vyjadrenia v médiách na adresu sociálnych pracovníkov, existencia konfliktu medzi klientmi a sociálnymi pracovníkmi (sociálny pracovník dnes pochádza z nižšej vrstvy ako klient) a napokon zlyhanie multidisciplinárnej spolupráce. Thompson (1999, in: Balogová 2010) hovorí o šiestich predpokladoch (stereotypoch) vzťahujúcich sa ku sociálnemu pracovníkovi. Sociálni pracovníci sú:

- ❖ nepresní a popletení – nemajú presné zameranie svojej práce, nie sú si naozaj istí, čo robia a prečo to robia,
- ❖ nespoľahliví – stále meškajú, majú veľký počet klientov,

- ❖ byrokratickí – vybudovali si povest' „stáleho schôdzkovania“; sociálny pracovník je skôr byrokrat než niekto, kto používa ich „bežný proces“ na riešenie problémov,
- ❖ bez ohľadu konať podľa svojho presvedčenia – je stereotypom niekoho, kto nemá dostatočný charakter, silu a potrebnú odvahu „zahryznúť sa do ťažkého problému“ a priamo sa zaoberať zložitou situáciou,
- ❖ nevyspytateľní a ľstiví – manipulujú a používajú rôzne „finty“ na to, aby klienti a iní robili to, čo chcú oni,
- ❖ idealistickí – na sociálnych pracovníkov sa díva ako na utopistických „rojkov“, ktorí majú nereálne očakávania sociálnej zmeny a charakteru spoločnosti.

Metodológia a metódy výskumu

Výskumnú vzorku tvorilo desať zamestnancov zariadenia *Francesco*. Použili sme zámerný výber výskumnej vzorky, konkrétne išlo o päť terapeutov a päť špeciálnych pedagógov s cieľom neskoršieho porovnania názorov týchto dvoch skupín (kritérium pre výber vzorky – povolanie). Čo sa týka vekového rozloženia išlo o respondentov vo veku od 27- 53 rokov, pričom žiadne vekové obmedzenia pri realizácii predvýskumu neboli kladené. 8 respondentov bolo ženského pohlavia a 2 mužského pohlavia.

Sémantický diferenciál (ďalej SD) tvoril hlavnú metódu nášho výskumu. Ide o kvantitatívnu metódu zameranú na zisťovanie toho, ako ľudia vnímajú pojmy, ktoré majú okrem denotatívneho významu aj význam konotatívny. Ako uvádza Gavora et al. (2010), sémantický diferenciál síce je štandardizovaná metóda, ale podľa potreby ju môžeme meniť. Pri tvorbe SD sme preto nepoužili pôvodný SD Osgooda (1957, in: Gavora 2010), ale vytvorili sme si vlastný, priamo nadväzujúci na kontext našej problematiky, s vynechaním troch pôvodných dimenzií. Vychádzajúc z doterajších teoretických poznatkov o tejto problematike, sme vybrali týchto dvanásť adjektív (položiek v SD), ktoré mali respondenti zhodnotiť na 7- bodovej bipolárnej škále (pričom 1 = kladné hodnotenie, 7 = záporné hodnotenie):

- ❖ aktívna – pasívna,
- ❖ zaujímavá – nezaujímavá,
- ❖ zodpovedná – nezodpovedná,
- ❖ ľahká – ťažká,
- ❖ príjemná – nepríjemná,
- ❖ čistá – špinavá,
- ❖ rýchla – pomalá,
- ❖ nenáročná – náročná,
- ❖ dôležitá – nedôležitá,
- ❖ neproblematická – problematická,
- ❖ ohodnotená – neohodnotená,
- ❖ efektívna – neefektívna.

Výsledky sémantického diferenciálu a ich interpretácia

V tabuľke č. 1 sú uvedené výsledky, ako všetci zamestnanci zariadenia *Francesco* odpovedali na jednotlivé položky na 7 – bodovej bipolárnej škále. Na pravej strane je uvedený aritmetický priemer jednotlivých položiek. Pri vyhodnotení tejto tabuľky si všimame hodnotu priemeru pri jednotlivých položkách. Čím je priemer nižší (teda bližšie sa k 1), tým je názor pozitívnejší, keďže 1 znamená kladné hodnotenie. A naopak čím je priemer vyšší, tým je názor negatívnejší, keďže 7 znamená záporné hodnotenie. V tabuľke vidíme, že v prvých troch položkách sa priemer zhoduje, „najlepší“ priemer má položka č. 9- dôležitá/nedôležitá s hodnotou 1,3 teda celkovo je zamestnancami vnímaná práca sociálneho pracovníka ako

dôležitá. „Najhorší“ priemer má položka č. 8 – nenáročná/náročná s hodnotou 5,9 teda je práca tohto profesionála vnímaná ako náročná.

Tabuľka č. 1: **Názory všetkých zamestnancov na jednotlivé položky**

	Položka	1	2	3	4	5	6	7	Položka	Priemer
1	aktívna	6	4	0	0	0	0	0	pasívna	1,4
2	zaujímavá	8	1	0	1	0	0	0	nezaujímavá	1,4
3	zodpovedná	7	2	1	0	0	0	0	nezodpovedná	1,4
4	ľahká	0	0	0	2	3	4	1	ťažká	5,4
5	príjemná	3	1	1	5	0	0	0	nepríjemná	2,8
6	čistá	3	0	2	5	0	0	0	špinavá	2,9
7	rýchla	1	3	1	4	1	0	0	pomalá	3,1
8	nenáročná	0	0	0	0	4	3	3	náročná	5,9
9	dôležitá	7	3	0	0	0	0	0	nedôležitá	1,3
10	neproblematická	1	1	2	3	1	1	1	problematická	3,9
11	ohodnotená	0	0	1	0	4	1	4	neohodnotená	5,7
12	efektívna	4	5	0	1	0	0	0	neefektívna	1,8
Počet položiek		12								
Počet respondentov		10								

V tabuľke č. 2 sú uvedené výsledky, ako odpovedali terapeuti(skupina č. 1) na jednotlivé položky v SD. Na pravej strane je vypočítaný aritmetický priemer jednotlivých pojmov. Pri vyhodnocovaní tabuľky č. 2 postupujeme rovnakým spôsobom ako pri prvej tabuľke, len tu interpretujeme názory terapeutov. Najnižší priemer má položka č. 3 – zodpovedná/nezodpovedná s hodnotou 1, to znamená, že terapeuti vnímajú prácu sociálneho pracovníka ako zodpovednú. Najvyššiu hodnotu priemeru = 6 má položka č. 8 – nenáročná/náročná, teda terapeuti vnímajú prácu tohto profesionála ako náročnú.

Tabuľka č. 2: **Názory terapeutov (skupina č.1) na jednotlivé položky**

	Položka	1	2	3	4	5	6	7	Položka	Priemer
1	aktívna	2	3	0	0	0	0	0	pasívna	1,6
2	zaujímavá	4	0	0	1	0	0	0	nezaujímavá	1,6
3	zodpovedná	5	0	0	0	0	0	0	nezodpovedná	1
4	ľahká	0	0	0	1	2	1	1	ťažká	5,4
5	príjemná	2	0	1	2	0	0	0	nepríjemná	2,6
6	čistá	3	0	0	2	0	0	0	špinavá	2,2
7	rýchla	1	1	1	1	1	0	0	pomalá	3
8	nenáročná	0	0	0	0	2	1	2	náročná	6
9	dôležitá	3	2	0	0	0	0	0	nedôležitá	1,4
10	neproblematická	1	1	1	1	0	0	1	problematická	3,4
11	ohodnotená	0	0	1	0	3	0	1	neohodnotená	5
12	efektívna	3	2	0	0	0	0	0	neefektívna	1,4
Počet položiek		12								
Počet respondentov		5								

V tabuľke č. 3 sú uvedené odpovede špeciálnych pedagógov (skupina č. 2) na jednotlivé položky v SD na 7 – bodovej bipolárnej škále. Čo sa týka tabuľky č. 3 – má najnižší priemer položka 1, 2 a 9 – teda vnímajú prácu ako aktívnu,zaujímavú

a dôležitú. Najvyšší priemer má položka č. 11 – ohodnotená/neohodnotená z čoho vyplýva, že špeciálni pedagógovia vnímajú prácu sociálneho pracovníka ako neohodnotenú.

Tabuľka č. 3: Názory špeciálnych pedagógov (skupina č. 2) na jednotlivé položky

	Položka	1	2	3	4	5	6	7	Položka	Priemer
1	aktívna	4	1	0	0	0	0	0	pasívna	1,2
2	zaujímavá	4	1	0	0	0	0	0	nezaujímavá	1,2
3	zodpovedná	2	2	1	0	0	0	0	nezodpovedná	1,8
4	ľahká	0	0	0	1	1	3	0	ťažká	5,4
5	príjemná	1	1	0	3	0	0	0	nepríjemná	3
6	čistá	0	0	2	3	0	0	0	špinavá	3,6
7	rýchla	0	2	0	3	0	0	0	pomalá	3,2
8	nenáročná	0	0	0	0	2	2	1	náročná	5,8
9	dôležitá	4	1	0	0	0	0	0	nedôležitá	1,2
10	neproblematická	0	0	1	2	1	1	0	problematická	4,4
11	ohodnotená	0	0	0	0	1	1	3	neohodnotená	6,4
12	efektívna	1	3	0	1	0	0	0	neefektívna	2,2
Počet položiek		12								
Počet respondentov		5								

V tabuľke č. 4 sú vypočítané aritmetické priemery oboch skupín (terapeutov, špeciálnych pedagógov) a následne na pravej strane tabuľky sú vypočítané rozdiely priemerov skupín. Porovnávame tu priemery oboch skupín a vypočítavame rozdiely v priemeroch. Pri vyhodnocovaní postupujeme a následne interpretujeme údaje podľa tohto pravidla:

❖ ak je hodnota v stĺpci Rozdiel priemerov kladná – tak pedagógovia mali kladnejšie hodnotenie než terapeuti.

❖ ak je hodnota rozdielu záporná – tak pozitívnejšie hodnotenie mali terapeuti.

Oranžová farba v tabuľke označuje zhodu v priemeroch oboch skupín, teda že obe skupiny majú rovnaký názor na položku č. 4- ľahká/ťažká, teda že práca sociálneho pracovníka ja ťažká. Fialová farba v tabuľke označuje najviac rozdielne názory skupín na položku č. 6 – čistá/špinavá a na položku č. 11 – ohodnotená/neohodnotená. Pedagógovia majú názor, že práca profesionála je viac „špinavšia“ a viac neohodnotená v porovnaní s názormi terapeutov.

Tabuľka č. 4: Aritmetické priemery oboch skupín

Položky	Terapeut - Priemer	Pedagóg - Priemer	Rozdiel priemerov
1	1,6	1,2	0,4
2	1,6	1,2	0,4
3	1	1,8	-0,8
4	5,4	5,4	0
5	2,6	3	-0,4
6	2,2	3,6	-1,4
7	3	3,2	-0,2
8	6	5,8	0,2
9	1,4	1,2	0,2
10	3,4	4,4	-1
11	5	6,4	-1,4
12	1,4	2,2	-0,8

Záver

Na základe prezentovaného môžeme skonštatovať, že **oboma** skupinami bola práca sociálneho pracovníka vnímaná ako **dôležitá a náročná**. **Terapeuti** vnímali prácu pomáhajúceho profesionála ako **náročnú a zodpovednú**. **Špeciálni pedagógovia** ju zas vnímali ako **aktívnu, zaujímavú, dôležitú a neohodnotenú**. Obe skupiny sa **zhodli** v názore, že práca sociálneho pracovníka je **ťažká**. **Pedagógovia** mali názor, že práca profesionála je **viac „špinavšia“ a viac neohodnotená** v porovnaní s názormi terapeutov.

Vyplývajú z teoretických a výskumných zistení sme dospeli k otázkam, ktoré by mohli byť predmetom diskusie. Sú medzi zamestnancami zariadenia *Francesco* prítomné stereotypy voči práci sociálneho pracovníka? Ovpływujú tieto stereotypy jeho výkon a vzťah s klientskymi skupinami? Vplýva pracovné prostredie sociálneho pracovníka na generovanie stereotypov? Aké preventívne aktivity by mohli minimalizovať potenciálne prítomné stereotypy v praxi sociálneho pracovníka?

Zoznam bibliografických odkazov

- BALOGOVÁ, Beáta, LEVICKÁ Jana, 2009. Imaginárny diskurz s Neilom Thompsonom o sociálnej práci... In *Revue sociálnych služieb*. Roč. I, č. 1, s. 4-18. ISSN 1338-1075.
- GAVORA, Peter et al., 2010. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu* [online]. Bratislava: Univerzita Komenského. Dostupné z: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/>.
- PÍŽOVÁ, Livia, 2014. *Rola sociálneho pracovníka pri práci s detským klientom s poruchou autistického spektra v zariadení Francesco: diplomová práca*. Školiteľka práce: prof. PhDr. Beáta Balogová, PhD. Prešovská univerzita v Prešove, 2014. Filozofická fakulta; Inštitút edukológie a sociálnej práce.
- Poskytovatelia sociálnych služieb* [online], 2013. [cit. 15.11.2014]. Dostupné z: <http://www.po-kraj.sk/sk/samosprava/urad/odbor-socialny/poskytovatelia-socialnych-sluzieb/>.
- TURÁKOVÁ, Eva, 2012. *Zamestnanci zariadenia* [online]. In: *Francesco-1.webnode.sk/zamestnanci zariadenia/*. [cit. 15.11.2014]. Dostupné z: <http://francesco-1.webnode.sk/zamestnanci-zariadenia/>.

Kontakt na autora

Mgr. Livia Pížová

Inštitút edukológie a sociálnej práce, Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove

Ul. 17. novembra č. 1

080 01 Prešov, Slovenská republika.

pizovalivia@centrum.sk.

Stres jako wiodący czynnik wypalenia zawodowego pracowników socjalnych

Ewelina Zdebska (PL)

Streszczenie: Pracownicy socjalni to osoby, które są wyjątkowo narażone na stres. Wykonując odpowiedzialną pracę, często narażani są na stres, co może prowadzić do pogorszenia ich stanu zdrowia. Na co dzień spotykają się z klientami pomocy społecznej, z różnymi problemami i kryzysami. Nadmiar stresu, licznych obowiązków, obciążenie emocjonalne może prowadzić do wypalenia zawodowego.

Słowa kluczowe: Stres. Wypalenie zawodowe. Pracownik socjalny. Praca socjalna. Profilaktyka.

Abstract: Social workers are people who are extremely vulnerable to stress. In carrying out responsible work, they are often exposed to stress, which may lead to deterioration of their health. On a daily basis, they are faced with social assistance clients with various problems and crises. Excessive stress, a number of duties, emotional load can lead to burnout.

Key words: Stress. Burnout. Social worker. Social work. Prevention.

Wprowadzenie

Pracownicy socjalni są grupą zawodową szczególnie narażoną na stres. W swojej codziennej pracy wykonują zadania, które wymagają od nich odpowiedniego przygotowania zarówno merytorycznego, jak i psychicznego. Nie bez znaczenia będą tu również predyspozycje i umiejętności zawodowe.

Wypalenie zawodowe, syndrom wypalenia zawodowego występuje, gdy praca przestaje dawać satysfakcję, pracownik przestaje się rozwijać zawodowo, czuje się przepracowany i niezadowolony z wykonywanego zajęcia, która niegdyś sprawiała mu przyjemność. Jest to wynik *wypalania się* czyli stresu występującego na skutek przepracowania. Występuje najczęściej w zawodach wymagających intensywnych kontaktów z ludźmi, wśród pracowników socjalnych, psychologów, pedagogów, lekarzy, nauczycieli, pielęgniarek, i innych. Wypalenie zagraża wówczas, kiedy nie potrafisz odmówić przyjęcia na siebie dodatkowych zadań, obowiązków, przez długi czas działałeś pod wpływem silnej presji, przyjęte przez ciebie standardy nakazują ci wykonywać wszystko samodzielnie, bez delegowania zadań swoim podwładnym czy współpracownikom. Należy pamiętać, iż stawianie sobie zbyt wiele zadań na długi okres czy udzielanie zbyt wielkiego wsparcia emocjonalnego przez długi czas może być stresujące i prowadzić do wypalenia zawodowego.

Syndromy wypalenia zawodowego

Wśród syndromów wypalenia zawodowego wymienia się:

długotrwały stres związany z miejscem pracy;

problemy z koncentracją, problemy z podjęciem decyzji;

brak kontroli nad emocjami - niecierpliwość, wybuchy gniewu i irytacji;

wyczerpanie fizyczne - przewlekłe zmęczenie bez przyczyny, brak aktywności;

osłabienie organizmu, częste infekcje;

- bóle głowy, mięśni;
- brak apetytu, nagły spadek wagi;
- problemy z zasypianiem, bezsenność;
- brak kontroli nad emocjami - niecierpliwość, wybuchy gniewu i irytacji;

- utrata entuzjazmu - schematyczne podchodzenie do problemów i zadań, brak własnej inwencji;
- niezdolność do podejmowania decyzji - nawet błaha decyzja sprawia trudności;
- świadome izolowanie się od otoczenia, unikanie bezpośrednich kontaktów z ludźmi – pogarszają się stosunki nie tylko z współpracownikami i klientami, ale również z rodziną i przyjaciółmi.

Składniki wypalenia zawodowego

Christina Maslach wskazuje trzy składniki zawodowego wypalania się:

emocjonalne wyczerpanie - uczucie pustki i odpływu sił wywołane nadmiernymi wymaganiami psychologicznymi i emocjonalnymi jakie stawiała przez pracownikiem praca (bądź sam stawiał sobie takie nierealistyczne wymagania wobec własnych możliwości),
depersonalizacja - poczucie bezduszości, bezosobowości, cyniczne patrzanie na innych ludzi, obniżenie wrażliwości wobec innych,
obniżenie oceny własnych dokonań- poczucie marnowania czasu i wysiłku na swoim stanowisku pracy.

Grupa ryzyka

Jeżeli jesteśmy w grupie ryzyka i mamy poczucie, że zagraża nam wypalenie lub utraciliśmy zdolność odczuwania przyjemności ze swojej pracy, pomocne mogą być następujące rady:

Poddawaj weryfikacji swoje cele i priorytety;

Oceń czy wymagania, które stoją przed tobą, korespondują z twoimi celami;

Przeanalizuj swoje możliwości w zakresie sprostania tym wymaganiom;

Jeżeli odczuwasz nadmiar obowiązków, dokonaj ich redukcji poprzez wycofanie się z pewnych zadań;

- Jeżeli kontakty z otaczającymi ludźmi kosztują cię zbyt wiele energii, postaraj się zwiększyć dystans wobec otoczenia. Masz prawo bronić się przed nadmierną eksploatacją emocjonalną czy psychiczną;
- Usprawnij swoje umiejętności w zakresie radzenia sobie ze stresem;
- Sprawdź, które obszary twojego życia- praca, rodzina, etc.- generują stres i postaraj się to zmienić, rozwiązać istniejące problemy, zredukować stres;
- Skorzystaj z pomocy rodziny lub przyjaciół w uporaniu się ze stresem;
- Upewnij się czy prowadzisz zdrowy styl życia:
 - Dostarczasz sobie odpowiednią ilość snu i wypoczynku;
 - Czy twoja dieta jest właściwa, zrównoważona, dostarcza ci niezbędnych składników;
 - Dostarczasz sobie wystarczająco dużo aktywności fizycznej;
 - Czy nie nadużywasz kawy lub alkoholu;
- Poszukaj odpowiedniego dla siebie hobby- to doskonale regeneruje umysł;
- Przyznaj sobie prawo do wypoczynku, relaksu, przyjemności.

Stres jako wiodący czynnik wypalenia zawodowego

Nie można jednoznacznie stwierdzić i wskazać konkretnej przyczyny wypalenia zawodowego wśród pracowników socjalnych. W dużej mierze jest to zależne od indywidualnych cech danej osoby oraz środowiska pracy. Źródła wypalenia zawodowego

charakteryzowane są zazwyczaj w trzech odrębnych płaszczyznach: indywidualnej, interpersonalnej i organizacyjnej. W płaszczyźnie indywidualnej zwrócono uwagę na osobnicze cechy osobowości każdego człowieka, które mogą mieć wpływ na to czy dany człowiek jest bardziej czy mniej narażony na wypalenie zawodowe. Można tu zakwalifikować: „niską samoocenę, niepewność, defensywność, zależność, bierność, poczucie kontroli zewnętrznej, nieracjonalne przekonanie o roli zawodowej, niskie poczucie zaradności zasadniczej, specyficzny typ kontroli polegający na unikaniu sytuacji trudnych, wysoka reaktywność i silną motywację do pracy (Bliska 2004). W kolejnej płaszczyźnie – interpersonalnej wskazuje się interpersonalne źródła wypalenia, których należy szukać przede wszystkim w relacjach, jakie zachodzą między pracownikiem a klientami instytucji w ich codziennych relacjach zawodowych. Jedną z bardziej obciążających relacji zawodowych jest relacja pomocy, w której jedną ze stron są pracownicy instytucji wspierających, drugą zaś osoby poszukujące pomocy. „Do interpersonalnych źródeł wypalenia zaliczyć należy również stresujące sytuacje, które przynoszą kontakty z przełożonymi i współpracownikami. Są to między innymi: konflikty interpersonalne, rywalizacja, brak wzajemnego zaufania, zaburzona komunikacja, przemoc psychiczna, agresja werbalna, mobbing, zamierzone lub niezamierzone przyczynianie się pracodawcy do obniżenia poczucia własnej wartości i samoskuteczności pracowników, np. kwestionowanie kompetencji czy blokowanie aktywności twórczej swych podwładnych” (Bliska, 2004). Ostatnią płaszczyzną są czynniki organizacyjne, w których często dochodzi do rozbieżności pomiędzy oczekiwaniami pracodawcy a możliwościami pracownika socjalnego. Problematiczny może być również sam proces komunikacji, wygórowane obowiązki, nadmierne obciążenie czy stres związany z miejscem pracy.

Oprócz stresorów związanych z rolą zawodową wymienia się także:

- stresory związane ze środowiskiem fizycznym, np. hałas, zatłoczenie, źle dopasowane sprzęty biurowe lub ich brak itp.;
- stresory związane ze sposobem wykonywania pracy np. pośpiech, monotonia, nierytmiczność przebiegu pracy (np. częste spięcia pracy), praca w godzinach wieczornych lub nocnych;
- stresory związane z funkcjonowaniem pracownika jako członka organizacji np. odpowiedzialność za rzeczy i ludzi, brak udziału w podejmowaniu decyzji, brak możliwości wypowiedzenia swojej opinii w sprawach istotnych dla organizacji;
- stresory związane z rozwojem zawodowym - niezadowolenie z przebiegu kariery, brak możliwości dalszego rozwoju zawodowego, brak poczucia stałości pracy;
- stresory związane z jednoczesnym funkcjonowaniem w organizacji i poza nią np. niemożność pogodzenia obowiązków zawodowych z obowiązkami wobec rodziny, przyjaciół lub z rozwojem własnych pozazawodowych zainteresowań;
- styl kierowania niedopasowany do zadań placówki i potrzeb pracowników (Łoboda 1990).

Analiza wyników badań

Współczesny świat, również ten zawodowy naraża człowieka na stres. Doświadcza się wtedy napięcie emocjonalnych czy tych zachodzących w ciele. Czynniki te nazywa się stresorami. Stres ma ogromny wpływ na zdrowie człowieka. W dzisiejszych czasach trudno jest spotkać jednostkę, która nie odczuwałaby stresu. Mówiąc o pracownikach socjalnych warto wspomnieć, iż stres towarzyszy im przez cały okres pracy zawodowej. Ma on negatywny wpływ na zdrowie jednostki i może doprowadzić do takich chorób jak: astma, choroby układu krążenia, zaparcia, biegunki, zaburzenia psychiczne, migreny czy nawet

nowotwory. Obecnie pracownicy socjalni deklarują, iż odczuwają znacznie większy stres niż dawniej. Powodem tego może być również fakt i niepokój o utrzymanie pracy.

Po przeprowadzonych wywiadach z 50 pracownikami socjalnymi ośrodków pomocy społecznej (głównie o charakterze gminnym) można stwierdzić, iż wypalenie zawodowe nie jest zjawiskiem obcym. Diagnozują u siebie oznaki wypalenia zawodowego, doznają uczucia pustki zawodowej czy silnego stresu. Blisko 75% badanych czuje się wypalonych zawodowo.

Tabela nr. 1: **Wypalenie emocjonalne pracowników socjalnych**

Lp.	Pytanie	Tak	Nie
	Czy uważa Pan/i, że jest narażona na wypalenie zawodowe?	31	19
	Czy codzienna praca z klientem męczy?	32	18
	Czy wykonując zawód pracownika socjalnego czuje się Pan/i wypalony?	34	16
	Czy praca z klientem pomocy społecznej jest stresująca?	46	4

Źródło: badania własne

Depersonalizacja pracowników socjalnych dała się poznać w trakcie badań jako poczucie bezduszości, bezosobowości, cyniczne patrzyenie na innych ludzi, obniżenie wrażliwości wobec innych. Analizując wyniki badań można stwierdzić, iż pracownicy socjalni nie w pełni dotknięci są depersonalizacją, a raczej ją zagrożeni jej wystąpieniem. Słuszne będą tu działania profilaktyczne, radzenie sobie z sytuacjami stresującymi, superwizje jak również wsparcie koleżeńskie.

Tabela nr. 2: **Symptomy wypalenia zawodowego**

Lp.	Pytanie	Tak	Nie
1	Mam przedmiotowy stosunek do klientów.	11	39
2	Jestem obojętna/y na problemy klientów.	9	41
3	Mam obniżoną wrażliwość wobec innych.	8	42
4	Nie interesuję się losem klientów po zakończonym procesie pomocy.	21	29

Źródło: badania własne

Istotne a raczej zagrażające w pracy zawodowej pracowników socjalnych jest obniżanie oceny własnych dokonań, poczucie marnowania czasu i wysiłku na swoim stanowisku pracy. Niestety ponad połowa pracowników socjalnych odczuwa niechęć przed wyjściem do pracy, jednak mimo to skutecznie rozwiązują problemy swoich klientów. Nie są jednak zadowoleni ze współpracy z klientami.

Tabela nr 3: Obniżenie oceny własnych dokonań

Lp.	Pytanie	Tak	Nie
1	Czy skutecznie rozwiązuje Pan/i problemy klientów?	38	12
2	Czy czuje Pan/i w sobie duże pokłady energii do pracy?	15	35
3	Czy jest Pan/i zadowolony/a ze współpracy z klientami?	8	42
4	Czy odczuwa Pan/i zniechęcenie przed wyjściem do pracy?	29	21

Źródło: badania własne

Profilaktyka

Przy radzeniu sobie ze stresem najlepsza i najskuteczniejsza jest profilaktyka. Najczęściej zalecane metody radzenia sobie z trudnymi sytuacjami:

- Utrzymuj kontakt z naturą- pachnący świeżością las i śpiew ptaków może dostarczyć energii, której nie mają w sobie betonowe osiedla;
- Miej czas właśnie dla siebie- zrób sobie przyjemność - tak jak lubisz. Wyłącz telefon, usiądź wygodnie w fotelu lub idź na spacer;
- Porozmawiaj z kimś kto naprawdę ma ochotę cię wysłuchać- nie udawaj kogoś kto nie może się mylić ani okazywać słabości. Pozwól sobie pomóc;
- Stosuj techniki relaksacyjne- może to być joga, medytacja czy proste kontrolowanie oddechu. Sprawia, że poczujesz się wyciszony i spokojny (ale musisz być systematyczny);
- Uprawiaj sport- ćwiczenia fizyczne są niewątpliwie lepszym sposobem na okiełznanie stresu niż obsesyjne myślenie o tym co może się wydarzyć i zamartwianie się;
- Zdrowo się odżywiaj- pamiętaj, że istnieje związek między fizyczną i psychiczną stroną człowieka. Unikaj używek; papierosów, kawy, alkoholu. Przecież tylko w "zdrowym ciele - zdrowy duch";
- Rozwijaj w sobie poczucie humoru- stare przysłowie mówi, że śmiech to zdrowie. Jest w tym dużo racji;
- Naucz się lepiej gospodarować czasem- sporządzaj plan dnia, a nawet tygodnia, spis rzeczy, które masz do załatwienia bardzo pilnie i takich, które mogą jeszcze poczekać. Zorganizuj dobrze miejsce pracy;
- Stawiaj sobie realistyczne cele- ustal co chcesz osiągnąć i w jakim czasie. Sporządź plan działań, ale nie bądź dla siebie zbyt wymagający;
- Nie staraj się być perfekcjonistą- każdy popełnia błędy. Nie musisz wszystkiego robić bezbłędnie. Bądź dla siebie tolerancyjny;
- Nie troszcz się o rzeczy na które nie masz wpływu-nie jesteś w stanie wpłynąć na pogodę, ani na zaprzestanie wojen na świecie. Pozwól by życie toczyło się samo, a ty koncentruj się tylko na tym nad czym masz władzę.

Zakończenie

Pracownicy socjalni to osoby, które są wyjątkowo narażone na stres. Wykonując odpowiedzialną pracę, często narażani są na stres, co może prowadzić do pogorszenia ich stanu zdrowia. Stały kontakt z klientami pomocy społecznej, ciągłe obciążenie emocjonalne, działanie pod silną presją mogą powodować obniżenie zdolności zawodowych. Codzienny kontakt z klientami pomocy społecznej, z różnymi problemami i kryzysami jest obciążający dla psychiki, zdrowia i funkcjonowania człowieka. Nadmiar stresu, licznych obowiązków,

obciążenie emocjonalne może prowadzić do wypalenia zawodowego. Istotne jest, aby zapoznawać pracowników socjalnych z profilaktyką syndromu wypalenia zawodowego, aby przezwyciężali negatywne skutki samodzielnie, jak również zapobiegali wypalaniu siebie i potrafili się obronić. Świadomość „sygnałów ostrzegawczych”, rozumienie przyczyn i radzenie sobie ze stresem pozwoli na reagowanie w odpowiednim czasie.

Zoznam bibliografických odkazov

Bilska E., *Jak Feniks z popiołów czyli syndrom wypalenia zawodowego*, [w:] Niebieska Linianr 4 / 2004.

Łoboda M., *Czynniki stresogenne w organizacji* [w:] Biela A. **Stres w pracy zawodowej**. Lublin 1990, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Zbyrad T., *Wypalenie zawodowe pracowników służb społecznych*, Stalowa Wola 2008.

Stres ako súčasť profesie sociálnych pracovníkov

Dušan Bally, Katarína Šiňanská (SR)

„Príspevok je súčasťou riešenia grantovej úlohy VEGA č. 1/0332/12 s názvom Analýza vybraných rizikových faktorov klientskeho násilia v sociálnej práci s dôrazom na prevenciu klientskeho násilia a prípravu sociálnych pracovníkov – Národné zmapovanie výskytu násilia klientov voči sociálnym pracovníkom na Slovensku“.

Abstrakt: *Príspevok sa zaoberá stresom a jeho vplyvom na sociálnych pracovníkov pri vykonávaní ich profesie. Autori sa zameriavajú na posúdenie a zhodnotenie toho, aký má stres vplyv na sociálnych pracovníkov, ako na nich pôsobí a aké techniky poznajú a najčastejšie využívajú pri zvládaní stresových situácií.*

Kľúčové slová: *Stres. Závaž. Stresové situácie. Techniky zvládania stresu.*

Abstract: *The paper deals with stress and its impact on social workers to carry out their profession. The authors focus on the assessment and evaluation of how stress has an impact on the social workers how to operate them and what techniques known and most frequently used in coping with stressful situations.*

Keywords: *Stress. Load. Stressful situations. Techniques for coping with stress.*

Úvod

Na ľudí v dnešnej dobe pôsobí množstvo nepriaznivých faktorov, ktoré súspúšťajú negatívnych javov. Jedným z najznámejších príznakov je stres a jeho vplyv na život jedincov. Stres a záťaž sa vyskytujú vo všetkých oblastiach života, v ktorých ľudia prežívajú úzkosť, majú problémy, ktoré ich zaťažujú, a s ktorými si nevedia v mnohých prípadoch poradiť. Vzhľadom na to, že všetci ľudia sú jedineční a každý človek využíva na zvládanie stresových situácií rôzne techniky, tak aj napriek tomu je pre nich prekonávanie záťaže namáhavé a v niekedy až neriešiteľné. Mnohokrát sa stane, že človek je natoľko vyčerpaný, že nemá dostatok síl na jeho prekonanie a môže dôjsť k burnoutu (syndrómu vyhorenia). V takejto situácii sa väčšina ľudí správa neuvážlivo, a tým negatívne vplývajú na svoje okolie. Stres pôsobí taktiež aj na sociálnych pracovníkov, nakoľko sú každý deň vystavení mnohým stresovým situáciám, ktoré musia riešiť a nejakým spôsobom zvládnuť. Mnohé stresové situácie pri výkone tejto profesie pôsobia veľmi negatívne a výraznou mierou ovplyvňujú ich výkon. Hlavnou príčinou je to, že musia byť maximálne koncentrovaní a v prípade klientovho problému mu musia poskytnúť okamžitú pomoc pri jeho riešení. Taktiež na nich vplýva množstvo nepriaznivých faktorov, akými sú časová tieseň v práci, zvýšená emocionálna záťaž, nadmerný počet spoločenských kontaktov, či neuspokojivé podmienky pri obnove telesných a duševných síl. Sociálnych pracovníkov vyhľadávajú ľudia, ktorí sa ocitli v ťažkej problémovej situácii, očakávajú vypočutie, pochopenie, neodsudzujúci prístup, podporu, pomoc a to vedie často krát práve k syndrómu vyhorenia.

1 Stres a záťaž

Ak v priebehu činnosti pôsobí na človeka nejaký rušivý faktor, sťažujúci, až nemožňujúci uspokojenie potreby, či dosiahnutie cieľa, ide o stres. Toto slovo pochádza z anglického slova stress, čo znamená ťažkosť, úzkosť, tieseň, tlak, nátlak (Boroš 2001).

Podľa K. Kraska-Lüdecke (2007, s. 27) stres je: „dlhotrvajúca somatická a psychická záťaž na náš organizmus, vznikajúca z nespĺniteľných očakávaní a negatívnych zásahov do života človeka“.

Stres je možné celkovo určiť ako reakciu jedinca na prílišnú záťaž, ktorá je spúšťaná impulzmi (stresormi), ktoré môžu mať tak fyzikálnu, ako aj psychologickú povahu (Heretik 2007).

M. Vágnerová (2004) tvrdí, že stres nemusí mať len nepriaznivý vplyv na jedinca, ale je tu istý variant stresu, ktorý môže jedinca pozitívne povzbudzovať a podnecovať k hľadaniu iných riešení a tým rozvíjať kompetentnosť. „V živote sa nemôžeme vyhnúť udalostiam, ktoré vyvolávajú stres, ale je dôležité, aby sme sa naučili kontrolovať svoje reakcie na tieto podnety a aktívne začali pracovať na odstránení svalovej nerovnováhy, a naučili sa relaxovať a psychosociálne sa „upevniť“. Tým môžeme predísť zdravotným a psychosociálnym problémom alebo ich zmierniť. Pokiaľ sa naučíme zvládať stres, prospeje to nielen nášmu telu, ale omladneme aj na mysli a na duchu“ (Gulášová 2012, s. 25).

Podľa L. Čírtkovej (2004) dochádza v náročných a obťažných situáciách k porušovaniu rovnováhy medzi endogénnymi požiadavkami a napätím na jednej strane a pripravenosťou jedinca ich zvládať na strane druhej. V psychológii takúto situáciu nazývame záťaž. Je pre ňu podstatné, že nesúlad medzi pripravenosťou čeliť exogénnemu tlaku a medzi exogénnymi potrebami musí byť subjektívne zaregistrovaný a prežívaný. H. Selye, autor teórie stresu, považoval za záťaž všetko, čo vedie k ochoreniam alebo k rýchlejšiemu starnutiu organizmu (Štěpaník 2008).

Vnímanie stresu v pracovnej oblasti

„Syndróm vyhorenia sa stáva fenoménom dnešných dní. Syndróm vyhorenia (syndróm psychického vyčerpania) je sýtený nielen povahovými a osobnostnými charakteristikami, ale aj súborom negatívnych vplyvov prostredia a sociálnym pozadím. Tento stav psychického vyčerpania postihuje ľudí, ktorí sú zapálení pre svoju prácu, do zamestnania vstupujú plní energie, nadšenia, očakávaných výsledkov, avšak počiatočné motivácie a presvedčenia klesajú, energia sa vytráca, práca stráca svoj zmysel. Ak je naša energetická bilancia dlhodobo záporná, ak nemáme zdroje radosti v živote, dostaneme sa do stavu psychického vyčerpania“ (Hnátová, Kovalčíková 2010, s. 65 – 66).

Nikto konkrétne nevie, ako dochádza ku vzniku stresujúcich udalostí, ale dôvodom môžu byť napríklad rolové konflikty, nadmerné očakávania, nedostatočná nezávislosť, nejasné hierarchické štruktúry v zamestnaní, slabá podpora zo strany vedúceho, konfliktné vzťahy, priveľmi veľké množstvo práce, ktoré máme vykonať za krátku dobu, šikanovanie v práci a podobne (Kallwas 2007).

Podľa J. Praška a H. Praškovej (2007) môže byť stresorom v pracovnej oblasti napríklad mentorský vedúci, otravný kolega, nekompromisný úradník a pod. Pracovné vzťahy, donášanie, osočovanie, prílišná kritickosť alebo naopak veľmi chladné nestranné zväzky, nedôvera, túžba nadriadených byť dokonalí a emocionálna sterilnosť, môžu byť taktiež určitým vodidlom k mohutnému prežívaniu záťaže v oblasti práce.

J. Štěpaník (2008) nasledovne vymedzil zoznam javov, ktoré sa vyskytujú na pracovisku, a ktoré na človeka pôsobia negatívne:

- vykonávanie aktivít, ktoré sú zbytočné, a ktoré človeka vedú od jeho pridelenej práce,
- aktivity, ktoré sú nezáživné a nemajú zmysel,
- časová tieseň a tlak zo strany zamestnávateľa vykonať prácu v určenom termíne,
- preťaženosť a nadmerný počet zadaných prác,
- zmätok, rozruch a dezorganizácia,
- vážny nedostatok vo vedení a v riadení,
- preorganizovanie,

- nadriadený s nedostatočnými kompetenciami,
- osobnostné nedostatky vedúceho,
- zlé vzťahy medzi pracovníkmi,
- pochybnosti a obava z prepustenia z práce,
- komunikačné nedostatky a nedostatočná informovanosť,
- vážne deficity v spoločenských pomeroch,
- nedostatočné oceňovanie a uznávanie v zamestnaní,
- nerešpektovanie.

2 Vplyv stresových situácií na profesionálov z radov sociálnych pracovníkov

Stres vplýva aj na sociálnych pracovníkov v rôznych profesiách, ktorí sa denne stretávajú s nejakým problémom, ktorý ovplyvňuje výkon ich profesie. A. Mátel (2010) vymedzuje dva problémové okruhy, ktoré majú vplyv na činnosť sociálnych pracovníkov pri vykonávaní ich profesie:

súkromný okruh – môžeme tu zaradiť napríklad osobnostné nedostatky, duševné ochorenia, telesné a duševné postihnutia, defekty vo vzťahoch, sklúčenosť a problémy s emóciami, stres v dôsledku vážnej udalosti v živote človeka, domáci teror, rôzne druhy závislosti, kríza stredného veku alebo justičné problémy,

okruh práce – môže to byť napríklad nedostatok peňažných zdrojov (nízky príjem), bossing, aktivita s nebezpečnými klientmi, práca so zvýšeným rizikom nebezpečenstva, pracovný stres alebo samotný burnout (syndróm vyhorenia) spojený s prejavmi rôzneho druhu.

Pri tomto zamestnaní je najdôležitejšie vytvorenie si istého odstupu od klienta. Podľa V. Kebzu a I. Šolcovej (2003) si odborníci k tomuto napomáhajú hlavne určitým odosobnením sa od klienta; jednostranným zdôrazňovaním rozumového prístupu (a to vtedy, ak poradca hovorí o klientovi bez náznaku emócií a pristupuje k nemu ako profesionál) a v neposlednom rade odlúčením od ostatných ľudí (tým, že rozlišujeme medzi profesijným hľadiskom a hľadiskom k ostatným ľuďom).

Pri dlhoročnej práci konzultanta v oblasti sociálneho poradenstva môže na človeka doľahnúť syndróm vyhorenia, ktorý sa prejavuje znížením záujmu o klientov a o povolanie, ktoré si zvolili. Je to prirodzená hrozba práce konzultanta, ktorý klientovi venuje pozornosť, chápe ho a prijíma celú škálu pocitov a nálad klientov, na ktoré musí primerane odpovedať. Ak sa určité rozhranie medzi konzultantom a klientom prekročí, tak môže nastať situácia, že sa poradca bude cítiť v prítomnosti klienta menej odolný a menej senzibilný ako pri prvom stretnutí (Gabura 2005).

Stresové situácie pôsobia aj na pracovníkov, ktorí pôsobia v geriatrických strediskách, pričom tie sa starajú a opatrujú chorých starých ľudí. Pri vykonávaní ich práce dochádza k rôznym druhom záťaže, čo môže postupom času spôsobiť syndróm vyhorenia. I. Ondriová a B. Kollárová (2005) tvrdia, že k vyhoreniu pracovníkov môže dôjsť napríklad z týchto príčin:

- počas štúdia na škole je ošetrovateľka plná ilúzií a očakávaní z toho, že chce starým ľuďom pomáhať zlepšiť ich životný cyklus, ale až po príchode do geriatrického strediska zistí, že zhoršenie stavu zdravia, či smrť číha na každom kroku,
- geronti (starí ľudia) potrebujú starostlivú opateru na úrovni dieťaťa a vyžadujú si veľa lásky a hlavne pochopenia,
- geronti (starí ľudia) sú často deprimovaní, vystresovaní, utrápení a očakávajú pomoc od druhých,
- napriek prílišnej starostlivosti o starších ľudí a náročnosti tejto profesie, je veľmi nízko odmeňovaná.

2.1 Techniky zvládania stresových situácií

V odbornej literatúre sa stretávame s rozdelením techník zvládania stresových situácií do týchto kategórií:

coping – je to priebeh, v ktorom sa jedinec snaží vyrovnať so stresom. Vnímame ho ako úsilie prekonávania situácií, ktoré vynucujú alebo prevyšujú mieru adaptácie dispozícií jedinca. Coping orientovaný na problém sa koncentruje na zmenu alebo zvládanie záťažovej situácie a jeho hlavnou úlohou je obmedzovať nepriaznivé účinky záťažovej situácie alebo rozširovať zdroje na jej prekonávanie. Coping orientovaný na citové prežívanie sa vyznačuje úsilím jedinca kontrolovať city nastávajúce pod vplyvom stresu a reguláciu citovej odpovede na účinnosti záťaže (Gajdošová 2009). J. Křivohlavý (2003) definuje coping ako vlastný prejav jedinca na stresové situácie. Nejedná sa ale o obyčajný jednorozmerný postup, ale skôr o výsledok jedného činu tohto druhu, ktorý vedie k opakovanému vyvolávaniu predošlej reakcie, či takisto k obmene alebo zmene. Napríklad primeraná copingová odpoveď smie byť znovu úspešne využitá, či smie byť dôvodom zľahčenia neistoty a tak menej efektná, pričom dochádza k prelomu copingovej reakcie a k vytvoreniu inej reakcie,

meditácia – je to cvičenie sústredenia sa s úmyslom prerušiť ustavične plynúci prúd impulzov a vynútiť internú prázdnotu. Tento modifikovaný stav myslenia, ktorý oslobodzuje meditujúceho na istý čas od externého sveta, pomáha odstraňovať stresové situácie, napomáha k internému súladu a psychickému zdraviu a dodáva duševnú rozvahu a energiu. Prejavuje sa v zmene mozgových vln. Hlavnou pozíciou meditácie je vztýčený sed, neraz nazývaný aj lotosový kvet, pri ktorom sú nohy istým spôsobom prepletené cez seba. V hocijakom prípade je významné, aby bola chrbtica a hlava vo vzpriamenej polohe (Huber a kol. 2009). Podľa R. Atkinsonovej (2003, s. 158) je meditácia: „účinná technika navodzovania uvoľnenia a znižovania fyziologickej aktivity. Takmer všetky štúdie tohto javu uvádzajú výrazné zníženie dychovej frekvencie, pokles spotreby kyslíka, nižšie vylučovanie oxidu uhličitého. Znižuje sa aj frekvencia srdcovej činnosti, dochádza ku stabilizácii prúdenia krvi a k poklesu koncentrácie laktátu v krvi. Meditácia sa taktiež osvedčila pri zvládaní chronických pocitov úzkosti a pri zvyšovaní sebaúcty“,

ochranné mechanizmy – na prekonávanie stresových situácií využíva jedinec vlastné rozumové dispozície. Súčasne s touto zámernou aktivitou plynie v humánnej psychike aj nezámerná aktivita. Ochranné mechanizmy sú neúmyselné procesy, nastupujúce bez zreteľa na to, či to chceme, alebo nie. Ide o tradičné úsilie postupovať konkrétnym spôsobom za účelom vyformovať ohrozujúce okolnosti tak, aby boli pre jedinca riešiteľné (Gajdošová 2009),

autogénny tréning – „u nás je najznámejší autogénny tréning podľa J. H. Schultza, v USA je rozšírená progresívna svalová relaxácia podľa Edmunda Jacobsona“ (Huber a kol. 2009, s. 85). Trvá už celé desaťročia a osvedčil sa v rôznych smeroch. Nemá vedľajšie nežiaduce účinky, ktoré sa vyskytujú u viacerých meditačno - relaxačných metód, ktoré vyvolávajú ďalšie napätie a zatážujú jedinca aj po ekonomickej stránke. Pri autogénnom tréningu sa jedinec uzdravuje sám. Techniku tréningu vytvoril neurológ Johannes H. Schultz z hypnózy. Omámenie je pokojný stav, ktorý má podoby spánku, ale je spôsobený ďalším človekom. Diferencuje sa nižšie štádium, ktoré pozostáva zo šiestich cvičení, ktoré poporiadku vyvolávajú tiaž a teplo v rukách a nohách, upokojuje tep a dýchanie a spôsobuje mráz na tvári a vyššie štádium je založené na autonómne zvolenom zmýšľaní o obrazoch a okolnostiach. Napomáha sa k sebaopoznávaniu a precvičuje sa vedomé rozmyšľanie (Huber a kol. 2009). Relax pri autogénnom tréningu býva hlbší ako pri aplikovanej relaxácii. Používa sa ako autonómny liečebný postup alebo ako doplnujúca metóda umožňujúca ucelený pokles duševného napätia, napríklad u generalizovanej depresie (Praško a kol. 2003),

biofeedback – biologické regresívne spojenie, v ktorom jedinec prijíma správy o istej premennej vlastnej fyziologickej situácie a potom sa pokúša tú situáciu pretvoriť. Povedzme

pri nácviku ovládania bolesti hlavy, ktorá je spôsobená tlakom niektorých svalov hrdla a lebene, sa jedincovi upevnia na čelo elektródy tak, že každá činnosť čelového svalu sa dá elektronicky detekovať, zosilniť a previesť na akustický signál (Atkinson 2003),

kneippovanie – Kneipp vytvoril ucelené postupy naturálnej terapie, ktorá napomáha k ochrane pred chorobami, utuženiu obranného systému, súladu tela, mysle aj ducha a náprave. Tento systém tvorí 5 súčastí: vodoliečba (hydroterapia), kinetická liečba, užívanie liečivých rastlín (fytoterapia), zdravá strava a racionálna životospráva (Huber a kol. 2003).

Záver

Keďže stres prechádza fázami rôznych stresových situácií, je veľmi ťažké ho v počiatočnom štádiu problému správne pomenovať a definovať. Nesprávne zvolené techniky a zle zvolený postup pri riešení problémov a konfliktov, môže mať v niektorých prípadoch až fatálne následky. Práve komunikácia je pri stresových situáciách veľmi dôležitá, pretože ak je efektívna, môže vo veľkej miere zabrániť vyhroteným situáciám. Preto je dôležité sa o danú stresovú udalosť podeliť s blízkou osobou alebo s niekým, kto nás dobre pozná a rozumie nám.

Príspevok poukazuje na to, že v profesiách, ktoré priamo súvisia so sociálnou prácou, je všadeprítomný stres každodenným problémom, s ktorým sa musia sociálni pracovníci pasovať vlastnými silami a k tomu im majú pomáhať techniky zvládania stresových situácií. V týchto profesiách pôsobia na pracovníkov rôzne druhy záťaže, či už je to napríklad strach z prepustenia z práce alebo priveľmi veľké nároky na sociálnych pracovníkov pri vykonávaní ich profesie. Pri zvládaní stresových situácií sa najčastejšie využívajú techniky, ako sú meditácia alebo ochranné mechanizmy.

Zoznam bibliografických odkazov

- ATKINSON, R., 2003. *Psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.
- BOROŠ, J., 2001. *Základy sociálnej psychológie*. Bratislava: Iris. ISBN 80-89018-20-3.
- ČÍRTKOVÁ, L., 2004. *Policejní psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-931-3.
- GABURA, J., 2005. *Sociálne poradenstvo*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca. ISBN 80-89185-10-X.
- GAJDOŠOVÁ, E., 2009. *Prehľad psychológie*. Bratislava: Príroda. ISBN 978-80-07-01511-1.
- GULÁŠOVÁ, I., 2012. Prevence krízových situací. In: *Sestra*. Roč. 22, č. 1, s. 25. ISSN 1210-0404.
- HERETIK, A., 2007. *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof. ISBN 978-80-89322-00-8.
- HNÁTOVÁ, I. a N. KOVALČÍKOVÁ, 2010. Syndróm vyhorenia ako jeden zo salutorov brániacich v rozvoji ľudského potenciálu. In: A. Grenčíková a M. Grenčík. „Zdravie ako základný predpoklad rozvoja ľudského potenciálu“. Podhájská: Východoeurópska agentúra pre rozvoj, s. 65 - 67. ISBN 978-80-970277-1-1.
- HUBER, J. a kol., 2009. *30 spôsobu jak se zbavit stresu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2486-7.
- KALLWASS, A., 2007. *Syndróm vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-299-5.
- KEBZA, V. a I. ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-231-7.
- KRASKA – LÜDECKE, K., 2007. *Techniky proti stresu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1833-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2003. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-774-4.

MÁTEL, A. a T. ROMAN, 2010. Zodpovednosť sociálneho pracovníka voči sebe a defenzívna orientácia v sociálnej práci. In: A. Mátel, M. Schavel, P. Mühlpachr a T. Roman. *Aplikovaná etika v sociálnej práci*. Brno: Institut mezioborových studií, s. 93 - 108. ISBN 978-80-87182-13-0.

ONDŘIOVÁ, I. a B. KOLLÁROVÁ, 2005. Psychická a fyzická záťaž geriatrických sestier ako fenomén kvality ich života. In: A. Tokárová, J. Kredátus a V. Frk. *Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce*. Prešov: Prešovská univerzita, s. 439 - 443. ISBN 80-8068-425-1.

PRAŠKO, J., 2003. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-737-X.

PRAŠKO, J. a H. PRAŠKOVÁ, 2007. *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1697-6.

ŠTĚPANÍK, J., 2008. *Umění jednat s lidmi 3 : Stres, frustrace a konflikty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1527-8.

VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

Kontakt na autorov

Mgr. Dušan Bally

Katedra sociálnej práce FF Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Moyzesova 9

040 59 Košice, Slovenská republika

dusan.bally@gmail.com

PhDr. Katarína Šiňanská, PhD.

Katedra sociálnej práce FF Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Moyzesova 9

040 59 Košice, Slovenská republika

katarina.sinanska@upjs.sk

Detská linka ako pracovisko dištančného poradenstva v akademickom prostredí

Lovašová Dana (SR)

Abstrakt: Autorka v príspevku prezentuje detskú linku ako vhodný model dištančnej poradne v akademickom prostredí. Poradňa umožní študentom získavať praktické skúsenosti v práci s klientom, rozvíjať komunikačné zručnosti a naučí ich využívať elektronické nástroje v dištančnom poradenstve v rámci pregraduálneho štúdia. Autorka predstavuje spôsob činnosti detskej linky a metódy práce, ktoré zabezpečia tak prax pre študentov, ako i profesionálne psychologické a sociálne poradenstvo klientom detskej linky. Telefonické a internetové poradenstvo je tiež veľmi vhodným spôsobom prevencie sociálno-patologických javov v detskej populácii.

Kľúčové slová: Detská linka. Dištančná poradňa. Telefonické poradenstvo. Internetové poradenstvo.

Abstract: This article presents child line use as a distance counseling in academic background. The students gain practical experience with clients, develop communication skills and learn to use electronic tools in internet-based counseling here. Author describes mode of operation of child line and method of it's work, which will provide practical experiences for students as well as professional psychological and social counseling for children. Phone and internet delivery of counseling for child is a way of prevention of socio-pathological behavior for this population.

Keywords: Childline. Distantcounseling. Phone counseling. Internet-basedcounseling.

Poradenstvo v kontexte tohto príspevku chápeme ako formu pomoci klientom, ktorí sa ocitli v situácii, v ktorej potrebujú a vyhľadajú pomoc odborníka. Takéto poradenstvo môže mať formu prezenčnú alebo dištančnú.

Prezenčná forma poradenstva predstavuje pomoc, kde klient je fyzicky prítomný. Zvyčajne ide o rôzne poradne, centrá, pracoviská, kde klient musí za poradcom prísť. Môže ísť aj o rôzne terénne služby, kde naopak, odborník prichádza za klientom. Spoločným prvkom je fyzická prítomnosť klienta i odborníka (Špatenková 2011).

Dištančná forma poradenstva predstavuje poradenský proces, pri ktorom klient nie je v jednom priestore s poradcom. V poradenskom procese chýbajú niektoré senzorické kanály, ktoré môžu tento proces uľahčovať a poskytovať poradcovi cenné neverbálne signály o klientovi a jeho situácii. Napriek tomu sa táto forma poradenstva rozvíja veľmi rýchlym tempom. Rozvoj urýchlil nástup internetu a nové technológie komunikácie, ktoré ponúka.

Za prvé dištančné poradnemôžeme považovať linky dôvery, ktoré začali vo svete vznikať v 50. rokoch minulého storočia. Ponúkali klientom anonymitu, ľahký prístup, ekonomickú efektivitu a odbornosť pri riešení ich problému. Spočiatku to boli linky zamerané na osobnostné a emocionálne problémy. Neskôr začali vznikať linky zamerané na rôzne cieľové skupiny so špecifickými problémami. Medzi nich patria i detské linky, ktoré vznikali po celom svete.

Linky dôvery patrili k prvým inštitúciám, ktoré začali využívať internet ako médium pre dištančné poradenstvo (Horská, Lásková, Ptáček 2010). Na základe svojich skúseností z telefonického poradenstva pristupovali veľmi zodpovedne k výhodám i nevýhodám, ktoré poradenstvo prostredníctvom internetu prináša nielen klientom, ale i poradcom. Na Slovensku to boli predovšetkým dve detské linky, ktoré už začiatkom storočia začali ponúkať deťom

možnosť kontaktu prostredníctvom internetu. Jednou z nich bola Linka detskej dôvery v Košiciach.

Detské linky majú špecifickú cieľovú skupinu – deti. V práci s nimi využívajú metódy, ktoré ich čo najviac priblížia k detskému klientovi:

- ľudský, rešpektujúci prístup, ktorý deťom často sprostredkuje novú korektívnu skúsenosť v kontakte s dospelým,
- empatia, aktívne počúvanie,
- vedenie detského klienta k samostatnému riešeniu problémov,
- základné sociálne poradenstvo,
- psychologické poradenstvo,
- podporná psychoterapia,
- krízová intervencia.

Pri práci s deťmi musia detské linky rešpektovať vývinové hľadiská. Klienti detského, zvlášť školského veku, kontaktujú linku aj v situáciách, kedy by to dospelý pravdepodobne neurobil. Mnoho problémov a otázok, s ktorými sa deti na linku obracajú pramení z nedostatku skúseností a informácií. Myslenie detí je konkrétne, predkladajú konkrétny problém a chcú rýchlu radu alebo informáciu. Nemajú záujem o hlboké a dlhé analyzovanie svojho problému. Často nadväzujú kontakt len zo zvedavosti, preto, aby zistili, kto sa im na druhej strane ozve, či napíše. Niekedy kontaktujú linku len v rámci hry. Hra k detskému veku patrí. Aj keď má v každom vývinovom období inú podobu, prostredníctvom nej deti získavajú nové skúsenosti a poznatky. Telefonovanie, či chatovanie je pre mnohé z nich strhujúca, zaujímavá hra, navyše hra, pri ktorej získavajú nové skúsenosti, nové informácie, i nových priateľov. To všetko vyžaduje iný spôsob práce ako na linkách dôvery pre dospelých, kde klienti vyhľadávajú odbornú pomoc.

Väčšina detských liniek vo svete pracuje spôsobom, kde sprostredkovateľom medzi detským klientom a odborníkom je laik-konzultant. Tak pracuje ChildLine vo Veľkej Británii, Linka bezpečí v Českej republike i detské linky na Slovensku. V praxi to znamená, že dieťa príde v prvom kontakte do styku s konzultantom, často dobrovoľníkom, ktorý zistí, aký problém klient prezentuje. Ak predpokladá, že zvládne problém sám, vedie hovor ďalej. Ak zhodnotí problém ako taký, ktorý je nad jeho odborné znalosti a skúsenosti, odovzdá hovor odborníkovi, ktorý takto garantuje kvalifikovanosť pri poskytovaní pomoci.

Aby sa pri takomto spôsobe práce udržala kvalita poradenského procesu je potrebné neustále, kontinuálne vzdelávanie pracovníkov linky. To by malo byť zamerané na:

1. Komunikačné zručnosti v dištančnej komunikácii.
2. Zvyšovanie prahu citlivosti voči témam, ktoré klienti často prezentujú (agresivita a násilie voči deťom, sexuálne zneužívanie, sebapoškodzovanie, suicidálne konanie, závislosti a pod.).
3. Rozlíšenie a zvládanie zvláštnych skupín klientov (agresívni klienti, mlčiaci, emocionálne rozrušení, opakovane kontaktujúci linku a pod.) a zvláštnych situácií, ktoré sa môžu počas poradenského procesu vyskytnúť.
4. Rozvíjanie technických zručností v práci s novými technológiami.

Systém vzdelávania na linke je jedným z najdôležitejších kritérií kvality poskytovaných služieb. Okrem školení a kurzov zameraných na rozvoj vyššie spomenutých oblastí, by mal obsahovať i osobnostný rozvoj pracovníkov linky a ich profesionálneho potenciálu. Ten by mal byť zabezpečený systémom supervízií a intervízií práce poradcov (Horská, Lásková, Ptáček 2010).

V Slovenskej republike pracujú na podobných princípoch tri detské linky: v Bratislave, Nitre a v Košiciach.

Linka detskej dôvery v Košiciach vznikla v novembri 1999 ako telefonická poradňa pre deti. Postupne však pridávala nové komunikačné nástroje i cieľové skupiny. Už v r. 2003 ponúkla deťom možnosť využívať pomoc a poradenstvo formou e-mailov. Postupne si psychológovia pracujúci na linke čoraz viac uvedomovali, že závažné problémy detí je nutné riešiť v spolupráci s ich rodičmi. To boli dôvody, prečo sa činnosť linky rozšírila i o poradenstvo rodičom a dospelým, ktorí sú pre deti dôležití. Tak vznikla v r. 2008 Rodičovská linka a odvtedy poskytuje linka dištančné poradenstvo i pre túto skupinu klientov. Rozmach internetu a jeho využívania deťmi prinútil pracovníkov linky viac sa venovať využívaniu tohto médiá. V r. 2011 preto popri telefonickej poradni začala fungovať aj Internetová poradňa Linky detskej dôvery, ktorá zahŕňala nielen e-mailové poradenstvo, ale i hlasový kontakt prostredníctvom VOIP a interaktívnu komunikáciu s klientmi na FB Linky detskej dôvery a na jej webovej stránke www.linkadeti.sk.

Linka detskej dôvery pomáha deťom, ktorých zdravý vývin a duševné zdravie sú ohrozené negatívnymi faktormi v ich prostredí - násilím v akejkoľvek podobe či už zo strany dospelých alebo rovesníkov, nevšímavosťou a ľahostajnosťou dospelých, ale i nedostatkom informácií v dôležitých oblastiach života. V každodennom kontakte umožňuje deťom prostý ľudský kontakt s rešpektom a úctou k ich osobnosti, poskytuje im radu, či pomoc v ich problémoch, informácie o tom, kde môžu hľadať pomoc i priame kontakty na inštitúcie v mieste ich bydliska. Plní predovšetkým preventívnu úlohu, čomu pomáha i to, že v priebehu rokov sa vyprofilovala predovšetkým ako komunikačná linka, ktorá poskytuje široký komunikačný priestor pre deti.

Na základe spolupráce s vedením FF UPJŠ a Katedry sociálnej práce FF UPJŠ sa v novembri 2014 stala Linka detskej dôvery praktickou súčasťou odborného predmetu Dištančné poradenstvo.

Linka detskej dôvery je typ dištančnej poradne ktorá je veľmi vhodná pre prax študentov pomáhajúcich profesií počas pregraduálneho štúdia. Predurčujú ju k tomu tri skutočnosti:

1. Špecifický model práce, kde filter medzi detským klientom a odborníkom tvorí práve dobrovoľník – študent psychológie, či sociálnej práce. Tento model umožňuje, aby sa študent učil komunikovať s klientom, a riešiť jeho jednoduchšie problémy a súčasne zabezpečuje, aby klient dostal odbornú pomoc. Tú zabezpečuje prítomnosť odborníka, ktorý súčasne superviduje prácu študenta. Študent tak získava cenné skúsenosti, ale i komunikačné zručnosti potrebné pre svoju budúcu profesionálnu prax. Tým, že linka v svojej práci využíva rôzne formy dištančnej komunikácie (t.č. telefón, e-mail, Skype, v budúcnosti by bolo možné rozvíjať i ďalšie komunikačné možnosti, ktoré prinesú moderné technológie) si študent rozširuje i zručnosti v práci s rôznymi dištančnými komunikačnými nástrojmi.
2. Po rokoch sa linka vyprofilovala ako komunikačná linka pre deti, čo umožňuje študentom bezpečnú prax s detským klientom a rozvoj komunikačných zručností v dištančnom poradenstve.
3. Spätné väzby dobrovoľníkov, ktorí až po skončení štúdia, vo vlastnej praxi ocenili skúsenosti, ktoré na linke získali.

Zriadením dištančnej poradne na akademickej pôde vznikol jedinečný projekt prípravy na pomáhajúce profesie s priamym kontaktom s praxou, ktorý doposiaľ na VŠ na Slovensku neexistoval.

V poradni pôsobia ako poradcovia skúsení pracovníci Linky detskej dôvery a učitelia univerzity. Dištančná poradňa na akademickej pôde má ciele v dvoch oblastiach:

1. **Smerom k škole** vytvoriť výcvikové pracovisko, ktoré
 - a) bude rozvíjať komunikačné zručnosti študentov v oblasti dištančnej komunikácie a poradenstva
 - b) umožní študentom i učiteľom získať skúsenosti z priameho kontaktu s klientom a tým i bezprostrednú skúsenosť s praxou
 - c) bude rozvíjať zručnosti učiteľov i študentov v práci s rôznymi dištančnými komunikačnými nástrojmi, ktoré budú vedieť neskôr využiť vo vlastnej praxi.
2. **Smerom k verejnosti**
 - a) bude otvárať komunikačný priestor a poskytovať pomoc deťom a mladým ľuďom
 - b) bude poskytovať pomoc a poradenstvo dospelým, ktorí sú pre deti dôležití.

Dištančná poradňa pre deti vo vysokoškolskom prostredí ešte len začína. Našou víziou je, aby poradňa pripravila odborníkov v oblasti dištančného poradenstva, aby poskytovala kvalitné dištančné poradenské služby pre verejnosť, pričom by využívala súčasné technologické možnosti a priebežne zavádzala nové, ktoré internet prinesie. Boli by sme radi, aby neostala uzavretá v akademickom prostredí, ale aby sa aktívne zapojila do riešenia celospoločenských problémov týkajúcich sa detí.

Zoznam bibliografických odkazov

HORSKÁ, B., A. LÁSKOVÁ a L. PTÁČEK. *Internet jako cesta pomoci (internetové poradenství pro pomáhající profese)*. Praha: Slon, 2010. ISBN 978-80-7419-034-6.

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované a rozšírené vydanie. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2624-3.

Kontakt na autora

PhDr. Dana Lovašová
FF UPJŠ
Katedra sociálnej práce
Moyzesova 9
040 01 Košice

Koncepty vybraných systémových teórií pri posudzovaní sociálnej rizikovosti rodín v intenciách sociálnoprávnej ochrany detí

Kristína Mózešová, Peter Mózeš (SR)

Príspevok vznikol vďaka podpore grantu: VEGA č. 1/0487/14 pod názvom:
Kľúčové koncepty vybraných systémových teórií pri posudzovaní rizikovosti rodín v
intenciách sociálnoprávnej ochrany detí

Abstrakt: Rodina je jedným z kľúčových objektov sociálnej práce, ku ktorej smeruje množstvo teoretických konceptov, ako aj praktických intervencií. Posudzovanie sociálnej situácie rodiny je základom pre nastavenie adekvátnej metodiky práce s rodinou. S posúdením rodiny často súvisia aj závažné rozhodnutia sociálnych pracovníkov, ktoré v sebe obnášajú rozhodnutie, či rodinu zachovať ako celok a pracovať na posilnení jej fungovania alebo postaviť záujmy dieťaťa proti vlastnej rodine. Napriek závažnosti rozhodnutia nie je zavedená štandardizovaná metodika, ktorá by sa používala ako relevantný posudzovací nástroj. Sociálna práca s rodinou vychádza z rôznych systémových konceptov, ktoré môžeme vnímať predovšetkým ako psychologické. Špecifikom sociálnej práce je aj jej senzitivita na rozmer sociálnych problémov. Cieľom príspevku je posúdiť mieru zhody a odlišnosti výsledkov validizovaného štandardizovaného McMasterského testu posudzovania rizikovosti rodiny a výsledkov deduktívnych postupov pracovníkov sociálnoprávnej ochrany. Tento príspevok je parciálnou časťou rozsiahlejšieho overovania konceptov vybraných systémových teórií pri posudzovaní rizikovosti rodín v intenciách sociálnoprávnej ochrany detí.

Kľúčové slová: Rodina. Sociálna rizikovosť. Sociálne posudzovanie. McMasterský model fungovania rodiny. Sociálnoprávna ochrana.

Abstract: A family is one of the key points of social work addressed by multiple theoretical concepts and practical interventions. An evaluation of social well-being of families is the basis for an adequate methodology setup when it comes to family social work. Major decisions of social workers are related to the evaluation of family situation, including decisions whether to keep the family intact and to work on improving its functioning, or to put child's best interest against its own family. In spite of the importance of such a decision, there is no standardized methodology to be used as a relevant assessment tool. Family social work is based on different concepts which could be described as mostly psychological. But social work's exceptionality lies in its sensitivity toward a sheer scope of social challenges. Therefore, the goal of this article is to review the degree of equivalence and difference between the results of a validated standardized McMasters family risk-assessment test and the outcome of a deductive treatment conducted by social workers. This article is a part of a more extensive examination of selected systemic concepts covering the family risk rate assessment aimed at social and legal protection of children.

Keywords: Family. Social riskiness. Social assessment. McMaster Model of Family Functioning. Social and Legal Protection.

Snaha o pochopenie, vysvetlenie a prípadnú zmenu vzťahov a procesov prebiehajúcich v intímnej skupine akou je rodina, nevyviera len z ľudskej potreby poznávať, ale aj z toho, že ide o sféru osobne významnú, prežívanú a rovnako dôležitú z pohľadu makrosociálneho. Naviac sa tu prejavuje prirodzená ľudská túžba preklenúť priestor medzi realitou a ideálom, normalitou a poruchovosťou, funkciou a dysfunkciou. O vysvetlenie fungovania rodiny sa usilujú početné koncepcie rodiny. K poznaniu rodiny prispelo vyprofilovanie modelov

funkčnosti rodiny, ktoré analyzujú dimenzie dôležité pri pojednávaní o rodinách, ktoré sa javia ako klinické. Ich spoločným znakom je akceptácia systémového myslenia, interakčného prístupu, úsilia systentizovať, príp. eklekticky spájať rôzne prístupy, a tiež koncipovať funkčnosť – dysfunkčnosť ako kontinuum (Plánava 2000). K významným modelom fungovania rodiny patria napr. Beaversov model, (Beavers, 1981), Cirkumplexný model (Olson 1989) a McMasterský model (Epstein 1978).

Cieľom výskumného sledovania bolo pretestovať rodinu považovanú za sociálne dysfunkčnú validizovaným štandardizovaným testom, vytvoreným v rámci McMasterského modelu fungovania rodiny a posúdiť mieru zhody a odlišnosti s existujúcimi anamnestickými zisteniami o rodine, na základe ktorých bola zaradená do systému sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately. Vzhľadom na nejednoznačnosť postupov, tak ako ich evidujeme z praktickej aplikácie sociálnej práce, rovnako ako s narábaním s rôznymi teoretickými konceptmi rodiny v rámci teórie sociálnej práce, považujeme za nevyhnutné konfrontovať tieto dva aspekty, t.j. prax a súčasné teoretické vymedzenie konceptov rodiny.

Práca sa hlbšie zaoberá McMasterským modelom fungovania rodín (MMFF) a jeho implementáciou pri práci so sociálne dysfunkčnými rodinami. Model bol koncipovaný a testovaný v rokoch 1950-1970 najskôr na Univerzite McGill, neskôr na McMasterskej univerzite v Hamiltone. Pri jeho zrode stál Nathan Epstein s tímom klinických a výskumných pracovníkov, ktorí sa snažili vytvoriť model použiteľný ako komplexný model hodnotenia rodiny a liečby. McMasterský model je založený na teórii systémov. Presadzuje presvedčenie, že premenné v oblasti organizácie a štruktúry rodiny, rovnako ako transakcie medzi členmi rodiny, sú z hľadiska fungovania významnejšie než intrapsychické premenné (Plánava, 2000). Aspekty teórie systémov, na ktorej je MMFF založený, môžeme zhrnúť nasledovne (Epstein, Bishop, Levin, 1978): 1. Všetky časti rodiny sú vzájomne prepojené.; 2. Časť rodiny nemožno chápať izolovane od zvyšku rodinného systému.; 3. Fungovanie rodiny nemožno plne chápať jednoduchým pochopením jednotlivých členov rodiny alebo jej subsystémov (subskupín); 4. Štruktúra rodiny a jej organizácia sú dôležitými faktormi, ktoré výrazne ovplyvňujú a určujú správanie členov rodiny. ; 5. Transakčné vzory rodinného systému výrazne formujú správanie členov rodiny.

Hlavným cieľom MMFF je vymedziť základné pojmy z oblasti fungovania rodiny a liečby rodiny, ktoré pri ich dôslednom uplatňovaní umožňujú pomáhajúcim profesionálom poskytnúť účinnú liečbu pre rodiny s deťmi. Snahou je koncipovať metódy tak, aby boli ľahko naučiteľné, použiteľné pri rôznych situáciách, aplikovateľné pri rôznych klinických problémoch rodiny. Dôraz sa tu kladie na možnosť empirického overenia a validizovania (Ryan et al. 2005). Pre dosiahnutie týchto cieľov bol vytvorený komplexný prístup k rodinám, ktorý zahŕňa multidimenzionálnu teóriu fungovania rodiny, nástroje na hodnotenie a posudzovanie týchto konštrukcií a dobre definovaný spôsob liečby rodiny.

McMaster Model nezahŕňa všetky aspekty fungovania rodiny, ale identifikuje tie dimenzie, ktoré považuje za dôležité pri pojednávaní o rodinách, ktoré sa javia ako klinické. Rodiny môžu byť hodnotené tak, aby bolo možné určiť účinnosť jej fungovania s ohľadom na každý rozmer. Aby sme pochopili rodinnú štruktúru, organizáciu a transakčné vzorce spojené s rodinnými ťažkosťami, MMFF sa zameriava na hodnotenie a formulovanie šesť kľúčových dimenzií rodinného života, ktorými sú (Epstein 1978):

1. riešenie problémov,
2. komunikácia,
3. role,
4. afektívna /emočná reaktivita,
5. afektívne / emočné zapojenie
6. kontrola správania

McMaster Model nie je fokusovaný na žiadnu dimenziu ako základ pre

konceptualizáciu správania sa rodiny. Tvrdí, že je potrebné posudzovať mnoho dimenzií pre plnšie pochopenie tak komplexného systému ako je rodina. Dimenzie nie sú zoznamom všetkých aspektov fungovania rodiny, ale len tých, ktoré sa očakávajú, že budú užitočné v klinickom kontexte. Dimenzie sú postavené tiež tak, aby boli užitočné a použiteľné aj v oblasti výskumu.

Dimenzia *Riešenie problémov* odkazuje na schopnosť rodiny riešiť problémy na úrovni, ktorá nenaruša jej efektívne fungovanie. Predpoklad, že fungujúca rodina sa líši od nefungujúcej tým, že má významne menej problémov, je nahradený predpokladom, že fungujúca aj narušená rodina majú obdobné problémy. Rozdiel je práve v spôsobe ich riešenia a zvládania (Plánava 2000). Rodinné problémy sa delia na dva typy: inštrumentálne a afektívne. Inštrumentálne problémy sú konkrétne a mechanické, ako napríklad zaobstaranie peňazí, jedla, oblečenia, bývania, dopravy. Afektívne, resp. emocionálne problémy sú vnímané ako napríklad deštruktívny, neovládateľný hnev alebo depresívna nálada. Podľa MMFF (Ryan et al. 2005) rodiny, ktoré majú inštrumentálne problémy sa častokrát zle vyrovnávajú s afektívnymi problémami. Naproti tomu, rodiny s afektívnymi problémami môžu mať pre inštrumentálne problémy vhodné riešenie.

Komunikácia je centrálnou záležitosťou v modeloch fungovania rodiny. Dimenzia *komunikácie* sa vzťahuje k informáciám, ktoré sú v rámci rodiny vymieňané. MMFF kladie dôraz na verbálnu komunikáciu (neverbálna zložka je dôležitá, ale z MMFF je eliminovaná kvôli jej nejednoznačnosti a potenciálu pre nesprávny výklad). Podobne ako v dimenzii riešenia problémov, sa skúmajú dve hlavné oblasti, a to inštrumentálna a afektívna. Obdobne môže dôjsť k prekrywaniu medzi dvoma oblasťami, niektoré rodiny vykazujú výrazné problémy s afektívnou komunikáciou a zároveň fungujú veľmi dobre v inštrumentálnej komunikácii. Rozhodujúcimi aspektami komunikácie sú jasnosť, priamosť a množstvo komunikačných signálov a tiež dostupnosť a otvorenosť príjemcov komunikácie. Komunikácia je hodnotená cez dva ukazovatele, ktorými sú jasnosť vs. maskovanosť (vzťahujúce sa k čitateľnosti obsahu) a priamosť vs. nepriamosť (vzťahujúce sa k čitateľnosti adresáta vysielanej informácie) (Miller et al. 2000).

Rodinné *role* sú chápané ako opakujúce sa vzory správania, ktorými členovia rodiny naplňujú rodinné funkcie. Hodnotenie rodiny v tejto dimenzii posudzuje, akým spôsobom je rodina schopná sa vysporiadať so širokou škálou funkcií, ktoré je potrebné riešiť (Ryan et al. 2005). Prezentovaný model ich rovnako člení na oblasť inštrumentálnych a afektívnych funkcií. Rozlišuje tiež ďalšie dve sféry, a to *nevyhnutné rodinné funkcie* a *ostatné rodinné funkcie*. Nevyhnutné rodinné funkcie sú východiskom pre nevyhnutné rodinné role a sú tvorené pre inštrumentálne, afektívne alebo zmiešané funkcie (Epstein, Bishop, Levin, 1978). Ostatné rodinné funkcie zvyšujú variabilitu každodenného života. Pri dimenzií rolí MMFF uvažuje aj o distribúcií rolí medzi jednotlivých členov rodiny a zodpovednosti, čiže zaoberaním sa zmyslom pre zodpovednosť u jednotlivých členov rodiny pre úlohu, ktorá im bola pridelená.

Afektívna reaktivita je definovaná ako schopnosť rodiny reagovať na celý rad podnetov v zodpovedajúcej kvalite a množstve pocitov (Epstein, Bishop, Levin 1978). Reakcie rodiny na emocionálne podnety a stimuly sú posudzované s ohľadom na ich primeranosť, kvalitu a kvantitu. Z hľadiska kvality rozlišuje MMFF pozitívne a núdzové emócie. Kvantitatívny aspekt sa zameriava na stupeň reakcie a je posudzovaný na kontinuu od žiadnej cez primeranosť alebo očakávanú až po nadmernú reaktivitu.

Afektívne zapojenie definuje MMFF ako „stupeň, do akej miery rodina prezentuje záujem a oceňuje aktivity a záujmy členov rodiny“ (Ryan et al. 2005, s. 35). Prihliada nato, do akej miery a akým spôsobom členovia prejavujú záujem jeden o druhého. Afektívne

zapojenie sa pohybuje v rozmedzí od neexistujúceho až pod extrémne zapojenie, pričom zdravá forma zapojenia leží niekde uprostred. Ako uvádzajú Keitner, Heru, Glick (2010) model špecifikuje celý rad možného afektívneho zapojenia na spektre krajných možností od chýbajúceho zapojenia až po symbiotické zapojenie (1. nedostatok zapojenia; 2. záujem sa netýka pocitov; 3. narcistické zapojenie; 4. empatické zapojenie; 5. nadmerné zapojenie; 6. symbiotické zapojenie).

Posledná dimenzia, definovaná MMFF ako nosná pre funkčnú existenciu rodiny, je *kontrola správania* ponímaná ako spôsob, ktorým rodina vyjadruje a udržiava štandardy správania svojich členov, a to najmä pokiaľ ide o situácie prinášajúce fyzické nebezpečenstvo; psycho-biologické potreby a pudy a sociálne správanie vo vnútri rodiny a navonok. MMFF opäť pracuje so spektrom spôsobov správania, ktoré označuje ako striktná, flexibilná, voľná alebo chaotická kontrola.

Ako už bolo vyššie uvedené, jedným zo základných princípov prístupu MMFF je dôraz na možnosť empirického overenia a validizovania. Na tento účel boli vytvorené tri samostatné posudzovacie nástroje. *McMaster Family Assessment Device (FAD)* bol vyvinutý Epsteinom, Baldwinom a Bishopom v roku 1983 ako skríningový nástroj pre hodnotenie funkčnosti rodiny v každej dimenzii modelu MMFF. FAD sa skladá z 60 položkového sebahodnotiaceho dotazníka. Každý člen rodiny odpovedá na položky, ktoré obsahujú vyhlásenia o svojej rodine. Svoj postoj vyjadrujú výberom jednej z možností na štvorstupňovej Likertovej stupnici od „úplne súhlasím, súhlasím, nesúhlasím až po úplne nesúhlasím“ (Portes et al. 2005). Druhý posudzovací nástroj *McMaster Clinical Rating Scale (MCRS)*, bol vytvorený pre vyškolených terapeutov a školených hodnotiteľov. Pri posudovaní rodiny sa využíva rozhovor s celou rodinou. Posledným nástrojom je *McMasterský štruktúrovaný rozhovor o fungovaní rodiny (McSIFF)*, ktorý je alternatívou k MCRS. Môže byť použitý profesionálmi - laikmi, alebo novo vyškolenými rodinnými terapeutmi, aby vykonali komplexný rodinný rozhovor (Ryan, Epstein, Keitner, Miller, Bishop, 2005). Pre účely našej práce sme posudzovali rizikovosť rodiny prostredníctvom FAD a McSIFF, ktoré mapujú 6 kľúčových dimenzií MMFF z pohľadu rodiny a výskumníka.

Výsledky porovnávacej analýzy: Posudzovanie rodiny v rámci vykonávania opatrení sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately vychádza predovšetkým z metodického usmernenia pre zamestnancov oddelenia sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately úradov práce, sociálnych vecí a rodiny (Interná norma č. IN-067/2012), ktorého východiskom je považované rešpektovanie najlepšieho záujmu dieťaťa tak, ako je definované v Dohovore o právach dieťaťa. Posúdenie životnej situácie dieťaťa a jeho rodiny je focusované na oblasti týkajúce sa sociálnoekonomických podmienok, aktuálneho stavu dieťaťa a jeho vývinových potrieb, starostlivosť rodičov o dieťaťa, vzťahov a komunikácie v rodine a širšieho sociálneho prostredia. Norma pokrýva široké spektrum oblasti života dieťaťa a jeho rodiny. Absentujú objektívne kritériá pre určenie rizikovosti v rámci jednotlivých skúmaných oblastí, ich popis je na subjektívnom posúdení pracovníka. Na základe charakteristiky okruhov sa posudzuje miera ohrozenia dieťaťa, ktorá je určujúca pre voľbu následných intervencií, vrátane návrhu ďalších opatrení.

Cieľom výskumu bolo identifikovať podobnosti odlišnosti v posudzovacích nástrojoch McMasterského modelu hodnotenia rodiny a posudzovacej normy v rámci sociálnoprávnej ochrany. Primárnym rozdielom posudzovacích nástrojov je ťažisko skúmaných oblastí. MMFF sleduje saturovanie potrieb všetkých členov rodinného systému, kým posudzovanie v rámci SPOaSK je orientované predovšetkým na napĺňanie potrieb dieťaťa. Norma SPOaSK sa snaží viac o deskriptívny popis sociálnej symptomatológie rodiny, MMFF hľadá spôsoby ako rodiny danú oblasť zabezpečuje (napr. norma SPOaSK vyžaduje popis somatických príznakov v prípade choroby, MMFF hľadá odpovede ako sa

rodina vysporiada so špecifickou situáciou v prípade choroby člena rodiny, čiže „čo“ alebo „čo s tým“).

Norma SPOaSK je viac inštrumentálne zameraná, mapuje zabezpečovanie základných potrieb rodiny (vhodné bývanie, jedlo, financie, platenie účtov). Identifikovanie problémov je na sociálnom pracovníkovi.

MMFF zisťuje v rámci zabezpečenia základných potrieb ako rodina vyjadruje a udržiava štandardy správania (dimenzia kontroly správania), v dimenzii riešenia problémov mapuje, či sú inštrumentálne problémy dobre zadefinované a ako ich rodina rieši. Definovanie problémových oblastí je na rodine.

Úskalím, ktoré sme zaznamenali počas testovania posudzovacieho nástroja bolo, že sociálne dysfunkčné rodiny, ktoré sú charakteristické svojou multipróblémovosťou, identifikovali len tie problémy, ktoré v momente testovania akútne vnímali, resp. ktoré ich v krátkosti testovacieho času napadli.

Posudzovaná oblasť Sociálne a ekonomické podmienky v rámci normy SPOaSK sú z časti v MMFF premietnuté v dimenziách Kontrola správania a Riešenie problémov.

Norma SPOaSK v oblasti Aktuálneho stavu dieťaťa a vývinových potrieb dieťaťa vo veľkej miere prekrýva s MMFF v dimenziách Afektívneho zapojenia, Afektívnej primeranosti, Komunikácie a Riešenia problémov. Norma opäť primárne sleduje, či sú potreby dieťaťa v rodine vôbec napĺňané, kým MMFF je zameraný na spôsoby a pravidlá ich napĺňania, nepredpokladá možnosť absencie napĺňania potreby. Rovnaký princíp je aj v oblasti Starostlivosti rodiča o dieťa posudzovaného normou SPOaSK, kde MMFF rieši opäť len pravidlá ich zabezpečenia a frekvenciu.

Oblasť mapovania vzťahov a komunikácie v rodine je takmer v zhode s MMFF. MMFF svojimi otázkami priamo vstupuje do kvantity aj kvality interakcií medzi členmi rodiny, norma je obmedzená len na široké vymedzenie skúmaných okruhov.

Medzi oboma posudzovacími nástrojmi môžeme konštatovať značné prekrytie sledovaných oblastí, avšak rozdiel je predovšetkým v spôsobe nazerania na danú oblasť. Odlíšnosti sa vyskytovali tiež v tom, že norma SPOaSK často skúma len výskyt fenoménu v rodine, kým MMFF s jeho výskytom automaticky počíta, zaoberá sa kvalitatívnymi indikátormi jeho plnenia.

Čo sa týka praktického testovania nástrojmi MMFF ich aplikácia trvala takmer 6 hodín rozhovoru s rodinou (bez vyhodnotenia), pričom informácie získané použitím McSIFF boli veľmi povrchného charakteru práve vzhľadom k dĺžke trvania testovania, množstvu otázok, narastajúcej únave a strate koncentrácie. Otázky boli formulované vo viacerých variabilitách, odchýlky v ich významoch boli pre klientov nezrozumiteľné a vnímali ich ako opakujúce sa. Navyše, sociálne rizikovní klienti majú tendenciu hýbať sa viac menej na poli inštrumentálneho fungovania, preto mnohé otázky afektívneho charakteru boli pre nich ťažko zodpovedateľné. Testovací nástroj MMFF počíta s určitou intelektovou vyspelosťou a osobnostnou zrelosťou respondentov. Množstvo otázok v rámci jednotlivých dimenzií bolo nerovnomerne rozložené.

Ako veľmi prínosné vnímané testovanie prostredníctvom sebahodnotiaceho dotazníka FAD predovšetkým z pohľadu jednotlivých odpovedí, ktoré poskytovali jasný prehľad vnímania situácie rodiny jej jednotlivými členmi, rovnako ako rôznorodosť ich pohľadov na fungovanie rodiny ako celku. Zaujímavosťou porovnania McSIFF a FAD boli rozdielnosti výsledkov. Kým sebahodnotiace dotazníky hovorili o miernej poruchovosti fungovania rodiny, výsledky štruktúrovaného rozhovoru McSIFF vykazovali hraničnú dysfunkciu. Tieto rozdielne zistenia však môžu byť výpovedné pri subjektívnej potrebe rodiny riešiť jej situáciu.

Posúdenie životnej situácie rodiny UPSVR bolo z veľkej časti zúžené na posúdenie miery ohrozenia dieťaťa, z ktorého bol následne vystavaný plán práce. Oblasti, ktoré mali reálnu váhu v rámci hodnotenia, boli takmer výhradne inštrumentálneho charakteru.

Afektívna zložka fungovania rodiny sa javila ako nepodstatná, napriek jej presahu aj do sociálneho fungovania rodiny a jej jednotlivých členov.

Schematické porovnanie posudzovania rizikovosti rodiny možno identifikovať v niekoľkých základných bodoch:

Parameter	McMasters	Norma SPOaSK
Ťažisko posudzovaných oblastí	Naplnenie potrieb rodiny	Naplnenie potrieb dieťaťa
Spôsob posudzovania rodiny	Identifikácia zdrojov/potenciálu rodiny	Deskripcia symptómov
Ťažisko naplňania rodinných funkcií	Inštrumentálne aj afektívna zložka fungovania rodiny	Inštrumentálna zložka fungovania rodiny
Spôsob vyhodnocovania funkčnosti/rizikovosti	Zadefinované hodnotiace kritéria	Absentujúce hodnotiace kritéria

Záver

Práca priniesla bližší pohľad na dva posudzovacie nástroje, charakteristiku zhôd i odlišností, rovnako ako prednosti a nedostatky v rámci ich použiteľnosti v sociálnej práci s rodinou. Posudzovací nástroj MMFF, tak ako je koncipovaný, má limity aplikovateľnosti v sociálnej práci. Prínosom je však spôsob nahliadania na skúmané oblasti a definovanie kritérií pre určenie rizikovosti rodiny. Norma SPOaSK, ktorá je skôr deskriptívneho charakteru, má bohato obsiahnuté oblasti posudzovania. Absentujúce sú však jasne definované kritéria plnenia posudzovaných oblastí, z ktorej by bolo možné jednoznačne určiť rizikovosť posudzovanie rodiny.

Zoznam bibliografických odkazov

BEAVER, W.R., 1981. A systems model of family for family therapists. In: Journal of Marital and Family Therapy. 1981. ,7 ,s. 299-307.

EPSTEIN, B. Nathan, BISHOP, D. Ryan, LEVIN, 1978. The McMaster Model of Family Functioning. In: Journal of marriage and family counseling. 1978. ,10 ,s. 19-31.

KEITNER, I. Gabor, at al., 2010. Clinical manual of couples and family therapy. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc. ISBN: 978-1-58562-290-0.

MILLER, W. Ivan, at al., 2000. The McMaster Approach to Families: theory, assessment, treatment and research. In: Journal of Family Therapy. 2000. ,22 ,s. 168-189, ISSN 0163-4445.

OLSON, David, RUSSELL, S. Candyce, SPRENKLE, H. Douglas, 1989. Circumplex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families. New York: The Haworth Press, Inc. ISBN-13: 978-0866569552.

Pláňava, Ivan., 2000. Manželství a rodina. Brno: Doplněk, ISBN: 80-7239-039-2.

PORTES, P.R., et al., 2005. Assessing Children's Adjustment to Divorce Stress: A Validation of the Divorce Adjustment Inventory-Revised Scales Through Family Functioning and Child Adjustment Standard Measures. In: Journal of Divorce and Remarriage. ,44 ,1/2 , s. 47-70 .

RYAN, E. Christine, at al., 2005. Evaluating and treating families: The McMaster Approach. New York: Taylor & Francis Group, LLC. ISBN-10: 0-415-95157-7.

Kontakt na autorov

Kristína Mózešová
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského

Šoltésovej 4
811 01 Bratislava
batova@fedu.uniba.sk

Peter Mózeš
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského
Šoltésovej 4
811 01 Bratislava
peter.mozes@uniba.sk

Sociálna práca s rodinou po rozvode – úprava vzťahov a jej riziká

Beáta Rybárová, Dušan Šlosár (SR)

Abstrakt: V príspevku sme sa zamerali na problematiku nespracovaného a nezvládnutého rozvodu a jeho dôsledkov v porozvodovom období. Pozornosť sme venovali rodinám po rozvode, v ktorých snahou jedného z rodičov je zakázať styk maloletého dieťaťa s druhým rodičom. Zaujímali nás najčastejšie dôvody, ktoré vedú k tak zásadnému zásahu do práv dieťaťa i rodiča a vplyv na ďalší život dieťaťa. Sociálna práca s touto cieľovou skupinou je pre sociálneho pracovníka náročná a prináša mnohé riziká, ktorým sme sa venovali v závere príspevku.

Kľúčové slová: Manželstvo. Rozvod. Úprava styku. Riziká. Sociálny pracovník.

Abstract: The contribution focuses on the untreated and mismanaged issues of the divorce and its consequences after it. The main attention was paid to the divorced families in which one parent is trying to ban the contact of the infant with the other parent. Moreover, we have concentrated on the reasons which lead to the fundamental intervention of child's and parents' rights and have an impact on the further life of the child. The social work with this target group is for the social worker very difficult and it brings high risks which are described in the end of the contribution.

Keywords: Marriage. Divorce. Adjustment of contact. Risks. Social worker.

Rozvod manželstva

Rodina bola dlhú dobu považovaná za stabilnú a v podstate nemennú inštitúciu, ktorá na rozdiel od verejného sveta chráni svojich členov, nemení svoj tvar, usporiadanie. Rodina, tak ako iné inštitúcie sa však mení a menia sa i spoločenské očakávania, normy a predstavy s ňou spojené (Žiaková 2011).

Väčšina manželstiev v súčasnej dobe vzniká z veľkej lásky a túžby po spoločnom živote, rodine. Manželstvá sa neuzatvárajú s vidinou ich ukončenia rozvodom, i keď aj s táto možnosť je manželom už pri uzatvorení manželstva známa. Napriek tomu sa denne stretávame s rozvodom, s rozchodom partnerov, s ukončením spoločného spoluzitia. Úplne magickou a neprekonateľnou sa v tejto situácii stáva rozdielnosť pováh, názorov a záujmov. I keď je to práve povaha, názory a záujmy, ktoré na druhom pohlaví zaujmú v etape zaľúbenosti, i keď sú tu keď sa manželstvo uzatvára, i po tie roky, keď manželstvo plní svoje funkcie, bývajú i najčastejším dôvodom rozvodu.

Zákon o rodine č. 36/2005 v § 22 upravuje možnosť zrušenia manželstva rozvodom len v odôvodnených prípadoch. Súčasná prax nám však ukazuje, že riešenie konfliktnej situácie v rodine, napĺňanie osobných predstáv a potriebsmeruje stále viac k ukončeniu nevyhovujúceho spoluzitia rozvodom.

Matoušek (2013) poukazuje na zmeny, ktoré ovplyvňujú stav a fungovanie súčasnej rodiny. V porovnaní s tradičnou spoločnosťou slabnú formy a spôsoby sociálnej kontroly, mení sa spoločenské postavenie žien. Ženy pracujú, budujú si kariéru, a hľadajú spôsoby ako tieto nové role zladit' s rodinným životom. Ženy rozhodujú o tom koľko budú mať detí a v ktorom období svojho života, klesá ich tolerancia k tradičnej autoritatívnej roli muža. Vo vyspelých spoločnostiach sa predlžuje dĺžka a kvalita ľudského života, čo dáva možnosť opakovane nadväzovať nové vzťahy. Ekonomická prosperita spoločnosti a existencia sociálneho štátu zabezpečuje jednotlivca natoľko, že nie je na partnerovi existenčne závislý.

Ak nie sú naplnené predstavy manželov o spoločnom živote, nie je vytvorený priestor na sebarealizáciu, zlyháva komunikácia, absentuje blízkosť, stráca sa tolerancia, frekventovane sa objavujú deštruktívne konflikty, aj dlhodobá nespokojnosť, ktorá môže prerásť do postupného uvoľňovania vzťahov, hľadania uspokojenia bazálnych potrieb mimo rodiny a problémy, môže manželstvo smerovať k rozvodu (Gabura 2012, 165). Samotné konflikty nemusia byť známkou nefunkčnosti rodiny, problémom býva ako sa tieto konflikty riešia. Stabilita rodinného spolužitia vyžaduje určitú predbežnú koordináciu dospelých partnerov v hodnotách a postojoch, určitú emočnú inteligenciu a komunikačné zručnosti. Neschopnosť podriaďiť sa spoločnému projektu, ktorým partnerstvo, resp. rodina je, možno na osobnej úrovni označiť základnú príčinu rozvodu (Matoušek 2013). Ak bol rozvod ešte pred päťdesiatimi rokmi skôr výnimočnou udalosťou, v súčasnej dobe je stále viac spoločensky akceptovaným riešením krízovej, resp. konfliktnej situácie v rodine.

Štatistický úrad SR v správe Vývoj obyvateľstva v Slovenskej republike a krajoch v roku 2013 uvádza, že v roku 2013 42,9% manželstiev skončilo rozvodom. I keď registrujeme mierny pokles oproti 2006, keď to bolo 49% manželstiev, otázkou je ako tieto výsledky ovplyvňuje fakt, že vysoký počet partnerov neuzatvára manželstvo, a ukončenie partnerského spolužitia nie je štatisticky sledovaným ukazovateľom.

Tabuľka č. 1: **Rozvody**

Ukazovateľ	Rok										
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
počet ukončených konaní	13606	13857	14346	14007	13048	13412	13415	12731	11767	11650	11637
Rozvody											
absolútny počet	10716	10889	11553	12716	12174	12675	12671	12015	11102	10948	10946
na 1000 obyvateľov	2,0	2,0	2,1	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2	2,1	2,0	2,0
na 100 uzavretých manželstiev	41,2	39,0	44,2	49,0	44,4	44,8	48,1	47,3	43,3	42,1	42,9
Priemerný vek pri rozvode											
muži	38,9	39,3	39,6	40,0	40,2	40,4	40,6	41,1	41,5	41,8	42,1
ženy	36,3	36,7	37,0	37,4	37,5	37,7	37,9	38,4	38,7	39,0	39,4

Podľa štatistického úradu z rozvedených manželstiev je 60,7 % manželstiev s maloletými deťmi, ktoré v priemere trvali 15 rokov.

S klientmi, ktorí by vyhľadali sociálneho pracovníka primárne z dôvodu rozvodu sa stretávame minimálne. V našej spoločnosti sa práve v súvislosti s početnosťou rozvodov stretávame s názormi, že rozvod už vlastne ani nie je mimoriadna situácia, toľko rodín ho už zvládlo, deti tomu nerozumejú, odbornú pomoc nepotrebuju. Rozvádžajúci sa manželia vyhľadávajú odbornú pomoc právnikov, a ostatné oblasti do ktorých rozvod zasahuje riešia sami, resp. s pomocou širšej rodiny, priateľov, známych. Rozchádzajúci sa partneri, ktorí rozvod nezvládajú, v čase vzniku konfliktných situácií nemajú veľa možností, kde sa obrátiť o odbornú pomoc. V súčasnosti absentujú poradenské centrá, kde by našli komplexnú pomoc soc. pracovníka, psychológa, právnik, špeciálneho pedagóga a ďalších odborníkov. Rodinám, u ktorých sú problémy už závažného charakteru a veľkého rozsahu, v ktorých je mnoho trestných konaní, znaleckých dokazovaní ponúkajú úrady práce zmysle Zákona o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele č. 305/2005 možnosť zapojiť sa do programu na prispôbenie sa novej situácii realizovaného akreditovaným subjektom.

Vykonávanie opatrení sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately na obmedzenie a odstraňovanie negatívnych vplyvov, ktoré ohrozujú psychický vývin, fyzický vývin alebo sociálny vývin dieťaťa, a to prostredníctvom odborných metód práce na prispôbienie sa novej situácii v prirodzenom rodinnom prostredí

Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny Košice realizuje tento program od roku 2011 a v roku 2014 zaradil do programu 25 rodín v ktorých žije 35 detí. V odbornej literatúre sa stretávame s rôznymi problémami a situáciami ktorým sa má sociálny pracovník pri práci s rodinou v rozvode a po rozvode venovať, my by sme chceli upriamiť pozornosť na špecifickú situáciu, keď jeden z rodičov sa dožaduje zákazu styku maloletého dieťaťa s druhým rodičom. Že sa nejedná o výnimočnú a neobvyklú situáciu dokazuje aj skutočnosť, že konanie o zákaz styku prebiehalo, resp. prebieha v 9 rodinách programu.

Tabuľka č. 2: Zaradenie do programu

V programe zaradených	v nich žije	zákaz styku žiadalo		zákaz styku pre	
25 rodín	35 detí	9 matiek	36% rodín	12 detí	34% detí

Z uvedených rodín /okrem jednej rodiny, kde bolo súdnym rozhodnutím zabezpečené stretávanie sa otca s dieťaťom za prítomnosti sociálnej pracovníčky takže nedošlo k prerušeniu kontaktu/ vo všetkých ostatných rodinách bol v priebehu konaní určitý čas, keď bol predbežným opatrením, resp. uznesením platný zákaz styku otca s dieťaťom.

Rodičia i deti sa dostávajú do situácií, keď proti sebe stoja práva rovnakej hodnoty a významu. Na jednej strane sú argumenty na základe Dohovoru o právach dieťaťa ktoré zaručujú že, záujem dieťaťa musí byť prvoradý, dieťa má právo svoje vlastné názory slobodne formulovať, vyjadrovať vo všetkých záležitostiach ktoré sa ho dotýkajú a musí sa im venovať patričná pozornosť. Na druhej strane Ústava SR deklaruje, že starostlivosť o deti a ich výchova je prioritným právom rodiča, rovnako ako je prioritným právom detí, aby ich vychovávali a starali sa o ne rodičia. Dohovor o právach dieťaťa zaručuje deťom právo poznať svojich rodičov, dieťa oddelené od rodiča má právo udržiavať s ním pravidelné kontakty. Zákaz styku s rodičom je významným zásahom do rodičovských práv a práv dieťaťa a k jeho vyhláseniu musia existovať závažné dôvody.

V súčasnosti je vo všetkých týchto rodinách zaradených do programu právoplatným rozhodnutím súdu upravené stretávanie sa otcov s deťmi. Vo väčšine sa tieto majú realizovať v priestoroch akreditovaného subjektu, za prítomnosti sociálnej pracovníčky. Aktuálna situácia však ukazuje, že ani právoplatné a vykonateľné rozhodnutie súdu, nemá dostatočnú silu, aby bolo rešpektované, a matky naďalej upierajú šiestim deťom možnosť kontaktovať sa s druhým rodičom. Otcovia, v záujme detí zvažujú možnosti výkonu rozhodnutia, nakoľko sa obávajú, že postihy matky, doprevádzanie polície, by ich postavenie voči deťom ešte viac skomplikovalo a samotné deti traumatizovalo.

Tabuľka č. 3: **Kontakt otca s deťmi**

Kontakt otca s deťmi	počet detí
bez kontaktu	6
za prítomnosti sociálnej pracovníčky v n.o.	4
podľa dohody rodičov	1
dieťa v starostlivosti otca	1

Pri štúdiu materiálov, správ, znaleckých posudkov, ako i z rozhovorov s rodičmi sme zistili, že vzťah detí s otcom v čase rozchodu bol vo väčšine prípadov dobrý, resp. neutrálny. Aj v prípadoch, keď dochádzalo k fyzickému, resp. psychickému týraniu matky, matky nám potvrdili, že deťom otcovia neubližovali. Zaujímavé sú v týchto súvislostiach dôvody, ktoré matky uvádzajú pri návrhoch na zákaz styku.

Tabuľka č. 4: **Dôvody na zákaz styku otca s deťmi**

Dôvody na zákaz styku otca s maloletými	počet detí
sexuálne zneužívanie dieťaťa	4
fyzické a psychické týranie matky	3
neprimerané tresty a nároky na dieťa	2
stres, konflikty rodičov, vulgárne osočovanie matky	2
konflikty / slovné i fyzické/ otec a starý otec	1

Ďalšími dôvodmi, ktoré tieto dopĺňajú o podporujú sú:

- odmietavý postoj maloletého k stretávaniu sa s otcom
- rešpektovanie vôle a záujmov maloletého
- ochrana maloletého pred všetkými druhmi neštandardného a zvráteného správania otca
- ohrozenie zdravého a psychického vývinu maloletého

Vzhľadom k tomu, že sa jedná v niektorých prípadoch o závažné obvinenia súvisiace so spáchaním trestného činu, a vo všetkých s problémom verifikovať skutočnosti bolo u uvedených 12 detí vypracovaných 34 psychologických znaleckých posudkov, správ pediatrov, lekárov, gynekológov. Ak uvážime v akých situáciách sa tieto deti denne nachádzajú, aké problémy musia riešiť, spracovať, aké ťažké rozhodnutia urobiť, je zrejmé, že tieto ďalšie, v mnohých prípadoch nepríjemné a intímne vyšetrenia sú pre ne ďalším zdrojom stresu a záťaže. Pre doplnenie obrazu o situácii musíme uviesť, že pri podozrení zo sexuálneho zneužívania dieťaťa trestné podania realizovali matky až po dlhšom časovom období, dokonca niekoľkých rokoch po rozchode, i v situácii, keď otec niekoľko rokov nebol v kontakte s deťmi. Všetci otcovia podstúpili dobrovoľne všetky úkony a odborné vyšetrenia spojené s vyšetrovaním. V ukončených konaniach sa žiadnom prípade sexuálne zneužívanie nepotvrdilo.

Uvedené dôvody, podania, ako i výsledky vyšetrovaní a znaleckých posudkov nás vedú k otázke, ako sa mohol dobrý vzťah rodiča s dieťaťom, v situácii, že rodičovi nebolo umožnené stretávať sa s maloletým, zmeniť na radikálne odmietanie, obviňovanie z nevhodného správania. Ako uvádza Gabura (2012) sú deti v rozvodovej situácii často zneužívané rodičmi ako nástroj pomsty, prostriedok v boji proti partnerovi. Je to účinný nástroj, pretože zákroky prostredníctvom detí zraňujú partnera na veľmi citlivom mieste a robia ho bezmocným. Rodičia nedoceňujú fakt, že ak diskvalifikujú partnera pred dieťaťom, spôsobujú traumu práve dieťaťu, ktoré sa bude musieť komplikovane vyrovnávať so situáciou, že jeden jeho rodič je problémový. Situácia po rozvode zvädza k zneužívaniu postavenia najmä u toho rodiča, ktorému súd zveril dieťa do opateru a vo vzťahu k dieťaťu vystupuje ako programujúci rodič. Rodič ľahko podľahne ilúzii, že má všetku výchovnú moc v rukách, a že toho druhého môže zo života dieťaťa proste vymazať. Pokiaľ je rozvod sprevádzaný vážnymi konfliktami, osobnou nevraživosťou a spormi partnerov, ktoré neriešené pretrvávajú aj po rozvode, rodič, ktorému sú deti zverené do starostlivosti môže využiť svoj vplyv a moc ktorú má a vytvára a upravuje obraz druhého rodiča vo vnímaní dieťaťa a jeho postojov k nemu. Rodič ktorý je s dieťaťom v styku dieťa programuje proti druhému rodičovi, poskytuje skreslené informácie, prekrúca fakty, racionalizuje svoje postoje, odmieta komunikáciu s bývalým partnerom, vedie dieťa ku klamstvám.

V rodinách v programe matky v rozhovoroch i posudkoch deklarujú, že dieťa neovplyvňujú, nemanipulujú, ale informujú ho, rozprávajú sa s ním o tom, čo bolo, o jeho ale i svojich pocitoch, problémoch, poukazujú na súvislosti, a dôsledky konania otca. Dieťa sa nakoniec rozhoduje samo a ony jeho rozhodnutia rešpektujú a do stretávaní, keďže ich odmietajú deti nenútiť.

V znaleckých posudkoch ktorých súčasťou boli posudky rodičov sme našli tieto charakteristiky

Matky – najčastejšie stretávame s týmito charakteristikami:

- výrazne nepriateľský vzťah k otcovi
- v maloletom udržiava a podporuje výhradne negatívne spomienky na otca
- negatívny postoj odvodzuje z výnimočných situácií
- dieťa prezentuje vsugerované, reálne neprežité situácie
- dieťa opakuje fabulácie matky
- dlhodobé kontinuálne chaotizovanie detí

Najčastejšie zistenia z posudkov o otcoch:

- emočná nevyrovnanosť
- slabšia kontrola afektivity v záťažových situáciách
- neprimerané tresty za nedodržiavanie pravidiel
- nevhodné, vulgárne vyjadrenia o matke
- obviňovanie matky za rozpad rodiny
- snaha rozdeliť matku a deti, resp. súrodencov

V kontexte uvedených charakteristík sa otvára otázka, nakoľko to, čo dieťa prezentuje sú jeho vlastné názory, založené na osobnej skúsenosti, v akej miere informácie získavajú z okolia. Nakoľko sú skutočne kontaktom s otcom ohrozované a nakoľko ich dlhodobý konflikt rodičov zaťažuje a neurotizuje.

Ak má dieťa rado oboch rodičov, nutnosť preferovať len jedného z nich môže u dieťaťa vyvolať pocity viny, že druhého rodiča zavrholo. Ďalšou problematickou reakciou dieťaťa na výber rodiča, s ktorým má žiť, je vznik racionalizačných obranných mechanizmov, prostredníctvom ktorých dieťa hľadá umelé dôvody na svoju voľbu a následne hyperbolizuje

nedostatky odmietnutého rodiča. (Gabura 2012). Takéto správanie prináša pre dieťa mnohé riziká a medzi dôsledky ktoré odborníci v znaleckých posudkoch detí zaradených do programu popisujú takto:

- rozporuplné informácie dieťa zneisťujú
- konflikt lojality môže viesť k sebazáchovnému zavrhnutiu otca
- deti vnútorne neurotizujú dlhodobý konfliktný vzťah medzi rodičmi, nie osobná negatívna skúsenosť s otcom
- v prežívaní dieťaťa sa situačne zúžkostňujú matkine nespracované konfliktné situácie
- neurotická regresia
- samodeštrukčné vyhrážky
- tendencie detí situácie nadmerne dramatizovať a zveličovať
- z neúspechov obviňovať otca
- psychosomatické prejavy /bolesti žalúdka, bolesti hlavy, triaška, plač

Stanoviská odborníkov k zákazu styku poukazujú na to, že dieťa nedokáže posúdiť a objektívne zhodnotiť potrebu vplyvu výchovy otca na formovanie vývinu do budúcnosti, okolnosti musia byť vážne aby opodstatňovali tak závažný zásah do výkonu rodičovských práv, z psychologického hľadiska je pre harmonický osobnostný vývin maloletého dôležité aby mohol skorigovať vzťah s otcom cez reálne zažitú, korigujúcu skúsenosť.

Jednou z účinných metód pri riešení porozvodových konfliktov je mediácia. V procese mediácie mediátor zdôrazňuje zodpovednosť rodičov za rozhodnutia, ktoré ovplyvnia ich deti. Umožňuje aby bývalí manželia dokázali rozlíšiť rodičovskú a partnerskú rovinu vzťahu, poskytuje možnosti hľadať individuálne a najoptimálnejšie riešenia konkrétnych situácií pre ich dieťa, zlepšiť vzájomnú dôveru, spôsob komunikácie. (Hudecová 2009). Základom úspešnej sociálnej práce je, aby si klienti uvedomili, že aj keď prestávajú byť manželmi, partnermi, rodičmi ostávajú a je v záujme ich dieťaťa, aby tieto zručnosti zvládli.

Zoznam bibliografických odkazov

GABURA, Ján, 2012. *Teória rodiny a proces práce s rodinou*. Bratislava: IRIS. ISBN 978-80-89256-95-2.

HUDECOVÁ, Anna, Alžbeta, BROZMANOVÁ GREGOROVÁ, 2009. *Sociálna práca s rodinou*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta, Univerzita Mateja Bela. ISBN 978-80-8083-845-4

MATOUŠEK, Oldřich, a kol., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.

ŽIAKOVÁ, Eva, a kol. 2011. *Sociálna práca. Teoretické východiská a praktické kontexty*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. ISBN 978-80-7097-870-2.

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

Zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov č. 305/2005.

Dohovor o právach dieťaťa.

ŠTATISTICKÝ ÚRAD SR. *Vývoj obyvateľstva v Slovenskej republike a krajoch v roku 2013*. Bratislava: Štatistický úrad SR. ISBN 978-80-8121-309-0.

Kontakt na autora

Mgr. Rybárová Beáta

Katedra sociálnej práce, FF, UPJŠ Košice

brybarov@gmail.com

Úloha rodinného asistenta pri práci s rizikovou rodinou

Martin Hamadej (SR)

Abstrakt: *Príspevok sa zameriava na úlohy rodinného asistenta/asistentky pri práci s rizikovou rodinou a odľahčení odborných pracovníkov na oddeleniach sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately (ďalej len „SPODaSK“). Charakterizuje rodinného asistenta/asistentku ktorého operacionalizujú vnímane ako terénneho sociálneho pracovníka, ktorý pracuje metódou sociálnej, rodinnej asistencie s rizikovou rodinou v jej prirodzenom prostredí. Cieľom príspevku je poukázať na význam týchto pracovníkov na Úradoch práce sociálnych vecí a rodiny. Na základe analýzy vybranej literatúry príspevok vymedzuje a definuje základné pojmy súvisiace s témou príspevku.*

Kľúčové slová: Rodinný asistent. Riziková rodina. Sociálne znevýhodnené prostredie.

Abstract: *This paper focuses on the role of family assistant / assistant to work with families at risk or removal professionals in departments of social and legal protection of children and social guardianship (hereinafter „SPODaSK“). Characterized family assistant/ assistant whose operacionalizujú perceived as field social worker who works methods of social, family assistance to families at risk in their natural environment. The aim of this paper is to highlight the importance of these staff in the Office of Labour, Social Affairs and Family. Based on the analysis of the selected literature contribution limit and define the basic concepts related to the subject of the paper.*

Keywords: Family Assistant. Risk families. Socially disadvantaged environment.

Úvod

Zámerom príspevku je poukázať na dôležitosť novovytvorenej pozície rodinného asistenta na *Úradoch práce sociálnych vecí a rodiny* (ďalej len „UPSVaR“) pri práci s rizikovými rodinami zo sociálne znevýhodneného prostredia. Pri zdôrazňovaní dôležitosti tejto pozície vychádzam zo špecifickosti sociálnej práce, v ktorej popri vedeckej a akademickej tvorí neodmysliteľnú súčasť aj praktická úroveň. Dnešná moderná spoločnosť prináša rad negatívnych javov odzrkadľujúcich sa vo fungovaní rodín, môžeme hovoriť o nežiaducich javoch, ktoré narúšajú a komplikujú život jedincov, a tak i celej spoločnosti. Práve ich zvyšujúci sa výskyt vedie spoločnosť k zamysleniu a hľadaniu efektívnych spôsobov, ako ich výskytu predchádzať, prípadne zamedziť ich postupu. Jednou z možností pomoci sú aj sociálni pracovníci - rodinní asistenti.

1 Pozícia rodinného asistenta v rizikovej rodine

Od roku 2013 funguje na UPSVaR v rámci oddelení SPODaSK v rámci projektu deinštitucionalizácie ústavnej starostlivosti nová pozícia rodinného asistenta. Títo pracovníci prinášajú prostredníctvom navrhovaných kompetencií v spolupráci s ďalšími zainteresovanými subjektmi odľahčenie odborných pracovníkov na oddeleniach SPODaSK. Ďalším prínosom je ich efektívne napojenie na prácu s rodinou posilnením priamej práce v teréne. Táto pozícia má prispieť k väčšej kvalite sanácie rodín. V nie menej významnej miere sa má rodinný asistent angažovať aj pri aktivizácii ďalších subjektov. Toto angažovanie by malo prebiehať prostredníctvom sieťovania a zároveň pri činnostiach, ktoré preventívne pôsobia pri opakujúcich sa zlyhávaniach rodín.

Termín rodinného asistenta nie je v literatúre jednoznačne vymedzený. Rodinný asistent je niektorými autormi stotožňovaný s pojmom streetworker. Rodinného asistenta teda

možno považovať za terénneho sociálneho pracovníka, ktorý pracuje metódou sociálnej, rodinnej asistencie (Navrátil 2000). Sociálny pracovník (rodinný asistent) sa pri práci s rodinami môže podľa Šrajera a Musila (2008) zamerať buď na hľadanie a odstraňovanie prekážok, alebo na hľadanie a využívanie zdrojov (systemika, alebo prístup orientovaný na úlohy).

V nie menej významnej miere sa rodinný asistent angažuje aj ako podporný článok rodín zo sociálne znevýhodneného prostredia, pri aktivizácii ďalších subjektov prostredníctvom sieťovania a zároveň pri činnostiach, ktoré preventívne pôsobia pri opakujúcich sa zlyhávaniach rodín, ako je monitorovanie po ukončení sanácie, či vyhľadávaním iných rizikových rodín. Stotožňujeme sa s názorom Šrajera a Musila (2008), ktorí tvrdia, že sociálni pracovníci (rodinní asistenti) môžu rodinám pomôcť zvládnuť rôzne náročné životné situácie, v ktorých sa nachádzajú. Svoju činnosť vykonávajú najmä podporou zmeny faktorov (vlastností rodiny, ich členov alebo charakteristík sociálneho prostredia rodiny), ktoré spôsobujú, že určitá životná situácia je pre rodinu ťažko zvládnuteľná. Tieto zmeny môžu spočívať v tlmení negatívneho pôsobenia jedných faktorov, ako aj v posilňovaní pozitívneho pôsobenia iných faktorov. Niektoré z týchto zmien môžu sociálni pracovníci vyvolávať pomocou vhodných metód práce s klientom. Tieto metódy vykonávajú sami, alebo spoločne s členmi rodiny prostredníctvom sprostredkovania služby iných pomáhajúcich pracovníkov (napr. lekárov, psychológov, právnikov...).

Etablovanie novej pozície rodinného asistenta v systéme SPODaSK vychádza zo základnej premisy posilnenia výkonu opatrení SPOD v prirodzenom rodinnom prostredí detí. Z procesného hľadiska by prostredníctvom zapojenia rodinných asistentov malo dôjsť k zintenzívneniu preventívnej a podpornej činnosti orgánov SPODaSK pri ochrane detí a k iniciácii včasnej intervencie. Ďalej by malo dôjsť k posilneniu súčinnosti a kooperácie jednotlivých subjektov participujúcich na realizácii opatrení SPODaSK a rovnako dôležitá je ich pomoc rodine v čase návratu detí do rodinného prostredia s cieľom udržania zmeny dosiahnutej v sanačnom procese (Lietavská, Molčanová, Dvornáková 2013).

Činnosť rodinných asistentov sa zameriava na podporu sociálneho fungovania a stimuláciu rodín, ktorým hrozí odobratie dieťaťa z dôvodu nedostatku primeranej starostlivosti vyplývajúce z rodičovskej nezodpovednosti. Ich intervencie sú zamerané na interakcie rodiny so sociálnym prostredím, na podporu rodín pri zvládaní očakávaní, ktoré sú na ňu kladené a zároveň na prípadnú úpravu prostredia v týchto rodinách. Rodinní asistenti pri výkone svojich povinností zisťujú bariéry, ktoré bránia fungovaniu rodiny. Ďalej pomáhajú rodine nájsť zdroje vnútri aj mimo rodiny slúžiace na jej podporu pri zvládaní náročných životných situácií. Asistencia má aj podobu sprevádzania členov rodiny na úradoch. Rodinní asistenti sa snažia čo najlepšie spoznať životnú situáciu konkrétnej rodiny, aby mohli spoločne s rodinou zvoliť vhodný cieľ pri zameriavaní intervencie.

Rodinní asistenti zabezpečujú v rámci svojej pozície ďalšie potrebné relevantné informácie k prijatému podnetu od zainteresovaných subjektov, a to najmä od osôb, ktoré podnet podávajú z obce podľa trvalého bydliska klientov, kde zisťuje informácie o povesti a fungovaní rodiny a jej súčasných problémoch. Relevantné môžu byť aj informácie o správaní dieťaťa a rodičov v obci a pozorovaných interakciách rodičov s dieťaťom a príp. informácie indikujúce ohrozenie dieťaťa v rodine. Rodinní asistenti tiež spolupracujú so školou, kde zisťujú informácie o fungovaní dieťaťa v kolektíve, prípadne sociálno-patologických prejavoch správania. Za účelom celkovej anamnézy o klientovi sa následne kontaktuje aj pediater, poprípade polícia (Lietavská, Molčanová, Dvornáková 2013).

Prikláňame sa k názoru Navrátila a Šišlákovéj (2007, s. 145), ktorí úlohu rodinných asistentov pri práci s rodinami vidia aj v prevencii ústavnej výchovy ako účinného nástroja sanácie rodiny a predchádzania sociálneho vylúčenia rodín. Cieľom rodinnej asistencie je

podľa autorov podpora súdržnosti a fungovania rodín s deťmi, ktoré sa nachádzajú v ťažkej životnej situácii.

Rodinní asistenti sú v systéme sociálnej práce predovšetkým tým prvkom, prostredníctvom ktorého sa sociálna práca dostáva bližšie ku klientom. Nástrojom sociálnej práce, ktorý nadväzuje bližšie väzby medzi sociálnym pracovníkom, klientom a pracovníkom z oddelenia SPODaSK. Z vyššie uvedeného vyplýva, že rodinní asistenti pôsobiaci v rámci oddelenia SPODaSK sú realizátormi praktickej sociálnej práce, profesionálmi zaoberajúcimi sa terénnou sociálnou prácou s jednotlivcom, skupinou, či komunitou a často krát aj zo sociálne znevýhodneného prostredia.

2 Sociálne znevýhodnené prostredie

Sociálne znevýhodnené prostredie sa často krát spomína v súvislosti s rómskou rodinou, no zo štúdia literatúry vieme, že sa nemusí týkať len rómskej komunity. V rámci tohto príspevku budeme chápať sociálne znevýhodnené prostredie ako prostredie týkajúce sa rómskej komunity. Za sociálne znevýhodnené prostredie môžeme vo všeobecnosti považovať prostredie, v ktorom okrem hmotnej núdze nie sú vytvorené vhodné podmienky pre rozvoj dieťaťa, prevláda nízke sociálno-ekonomické zabezpečenie a výskyt rôznych sociálno-patologických javov.

Portik s Novotnou (2007) tvrdia, že jednoznačne vyšpecifikovať sociálne znevýhodnené prostredie, resp. sociálnu znevýhodnenosť, nie je vôbec jednoduché. Na sociálnom znevýhodnení sa totiž podieľajú rozličné faktory, a to v rôznej miere, veľa závisí od konkrétnej rodiny a vyhodnotenia danej situácie, v ktorej sa nachádza. Zelina (1999, in: Horňák 2005) toto tvrdenie dopĺňa a uvádza, že sociálne znevýhodnenie je fenomén, s ktorým sa v dnešnej dobe stretáva skoro každý, a to v spoločenskom alebo školskom prostredí.

Štátny pedagogický ústav (2013) definuje sociálne znevýhodnené prostredie ako prostredie, ktoré vzhľadom na sociálne a jazykové podmienky nedostatočne stimuluje rozvoj mentálnych, vôľových a emocionálnych vlastností jednotlivca, nepodporuje jeho efektívnu socializáciu a neposkytuje dostatok primeraných podnetov pre rozvoj osobnosti. Spôsobuje sociálno-kultúrnu depriváciu, deformuje intelektuálny, mravný a citový rozvoj jednotlivca a z aspektov edukácie ho z týchto dôvodov považujeme za osobu so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. Bakošová (2003) pod pojmom sociálne znevýhodnené prostredie rozumie prostredie, v ktorom absentujú základné pedagogické, psychologické, materiálne, kultúrne a demografické faktory prispievajúce k integrite osobnosti.

O sociálnom znevýhodnení môžeme hovoriť aj ako o obmedzení príležitosti na rovnakom podiele životných príležitostí v spoločnosti. Horňák (2005), chápe znevýhodnené prostredie ako prostredie, v ktorom je nedostatok podnetov na uspokojenie potrieb potrebných na primeranú výchovu detí, ktoré sú dôležité pri rozvoji motoriky, logiky, zmyslových orgánov. S týmito faktormi súvisí i obmedzená možnosť sociálnych kontaktov zo širšou komunitou ľudí, čo determinuje sociálny vývin detí (ak žijú napr. v separovanej osade). Myslíme si, že nedostatok podnetov vedúcich k optimálnemu rozvoju osobnosti môže pôsobiť na vznik rôznych neuróz. Na rozdiel od dospelého človeka je osobnosť dieťaťa v neustálom a prudkom vývine, pričom ho v oveľa väčšej miere ovplyvňujú vonkajšie okolnosti, ktoré na neho pôsobia. Za spúšťačí mechanizmus sociálne znevýhodneného prostredia považuje Portik (1999, s. 95) čas, pričom má na mysli „...ten čas, bez ktorého výchova v rodine nie je možná. Ten čas, v ktorom je priestor na výmenu informácií, odkrývanie človečenstva, podávanie pomocnej ruky, prijímania rád, ľudského pohľadania i úprimného napomenutia.“

Základnou odlišnosťou medzi rómskou a nerómskou komunitou je spôsob života. Rómske etnikum si po stáročia vypestovalo osobitosti v spôsobe života, pričom pri zabezpečovaní základných životných potrieb sa vždy spoliehali na pomoc majoritnej spoločnosti. Ich migrácia a rozptýlenie viedli k symbióze s okolitým obyvateľstvom, a to

najmä roľníkmi. Ich spôsob života ich viedol k zamestnaniam, ako boli napr. kováčstvo, drotárstvo, košíkárstvo, alebo sa živili ako príležitostní sezónni pracovníci. V posledných rokoch sa životné podmienky Rómov výrazne zmenili a typickými znakmi ich životného štýlu je chudoba a nezamestnanosť (Kusín, Vanková, Odlerová 2006). Práve tento spôsob života si vyžaduje pomoc zo strany rodinných asistentov. Už samotná skutočnosť, že problematike rodín zo sociálne znevýhodneného prostredia sa venuje dlhodobo zvýšená pozornosť, svedčí o značných individuálnych rozdieloch s ostatnou populáciou, ktoré si vyžadujú špecifické prístupy aj sociálnych pracovníkov. Snaha sociálnych pracovníkov v týchto rodinách by sa mala upriamiť na absenciu základných sociálnych, pedagogických, psychologických, materiálnych, kultúrnych a demografických faktorov na základe čoho vznikajú častejšie problémy zo začleňovaním sa týchto rodín do spoločnosti. Úspech pri začleňovaní týchto detí môže nastať len v spolupráci rodiny a ostatných článkov spoločnosti. Práve v komunikácii rodiny a sociálnych pracovníkov vidíme možnosť pri odstraňovaní problémov týkajúcich sa rodín zo sociálne znevýhodneného prostredia.

Sociálne znevýhodnené prostredie neposkytuje dostatok podnetov v oblasti mravného správania, čo môže viesť a často vedie členov rodiny zo sociálne znevýhodneného prostredia k trestnej činnosti. Aj z tohto dôvodu je dôležitá spolupráca členov rodiny s rodinnými asistentmi, ktorí s rodinou zvyčajne spolupracujú, napr. na narušených či dysfunkčných vzťahoch, nedostatočnej alebo neprimeranej starostlivosti o ich deti, podpore a zvýšení rodičovských kompetencií a zručností, ekonomickej situácii rodiny, nefunkčnom spôsobe hospodárenia s financiami, nedostatočnom zvládaní vedenia domácnosti, bývaní, problémami s uplatnením sa na trhu práce, základným sociálnym poradenstvom a sprevádzaním na úrady z dôvodu nedostatočnej orientácie klientov v sieti sociálnych úradov a zákonov.

Záver

Rodina má v spoločnosti svoju jasne nezastupiteľnú úlohu, ktorú však v niektorých prípadoch musia pomáhať zvládať práve sociálni pracovníci (rodinní asistenti) prostredníctvom rôznych intervencií realizovaných s rodinami. Problematický vzťah rómskeho etnika a majority je v našej spoločnosti dlhoročným problémom. Na jeho riešenie sa už niekoľko rokov podieľa množstvo odborníkov, úradníkov, vládnych aj mimovládnych organizácií.

Rómska menšina je jednou z najpočetnejších etnických menšín v našej republike, väčšina Rómov je dnes sociálne vylúčená a nezamestnaná. Sociálni pracovníci sú jednou z nádejí, ktorá by mala tejto menšine pomôcť zlepšiť ich situáciu, postavenie a začlenenie do spoločnosti. Prikláňame sa k názoru Balogovej (2013, s. 25), ktorá tvrdí, že „špecifickosť sociálnej práce spočíva v tom, že zahŕňa prácu s najviac znevýhodnenými skupinami v spoločnosti, s ľuďmi, ktorí z rôznych dôvodov prežívajú veľké problémy a núdzu často z dôvodu nedostatočne uspokojených potrieb, ktoré sa niekedy zdajú neriešiteľné.“

Snahou sociálnych pracovníkov je rešpektovať zvláštnosti a osobitosti rodín zo sociálne znevýhodneného prostredia s dôrazom na hodnotenie toho, čo rodiny zvládajú a nie toho, čo nezvládajú. V rodinách žijúcich v prostredí, kde absentujú základné sociálne, pedagogické, psychologické, materiálne, kultúrne i demografické faktory vznikajú častejšie problémy zo začleňovaním sa do spoločnosti. Úspech pri začleňovaní sa týchto detí môže nastať len v spolupráci rodiny a ostatných článkov spoločnosti. Práve v komunikácii rodiny a sociálnych pracovníkov vidíme možnosť pri odstraňovaní problémov rodín zo sociálne znevýhodneného prostredia.

Zoznam bibliografických odkazov

- BAKOŠOVÁ, Zlatica. 2003. Kvalita života detí v rómskych rodinách. In Vlasta Fabianová, Stanislav Matulay (eds.). *Empirické poznatky z edukácie rómskych detí. Vplyv a rola matky vo výchove a vzdelávaní rómskych detí*. Spišská Nová Ves : UKF v Nitre, 2003. s. 54 - 66. ISBN 80-8050-667-1.
- BALOGOVÁ, Beáta, SKYBA, Michaela, ŠOLTÉSOVÁ, Denisa. 2012. *Pregraduálna príprava sociálnych pracovníkov, pracovníčok a sociológov a sociologičiek a možnosti ich uplatnenia v praxi* [online]. Zborník príspevkov z vedeckého seminára konaného dňa 7. decembra 2012 v Prešove. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 176 s. ISBN 978-80-555-0970-9.
- HORNÁK, Ladislav (ed.). 1999. *Perspektívy edukácie žiakov z výchovne menej podnetného prostredia*: zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie konanej dňa 6. 5. 1998. Prešov: PdF PU, 1999. s. 94 - 98. ISBN 80-88722-55-1.
- HORNÁK, Ladislav. 2005. *Rómsky žiak v škole*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove; Pedagogická fakulta, 2005. 357 s. ISBN 80-227-1329-5.
- LIETAVSKÁ, Eva, MOLČANOVÁ, Alena, DVORNÁKOVÁ, Lenka. 2013. *Inovatívny model manažmentu sanácie rodiny*. Bratislava: UPSVaR, 2013. 120 s.
- NAVRÁTIL, Pavel. ŠIŠLÁKOVÁ, Monika (eds.). 2008. *Praktické vzdelávaní v sociálnej práci*. Brno: Centrum praktických štúdií, 2007. 187 s. ISBN 9788073993436.
- NAVRÁTIL, Pavel. 2000. *Úvod do teórie a metód sociálnej práce*. Národní centrum pro rodinu: Brno, 2000. 67 s.
- PORTIK, Milan. 1999. Sociálna determinácia výchovy detí z málo podnetného prostredia. In PORTIK, Milan, NOVOTNÁ, Eliška. 2007. *Príprava učiteľa na edukáciu sociálne znevýhodnených žiakov*. Prešov: PdF PU, 2007. 265 s. ISBN 978-80-8068-722-9.
- VANKOVÁ, Katarína, KUSIN, Vasil', ODLEROVÁ, Eva. 2006. *Identita v procese socializácie a personalizácie rómskeho etnika*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, 2006. 89 s. ISBN 80-8050-971-9.
- ŠRAJER, Jindřich. MUSIL, Libor (eds.). 2008. *Etické kontexty sociálnej práce s rodinou*. České Budějovice: Albert, 2008. 150 s. ISBN 9788073261450.
- Štátny pedagogický ústav 2013. [online]. statpedu.sk [cit. 2013-05-08]. Dostupné na: <http://www.statpedu.sk/sk/Statny-vzdelavaci-program/Statny-vzdelavaci-program-pre-2-stupen-zakladnych-skol-ISCED-2/Vychova-a-vzdelavanie-ziakov-so-SVVP/Vzdelavanie-ziakov-zo-socialne-znevychodneného-prostredia.alej>.

Kontakt na autora

PhDr., Mgr. Martin Hamadej
Iňačovce 41
07211 Čečehov
martin.hamadej@gmail.com

O przemocy instytucjonalnej wobec dzieci i młodzieży w systemie instytucjonalnej pieczy zastępczej jako wyzwaniu dla pracy socjalnej

Elżbieta Mirewska, Katarzyna Ornacka (PL)

Streszczenie: Placówki całodobowe, opiekuńcze dla dzieci od wielu lat borykają się z problemem negatywnego wpływu instytucji na rozwój i funkcjonowanie swoich podopiecznych. Pomimo wprowadzonej standaryzacji nie w pełni udało się do dzisiaj wyeliminować patologiczne konsekwencje, jakie narzuca system administracyjny samej instytucji. Praca nad tymi konsekwencjami wymaga w dalszym ciągu systemowych rozwiązań uwzględniających potrzeby i problemy dzieci i młodzieży, promowania usług wspierających rodzinę naturalną i zastępczą, oraz innowacyjnego podejścia do rozwoju usług społecznych sprawnie wykorzystujący potencjał rodziny i społeczności lokalnej. Niniejszy artykuł w krótkim zarysie prezentuje zjawisko instytucjonalizacji, a w tym przemocy instytucjonalnej pojawiającej się w placówkach całodobowej opieki nad dziećmi. Zawarte w nim polskie postulaty zbieżne są z rekomendacją Komisji Unii Europejskiej ujętej w nowym budżecie na lata 2014-2020 pod hasłem „Inwestycja w dzieci. Przerwanie kręgu wykluczenia”.

Kluczowe słowa: Przemoc instytucjonalna. Dzieci i młodzież. Instytucjonalna piecza zastępcza. Praca socjalna.

Abstract: Residential care centres for children are dealing with negative institutional influence on the development of its young residents. In spite of the standardization process that has been started, one did not manage to eliminate the pathological consequences of the institutional system. The further systemic work on these consequences is still necessary because there are no solutions concerning the needs and problems of children as well as young people, or promoting services that support natural and foster families, or innovative approaches to the development of social services that use the potential of a family and social community. The article presents the phenomenon of institutionalization and institutional violence which is present in residential care centres for children. The solutions included go in harmony with recommendations of EU Commission - Investing in Children - Breaking the Cycle of Exclusion.

Keywords: Institutional violence. Neglect. Children and young people. Residential care for children and youth. Social work.

Wprowadzenie

„Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia” (Ustawa o pomocy społecznej 12.03.2004 z późn. zm.). Oznacza to że państwo polskie bierze na siebie odpowiedzialność za organizację systemu wsparcia społecznego dla tych obywateli, którzy własnym wysiłkiem i przy pomocy własnego potencjału nie są w stanie pokonać swoich trudności życiowych. Organizacja systemu wsparcia to powołanie instytucji o charakterze socjalnym. Według Jana Szczepańskiego (1966) instytucja może być rozumiana na cztery sposoby: jako grupa ludzi powołana do wykonywania funkcji publicznych, jako forma organizacyjna, jako zespół urządzeń materialnych i środków służącym do wykonywania zadań publicznych lub jako zespół ról społecznych. Każda powołana przez obywateli instytucja ma do spełnienia określone funkcje. Normuje życie społeczne, zaspakaja potrzeby indywidualne i zbiorowe, działa w interesie grupy, która ją powołała. Instytucja jest elementem kontroli społecznej czuwającym nad spójnością systemu i ładu społecznego.

Instytucje pomocy społecznej na tle innych instytucji publicznych wyróżniają się dodatkowo pięcioma cechami. O cechach tych pisze Marta Łuczyńska, odwołując się do klasyfikacji zaproponowanej przez Harolda L. Wilensky'ego and Charlesa N. Lebeaux. Zalicza do nich: formalną organizację, społeczne sponsorowanie i odpowiedzialność, brak motywu profitowego jako dominującego celu działania, zintegrowanie spojrzenie instytucji pomocy na potrzeby ludzkie, powiązanie zadań instytucji pomocy społecznej z potrzebami konsumpcyjnymi jednostek (Kaźmierczak, Łuczyńska 1998, 67-71). Oznacza to, że wskazane powyżej cechy instytucji pomocy społecznej zogniskowane są na świadczenie swoich usług indywidualnym klientom w sposób formalnie uporządkowany, oparty o jasne kryteria działania, zagwarantowany prawnie i realizowany przez wyspecjalizowany, profesjonalny personel. Druga cecha odróżniająca pomoc społeczną od innych instytucji to społeczne sponsorowanie i odpowiedzialność. Przejawia się ono w społecznej akceptacji wydatkowania publicznych pieniędzy na świadczenia socjalne przez uprawnione do tego służby społeczne działające w oparciu o przyznany mandat społeczny oraz precyzyjnie zdefiniowane akty prawne. Trzecia cecha wyróżniająca pomoc społeczną odnosi się do realizacji programów socjalnych poza systemem rynkowym, czyli działań pomocowych związanych z zaspokojeniem potrzeb jednostek i rodzin, które nie są powiązane z zyskiem i komercją. Dodatkowo, pomoc społeczna w odróżnieniu do innych instytucji publicznych ma zintegrowane spojrzenie na potrzeby społeczne. Jeśli zawiodą mechanizmy działania innych instytucji, w których jednostka nie jest w stanie zaspokoić swoich potrzeb ze względu na wiek, sytuację życiową, chorobę itp., to system instytucji pomocy społecznej wyrównuje deficyty tych instytucji (służby zdrowia, urzędów pracy, edukacji, itp.). Walorem wyjątkowym instytucji pomocy społecznej jest też to, że świadczy swoje usługi bezpośrednio zainteresowanym osobom, indywidualnie konstruując dla nich diagnozę ich problemów oraz potrzeb. Na tym tle, służby społeczne formują indywidualnie programy pomocowe wykorzystując do tego najefektywniejsze metody, techniki i narzędzia pracy socjalnej. W tym założeniu wsparcie pomocowe odbiega od uniwersalnego charakteru na rzecz personalnego podejścia do każdego klienta tej instytucji. Mimo wyjątkowego charakteru instytucji pomocy społecznej i świadczonego indywidualnego wsparcia tym, którzy takiego potrzebują, nie jest ona wolna od negatywnych zjawisk jakie narzuca formalny charakter instytucji.

Utworzenie i rozwój rodzinnej pieczy zastępczej jest zadaniem starosty powiatu. W praktyce oznacza to, że może ono być realizowane przez jedną z jednostek organizacyjnych powiatu, na przykład Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie. W innym przypadku, zadanie tego typu może zostać zlecone podmiotowi, który w sposób przedmiotowy zajmuje się określonym zagadnieniem, czyli organizacji pozarządowej. Powiat prowadzi również placówki opiekuńczo-wychowawcze bądź powierza to zadanie (na zasadzie zlecenia) innym podmiotom instytucjonalnym. Należy wyraźnie zaznaczyć, że od roku 2011 placówki opiekuńczo-wychowawcze i ośrodki adopcyjne nie są już jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej. Są natomiast jednostkami organizacyjnymi pieczy zastępczej. Nie oznacza to jednak, że pracownicy socjalni systemu pomocy społecznej nie starają się monitorować sytuacji dziecka w rodzinnej i instytucjonalnej pieczy zastępczej. Wręcz przeciwnie, takie działania są podejmowane coraz częściej, przynosząc korzyści dla wielu zaangażowanych podmiotów.

Proces instytucjonalizacji i jego konsekwencje - kilka uwag o charakterze teoretycznym

W literaturze przedmiotu wiele napisano o zjawisku instytucjonalizacji. Prekursorem w tym zakresie był Erving Goffman. W oparciu o przeprowadzone przez siebie badania wprowadził on pojęcie instytucji totalnych. Odniósł je do pięciu kategorii instytucji, które działając w sposób deprywacyjny, wpłynęły na osobowość osób tam przebywających. Instytucjami totalnymi według Goffman'a (1975, 150-151, szerz. Szmagański 2000, 185 i n.)

są: instytucje powołane do opieki nad osobami niedołężnymi i nieszkodliwymi (domy starców, przytułki dla ociemniałych, żebraków, sierot itp.), zakłady opieki nad osobami niezdolnymi do samodzielnego troszczenia się o siebie a zarazem (nie z ich winy) niebezpiecznymi dla społeczeństwa (sanatoria przeciwgruźlicze, szpitale psychiatryczne), instytucje, których zadaniem jest ochrona społeczeństwa (więzienia, zakłady poprawcze, obozy dla jeńców wojennych, obozy koncentracyjne), instytucje realizujące zadania techniczne (koszary wojskowe, okręty, internaty, obozy pracy, osady kolonistów, duże majątki z punktu widzenia mieszkającej w ich pomieszczeniach służby), instytucje przeznaczone dla osób, które dobrowolnie wycofały się z czynnego życia, miejsca kontemplacji religijnej (opactwa, klasztory, zakony). Podstawą cechą instytucji totalnych, jakie przypisuje im Goffman, jest zamazanie granicy między podstawowymi funkcjami życia społecznego każdej jednostki. Odnosi on to do funkcji, wypoczynku, zabawy i pracy (Goffman 1975, 151-177). W instytucjach tych całe życie toczy się według reguł tych instytucji, nakazów, zakazów, regulaminów i procedur. Życie osób tam przebywających skupia się na jednym miejscu i podlega wpływom jednej i tej samej władzy. Członkowie tej instytucjonalnej społeczności stale przebywają ze sobą, mają ściśle zaplanowany program dnia, nadzorowany przez zespół osób pracujących. Podwładni są jednakowo traktowani przez personel. Każde nieposłuszeństwo jest karane. Nowicjusze wchodzący w środowisko instytucji zamkniętej pozbawiani są znamion prywatności (prywatne meble, ubrania, prywatne przedmioty), przez co zostają oni odcięci od świata zewnętrznego. Świat ten przypisuje im etykietę „obcego” lub dewianta. Wzmacniają to fizyczne bariery odgradzające instytucje zamknięte od środowiska lokalnego np. płoty, ogrodzenia, w tym umiejscowienie budynków instytucji totalnych w znacznej odległości od centrów witalnych danych miejscowości. Każde działanie w instytucji musi być udokumentowane: zarówno te które dotyczą personelu, jak i prywatnych osób tam przebywających. Każda potrzeba wyjścia poza mury instytucji wymaga od osoby tam osadzonej opowiedzenia się i uzyskania pozwolenia wraz z przepustką. Kary i przywileje są instrumentem porządkującym życie wewnętrzne instytucji. Każdy członek personelu ma prawo stosować względem mieszkańców sankcje, ale i nadawać przywileje. Dominujący wpływ instytucji poprzez kompleksowe zorganizowanie życia podopiecznym (schronienie, wyżywienie, opieka itp.) powoduje wycofanie się mieszkańców z życia społecznego. Powstaje specyficzne zjawisko zadomowienia się - adaptacji, która degradująco wpływa na osobowość osób adaptujących się. Niweluje u nich - między innymi - ciekawość świata, minimalizuje ich zainteresowania, ogranicza potrzeby kontaktu, afiliacji, samorealizacji itp. Następuje utrata indywidualności, zanikają umiejętności związane z organizacją czasu wolnego, z zarządzaniem własnymi finansami i osobistymi sprawami. Wzrasta poczucie osamotnienia i odrzucenia przez rodzinę i najbliższych. W tej atmosferze łatwo następuje transfer poglądów personelu do uczestników. Z łatwością też kształtuje się u nich poczucie bezzadecności, brak skuteczności działania, niepokojąco wytwarza się zależność między osobą stale mieszkającą w instytucji totalnej, a samą instytucją. Goffman wymienia pięć kategorii wpływów, jakie pojawiają się w instytucjach totalnych względem osób tam przebywających. Należą do nich: restrykcyjne środowisko, zuniformizowane oddziaływanie na podopiecznych, nadużywanie władzy, ograniczenie wolności podopiecznych, naruszanie prywatności podopiecznych (Szmagański 2000, 186-188).

Świadomość istnienia wśród teoretyków i praktyków pracy socjalnej wpływu negatywnego zjawiska instytucjonalizacji na klientów całodobowych instytucji pomocy społecznej oraz pieczy zastępczej sprawia, że próbuje się od jakiegoś czasu podjąć dynamiczne działania ograniczające to zjawisko. Zdaniem Jerzego Szmagańskiego „w amerykańskiej terminologii pracy socjalnej dezinstytucjonalizację określa się jako proces (1) zapobiegania zarówno niepotrzebnemu umieszczaniu, jak przetrzymywaniu w instytucjach,

(2) znajdowania i tworzenia stosownych alternatyw w społeczności lokalnej dla kwaterowania, terapii, szkolenia, edukacji, i rehabilitacji osób, które nie muszą przebywać w instytucjach oraz (3) poprawy warunków życia i terapii dla osób potrzebujących opieki instytucjonalnej” (Szmagański 2000, 188-190).

W polskim systemie pomocy społecznej o zjawisku dezinstytucjonalizacji w praktycznym działaniu mówi się w kontekście uregulowań prawnych odnoszących się do standaryzacji usług świadczonych w domach pomocy społecznej, a także do standardów pracy w środowiskowych domach samopomocy, czy zmian legislacyjnych zawartych w Ustawie o Wspieraniu Rodziny i Systemie Pieczy Zastępczej (Ustawa z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, Dz.U. z 2013 Nr 0, poz. 135 ze zm.). Realizację nowych rozwiązań umożliwiają dzisiaj europejskie środki strukturalne wzmacniające modelowe rozwiązania opieki nad tymi osobami dorosłymi i dziećmi wymagającymi wsparcia instytucjonalnego.

Przemoc instytucjonalna i jej wymiary

W ujęciu socjologicznym przemoc to relacja, która charakteryzuje się brakiem równorzędności stosunku społecznego. To także relacja podporządkowania i dominacji, w której zachodzi nadużycie władzy, zależności, autorytetu albo siły fizycznej bądź psychicznej lub zadanie cierpienia (Zielińska 1993, 72). Zdaniem Janiny Filek „przemoc pozostaje nią niezależnie od tego czy podmiot stosujący przemoc jest indywidualny czy zbiorowy, instytucjonalny czy osobowy (...)” (Filek 2011, 14). W przestrzeni instytucjonalnej przemoc może pojawiać w rezultacie funkcjonowania określonej instytucji, sposobu jej organizacji czy stosowanych metod pracy. Jednocześnie, to osoby, ich podejście do pracy (zadań) i współpracowników oraz atmosfera mogą sprzyjać stosowaniu przemocy (Schneider 1997, 131). Przemoc instytucjonalna - odwołując się do Józefy Brągiel - jest to "każde zamierzone działanie instytucji, które ujemnie wpływa na zdrowie, rozwój fizyczny lub psychospołeczny" (Brągiel 2005, 296). Istotnym elementem tego rodzaju przemocy jest „użycie siły wobec drugiego człowieka i to wbrew jego woli” (Filek 2011, 17 i n.). Akcentowanie działania wbrew woli drugiego człowieka, zdaniem Jacka Filka, „wydaje się istotowym momentem przemocy” (Filek 2010, 283). Tak pojmowana przemoc staje się jednocześnie nieodłącznym elementem pomocy społecznej. Pytanie czy zostanie on zauważony i rozwiązany czy też milcząco zaaprobowany wychodzi poza ramy niniejszego opracowania.

Przemoc instytucjonalna znacznie różni się od przemocy rodzinnej, choćby ze względu na jakość i rodzaj relacji łączących personel (pracowników) z podopiecznymi (wychowankami), podopiecznych (wychowanków) z podopiecznymi (wychowankami) czy personelu (pracowników) z personelem (przełożonymi). W opracowaniach dotyczących przemocy instytucjonalnej badacze definiują grupy szczególnie narażone na udział w relacji przemocy w charakterze ofiary i twierdzą, że dzieci bardziej niż dorośli, kobiety bardziej niż mężczyźni, osoby niepełnosprawne umysłowo bardziej niż fizycznie, jednostki o niższym statusie grupowym, osoby nie mające wsparcia i ochrony z zewnątrz, czy jednostki znajdujące się w bezpośrednim kontakcie są narażone na przemoc instytucjonalną (Sobkowiak 2012)¹.

Niepokojącym zjawiskiem w placówkach o charakterze całodobowym jest stosowanie różnych form przemocy zależnych zarówno od restrykcyjnego środowiska, jak i negatywnego wpływu grupy rówieśniczej. W placówkach o charakterze zamkniętym możemy spotkać się z przemocą fizyczną, psychiczną, seksualną, finansową, intencjonalnego/nieintencjonalnego zaniedbania, dyskryminacją, przemocą instytucjonalną. Omówienie po kolei wszystkich form

¹ zob. Fundacja ORATOR http://opiekabezagresji.orator.pl/articles.php?article_id= (dostęp: 15.11.2014); M. Ścierańska, *Przemoc w pomocy społecznej*, strona internetowa Fundacji na Rzecz Reintegracji Społecznej, http://www.frs.pl/docs/pwp_przemoc_w_pomocy_spolecznej_-_maria_scieranska.pdf, (dostęp: 25.11.2014).

przemocy wymaga osobnego opracowania. Autorki jednak chcą w niniejszym artykule zwrócić szczególną uwagę na aspekty odnoszące się do przemocy instytucjonalnej, w obrębie której mamy do czynienia z zaniedbaniami instytucjonalnymi oraz procesami dyskryminacji.

Jednym z przejawów przemocy instytucjonalnej jest zaniedbanie, które może występować w wielu różnorodnych formach, w zależności płci, wieku, rodzaju niepełnosprawności, pozycji społecznej czy rozmiaru kontroli społecznej, której podlega dana jednostka. Po pierwsze, pojawia się wówczas, gdy nie zostają zaspokojone najbardziej podstawowe potrzeby człowieka związane z dostępem do jedzenia, picia, ubrań, lekarstw czy urządzeń sanitarnych. Coraz częściej mamy do czynienia z ograniczaniem pełnowartościowego pożywienia w świetlicach środowiskowych na rzecz podawania jednorodnych przekąsek w formie bułek drożdżowych i zup z proszku. Po drugie, odnosi się do wszelkiego typu ograniczeń związanych ze zdrowiem, a mianowicie zakupem lekarstw, ich podawaniem, reglamentowaniem wizyt lekarskich czy świadczeń rehabilitacyjnych. Po trzecie, przejawia się w braku komfortu, ciepła, życzliwej i przyjaznej atmosfery, czy pozostawieniu Małego Człowieka z własnymi problemami. Równie ważne są ograniczenia w wymiarze edukacyjnym, wyrównawczym, zasobów i talentów jednostki, pasji i zainteresowań, jak również tych związanych z jej rozwojem. Przykładowymi przejawami zaniedbywania jednostki mogą być zmiany w jej wyglądzie zewnętrznym, to znaczy rany, siniaki, wysypki, zły stan zdrowia i uzębienia, niewłaściwa postawa, wady kręgosłupa, niska waga czy objawy niedożywienia. W kontekście psycho-społecznym kluczowe znaczenie mają takie czynniki, jak wycofanie się z życia społecznego, depresja, osamotnienie, tendencje samobójcze.

Innym przejawem występującej przemocy instytucjonalnej jest dyskryminacja związana z procesem stygmatyzowania osoby małoletniej z powodu jej wieku, choroby, niepełnosprawności, zaniedbań środowiska rodzinnego, religii, wyglądu, niepowodzeń życiowych i kariery szkolnej i itp. Dla młodego człowieka może to oznaczać smutek, poczucie bycia gorszym, wykluczenie i marginalizację społeczną oraz przyczynić się do niepowodzeń edukacyjnych. Edwin Lemert, twórca teorii stygmatyzacji², stwierdza, że statusu dewianta nie otrzymuje osoba, która naruszyła akceptowane normy i wartości społeczne, lecz ta, która została określona przez innych mianem dewianta. Grupy dysponujące społeczną siłą definiowania tego, co jest normalnością w danej zbiorowości, a co jest odchyleniem od normy roszczą sobie prawo do przyczepiania etykietek innym wyrażając i podkreślając w ten sposób strukturę władzy (Pospiszyl 2010, 37; zob. Szlachta 2012).

Przemoc instytucjonalna może również odnosić się do niedostosowania systemu pomocy i wsparcia, złych warunków zamieszkania, braku posiadania przez młodego człowieka własnego fizycznego miejsca do odpoczynku i pracy szkolnej, zaniechania w procedurach, jak również niewystarczającej liczby pracowników, w tym wychowawców oraz opiekunów. Uzupełnieniem tego negatywnego obrazu rzeczywistości, w której funkcjonuje Mały Człowiek jest ograniczenie możliwości samodzielnego podejmowania decyzji, brak możliwości otaczania się swoimi, prywatnymi rzeczami, nadmierna kontrola korespondencji, telefonów, surowe sankcje, ograniczanie kontaktu z najbliższymi, czy monitorowanie zachowań itp. Objawami manifestowania się tej formy przemocy mogą być między innymi agresja słowna i czynna, irytacja, bezradność, zaniedbanie, ucieczki, wagary, próby samobójcze, kradzieże, palenie papierosów, używanie narkotyków, przedawkowanie leków, wchodzenie w krąg osób ze środowiska niedostosowanego społecznie itp.

Zasygnalizowane powyżej przejawy instytucjonalnej przemocy prowadzą do ograniczenia oraz łamania praw dziecka, co z kolei utrudnia czy wręcz uniemożliwia poszanowanie podmiotowości dziecka, wysłuchiwanie jego zdania i w miarę możliwości

² zwanej również teorią etykietyzacji, labelizacji bądź naznaczenia społecznego (przyp.aut.).

uwzględnianie jego wniosków we wszelkich dotyczących go sprawach oraz informowanie dziecka o podejmowanych wobec niego działaniach.

Dzieci i młodzież w systemie instytucjonalnej pieczy zastępczej wobec zjawiska przemocy instytucjonalnej³

Jak zauważono powyżej, przemoc instytucjonalna⁴ skutkuje łamaniem praw dziecka, które są częścią praw człowieka oraz pozbawieniem Małego Człowieka prawa do podmiotowego traktowania. Zgodnie z adultystycznym modelem relacji dziecko-dorosły, dziecko nieukształtowane fizycznie jak dorosły, pozbawione dyspozycji czy tożsamości, nie może być traktowane podmiotowo, ponieważ ta cecha nierozdzielnie wiąże się ze sprawczością, odpowiedzialnością za skutek podejmowanych działań, a także z możliwością wprowadzenia zmiany w zachowaniu odbiegającym od przyjętych społecznie norm. Dziecko, które nie posiada wyrazistej tożsamości traci pozycję uprzywilejowaną, która jest związana z kreowaniem swojego świata „tu i teraz”, czyli w czasie teraźniejszym. Pozycja niepełnej osoby uruchamia proces naznaczania (stygmatyzowania), prowadząc tym samym do nadania dziecku statusu grupy mniejszościowej. Jednocześnie stanowi dobry przykład wpisujący się w Goffmanowską ideę stygmatyzacji (M. Szczepka-Pustkowska 2011, 71). Dzieciństwo istnieje wobec przyszłości, i jest to czas, który każdy musi przeżyć, aby móc „przeistoczyć się w dorosłość” (M. Jacyno, A. Szulżycka 1999, 24).

Taki obraz dziecka kładzie nacisk na bierność i niemoc wobec świata (Szczepka-Pustkowska 2011, 71). Po pierwsze, dziecko jest traktowane jako bierny odbiorca kultury, z której zasobów jedynie korzysta, a nie przyczynia się – przez swoją aktywność – do jej współtworzenia. Zdaniem Bogusława Śliwerskiego dzieje się tak nawet wówczas, gdy mówimy o kulturze dziecięcej, ponieważ to dorośli kreują ją dla dzieci przez uczenie ich norm i zachowań społecznie akceptowanych (Śliwerski 2007, 103). Po drugie, dzieciom nie przypisuje się podmiotowości, a co za tym idzie, sprawczości, możliwości współdecydowania i odpowiadania za swoje czyny. Po trzecie, dziecko nie posiada czynnych praw osobistych, stąd może jedynie korzystać z praw w bierny sposób.

W procesie rozwoju dziecka decydującą rolę odgrywa negatywna selekcja dokonywana przez dorosłych, w której na pierwszy plan wysuwa się to, czego dzieci nie potrafią. Powstaje społeczny obraz dzieciństwa, który akcentuje dziecięcą niedojrzałość i niegotowość, wszelkie zabiegi i działania podejmowane przez dorosłych stanowią natomiast uzasadnienie dla bezsilności dziecka oraz starań o jego dobro (Śliwerski 2007, 103; Szczepka-Pustkowska 2011, 71).

Model relacji dorosły – dziecko można jednakże analizować przez pryzmat dziecka jako projektu, dziecka, które odpowiednio i mądrze modelowane przez dorosłych, może w

³Ustawa o Wspieraniu Rodziny i Systemie Pieczy Zastępczej wprowadziła zapis dopuszczający maksymalną liczbę - czternaścioro - dzieci w jednej instytucji opiekuńczej. Jednak ustawodawca daje czas poszczególnym samorządom do 2020 roku na dostosowanie się do tego zapisu. Skutkuje to niezaspokojeniem w sposób wystarczający indywidualnych potrzeb dzieci i młodzieży oraz ma swoje konsekwencje w realizacji planów reintegracji nastawionych na odbudowę zdolności do tworzenia więzi i relacji emocjonalnych. Potwierdza to również raport z badań pt. Wykluczenie społeczne w Małopolsce - strategii przeciwdziałania, część dotycząca osób opuszczających placówki opiekuńczo-wychowawcze, przeprowadzonych w 2013 roku wśród przedstawicieli małopolskich instytucji pomocy i integracji społecznej, instytucji rynku pracy oraz innych podmiotów działających na rzecz grup zagrożonych wykluczeniem społecznym www.politykaspoleczna.obserwatoria.malopolska.pl (dostęp 24/11/2014).

⁴ Przemoc instytucjonalna nie wynika z winy poszczególnych jednostek, ale z sposobu organizacji samych instytucji. Chodzi bowiem o to, aby w ramach struktur instytucjonalnych utrzymywać grupy dyskryminowane w stanie bierności, zależności, izolacji. Jednocześnie, nie dopuszczając do tego, by ich rozpacz przekształciła się w bunt achaotyczne akty destrukcji i autodestrukcji w solidarną strategię wywierania wpływu i wprowadzania zmiany za: D. Trawkowska, *Kreatorzy czy współtwórcy ról zawodowych* [w:] Praca Socjalna, nr 1, styczeń-luty 2007, Wydawnictwo IRSS, Warszawa 2007, s. 22.

przyszłości stać się produktem socjalizacji i wychowania. Warto jednak zauważyć, że relacja między wychowankiem i wychowawcą jest z natury rzeczy niesymetryczna, oparta na „przymusie, autorytecie, poleceniach, posłuszeństwie i nierówności wobec prawa” (Śliwerski 2007, 103). Przestrzenie i miejsca, w których zachodzą procesy socjalizacji i wychowania, są wypełniane przez dorosłych ukierunkowanych na zarządzanie dzieciństwem. Gwarantują oni dzieciom sukces pod warunkiem, że będą postępować zgodnie z programem przygotowanym przez dorosłych.

Pozycja dorosłych w tym modelu jest zgoła odmienna. Są oni w pełni uspołecznieni, dojrzały psychicznie, fizycznie i duchowo, i choćby z tego powodu ich relacja z dzieckiem ma charakter asymetryczny. Mają uprawnienia do definiowania zarówno granic dotyczących środowiska wychowawczego, praw i porządku społecznego, jak i zakresu wiedzy przekazywanej w procesie socjalizacji i wychowania. Przyznają sobie również prawo do formowania i zmiany dziecięcej istoty, ograniczania dostępu do dóbr i zasobów przez negatywną selekcję oraz wpływania na życie wychowanków w ich dorosłym życiu (Śliwerski 2007, 102).

Taki model wzajemnej relacji dorosły – dziecko odpowiada kulturze postfiguratywnej przedstawionej przez Margaret Mead w studium *Kultura i tożsamość*. Ten typ kultury akcentuje hasło „przeszłość dorosłych jest przyszłością młodych”, co oznacza, że dzieci uczą się przede wszystkim od swoich rodziców (Mead 2000; Śliwerski 2007, 104; Szczepska-Pustkowska 2011, 75; Brzezińska 2007, 205 i n.). Ciągłość kultur tego typu jest oparta na realizacji oczekiwań starszego pokolenia, podtrzymywaniu tradycji, odtwarzaniu wspólnych obrzędów czy pielęgnowaniu języka. Jednym z podstawowych pojęć staje się tradycja jako metoda stosowana w procesie socjalizacji i wychowania, jak też transmisja wzorców zachowania, która daje jednostce poczucie tożsamości grupowej i przewidywalności.

Jak zauważa Maria Szczepska-Pustkowska, te charakterystyczne cechy kultury postfiguratywnej – brak zmian, skuteczna internalizacja przez dziecko uznanych przez dorosłych form kulturowych, bezwarunkowa identyfikacja – powodują, że takie pojęcia, jak refleksyjność, indywidualizm czy samodzielny namysł nad światem, są nieobecne w przestrzeni wychowania i socjalizacji (2011, 77). Dorośli uważają, że „posiadają” dziecko, co oznacza, że sprawują nad nim władzę rodzicielską i mają przewagę kompetencyjną. Zapominają przy tym, że dziecko z racji istoty bytu ludzkiego nie może być czyjąś własnością (Szczepska-Pustkowska 2011, 77). Zdaniem wielu badaczy (Szczepska-Pustkowska 2011; Bałachowicz 2009) zmiana postawy posesywnej dorosłych wobec dzieci warunkuje aktualizowanie się potencjału dziecka jako istoty rozwijającej się (Szczepska-Pustkowska 2011, 77).

Przemoc instytucjonalna utrzuca stereotyp dziecka jako "zadatku na człowieka". W polu działania badawczego znajduje się Mały Człowiek, który pozostaje poza głównym nurtem życia społecznego ze względu na doświadczane problemy. Mogą one wynikać z niskiego poziomu kompetencji dorosłych, który prowadzi do uzależnień, wyuczonej bezradności, czy przemocy. Tak czy inaczej, w tej skomplikowanej sieci nieformalnych powiązań i zależności, dziecko nie jest rozpatrywane jako niezależny podmiot, posiadający określone zasoby, na których można budować i/lub rozwijać kapitał ludzki (i społeczny). Jest ono analizowane w kontekście i przez pryzmat instytucji, którego stało się częścią w dniu przekroczenia progu placówki. Funkcjonowanie dziecka w przestrzeni "naznaczonej" może prowadzić (a z badań wynika, że niejednokrotnie tak się dzieje) (Szlachta 2012, Warzywoda-Kruszyńska 1998; 2006; 2008, 177–197) do autostygmatyzacji i "spychania się" dziecka na peryferia życia społecznego. Utrwalane w ten sposób przez dziecko przekonanie o jego niskiej wartości sprawia, że staje się ono bardziej podatne na wpływ(y) osób dorosłych, a co za tym idzie jego przedmiotowe traktowanie.

Wzorzec dziecka jako *Innego* wzmacniany jest ponadto przez przedstawicieli instytucji poprzez traktowanie go jako odmiennego od reszty społeczeństwa ze względu na zagrożenie biedą i ubóstwem, które wynikają z trudnej sytuacji rodzinnej. Ten trwający proces traktowania dziecka w kategoriach *Innego* zainicjowany jest przez dorosłych, "nie biednych" i prowadzi nie tylko do przedmiotowego podejścia wobec dziecka i jego problemów, ale również takich procesów społecznych, jak stereotypizacja, stygmatyzacja czy neutralne kategoryzowanie. Działania dorosłych na rzecz dzieci (ujęcie przedmiotowe) prowadzą do zubożenia dzieciństwa oraz zatracenia jego niepowtarzalnego, indywidualnego, a przede wszystkim podmiotowego charakteru.

Stosowana w systemie instytucjonalnej pieczy zastępczej przemoc wobec dziecka w istotny sposób wpływa również na rozwój jego kompetencji. Jak wynika z badań przeprowadzonych w 2012 roku wśród wychowanków pogotowia opiekuńczego (PO), dzieci posiadają ogólną zaradność życiową, która jest pochodną ich wcześniejszych doświadczeń oraz konieczności szybkiego usamodzielnienia się. Nie jest to jednoznaczne z nabyciem i utrwaleniem kompetencji społecznych (Roszkowski 2012). Inne badania przeprowadzone przez psychologów wskazują, że trening społeczny o charakterze naturalnym, odbywany w sytuacjach życia społecznego wpływa na poziom kompetencji społecznych. Intensywność doświadczeń społecznych w okresie dzieciństwa, a w konsekwencji kompetencje, z jakimi dziecko "startuje", wchodząc w życie społeczne na dalszych etapach swojego rozwoju, zależą w istotny sposób od oddziaływań wychowawczych, zwłaszcza rodzicielskich. W przypadku dzieci - wychowanków PO można powiedzieć, że z jednej strony są one narażone na stałą ekspozycję społeczną ze strony swoich bliskich, tyle że jakość doświadczeń, w tym deficyty w zakresie zaspokojenia potrzeb emocjonalnych dziecka, poczucia bezpieczeństwa i pozytywnej samooceny, utrudnia im w dużym stopniu ufnie wchodzenie w świat społeczny (wymiar negatywny). Z drugiej strony, stopień swobody udzielanej dziecku przez zaniedbujących go dorosłych oraz konieczność nawiązywania (przynajmniej powierzchownych) kontaktów z innymi, przyczyniają się do nabywania umiejętności radzenia sobie w tych kontaktach oraz ogólnej zaradności życiowej. Pomimo to, wychowankowie PO mają znaczące trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów interpersonalnych o charakterze głębszym, bardziej stałym i "wypełnionym" pozytywnymi emocjami. Ma to oczywiście związek z ich wcześniejszymi, traumatycznymi najczęściej, doświadczeniami. Wspomnienia z okresu dzieciństwa są dość mocno zakorzenione w ich świadomości (oraz pamięci), a to z kolei uniemożliwia im podjęcie działań w kierunku większego zaangażowania się w relacje z dorosłymi, oraz ponownego zaufania tym, którzy są odpowiedzialni za sytuację, w jakiej znaleźli się młodzi ludzie.

Podobnie sytuacja przedstawia się w domach dziecka - instytucjach, które realizują przedmiotowe podejście wobec wychowanków, wzmacniają poczucie inności wobec rówieśników w systemie szkolnym. Dzieci ukrywają prawdę, starając się nie mówić gdzie mieszkają, w jakim środowisku funkcjonują. Codzienne życie w grupie powoduje brak indywidualnej opieki, wywołując poczucie zagrożenia. W domach dziecka zaspokojenie potrzeb emocjonalnych oraz zapewnienie każdemu z wychowanków indywidualnego podejścia jest ograniczone. Jeżeli wychowawca stara się poświęcać więcej czasu i uwagi jednemu z wychowanków spotykane to jest w ich opinii jako wyraz niesprawiedliwości i faworyzowania kolegów. Mimo poprawnych stosunków pomiędzy wychowankiem a wychowawcą brakuje dziecku zainteresowania skierowanego wyłącznie do jego osoby. Wychowawca nie wyrabia w wychowankach poczucia odpowiedzialności za siebie i nie wzmacnia motywacji do nauki i rozwoju. Niewątpliwie, stały kontakt wychowawcy z wychowankami i grupą wpływa pozytywnie na klimat społeczny w grupie, więź emocjonalną wychowawcy z dziećmi, wzajemną akceptację i otwartość, a to z kolei stanowi podstawowy warunek efektywnych oddziaływań terapeutycznych – wychowawczych (Olchawa 2009, 64-86).

Paradoksalnie, przemoc instytucjonalna stwarza warunki do nabywania i rozwijania umiejętności radzenia sobie w sytuacjach problemowych. Zaskakujący jest jednak potwierdzony w badaniach niski stopień (a nawet brak) motywacji do pokonywania trudności przez wychowanków. Biorąc pod uwagę ich sytuację społeczną oraz historię ich życia można by przypuszczać, że są wręcz przygotowani do pokonywania rozmaitych trudności oraz przeszkód. Przygotowanie oznaczać tutaj może wyższy poziom odporności na sytuacje trudne (o charakterze negatywnym); przekonanie, że "tyle w życiu mnie spotkało złego, że teraz nic nie będzie mnie w stanie zaskoczyć" - a zatem poradzę sobie. Uzyskane w badaniach wyniki, wskazują, iż 68 % wychowanków cechuje poczucie zewnętrznej kontroli. Tym samym badani chłopcy uważają, że wszystko co ich spotyka nie zależy od nich; nie mają wpływu na bieg wydarzeń; poddają się biernie losowi i nie mają motywacji do zmiany.

Ponadto, pobyt w placówce nie buduje i nie wzmacnia poczucia własnej wartości wychowanka. Jak wynika z badań (ROPS 2013) całodobowa opieka instytucjonalna wpływa negatywnie na stopień usamodzielnienia wychowanków; utrwala naznaczenie społeczne i związane z nim gorszą pozycję wyjściową wychowanka czy to na rynku pracy, czy w systemie edukacji. Wychowankowie "są wyręczani" z wielu czynności i zadań, co przekłada się na stopień radzenia sobie przez nich w sytuacjach nowych, trudnych, wymagających podjęcia działania. Powstałe w ten sposób "upośledzenie społeczne" dotyczy nierówności ("luk", braków, deficytów) w wymiarze edukacyjnym, społecznym oraz emocjonalnym. Przenosi to co prawda odpowiedzialność z instytucji opiekuńczo-wychowawczej na instytucje edukacyjne (szkoła) oraz rodzinę, jednak nie rozwiązuje samego problemu.

Kompetencje społeczne wychowanków pozostają w zależności ze stopniem ich poczucia kontroli. Na poczucie kontroli składają się zarówno sukcesy, jak i porażki, oraz rozmaite style reagowania na stres. Jeśliby wziąć pod uwagę rozmowy z wychowankami przeprowadzane w trakcie interwencji (nie objęte badaniami przeprowadzonymi do pracy magisterskiej), to można by stwierdzić, że osoby te doświadczyły w swoim życiu więcej porażek, aniżeli sukcesów. W rezultacie, miało to ogromny wpływ na subiektywny wymiar poczucia kontroli każdego z nich. Dla badacza może to oznaczać, że im więcej sukcesów, tym wyższy poziom poczucia kontroli jednostki, a tym samym otwartość na nabywanie nowych i rozwijanie wcześniej nabytych kompetencji społecznych. W praktyce, w życiu codziennym, tacy młodzi ludzie są lepiej dostosowani do funkcjonowania w społeczeństwie.

Zakończenie

W obszarze pracy socjalnej dzieci są tą kategorią klienta sieci instytucji pomocy społecznej oraz pieczy zastępczej, która jest najbardziej narażona na stygmatyzację, naznaczenie i wykluczenie społeczne. Dzieci szybko wchodzą w rolę outsidera. Rola ta jest pochodną spostrzegania dziecka jako jednostki niekompetentnej, zależnej od woli dorosłych, a także jest efektem zaburzenia zdolności funkcjonowania dorosłych w wypełnianiu ich funkcji społecznych, w tym rodzicielskich. Dzieci „gorszych szans” w sytuacji, w której się znajdują mogą liczyć tylko na to, co zaofiaruje im system pomocowy i pieczy zastępczej, a nie rynek gospodarczy i społeczny, do którego mają szeroki dostęp inni rówieśnicy. Dystans, jaki powstaje, oddziela ich od grona rówieśników. Tworzy barierę dostępu do zasobów społecznych. Gorzej rozwija się indywidualny potencjał dzieci zranionych. Bezpowrotnie zostają u nich utracone i niewykorzystane szanse, jakie mogłyby się pojawić, gdyby te dzieci rosły i rozwijały się we właściwym środowisku rodzinnym i społecznym. Samo też społeczeństwo ponosi konsekwencje biedy występującej wśród dzieci oraz uwikłania ich w sytuacje życiowo trudne (bezrobocie rodziców, ich niezaradność życiowa, niewydolność wychowawcza, choroba lub uzależnienie w rodzinie, przemoc itp.). W rezultacie, mamy do czynienia z utratą lub niewykorzystaniem w pełni społecznego kapitału (zob. Ornacka, Mirewska 2014, Ornacka 2013).

Dodatkowo, przemoc instytucjonalna niesie ze sobą nieodwracalne skutki, szczególnie w odniesieniu do Małego Człowieka. Utrudnia lub uniemożliwia jego prawidłowy rozwój w wymiarze intelektualnym, fizycznym i psychospołecznym. Nie pozwala na budowanie spójnej i zintegrowanej struktury tożsamościowej, co prowadzi do zaburzeń w sferze zdrowia psychicznego oraz społecznego. "Zraniona" tożsamość dziecka oraz doświadczana przemoc w najważniejszym okresie jego życia - dzieciństwie - na trwałe wpisuje się w indywidualną trajektorię biograficzną i przyczynia się do przekazywania jej (zranionej tożsamości) kolejnym pokoleniom⁵.

Jakie zatem wyzwania stoją przed profesjonalistami w przestrzeni pracy socjalnej? Najważniejsze jest uznanie dziecka za osobę kompetentną⁶, która w obrębie jasno zdefiniowanych przestrzeni (psychicznej – wewnętrznej, lub fizycznej – zewnętrznej) ma możliwość decydowania i ponoszenia odpowiedzialności, czyli jest kompetentnym podmiotem. Dzieci potrafią wyznaczać granice i treść swojej integralności. Potrafią podejmować współpracę z dorosłymi, jeśli spotykają się z tą samą formą ich postępowania niezależnie od tego, w jakim kierunku ta współpraca przebiega. Posiadają także umiejętność przekazywania dorosłym informacji zwrotnych – w formie werbalnej i niewerbalnej - mówiących o ich problemach natury emocjonalno–egzystencjalnej. Idea dziecka kompetentnego pokazuje, że nie tylko dzieci w relacji z dorosłymi zyskują większe korzyści ze spotkania ich własnych światów, ale również dorośli mają możliwość nabywania umiejętności ukierunkowanych na poznanie i zrozumienie mechanizmów rządzących w obszarze rzeczywistości dziecięcej. Ma to swoje odzwierciedlenie (i potwierdzenie) w doświadczeniu potocznym – w sytuacji pojawienia się dziecka w uporządkowanym i jasno zdefiniowanym świecie dorosłych. W rezultacie dorośli uczą się nowych ról społecznych, sposobów rozwiązywania problemów, typów odpowiedzialności, ponieważ dziecko swoją obecnością wymusza niejako na dorosłych przemianę i rozwój. Jak zauważa Szczepka-Pustkowska, spotkanie rodziców i dziecka ma ogromną wartość edukacyjną „nie tylko dla niego jako podmiotu przejmującego od nich świat, lecz również dla dorosłych, którzy pod jego wpływem zmieniają perspektywę przeżywania i tworzenia świata oraz podejmowania w nim określonych działań” (2011, 87).

Takie podejście stanowi punkt wyjścia do wprowadzenia polityki włączającej dzieci do opracowywanych przez instytucje (w tym placówki opiekuńczo-wychowawcze) strategii działań poprzez stosowanie podejścia "razem z wami" oraz towarzyszenie jednostce przez cały proces wprowadzania zmiany w jej życiu. Doskonałym uzupełnieniem jest podejście umacniające wobec dziecka, dzięki któremu nabywa ono określone kompetencje, niezbędne do funkcjonowania w ramach "toksycznej" struktury instytucjonalnej. Wymaga to przestrzegania prawa osoby do podejmowania wyborów życiowych, zachęcania do wyrażania własnego zdania oraz opinii na temat spraw, które mogą przyczynić się do poprawy społecznego funkcjonowania dziecka. Wprowadza istotną zmianę w relacji między dorosłym i Małym Człowiekiem, która wzmacnia pozycję dziecka, zwiększając jego szanse na powrót do głównego nurtu życia społecznego.

Zoznam bibliografických odkazov

Bałachowicz Józef, 2009. *Style działań edukacyjnych nauczycieli klas początkujących. Między uprzedmiotowieniem a podmiotowością*, Warszawa: Comandor WSP TWP.

Brağiel Józefa, 2005. *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

⁵ proces przekazywania "zranionej" tożsamości można porównać do procesu dziedziczenia biedy (przyp. aut.)

⁶Potwierdzają to współczesne badania prowadzone Margarethe Broden (1986), Jespera Juula (2011a, 2011b), Marię Szczepką-Pustkowską (2011) czy Katarzynę Ornacką (2013).

- Broden Margaretha, 1986. *Therapeutic Treatment of Early Disturbances in the Mother-Child Interaction*. Distributed by ERIC Clearinghouse, [Washington, D.C.].
- Brzezińska Anna, 2007. *Spółeczna psychologia rozwoju*. Seria „Wykłady z psychologii”, J. Brzeziński (red.). T. 3, Warszawa: Scholar.
- Filek Jacek, 2011. *Rozważania wokół fenomenu pomocy* (w:) J. Hausner (red.), *Ekonomia społeczna*, nr 2, Wydawnictwo Ekonomiczne w Krakowie, Kraków.
- Filek Jacek, 2010. *Dopytywanie się o przemoc* [w:] J. Filek, *Życie, etyka, inni, Scherza i eseje filozoficzno-etyczne*, Kraków: Wydawnictwo Homini.
- Fundacja ORATOR http://opiekabezagresji.orator.pl/articles.php?article_id= (dostęp: 15.11.2014);
- Goffman Erving, 1975. *Charakterystyka instytucji totalnych*, (w:) W. Derczyński, A. Jasińska-Kania, J. Szacki (red.), *Elementy teorii socjologicznych*, Warszawa: PWN.
- Jacyno Maria, Szulżycka Anna, 1999. *Dzieciństwo. Doświadczenie bez świata*, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Juul Jesper, 2011a. *Twoja kompetentna rodzina*. Seria Nowe drogi wychowania. Podkowa Leśna: MiND Dariusz Syska.
- Juul Jesper, 2011b. *Twoje kompetentne dziecko*. Seria Nowe drogi wychowania. Podkowa Leśna: MiND Dariusz Syska.
- Kaźmierczak Tomasz, Łuczyńska Marta, 1998. *Wprowadzenie do pomocy społecznej*, Warszawa: Wydawnictwo Interart.
- Mead Margaret, 2000. *Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego*, tłum. J. Hołówka, Warszawa: PWN.
- Olchawa Monika, 2009. *Dom Dziecka w Jasieniu - placówka zastępująca naturalne środowisko rodzinne*, niepublikowana praca magisterska, Kraków: Instytut Socjologii.
- Ornacka Katarzyna, Mirewska Elżbieta, 2014. *O włączeniu dzieci jako aktorów społecznych w pole praktyki pracy socjalnej*, (w druku).
- Ornacka Katarzyna, 2013. *Od socjologii do pracy socjalnej. Społeczny fenomen dzieciństwa*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pospiszyl Irena, 2010. *Patologie społeczne*, Warszawa: PWN.
- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, raport z badań pt. *Wykluczenie społeczne w Małopolsce - strategie przeciwdziałania. Osoby opuszczające placówki opiekuńczo-wychowawcze*, Kraków: ROPS.
- Roszkowski Paweł, 2012. *Dzieci gorszych szans? Analiza sytuacji społecznej nieletnich wychowanków Pogotowia Opiekuńczego dla Chłopców w Krakowie*, niepublikowana praca magisterska, Kraków: Instytut Socjologii.
- Schneider H.J., 1997. *Przemoc w instytucjach* (w:) B. Hołyst (red.), *Przemoc w życiu codziennym*, Warszawa: Cinderella Books.
- Sobkowiak Mariusz, 2012. *Przemoc instytucjonalna w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej*, Szczecin: Publikatornia.
- Szczepański Jan, 1966. *Elementarne pojęcia socjologii*, Warszawa: PWN.
- Szczepka-Pustkowska Maria, 2011. *Od filozofii dzieciństwa do dziecięcej filozofii życia. Casus władzy (i demokracji)*, Kraków: Impuls.
- Szlachta Kamila, 2012. *„Kim jestem dla siebie i dla innych”, czyli wpływ stygmatu sieroty społecznej na konstruowanie indywidualnej tożsamości na podstawie badań przeprowadzonych wśród dzieci z Domu Dziecka w Zakopanem*. Niepublikowana praca magisterska, Uniwersytet Jagielloński, Kraków: Instytut Socjologii.

Szmagałski Jerzy, 2000. *Dezynstytucjonalizacja w pomocy społecznej – zadania dla pracy socjalnej* (w:) K. Marzec-Holka (red.), *Społeczeństwo, demokracja, edukacja. Nowe wyzwania w pracy socjalnej*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej.

Ścierańska Maria, *Przemoc w pomocy społecznej*, strona internetowa Fundacji na Rzecz Reintegracji Społecznej, http://www.frs.pl/docs/pwp_przemoc_w_pomocy_spoecznej_-_maria_scieranska.pdf, (dostęp: 25.11.2014).

Śliwerski Bogusław, 2007. *Pajdocentryzm a prawa dziecka* [w:] *Pedagogika dziecka. Studium pajdocentryzmu*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Trawkowska Dobroniega, 2007. *Kreatorzy czy współtwórcy ról zawodowych* [w:] *Praca Socjalna*, nr 1, styczeń-luty 2007, Warszawa: Wydawnictwo IRSS.

Ustawa z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2013 Nr 0, poz. 135 ze zm.).

Ustawa o pomocy społecznej 12.03.2004 z późn. zm.

Warzywoda-Kruszyńska Wielisława, 2006. *Zjawisko biedy dzieci a zagrożenie wykluczeniem społecznym w przyszłości. Mapa biedy – rozmieszczenie i zakres biedy wśród dzieci na terenie województwa łódzkiego*. Warszawa: Rzecznik Praw Dziecka.

Warzywoda-Kruszyńska Wielisława, 2008. *Bieda dzieci w polu zainteresowania Unii Europejskiej*. Raport: Child Poverty and Well-Being in the EU, „Problemy polityki społecznej. Studia i dyskusje”. 11, 2008, 177–197.

Warzywoda-Kruszyńska Wielisława (red.), 1998. *Życ i pracować w enklawach biedy (Klimaty Łódzkie)*, Łódź: Instytut Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego.

Zielińska Anna, 1993. *Przemoc wobec dziecka jako przykład zaburzenia relacji międzyludzkich w rodzinie* (w:) A. Przeławska (red.), *Relacje między ludźmi jako przedmiot badań pedagogicznych*, Warszawa: Wydawnictwo UW.

Kontakt na autorów

Katarzyna Ornacka, dr
Uniwersytet Jagielloński, Instytut Socjologii
ul. Grodzka 52, 31-044 Kraków
katarzyna.ornacka@uj.edu.pl

Elżbieta Mirewska
Uniwersytet Pedagogiczny, Instytut Pracy Socjalnej
os. Stalowe 17, 30-079 Kraków
elzbieta.mir@op.pl

Rizikovní klienti oddelenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately

Elena Gažíková (SR)

Príspevok vznikol v rámci riešenia grantovej úlohy VEGA – Bezdomovectvo ako sprievodný negatívny jav našej doby. Teoretická analýza v aplikácii na využitieteórie pre študentov pomáhajúcich profesií. Projekt č. 1/0719/13.

Abstrakt: Sociálni pracovníci oddelenia SPODaSK sa vo svojej praxi stretávajú s rôznymi typmi klientov, medzi ktorých patria aj rizikovní klienti. Priblížime jednotlivé typy rizikových klientov, poukážeme na nutnosť celoživotného vzdelávania pracovníkov SPODaSK, ktorí neraz zásadným spôsobom vstupujú do života svojich klientov a zameriame sa na dodržiavanie etiky pri práci s rizikovým klientom.

Kľúčové slová: Celoživotné vzdelávanie. Etika. Rizikovní klienti. Sociálnoprávna ochrana detí a sociálna kuratela. Sociálny pracovník.

Abstract: In their work, social workers from the departments of social protection of children and social guardianship come across different types of clients, including risk clients. We define individual types of risk clients, highlight the necessity of lifelong learning for social workers in these departments who often have a significant impact on the lives of their clients and we focus on the issue of observing ethical principles in social work with clients at risk.

Keywords: Lifelong learning. Ethics. Risk clients. Social protection of children and social guardianship. Social worker.

Prácu na oddelení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately vnímam ako veľmi náročnú a zodpovednú. Náročnú najmä vzhľadom na psychické prežívanie sociálneho pracovníka. Je nutné si uvedomiť, že sociálny pracovník oddelenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately má v rukách osud dieťaťa, resp. celej rodiny a svojim spôsobom ho aj mení. Nie je jednoduché rozhodovať o vyňatí dieťaťa z rodiny, o zverení dieťaťa do starostlivosti jednému z rodičov. Sú to rozhodnutia náročné, ktoré by mali byť vykonávané s plným vedomím si dôsledkov pre dieťa a teda v najlepšom záujme dieťaťa.

Sociálny pracovník oddelenia SPODaSK v zmysle zákona č. 305/2005 o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kurately vykonáva súbor opatrení na zabezpečenie:

- a) ochrany dieťaťa, ktorá je nevyhnutná pre jeho blaho a ktorá rešpektuje jeho najlepší záujem podľa medzinárodného dohovoru
- b) výchovy a všeobecného vývinu dieťaťa v jeho prirodzenom prostredí,
- c) náhradného prostredia dieťaťa, ktoré nemôže byť vychovávané vo vlastnej rodine.

Opatrenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately na obmedzenie a odstránenie negatívnych vplyvov, ktoré ohrozujú psychický vývin, fyzický vývin alebo sociálny vývin dieťaťa a plnoletej fyzickej osoby, sú najmä:

- ponúknutie pomoci dieťaťu, rodičom alebo inej plnoletej fyzickej osobe alebo ponúknutie sprostredkovania pomoci pri riešení výchovných problémov alebo rodinných problémov pri uplatňovaní nárokov dieťaťa;
- sledovanie negatívnych vplyvov pôsobiacich na dieťa a rodinu, zisťovanie príčin ich vzniku a vykonávanie opatrení na obmedzenie pôsobenia nepriaznivých vplyvov;
- organizovanie alebo sprostredkovanie účasti na programoch zameraných na pomoc pri riešení problémov detí v rodine, v škole a na pomoc rodinám pri riešení výchovných problémov, sociálnych problémov a iných problémov v rodine a v medziľudských vzťahoch;
- organizovanie alebo sprostredkovanie účasti na programoch zameraných na pomoc deťom a

plnoletým fyzickým osobám ohrozeným správaním člena rodiny, členov rodiny alebo správania iných osôb;

- organizovanie alebo sprostredkovanie účasti na programoch zameraných na plnoleté fyzické osoby, ktoré svojím správaním ohrozujú členov rodiny;
- organizovanie alebo sprostredkovanie programov na obmedzenie a odstránenie negatívnych vplyvov prostredia a na predchádzanie sociálnemu vylúčeniu detí a plnoletých fyzických osôb (11§, Zákon č.305/2005 Z.z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov).

Rizikoví klienti oddelenia SPODaSK

Sociálny pracovník prichádza do kontaktu s rôznymi typmi klientov. Sú to klienti, ktorí prichádzajú sami, nakoľko potrebujú pomoc pri riešení svojej životnej situácie a klienti, ktorí boli distribuovaní inou inštitúciou, napr. školou, CPPPaP, lekárom, obcou a pod.

Klientov sociálnej práce rozlišuje Ondrušová (2009) nasledovne:

- z pohľadu aktivity – dobrovoľný klient, klient odberateľ, nedobrovoľný klient
- z pohľadu veku – detský klient, mládež, dospelý klient, starší klient, senior
- z pohľadu správania sa klienta – spolupracujúci, nespupracujúci, rizikový, mlčanlivý, klient v odpore, manipulatívny, agresívny, ustráchaný, ventilujúci, apatický, klient sťažovateľ, hysterický, proklamačný
- z pohľadu problémovej situácie klienta – nezamestnaný, klient bez domova, psychiatrický klient, klient so zdravotným postihnutím, klient páchajúci trestnú činnosť, závislý klient, klient cudzinec.

Rizikovosť môžeme vnímať aj v kontexte životnej situácie, v akej sa klient práve nachádza. Ide o rodiny poruchové, dysfunkčné, rodiny v jednotlivých fázach rozvodu, rodiny s problémovým členom. Dá sa povedať, že títo klienti sú v rodinnej (osobnostnej) kríze, v dôsledku ktorej môže byť spolupráca vnímaná ako riziková. V tomto kontexte je namieste zadafinovať rizikové správanie. Pod rizikovým správaním rozumieme vo všeobecnosti také správanie, ktoré hraničí alebo presahuje hranicu správania, ktoré predpisuje sociálna norma. Označuje odchýlku od normálneho správania, ktoré je spoločnosťou tolerované. Pod týmto pojmom sa nachádza mnoho druhov rizikového správania. Širůček a kol. (2007) definujú rizikové správanie ako sociálny konštrukt zhrňujúci rozmanité formy správania, ktoré nemusia byť nutne úplne vymedzené. Sú však identifikované ako tie, ktoré spôsobujú zdravotné, sociálne alebo psychické ohrozenie jedinca samotného alebo jeho sociálne okolie, pri čom ohrozenie môže byť reálne alebo predpokladané. Macek (2003) rozdeľuje rizikové správanie na dve skupiny. Správanie, ktoré nejakým spôsobom poškodzuje fyzické alebo psychické zdravie a správanie spojené s negatívnym vplyvom a ujmu druhých, teda s ohrozením spoločnosti. Labáth (2001) nazerá na rizikovosť človeka z viacerých hľadísk a to z hľadiska osobnostného, somatického, zdravotného, sociálneho, z hľadiska schopností, správania. Ondrušová (2009) pod pojmom rizikový klient chápe jedinca, u ktorého možno očakávať neprimerané správanie, ktorý môže fyzicky ohroziť sociálneho pracovníka. Môže ísť o klienta s tendenciou ku kriminálnemu správaniu, ale aj o klienta v chudobe, ktorý nemá zabezpečené základné životné potreby. Sociálny pracovník by mal byť obozretný, chrániť svoju integritu a zdravie.

Celoživotné vzdelávanie

Nevyhnutnou súčasťou práce sociálnych pracovníkov by malo byť ich celoživotné vzdelávanie. Každý sociálny pracovník by mal aj napriek svojej pracovnej vytáženosti a veľkého počtu klientov pristupovať k vzdelávacím aktivitám so zodpovednosťou a s uvedomením si, že svojim ďalším vzdelávaním dokáže kompetentnejšie zabezpečovať

odbornú starostlivosť o klienta. Je namieste spomenúť aktuálne prebiehajúce vzdelávacie aktivity, ktoré sú realizované prostredníctvom národných projektov.

Je známe, že oddelenia SPODaSK, ktoré vykonávajú opatrenia SPODaSK v prirodzenom rodinnom prostredí, sú dlhodobo personálne poddimenzované. V evidencii oddelení SPODaSK je cca 224 400 rodín. Priemerný počet rodín pripadajúcich na jedného sociálneho pracovníka oddelenia SPODaSK je približne 250 rodín, čo znamená, že jeden zamestnanec sa reálne nemôže venovať jednej rodine ani jeden celý pracovný deň. Táto situácia je alarmujúca, ovplyvňuje rozsah a kvalitu výkonu opatrení SPODaSK. Z tohto dôvodu boli oddelenia SPODaSK personálne posilnené **rodinnými asistentmi**.

V zmysle **Národného projektu Podpora deinštitucionalizácie náhradnej starostlivosti** je zabezpečované vzdelávanie zamestnancov oddelenia SPODaSK vrátane Referátov poradenskopsychologických služieb (RPPS). Zamestnanci sú vzdelávaní v oblasti **sociálnej diagnostiky** s cieľom zlepšenia ich zručností v tejto oblasti. Ide o posúdenie sociálnej situácie klienta (jednotlivca, rodiny), posúdenie kapacít, zdrojov a možností v kontexte jeho aktuálneho fungovania a sociálneho kontextu, vrátane posúdenia funkčnosti interpersonálnych vzťahov a schopnosti adaptácie, aktívnych potrieb vo vzťahu k sociálnemu fungovaniu a prognóze.

Ďalšou oblasťou vzdelávania je **plánovanie sociálnej práce s rodinou dieťaťa, tímová spolupráca a sieťovanie**. Prioritou je zotrvanie detí v prirodzenom rodinnom prostredí a návrat detí do prirodzeného rodinného prostredia v prípade, že boli vyňaté. Cieľom vzdelávania je zlepšenie zručností pri plánovaní sociálnej práce s rodinou dieťaťa u osôb, ktoré vykonávajú opatrenia SPODaSK a tímovej spolupráci intervenujúcich subjektov. Práve intervenciou v prirodzenom rodinnom prostredí, plánovaním sociálnej práce s rodinou dieťaťa je možné pomáhať predchádzaniu vzniku krízových situácií v rodine, nachádzať a podporovať zdroje rodiny pri zabezpečovaní starostlivosti a výchovy detí a pomáhať predchádzaniu vyňatia dieťaťa z rodiny a jeho zvereniu do náhradnej starostlivosti. Nemenej dôležité je aj plánovanie sociálnej práce s rodinou dieťaťa, ktoré sa vrátilo do svojej rodiny z náhradnej starostlivosti a podpora udržateľnosti vrátenia dieťaťa do biologickej rodiny.

Poslednou oblasťou vzdelávania je **zisťovanie názoru dieťaťa, vedenie rozhovoru s dieťaťom**, s cieľom zlepšenia zručností zamestnancov v zisťovaní názoru dieťaťa a vedení rozhovoru s dieťaťom. Dieťa má právo slobodne vyjadrovať svoje názory vo všetkých záležitostiach, ktoré sa ho dotýkajú, pričom jeho názorom musí byť venovaná patričná pozornosť zodpovedajúca jeho veku a úrovni. Dieťaťu sa poskytne možnosť byť vypočuté buď priamo alebo prostredníctvom zástupcu alebo príslušného orgánu. Zároveň je dôležité i akceptovanie názoru dieťaťa v prípade odmietnutia vyjadriť sa a správne pretlmočenie názoru dieťaťa. Bolo by vhodné, aby sa tieto vzdelávacie aktivity rozšírili na čo možno najväčší počet zamestnancov oddelení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.

V zmysle **Národného projektu „Pilotná podpora zvyšovania efektivity poskytovania dávok a výkonu opatrení SPODaSK v rodinnom prostredí.“** boli na oddeleniach SPODaSK vytvorené nové pracovné miesta, na ktoré boli prijatí zamestnanci s vysokoškolským vzdelaním II. stupňa v odbore sociálna práca. Obsah pracovnej činnosti týchto zamestnancov je kompatibilný s pracovnou náplňou rodinných asistentov, ktorá bola vytvorená v rámci aktivity Vytvorenie nového inovatívneho modelu manažmentu sanácie rodiny v rámci NP Podpora deinštitucionalizácie náhradnej starostlivosti od 1.7.2013. Predmetom činnosti nových zamestnancov na oddeleniach SPODaSK je zefektívnenie a podpora sociálnej práce v rodinách, v ktorých sú vykonávané opatrenia SPODaSK s cieľom predchádzať vzniku krízových situácií v rodine, podporiť zdroje rodiny pri zabezpečovaní starostlivosti a výchovy detí a predchádzať vyňatiu dieťaťa z rodiny a jeho zvereniu do náhradnej starostlivosti.

Obsahom pracovnej činnosti týchto zamestnancov je:

- sociálna práca pri voľbe postupov riešenia sociálnej situácie dieťaťa, s osobitným zreteľom na problematiku detí so syndrómom CAN, preverovanie a posudzovanie životnej situácie dieťaťa a jeho rodiny v rodinnom prostredí s osobitným zreteľom na problematiku detí so syndrómom CAN, sociálna diagnostika, ktorá vyžaduje špecializované odborné metódy a techniky sociálnej práce so zameraním na deti so syndrómom CAN,
- spolupráca s viacerými subjektmi pri voľbe a uplatňovaní opatrení SPODaSK pri riešení sociálnej situácie dieťaťa

Pre nových zamestnancov je zabezpečené vzdelávanie prostredníctvom cielených vzdelávacích aktivít zameraných na zlepšenie zručností v oblasti sociálnej diagnostiky, za účelom posúdenia sociálnej situácie klienta vo vzťahu k sociálnemu fungovaniu a jeho prognóze. Ide o **špecializované vzdelávanie sociálnych pracovníkov** - pre novoprijatých zamestnancov SPODaSK je vzdelávanie v oblasti sociálnej diagnostiky rozšírené a zamerané na syndróm CAN. Táto vzdelávacia aktivita vybaví zamestnancov špecifickými zručnosťami potrebnými na posúdenie sociálnej situácie klienta. Obsahom vzdelávania je rozvoj zručností v oblasti posúdenia kapacít, zdrojov a možností klienta (rodiny), v kontexte jeho aktuálneho fungovania a sociálneho kontextu, vrátane posúdenia funkčnosti interpersonálnych vzťahov a schopnosti adaptácie, aktívnych potrieb vo vzťahu k sociálnemu fungovaniu a prognóze. Obsahom špecializovaného vzdelávania bude aj oblasť sociálnej diagnostiky so zameraním na syndróm CAN. Vzdelávaním získajú zamestnanci oddelení poznatky o syndróme CAN so zameraním na včasnú identifikáciu týrania, zneužívania a zanedbávania dieťaťa, ako i návody praktických postupov účinnej pomoci dieťaťu v týchto špecifických situáciách.

Ďalšou oblasťou vzdelávania je **skupinová supervízia**, ktorej cieľom je podpora integrovaného prístupu práce s klientmi, pre novoprijatých odborných zamestnancov a vedúcich zamestnancov úradov PSVR. Supervízia je v tomto ohľade vnímaná ako odborná činnosť, pri ktorej supervízor uvažuje spoločne s pomáhajúcimi pracovníkmi nad úrovňou pomoci klientovi, pomáha zvyšovať ich schopnosť reflexie vlastnej práce a sebareflexie a podporuje ich v dosahovaní určitých organizačných, profesionálnych a osobných cieľov. Supervízia zároveň chráni klienta pred nekompetentnými intervenciami, chráni status profesie alebo profesijnej skupiny.

Etické princípy

Etika predpokladá, že sme rozumné bytosti a že slobodná a rozumná voľba je dôležitou podmienkou morálnej zodpovednosti. Byť mravnou bytosťou znamená byť osobou, ktorá je schopná byť mravne zodpovedná za svoje činy (Kutnohorská, 2007). Základným problémom etiky je to, ako máme zistiť čo je dobré alebo správne a rozoznať to od zlého. Podľa tohto rozoznávania dobra od zla sa vytvárajú mravné vzťahy – čo sú postoje jedinca k sebe, k druhým ľuďom a k spoločnosti.

Sociálny pracovník oddelenia SPODaSK sa riadi etickým kódexom sociálneho pracovníka. Je potrebné mať na zreteli, že klient vo väčšine prípadov prichádza za sociálnym pracovníkom v náročnej životnej situácii a očakáva od sociálneho pracovníka pomoc. Ak sociálny pracovník nejedná v zmysle etických princípov, môže to mať negatívny dopad na klienta.

Mojtová (2008) uvádza nasledovné základné etické princípy, ktoré by si mal sociálny pracovník pri výkone svojej práce osvojiť:

- **Prospešnosť (beneficiencia)** – predpokladá konať maximálne dobro pre konkrétneho človeka.
- **Neškodnosť (non-maleficiencia)** – žiada vylúčenie akéhokoľvek úmyselného i neúmyselného poškodenia alebo ublíženia. Dodržiavať pravidlo: „Nihil nocere!“ – nikdy neškodiť

- **Autonómia (svojbytnosť)** –rešpektovať rozhodnutie klienta podľa vlastného presvedčenia
- **Spravodlivosť (justice)** –zaobchádzať so všetkými spravodlivo, s rovnomerným rozdelením rizík a výhod, nerobiť rozdiely medzi klientmi, poskytovať odbornú starostlivosť každému, kto ju potrebuje, bez diskriminácie.
- **Pravdovravnosť (veracita)** – hovoriť iným pravdu, neklamať ich.
- **Dôveryhodnosť** – rešpektovať dôvernú povahu informácií a činov klienta.
- **Porozumenie/Tolerancia** – pochopiť a akceptovať názory iných.
- **Rešpektovanie klienta** – oceniť iných, ich práva a zodpovednosť, nakoľko rešpektovanie ostatných znamená, že s nimi nezaobchádzame len ako s prostriedkom slúžiacim k naplneniu nášho účelu.
- **Transparentnosť** – konať na základe všeobecne známych etických štandardov, ktoré akceptujú všetci zainteresovaní.

Záver

Celoživotné vzdelávanie a dodržiavanie etických princípov patria medzi kľúčové faktory vedúce k úspešnej práci s rizikovým klientom. Z hľadiska zvyšovania odborných kompetencií a spôsobilostí považujem za dôležitú dostupnosť vzdelávacích aktivít pre čo najvyšší počet sociálnych pracovníkov, nakoľko prispievajú k zvyšovaniu kvality poskytovanej sociálnej práce na oddeleniach SPODaSK. Sociálny pracovník, ktorý sa vzdeláva je schopný vykonávať svoju prácu na kvalitnej úrovni a dokáže pri práci s rizikovým klientom využívať vhodné metódy a postupy sociálnej práce.

Zoznam bibliografických odkazov

- KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- LABÁTH, V. a kol. 2001. *Riziková mládež*. Praha: SLON, 2001. 157 s. ISBN 80-85850-66-4.
- MACEK, P. 2003. *Adolescence*. Praha: Portál, 2003. 142 s. ISBN 8071787477.
- MOJTOVÁ, M. 2008. *Sociálna práca v zdravotníctve*. Bratislava: SAP, 2008. 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0.
- Národný projekt Pilotná podpora zvyšovania efektivity poskytovania dávok a výkonu opatrení SPODaSK v rodinnom prostredí. Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny. 21 s.
- Národný projekt Podpora deinštitucionalizácie náhradnej starostlivosti. Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny. 31 s.
- ONDRUŠOVÁ, Z. a kol. 2009. *Základy sociálnej práce*. Brno: MSD Brno, 2009. 139 s. ISBN 978-80-7392-109-5.
- ŠIRŮČEK, J. a kol. 2007. Sociální opora rodičů a vrstevníků a její význam pro rozvoj rizikového chování v adolescenci. In *Československá psychologie*. Praha: GradaPublishing, 2007. roč. 51, č. 5, s. 476-488.
- Zákon 305/2005 Z.z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Kontakt na autora

PhDr. Elena Gažíková, PhD.

UKF v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa
Katedra sociálnej práce a sociálnych vied

Kraskova 1, 949 74 Nitra

egazikova@ukf.sk

Riziká posudzovania životnej situácie v oblasti sociálnej kurately detí

Irena Vitálošová (SR)

Príspevok vznikol vďaka podpore grantu:

VEGA č. 1/0487/14 pod názvom: Kľúčové koncepty vybraných systémových teórií pri posudzovaní rizikovosti rodín v intenciách sociálnoprávnej ochrany detí

Abstrakt: Činnosť sociálnych kurátorov mládeže je upravená viacerými zákonmi a predpismi, špecifickými pre túto oblasť práce. Proces práce je z hľadiska jednotlivých fáz a krokov identický s inými činnosťami v oblasti sociálnej práce. Posudzovanie životnej situácie a podávanie správ pre súd, ktorý na základe podanej správy rozhoduje o výške a spôsobe trestu má svoje riziká. V príspevku reflektujeme súčasnú prax posudzovania životnej situácie v oblasti sociálnej kurately detí.

Kľúčové slová: Posudzovanie životnej situácie. Ohrozené dieťa. Mladistvý.

Abstract: Social work with children in risk is adjusted law and regulations which are specific to this area of work. The process of social work is identical to other in field of social work. Assessing life situation and reporting to the court on the basis of reporting decide on the amount and method of punishment has its risks. In this paper we reflect the current practice of assessing life situation of children in criminal law.

Keywords: Assessment life situation. Child in risk. Child in criminal law.

Úvod

Sociálna práca v oblasti sociálnej kurately je svojou povahou zameraná viac do oblasti krízovej intervencie než do prevencie. Prevencia je skôr doménou komunitných programov podporujúcich voľnočasové aktivity, špeciálne s nízkym prahom dosiahnuteľnosti. Sociálna kuratela intervenuje častejšie v situáciách, kedy sa problém v pozadí prejavuje poškodzujúcim konaním dieťaťa. V praxi sociálneho kurátora/kurátorky mládeže je posudzovanie sociálnej situácie klienta/klientky a ich rodiny súčasťou sociálnej intervencie. Od záverov sociálneho kurátora/kurátorky závisí nielen ďalší postup práce, ale ako experti a expertky na sociálnu situáciu ovplyvňujú rozhodovanie súdov vo veciach umiestnenia dieťaťa do náhradnej rodinnej starostlivosti a majú vplyv na rozhodnutie trestného senátu o výške a druhu uloženého trestu mladistvému/mladistvej. V príspevku sa zaoberáme prístupmi k posudzovaniu sociálnej situácie klienta a ich rizikami. Referujeme o výsledkoch sondy do spôsobu posudzovania sociálnej situácie sociálnymi kurátormi.

Posudzovanie situácie klienta/klientky a jeho/jej rodiny

Problematike posudzovania sociálnej situácie klienta/klientky a jeho/jej rodiny bola venovaná konferencia sociálnej práce v Hradci Králové roku 2008. Podnetom pre konanie konferencie tohto obsahu podľa editorov zborníka Janebovej a Smutka bol pomerne nízky záujem o problematiku posudzovania situácie, vnímanie duality či oddelenosti stratégií kvantitatívnych a kvalitatívnych stratégií posudzovania situácie a nepretržitá diskusia o štandardoch kvality sociálnych služieb s ktorými problematika súvisí.

Z príspevku Pavla Navrátila nás oslovila téma dvoch uhlov pohľadu na posudzovanie: objektivistického a postmoderného - konštruktivistického. Objektivistický, zahŕňajúci vieru v existenciu objektívnej reality, ktorá je preskúmateľná a zmerateľná, zároveň stavia sociálneho pracovníka a pracovníčku do pozície experta voči klientovi. Opiera sa o technickú racionalitu, úlohou sociálnych pracovníkov a pracovníčok je inštrumentálne riešenie problémov opierajúc sa o vedecké teórie a techniky. Konštruktivistický prístup naopak vychádza z predpokladu že

objektívna realita neexistuje, pravda je relatívna a sociálna realita je konštrukciou. Úlohou sociálneho pracovníka/pracovníčky je podieľať sa na rekonštrukcii problémovej situácie či konštrukcii jej prijateľnejšej alternatívy. Pre konštruktivizmus sú podľa Bura (1995 in Navrátil 2008:17) dôležité idey: „Konštruktivisti zaujímajú kritický odstup od „samozrejmych“ podôb porozumenia sveta. Rôzne spôsoby chápania sveta sú nazerané ako relatívne vo vzťahu k historickej etape a kultúre. Poznanie nie je konštruktivistami vnímané ako determinované povahou vecí, ale konštruované medzi ľuďmi rozprávaním a interakciou. Sociálny konštruktivizmus predpokladá, že sociálne konanie je vedené sociálnymi konštrukciami svojej doby. Sociálny svet je v konštruktivizme vnímaný ako tvorený sociálnymi interakciami a nepredpokladá sa existencia základných „daných“ podstat, ktoré by mali byť odhalené. Konštruktivisti spochybňujú realizmus a ideu objektívnej pravdy.“

Podľa konštruktivistov jazyk, ktorý používame, determinuje význam vecí. Nie je iba prostriedkom pre vyjadrenie myšlienok, v skutočnosti určuje myslenie do tej miery, že pravda je produktom jazyka. Jazyk je hodnotený ako nástroj konštrukcie sociálnej reality.

Ak pristupujeme k posúdeniu situácie ako k vedeckému pozorovaniu, základnou úlohou bude zistiť fakty, proces posudzovania bude cielený, plánovaný a štruktúrovaný. Budeme popisovať situácie, vysvetľovať príčiny situácie, predpovedať budúci vývoj situácie, vyhodnocovať vývoj a stanovovať vhodný postup. Rovnosť medzi klientom a sociálnym pracovníkom/pracovníčkou v tomto prístupe nie je možná. Za základné charakteristiky tohto prístupu Holland (2004 in Navrátil 2008) považuje snahu o zachovanie objektivity a odstupu od posudzovaných osôb, rozhodnutia sú vykonávané po zbere dát, rozhoduje sa s použitím rozhodovacích nástrojov, posúdenie je vnímané ako zber dát a dôkazov o životnej situácii, výsledky procesu sa validizujú prostredníctvom konzultácií s ďalšími účastníkmi procesu, pri rozhodovaní sa využíva vyhodnocovanie a porovnávanie pozitív a negatív.

Používanie rozhodovacích nástrojov môže podľa Thompson (1992 in Navrátil 2008) podporovať vieru v správnosť rozhodnutia – falošnú istotu. V tomto kontexte autor príspevku vedecký diskurz konzultácií a supervízie vníma ako slúžiace primárne k úteche sociálneho pracovníka, pracovníčky že konal/konala správne. Názory vonkajších expertov slúžia tu často k podporení a zdaniu vedeckosti rozhodnutia.

Konštruktivisti pri posudzovaní situácie zdôrazňujú interpretačný rámec procesu. Coulshead a Orme (2006 in Navrátil 2008) upozorňujú že už prvotné predpoklady, ktoré určujú ktoré dáta a ako budú zbierané, ovplyvňujú výslednú interpretáciu. Zdôrazňujú preto potrebu kritickej reflexie počas posudzovania. Pomáha rozumieť vlastným predpokladom a tiež tomu, ako môžu predpoklady ovplyvniť interpretáciu situácie. Podľa nich nie je žiaduce ani možné osobné reakcie na informácie zrušiť, potrebné je ich transparentne odhaliť. Preto je v konštruktivistickom posudzovaní dôraz na priznanie vlastných východísk sociálneho pracovníka/pracovníčky aj teoretických východísk ktoré používa pri interpretácii situácie. Konštruktivistické posudzovanie kladie vysoké nároky na schopnosť sebareflexie, rovnako ako na znalosť teoretických prístupov, ktoré môže sociálny pracovník/pracovníčka použiť v procese posudzovania (Coulshead a Orme, 2006 in Navrátil 2008). Konštruktivistické posudzovanie nie je ukončenou udalosťou, deje sa v procese spolupráce s klientom/klientkou kontinuálne. Dôraz je kladený na úzky vzťah a hlboké porozumenie klientovi/klientke zo strany sociálneho pracovníka/pracovníčky. Konštruktivistické posudzovanie nie je podľa Milner a O'Byrne (2004 in Navrátil 2008) hľadaním diagnózy, ale procesom výstavby súboru významov a vysvetlení, ktoré podporia klienta v raste, mobilizujú jeho zdroje. Ako upozorňuje Ondrušková (2008), sociálny konštruktivizmus umožňuje náhľad, že niektoré druhy jednaní podrobujú, marginalizujú alebo trivializujú určité ľudské skúsenosti, prípadne naopak dovoľujú niektorým aby boli akceptované. „Dôsledkom takto chápanej sociálnej reality v procese sociálnej pomoci je, že existuje viac možností ako interpretovať životné zážitky a tí, ktorí narábajú s mocou definujú právne, zákonne a procesne, čo je adekvátne a čo

je nevhodná interpretácia“ (Ondrušková, 2008:70). Schopnosť takto nazerať realitu prináša so sebou kritické reflektovanie vlastného vnímania a posudzovania situácie druhých ľudí – čo považujeme v sociálnej práci za nevyhnutnú podmienku porozumenie klientom a klientkám, situácii v ktorej sa nachádzajú ako aj bariéram, ktoré sú spoločnosťou kladené niektorým skupinám obyvateľov k dosiahnutiu uspokojenia ich potrieb.

Kövérovej sociologická reflexia ponúka tri východiská chápania vzťahu jednotlivca a spoločnosti. Durkheimovské, weberovské a konštruktivistické. Rozdielny dopad na prácu sociálnych pracovníkov a pracovníčiek formuluje nasledovne. „V prvom prístupe posudzujú životnú situáciu klienta/klientky ako dôsledok jeho/jej správania sa a snažia sa klienta/klientku „uschopniť“. V druhom prístupe chápu situáciu ako dôsledok poruchovej interakcie klienta/klientky a jeho/jej bezprostredného okolia a snažia sa vylepšiť túto interakciu. V treťom prístupe vidia životnú situáciu klienta/klientky ako dôsledok nedostatkov, ktoré má širšia spoločnosť vzhľadom na potreby klienta/klientky a snažia sa ho/ju podporiť v „zmocňovaní sa“ sociálneho sveta“ (Kövérová, 2008:33). Odlišné východiská naznačujú odlišné postupy pri rovnakej situácii, v závislosti kto situáciu posudzuje.

Neporozumenie klientovmu/klientkinmu svetu a hodnotám hrozí v prípade používania expertského prístupu. Rizikovým môže byť ale aj neuvedomovanie si vlastnej pozície resp. vzťahu k situácii, vlastného subjektívneho prežívania a východísk u sociálneho pracovníka/pracovníčky v prístupe konštruktivistickom.

V praxi sociálneho kurátora, kurátorky mládeže je posudzovanie sociálnej situácie klienta, klientky a ich rodiny súčasťou sociálnej intervencie. Od záverov sociálneho kurátora/kurátorky závisí ďalší postup práce s klientom/klientkou a ich rodinou. Ako experti/expertky na sociálnu situáciu ovplyvňujú rozhodovanie súdov vo veciach umiestnenia dieťaťa do náhradnej rodinnej starostlivosti, alebo rozhodnutie trestného senátu o výške a druhu uloženého trestu mladistvému.

Výkon praxe sociálnych kurátorov/kurátoriek mládeže sme preto podrobili výskumnej sonde, ktorej cieľom bolo zistiť ako sociálni kurátori/kurátorky mládeže vyhodnocujú situáciu svojich klientov/klientiek a ich rodín. Vychádzali sme z predpokladu že vyhodnocovanie situácie klientov/klientiek a ich rodín sociálnymi kurátormi/kurátorkami nie je vedome ukotvené v teórii a deje sa na základe osobných skúseností a subjektívneho pohľadu na situáciu klienta, bez použitia nástrojov na meranie rizík. Respondentkami boli sociálne kurátorky dvoch obvodov mesta Bratislavy.

Vyhodnotenie

Z rozhovorov vyplynulo, že dotazované sociálne kurátorky mládeže postupujú procesuálne viac menej jednotne podľa predpísanej internej normy ÚPSVaR č. IN – 067/2012. Majú k dispozícii nástroj, ktorý vo svojom dodatku formuluje mieru rizika a zodpovedajúce potrebné následné kroky. Tento nástroj kurátorky oceňujú v zmysle akejsi opory pri posudzovaní. Porozumenie situácií je v závislosti od navrhnutých vonkajších popisných znakov situácie ponechaná pomerne voľne na vlastnom úsudku kurátoriek. Voľnosť oceňujú ako istú mieru slobody v posudzovaní situácie, pretože „každá situácia klienta je iná, závislá od mnohých nemerateľných vplyvov, preto je dôležité nenechať sa zošroubovať predpisom“. Odlišné vnímanie situácie viacerými účastníkmi posudzovacieho procesu je niekedy znekludňujúce a je náročnejšie na silu zastať si svoje navrhované riešenie. Napríklad: „záškoláctvo je v internej norme zaradené do stupňa rizika, ktoré v niektorých prípadoch takto nevnímam - teraz som mala chlapca, ktorý sa z toho dostal bez potreby robiť oficiálne opatrenia, stačilo že sme začali kontakt so školou a jeho rodinou, situácia sa upravila, mali sme ale na ten postup s kolegyňou odlišný názor, stálo ma viac síl zdôvodniť môj postup“. Kurátorky oceňujú nástroj pre vyhodnocovanie rizík, ale zároveň upozorňujú na

dôležitosť citlivého posúdenia opodstatnenosti zaradenia klienta/klientky do určitého stupňa rizika s následnými opatreniami. Kurátorky neformulovali vlastné teoretické východiská pre svoju prácu explicitne, z popisu ich úkonov sa zdá, že sú viac ukotvené v objektivistickom posudzovaní. Hlavnou náplňou je zistiť fakty, proces posudzovania je cielený, plánovaný a štruktúrovaný. Popisujú situácie, zisťujú príčiny situácie, predpovedajú budúci vývoj situácie a stanovujú vhodný postup. Z používaných metód práce udávajú za najčastejšiu a najdôležitejšiu osobný rozhovor, návštevu v rodine spojenú s pozorovaním a návštevu v škole. Niektoré výpovede načrtávajú mocenský prístup ku klientom a nižšiu orientáciu v ich potrebách, napríklad: „povedala som jej že musí za synom chodiť na návštevy, ale ona nechodila, keď sa ona nemusí starať, tak prečo by som sa mala starať ja? Proste len chcela prehodiť svoju zodpovednosť za syna na moje plecia....“. „Prinútila som ho....ale aj tak to nakoniec nemalo žiaden efekt“. Z rozhovorov nedokážeme rozoznať kedy a ako si kurátorky overujú či rozumejú svetu svojich klientov/klientiek. Z uvedených výsledkov usudzujeme, že napriek pomerne vysokej novej miere voľnosti v posudzovaní situácie klientov/klientiek, kurátorky uprednostňujú pozitivistický prístup, oceňujú nástroj na meranie rizika situácie detí. U kurátoriek, ktoré uprednostňujú hlbšie porozumenie situácii klientov/klientiek sa zdá byť kľúčovým zvažovanie viacerých faktorov a vplyvov na situáciu a akési intuitívne zvažovanie, aký postup pre klienta/klientku môže byť najviac v tejto chvíli prospešný. Takýmto zvažovaním sa viac približujú k procesuálnemu konštruktivistickému prístupu, ale na druhej strane explicitne nereflektujú svoje stanovisko ani východiská a rovnako sa pridŕžajú škály internej normy – pomocného nástroja na posúdenie miery ohrozenia dieťaťa. Z uvedených výsledkov rozoznávame nasledovné riziká: mechanisticky používaný nástroj, rýchlejšie závery o situácii bez vhladu do klientovo/klientkinho sveta, zjednodušenia, voľnosť v interpretácii situácie bez potrebného ukotvenia v teórii a bez potrebnej reflexie svojich východísk, možnosť mocenského prístupu.

Záver

Výsledky sondy dávajú základ otázke, čo by mohlo posunúť sociálnych kurátorov mládeže, prípadne i ostatných sociálnych pracovníkov pôsobiacich v sociálnoprávnej ochrane detí a mládeže k posudzovaniu sociálnej situácie klienta/klientky a rodiny smerom k zisťovaniu komplexnejších informácií o fungovaní rodiny. Inšpirácie v tejto oblasti čerpáme z teoretickej práce Beaversa a Hampsona (2000), Beaversa (1985), ktorí vo svojich prácach vychádzajú zo systémových modelov, ale ich nástroje posudzovania rodín vznikli pre potreby rodinných alebo párových terapeutov a je otázkou, ako a či vôbec, môžu byť využité pre potreby sociálnej práce.

Zoznam bibliografických odkazov

- BEAVERS, Robert W., 1985. Successful Marriage. A FamilySystems Approach to Couples Therapy. Ontario: Penguin Books. ISBN 0-393-70006-2.
- BEAVERS, Robert W.; HAMPSON, Robert B., 2000. The Beavers System Model of Family Functioning. In Journal of Family Therapy. 22:128-143. Oxford and Malden: Blackwell Publishers 0163-4445.
- ONDRUŠKOVÁ, Elena, 2008. Rodové hľadisko v sociálnej práci – sociálno konštruktivistická paradigma v posudzovaní životnej situácie klientov/klientiek. In Janebová, Radka, Smutek, Martin, (Eds.), Posuzování životní situace v sociální práci (str. 70-78). Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-419-4.
- KÖVÉROVÁ, Štefánia, 2008. Koncepcia vzťahu jednotlivca a spoločnosti ako imanentná súčasť prístupov v SP k posudzovaniu životných situácií. In Janebová, Radka, Smutek, Martin, (Eds.), Posuzování životní situace v sociální práci (str. 33-43). Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-419-4.

MATHERNE, Monique. M.; THOMAS, Adrian, 2001. Family Environment as a Predictor of Adolescent Delinquency. Adolescence, Vol. 36, No. 144, Winter 2001. [online][citované dňa 2014-10-10] dostupné na: <https://www.questia.com/read/1G1-84722691/family-environment-as-a-predictor-of-adolescent-delinquency>

NAVRÁTIL, Pavel, 2008. Pravda v posouzení životní situace. In Janebová, Radka., Smutek, Martin, (Eds.), Posuzování životní situace v sociální práci (str. 11-25). Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-419-4.

Interná norma Úradu práce sociálnych vecí a rodiny Bratislava č. IN – 067/2012.

Kontakt na autora

PhDr. Irena Vitálošová, PhD.

Ústav liečebnej pedagogiky a sociálnych štúdií

Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

Katedra sociálnej práce

vitalosova@fedu.uniba.sk

Rizikové a protektívne faktory ako predmet posúdenia životnej situácie ohrozenej rodiny

Lenka Kvašňáková (SR)

Príspevok vznikol s grantovou podporou VEGA č. 1/0146/14 s názvom *Teoretické a metodologické kontexty socioterapie ako novoobjavenej metódy sociálnej práce.*

Abstrakt: Autorka v príspevku ponúka teoretickú analýzu vybraných vedeckých štúdií, ktoré sa zaoberajú problematikou faktorov, ktoré sa stávajú predmetom posúdenia životnej situácie ohrozenej rodiny s deťmi sociálnou pracovníčkou a pracovníkom v kontexte sociálnoprávnej ochrany. Rizikové a protektívne faktory sú prehľadne štruktúrované do troch nosných oblastí, a to faktory na strane rodičov, dieťaťa a prostredia, komunity, v ktorej žijú.

Kľúčové slová: Posúdenie. Rizikové faktory. Protektívne faktory. Ohrozená rodina. Sociálna práca. Sociálnoprávna ochrana.

Abstract: In the article, the author offers a theoretical analysis of the selected scientific studies dealing with the issue of the factors that become subject of an assessment of living situation of family with children in need by social worker in context of social and legal protection. Risk and protective factors are clearly structured in to three launch areas: the parents, the child and the environment, the community in which they live.

Keywords: Assessment. Risk factors. Protective factors. Family at risk. Social work. Social and legal protection.

Úvod

Problematika posúdenia životnej situácie je v sociálnej práci bazálnou témou. Na kvalitnom posúdení životnej situácie sú založené intervenčné opatrenia vo vzťahu (nielen) ohrozenej rodiny s deťmi. O tom, že to sociálni pracovníci a pracovníčky nie vždy dostatočne zvládajú nás presviedčajú varujúce príklady z celého sveta. Najčastejšou úlohou pri posúdení situácie rodiny je rozhodnutie, či sa dieťa nachádza v ohrození. Preto by malo byť vyhodnocovanie stavu rodinného systému vykonané, v čo najkratšom čase. Ide o zložitý, viacúrovňový proces. Hodnotenie toho, do akej miery je situácia dieťaťa ohrozujúca či traumatizujúca a posúdenie toho, akým spôsobom sa prejavuje a má vplyv na vývin dieťaťa je náročným procesom, ktorý si vyžaduje systematický prístup. Rôzni autori, napr. Holland (2004) upozorňujú na situácie, kedy sociálna práca je kritizovaná za malú schopnosť rozumne predchádzať rizikovým situáciám, ktorým sú vystavené rodiny s deťmi.

Cieľom predkladaného príspevku je na základe teoretickej analýzy spracovať prehľadový súpis rizikových a protektívnych faktorov objavujúcich sa ako integrálna súčasť životnej situácie ohrozených rodín s deťmi. Pre účely tohto príspevku budeme za **ohrozenú rodinu s deťmi** považovať rodinu vo zvlášť náročnej životnej situácii, ktorou rozumieme súhrn nepriaznivých vplyvov a okolností, ktoré sa vzťahujú k určitému členovi spoločne posudzovaných osôb v rodine. U týchto rodín je evidentné zlyhanie rodičovskej socializačno-výchovnej funkcie z rôznych dôvodov a sú charakterizované ako rodiny, resp. rodičia, ktorí zanedbávajú starostlivosť o svoje deti. Sú v evidencii oddelenia sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately, hrozí vyňatie dieťaťa/ detí z biologickej rodiny, príp. už došlo k vyňatiu dieťaťa/detí. **Životnou situáciou** rozumieme štruktúrovaný komplex najrôznejších faktorov,

ktoré sú v priamom vzťahu k posudzovanému klientovi či klientke a významne ovplyvňujú spôsob ich života⁷.

Posúdenie, v slovenskej odbornej terminológii sociálna diagnostika, môžeme chápať v dvoch rovinách. V užšom zmysle slova ho vnímame ako etapu sociálnej práce a v širšom význame ako samostatnú metódu sociálnej práce. Tento proces je súčasťou diagnostickej etapy sociálnej práce. Je zameraný na zisťovanie a hľadanie príčin (spolu so všetkými členmi rodiny), v ktorých rolách a funkciách rodina ako klient zlyhala, teda ide o identifikáciu problému (Čechová 2003). Taktiež zisťovanie možnosti pomoci, stanovenie a definovanie problému. Výsledkom diagnostickej etapy v sociálnej práci je sociálna diagnóza, ktorá označuje „*mapovanie príčin sociálneho problému ako východiska pre sociálnu terapiu. Ako zdroj problémov bola pôvodne videná, buď osobná neschopnosť (vrátane morálnych chýb), alebo nedostatočné využívanie dostupných zdrojov. K stanoveniu diagnózy sa užívali dáta poskytnuté nielen klientom, ale tiež jemu blízkymi ľuďmi a inštitúciami, s ktorými bol alebo je v kontakte*“ (Matoušek 2003, s. 51 - 52). Súčasťou vypracovania sociálnej diagnózy / sociálneho posudku je aj následná identifikácia rizikových a protektívnych faktorov odrážajúcich sa v silných a slabých stránkach rodinného fungovania.

Vychádzajúc z preventívnej stratégie pri posudzovaní situácie dieťaťa je dôležitá schopnosť sociálneho pracovníka a pracovníčky rozpoznať potenciálne riziká ohrozenia dieťaťa. Podľa príručky *Handbook for Child Protection Practice* (Dubowitz, DePanfilis 2000) rozlišujeme nasledujúce kategórie rizík:

- kategória „*najmenšieho rizika*“ – ide o zanedbávanie, ktoré zahŕňa iba potenciálne zanedbávanie starostlivosti. Pokiaľ sa situácie často neopakujú nevyžadujú si zásah pracovníkov a pracovníčok oddelenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately,
- kategória „*stredného rizika*“ – ide o zanedbávanie vymedzujúce situácie, keď riziko ohrozenia dieťaťa stúpa, hlavne ak ohrozenie zdravia a vývinu dieťaťa trvá dlhší časový úsek. Vyžaduje jasný zásah pracovníkov a pracovníčok príslušného oddelenia a následný monitoring rodiny,
- kategória „*vážneho rizika*“ – ide o zanedbávanie, ktoré je definované situáciou dlhodobého alebo vážneho ohrozenia dieťaťa, ktorého dôsledkom môže byť vážne poškodenie zdravia či dokonca smrť dieťaťa. Ide o opakujúce sa situácie, ktoré vážne ohrozujú aj emocionálny vývin dieťaťa.

Dôležité je všimnúť si tak rizikové faktory, ako aj protektívne faktory. Ako upozorňuje Berg (1994, s. 17) „je nesprávne, ak výsledkom procesu posúdenia je zoznam vecí a chýb, ktoré robí posudzovaná rodina zle“. Takýto zoznam môže evokovať aj ostatným zainteresovaným profesionálom to, že rodina je odsúdená zlyhávať vo výkone svojich funkcií a napĺňaní potrieb jednotlivých jej členov.

Za **rizikový faktor** považujeme akúkoľvek charakteristiku prostredia, ktorá ovplyvňuje pravdepodobnosť výskytu náročnej životnej situácie a krízovej situácie vzťahujúcej sa k optimálnemu fungovaniu rodiny. Charakteristiku, ktorej prítomnosť znižuje pravdepodobnosť výskytu takýchto náročných životných situácií ohrozujúcich rodinné fungovanie označujeme ako **protektívny faktor**. V odbornej spisbe sa môžeme stretnúť s viacerými prehľadmi rizikových faktorov rodinného fungovania. Cieľom štúdie bolo spracovať prehľadný súpis rizikových i protektívnych faktorov, ktoré sa stávajú predmetom posudzovania⁸ a rozhodovania o rizikovitosti danej životnej situácie. Opierajúc sa o koncept sociálneho fungovania a ekosystémové myslenie boli identifikované rizikové a protektívne faktory následne rozdelené do troch oblastí, ktoré sú pre prehľadnejšie zobrazenie usporiadané v nasledujúcich tabuľkách.

⁷Prehľad krízových situácií, napr. Pavlůvčíková (2011).

⁸Vychádzajúc zo štúdií: Pecora, Whittaker, Maluccio et al. (2009); Johnson, Stone, Lou (2008); Kirk, Reed-Ashcraft (2001); Dubowitz, DePanfilis (2000), Osofsky, Thompson (2000).

Tabuľka č. 1: **Rizikové faktory**

Na strane dieťaťa	Na strane rodičov - rodiny	Na strane komunity - prostredia
• nedonosené deti, anomálie pri narodení, nízka pôrodná váha, pôsobenie toxínov v maternici, • temperament: ťažká alebo pomalá aktivizácia, • fyzické, kognitívne alebo emocionálne postihnutie, chronické alebo vážne ochorenie, • trauma v detstve, • asociálna rovesnícka skupina, • detská agresivita, poruchy správania, poruchy sústredenia.	• osobnostné faktory, • externé ťažisko kontroly, • nedostatočné ovládanie impulzov, • depresia / úzkosť, • nízka frustračná tolerancia, • pocity neistoty, nedostatok dôvery, • neisté pripútanie s vlastnými rodičmi, • týranie, zneužívanie v detstve, • vážny rodičovský konflikt, vrátane domáceho násillia, • štruktúra rodiny – osamelý rodič s nedostatkom podpory, mnohopočetná rodina, • sociálna izolácia, nedostatok podpory, • psychopatológia u rodičov, • zneužívanie návykových látok, • separácia / rozvod, zvlášť konfliktný rozvod, • vek, • vo všeobecnosti vysoký stupeň stresu, • nedostatočné interakcie rodič-dieťa, negatívne postoje a predsudky ohľadom detského správania, • nedostatočné vedomosti a očakávania ohľadom na detský vývin, • mentálne problémy, vrátane popôrodnej depresie, • kultúrny „miš-maš“ (keď rodič vníma normálne vývin svojho dieťa, ktorý je však odlišný, od vývinu detí v širšej societe a u poskytovateľov služieb).	• nízky sociálno-ekonomický status v okolí, • stresujúce životné udalosti, • nedostatočný prístup k zdravotnej starostlivosti, zdravotnému poisteniu, adekvátnej starostlivosti o deti a sociálnym službám, • nezamestnanosť rodičov, bezdomovectvo, • sociálna izolácia, nedostatok sociálnej opory, • vystavenie rasizmu / diskriminácii.

Zdroj: vlastné spracovanie (opierajúc sa o štúdie: Pecora, Whittaker, Maluccioet al. 2009; Johnson, Stone, Lou 2008; Kirk, Reed-Ashcraft2001; Dubowitz, DePanfilis 2000; Osofsky, Thompson 2000).

Z rôznych dôvodov môžu byť tieto riziká prehliadané, ako napr. zdôrazňuje Holland (2004), môže dochádzať k obmedzovaniu zdrojov a nedostatku kvalifikovaných sociálnych pracovníkov a pracovníčok, ktoré vedie buď k zvyšovaniu prahov rizikovosti prípadov (obmedzovaniu pracovnej záťaže), alebo k vyhýbaniu sa časovo náročnej preventívnej či rehabilitačnej práci. Taktiež fakt, že riziko môže byť vyhodnotené odlišne v lokálnych kontextoch. Pre čo najkomplexnejšie uchopenie a porozumenie životnej situácii je nutné potrebné informácie získavať z početných zdrojov, ktorými sa počas procesu posúdenia stáva:

- priama práca s deťmi prostredníctvom zdieľaných aktivít, rozhovorov a hier⁹,
- priama práca s rodičmi, rodinou,
- priama práca s opatrovateľmi, pestúnmi, v prípade, že dieťa žije mimo biologickú rodinu,
- pozorovanie detí osamote a pozorovanie interakcie detí a rodičov,

⁹Prostredníctvom hier s deťmi traumatizovanými, napr. ako súčasť canisterapie (Šoltésová 2014).

- iné zdroje poznatkov, ktoré predstavujú všetci, ktorí prichádzajú do kontaktu s danou rodinou a deťmi,
- informácie z predošlých spisov a predchádzajúcich posudzovaní rodiny, posudky iných špecialistov.

V nasledujúcej tabuľke č. 2 sú uvedené protektívne faktory. V priebehu práce s rodinou v ohrození je nutné identifikovať tieto faktory a zároveň aj lepšie porozumieť tomu, ako môžu prispieť k optimalizácii rodinného fungovania konkrétnej rodiny.

Tabuľka č. 2: **Protektívne faktory**

Na strane dieťaťa	Na strane rodičov - rodiny	Na strane komunity - prostredia
• očakávané dieťa, prvorodené dieťa, • zdravotný stav – zdravé počas detstva a dospievania, • stupeň aktivity – mnoho záujmov a záľub, participácia a kompetenčnosť, • dispozície – dobromyseľnosť, predčasná vyspelosť, zrelosť, zvedavosť, ochota riskovať, sympatickosť, optimizmus, nezávislosť, • vývinové míľniky – spĺňa očakávania primerané veku, • sebaopätie – vysoké sebavedomie, vnútorné ťažisko kontroly, schopnosť dávať a prijímať lásku a náklonnosť, • vnímavosť – rýchlosť pri vyhodnocovaní nebezpečných situácií a vyhýbanie sa zraneniam, • interpersonálne zručnosti – kreativnosť, pestovať a udržiavať podporné vzťahy s ostatnými, asertívnosť, dobré sociálne zručnosti, schopnosť nadväzovať vzťahy s deťmi a dospelými, • kognitívne zručnosti – schopnosť zamerať sa na pozitívne vlastnosti a ignorovať negatívne, • intelektuálne schopnosti – dobré študijné výsledky.	• štruktúra – pravidlá a zodpovednosť pre všetkých členov, • faktory rodinných vzťahov – koherencia a pripútanie, otvorenosť voči zmene a vyjadrovanie pocitov a emócií, • rodičovské faktory – dohľad nad deťmi, silná väzba aspoň na jedného z rodičov, teplo a podpora vo vzťahoch, výdatná pozornosť počas prvého roku života, dohoda rodičov ohľadom hodnôt rodiny a morálnych zásad, emocionálna prístupnosť (prístupnosť rodičov a kapacita pre čítanie emocionálnych nárážok a naplnenie emocionálnych potrieb detí), • reciprocita – obojstranne uspokojivé vzťahy sú budované medzi dieťaťom / dospievajúcim dieťaťom a rodičom, • veľkosť rodiny – 4 alebo menej detí s odstupom najmenej dvoch rokov, • socio-ekonomický status – stredná trieda, • širšia rodina – rozvíjajúce sa vzťahy s členmi širšej rodiny, • ďalšia pozitívna sociálna oporná sieť.	• pozitívne rovesnícke vzťahy, • širšia rodina v blízkom okolí, • školy – akademická a mimoškolská participácia a úspechy, blízky vzťah s učiteľom (učiteľmi), • opora v neformálnej rodinnej sieti, priateľoch a lídroch v komunite.

Zdroj: vlastné spracovanie (opierajúc sa o štúdie: Pecora, Whittaker, Maluccioet al. 2009; Johnson, Stone, Lou 2008; Kirk, Reed-Ashcraft 2001; Dubowitz, DePanfilis 2000; Osofsky, Thompson 2000).

Záver

Na porovnanie Matoušek a Pazlarová (2010) uvádzajú 4 skupiny rizikových faktorov, ktoré musia brať sociálne pracovníčky a pracovníci do úvahy pri posudzovaní miery rizika ohrozenia optimálneho vývinu detí. Tou štvrtou skupinou sú rizikové faktory v interakcii rodiny. Spôsob posúdenia rizika je ovplyvnený použitými metódami, kontextom, v ktorom sa posúdenie uskutočňuje. Z náročnosti tohto procesu vyplýva aj množstvo každodenných dilem,

ktoré popísal vo svojej práci Musil (2004). Sociálna práca je sociálne konštruovanou činnosťou, preto aj definície rizika môžu byť variabilné v závislosti od rôznych aspektov, či už na úrovni profesionálnej, organizačnej, či vzťahujúcej sa k osobnostným špecifikám sociálnych pracovníkov a pracovníčok, kultúrnym odlišnostiam. Pri posudzovaní životnej situácie rodiny sa môžeme opierať taktiež o sociálnoekologickú teóriu, s ktorou sú dobre zlučiteľné nasledujúce princípy (Matoušek, Pazlarová 2010):

- je dôležité posudzovať rizikové a protektívne faktory nielen v samotnej rodine, ale tiež v súvislostiach širšej rodiny a komunity i v súvislostiach fungovania celej spoločnosti,
- je výhodné prejavovať rešpekt k členom rodiny, k ich silným stránkam a možným zdrojom,
- je žiaduce zoznámiť sa s ich doterajšími životnými stratégiami,
- je nutné pomôcť členom rodiny rozpoznať vlastné kompetencie potrebné pre zvládnutie náročnej situácie,
- je žiaduce zapojiť do
- procesu posúdenia celú rodinu ako partnerov,
- je nevyhnutné identifikovať rizikové i protektívne faktory pôsobiace na rodinu, ktoré sa môžu časom zmeniť,
- je vhodné zapojiť rodinu do výberu najvhodnejšieho spôsobu intervencie,
- je dôležité poznať také spôsoby intervencie, ktoré oslabia pôsobenie rizikových faktorov a posilnia faktory protektívne.

V závere pokladám za dôležité uviesť diagnostický nástroj, ktorý je možné použiť práve na posúdenie rizikových a protektívnych faktorov, zároveň aj príležitostí a ohrození relevantných pre konkrétnu klinickú rodinu. Je ním nástroj Turnella a Edwardsa pod názvom *SignsofSafety – Znaky bezpečia* (1999). Nejedná sa len o diagnostický nástroj, ten je súčasťou komplexného prístupu k ochrane detí založeného na budovaní partnerstva medzi rodičmi a pomáhajúcim pracovníkom a pracovníčkou práve v situáciách, kedy ide o podozrenie z týrania, zneužívania alebo zanedbávania dieťaťa. Táto spolupráca a partnerstvo sa sústreďuje na hľadanie silných stránok a zaistenie bezpečia pre jednotlivých členov rodiny s cieľom stabilizovať rodinný systém a posilniť dieťa v jeho náročnej životnej situácii.

Zoznam bibliografických odkazov

- BALOGOVÁ, Beáta, 2010. Model posúdenia životnej situácie rodiny. In NAVRÁTIL, Pavel, JANEBOVÁ, Radka et al. 2010. *Reflexivita v posuzování životní situace klientek a klientů sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, s. 157 - 180. ISBN 978-80-7435-038-2.
- BERG, Insoo Kim, 1994. *Family based services. A solution-focused approach*. New York: W. W. Norton Company, Inc., 226 s. ISBN 978-0-393-70162-3.
- ČECHOVÁ, Júlia, 2003. Metódy sociálnej práce s jednotlivcom. In TOKÁROVÁ, Anna et al. 2003. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov: Pavol Šidelský – Akcent Print, s. 430 - 440, ISBN 80-968367-5-7.
- DUBOWITZ, Howard, DePANFILIS, Diane (eds.), 2000. *Handbook for Child Protection Practice*. Sage publications, 681 s. ISBN 0761913718.
- HOLLAND, Sally, 2004. *Child and family assessment in social work practice*. London: Sage Publications Ltd., 176 s. ISBN 978-0-7619-4902-2.
- JOHNSON, Michelle A., STONE, Susan, LOU, Christine et al., 2008. Family Assessment in Child Welfare Services: Instrument Comparisons. In *Journal of evidence based social work*, ISSN 1543-3722, Is. 1-2, Vo. 5, p. 57 – 90.
- KIRK, Raymond S., REED-ASHCRAFT, Kellie, 2001. *North Carolina Family Assessment Scale. Research Report*. 22 s. [online]. [cit. 2014-06-10]. Dostupné na: <http://www.nfpn.org/preservation/files/NCFAS_Research_Report.pdf>.

- MATOUŠEK, Oldřich et al. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, Oldřich, PAZLAROVÁ, Hana, 2010. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*. Praha : Portál, 184 s. ISBN 978-80-7367-739-8.
- MUSIL, Libor, 2004. "Rád bych vám pomohla, ale...". *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno : Marek Zeman, 243 s. ISBN 80-903070-1-9.
- OSOFSKY, J. D., THOMPSON, D., 2000. Adaptive and maladaptive parenting: Perspectives on risk and protective factors. In Shonkoff, J. P., Meisels, S. J. (eds.). 2000. *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, s. 54 – 75. ISBN 0-521-58573-2.
- PAVLUVČÍKOVÁ, Elena, 2011. *Psychologické poradenstvo v krízových situáciách*. Prešov: FF PU v PO, 179 s. ISBN 978-80-555-0409-4.
- PECORA, Peter J., WHITTAKER, James K., MALUCCIO Anthony N. et al., 2009. *The Child Welfare Challenge. Policy, Practice, and Research. 3rd. edition – Revised and Expanded*. New Brunswick : Transaction Publishers, s. 64 – 65, ISBN 0-202-36314-7.
- ŠOLTÉSOVÁ, Denisa, 2014. *Rizikový pojem „canisterapia“*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 94 s. ISBN 978-80-555-1119-1.
- TURNELL, Andrew, EDWARD, Steve, 1999. *Signs of safety: a solution and safety oriented approach to child protection*. New York : W.W. Norton Company, 216 s. ISBN 978-0-393-70300-9.

Kontakt na autora

Mgr. Lenka Kvašňáková, PhD.
Inštitút edukológie a sociálnej práce,
Filozofickej fakulty Prešovskej univerzity v Prešove
17. novembra 1
08001 Prešov
lenka.kvasnakova@unipo.sk

Násilie v rodine a možnosti sociálneho pracovníka pri jeho riešení

Zuzana Šoltésová, Katarína Šiňanská (SR)

„Príspevok je súčasťou riešenia grantovej úlohy VEGA č. 1/0332/12 s názvom Analýza vybraných rizikových faktorov klientskeho násillia v sociálnej práci s dôrazom na prevenciu klientskeho násillia a prípravu sociálnych pracovníkov – Národné zmapovanie výskytu násillia klientov voči sociálnym pracovníkom na Slovensku“.

Abstrakt: *Príspevok poukazuje na problematiku domáceho násillia, ktorá je závažným a spoločensky nežiaducim javom. Charakterizuje jednotlivé možnosti a metódy sociálnej práce, ktoré sociálne pracovníčky využívajú na pomoc obetiam násillia v rodine. Autorky sa zameriavajú na definovanie možností a nástrojov na poskytovanie sociálnych služieb a pomoci obetiam domáceho násillia, ktoré majú sociálne pracovníčky k dispozícii, špecificky tiež na typ sociálnych služieb, ktoré využívajú.*

Kľúčové slová: *Násillie. Domáce násillie. Sociálna pracovníčka. Krízová intervencia. Sociálne poradenstvo.*

Abstract: *Post addressing the issue of domestic violence, which is a serious and socially undesirable practices. Describe the various options and methods of social work that social workers use to help victims of family violence. The author focuses on the definition of options and tools for social services and assistance to victims of domestic violence who have social workers available, specifically whether the type of social services they use.*

Keywords: *Violence. Domestic violence. Social worker. Crisis intervention. Social counseling.*

Úvod

Problém domáceho násillia jestvoval v našej spoločnosti od nepamäti, ale dlhý čas sa považoval za niečo bezvýznamné a v princípe prirodzené. Je spojené s temnou stránkou existencie ľudstva v minulosti, ale taktiež je aj ponurým faktom súčasnosti a veľkou hrozbou budúcnosti. Domáce násillie je závažným sociálno-patologickým javom a najčastejšie sa odohráva medzi členmi rodiny za zatvorenými dverami. Môže mať rôzne formy a jeho dlhodobé trvanie má za následok ako rany na tele, tak aj na duši. Najväčším problémom domáceho násillia je však fakt, že jeho latentný rozmer je až niekoľkonásobne väčší ako skutočný registrovaný stav.

Obetou domáceho násillia môže byť ktokoľvek, či už je to žena, muž, dieťa alebo senior. Nakoľko však v súčasnosti počujeme čoraz častejšie o násillí páchanom na ženách, a toto násillie nad ostatnými typmi stále prevažuje, je dôležité poukázať na jeho závažnosť a na to, že ohrozuje nielen ich zdravie, ale predovšetkým ich život. Pre násillie v rodine je typické to, že rôzne formy násillia uskutočňujú násilní muži voči svojim ženám v prostredí domova, prípadne na takých miestach, kde kontrola zo strany verejnosti nemá žiaden dosah. Práve z tohto dôvodu je obeť domáceho násillia izolovaná od akejkoľvek pomoci, ako zo strany spoločnosti, tak aj rodiny a priateľov. Týrané ženy sa často krát boja opustiť svojho partnera z dôvodu ich ekonomickej závislosti, zo strachu, že im muž ublíži, prípadne z dôvodu obáv, že prídu o svoje deti.

V takýchto situáciách, by mali zohrávať dôležitú úlohu sociálne pracovníčky, ktoré môžu žene pomôcť pri riešení nežiaducej situácie, v ktorej sa ocitla a zároveň jej poskytnúť rýchlu, efektívnu a kvalitnú pomoc a ochranu.

1 Násilie ako spoločensky nežiaduci jav

Násilie považujeme za spoločensky nežiaduci jav, pretože ním trpia nielen ľudia, ktorých sa to priamo týka, ale aj ľudia, ktorí chcú žiť svoj život v pokoji. Podiel na tomto jave má nielen súčasná spoločnosť, ale aj spoločenský priebeh, problémy edukácie, a taktiež stagnovanie vedeckých a výskumných oblastí, ktoré by sa mali zaoberať otázkami nárastu týchto spoločensky nevhodných javov. Neodcudziteľné miesto v explikovaní týchto javov, dôvodov ich vzniku a eventuality ich kontroly a zvládnutia, má rozmach disciplín, akými sú kriminológia, sociálna kriminalita a sociálna patológia.

Násilie začleňujeme medzi sociálnu patológiu ako súhrnný pojem na označenie abnormálnych, chorých, vo všeobecnosti neželateľných spoločenských javov. Práve preto, násilie páchané na človeku postihuje v prvom rade sociálne správanie, vzbudzuje strach, nepokoj a aktualizuje životné ochranné procesy. Odstránenie alebo ohrozenie sociálneho správania je zároveň aj ohrozením existencie society a jej vzťahov (Ondrejko 2009).

Domáce násilie M. Vágnerová (2004, s. 632) definuje ako: „zneužitie postavenia a moci, ktorú má páchatel' v rodine. Prejavuje sa neprimeranými požiadavkami, vynucovaním podriadenosti obete a kontroly nad jej životom. Toto je dosahované násilím, resp. vyhrážaním a využívaním strachu z ďalšej ujmy“. V úzkom slova zmysle pod pojmom domáce násilie A. Prígl (2008) chápe rôzne fyzické útoky, ktoré nemusia mať podobu len fyzického, ale taktiež aj sexuálneho násillia. V širšom slova zmysle ním rozumieme psychické, ekonomické alebo sociálne násilie, ktoré sa môže prejavovať formou rôznych verbálnych útokov, urážajúcich pomenovaní, otravovania, ale taktiež aj obmedzovania osobnej slobody.

Poznáme individuálne a skupinové (kolektívne) násilie. Individuálne násilie je najmä odvodené z dedičných, nezdravých, narkomanických vplyvov, ale aj z nefunkčného sociálneho a edukačného okolia. Uplatňujú sa tu predovšetkým faktory, akými sú impertinencia a násilie v rodinnom prostredí; znášanie alebo inšpirovanie agresivity a egoizmu zo strany detí; deficit rodičovskej opater, pozornosti a príjemných vzťahov; dedične prenášané predispozície a v neposlednom rade je to nízky stupeň vzdelanosti a kultúrnych popudov.

Kolektívne násilie je väčšinou ideovo fundované, usporiadané, povzbudivé, naučené napodobňovaním, stotožnením, vplyvom davu a niekedy je podporované aj peňažne. Jedinci sa najskôr zúčastnia, prípadne budú dávať podnet na ďalšie násilné činy, ak boli ich násilné tendencie povzbudzované alebo vyznamenané (Kondratová 2011).

2 Možnosti sociálnej práce pri riešení problematiky násillia v rodine

2.1 Metódy sociálnej práce

Sociálni pracovníci využívajú v rôznych úsekoch sociálnej práce všetky metódy, ktoré poznajú. Jednotlivé metódy, ktoré využijú si vyberajú podľa toho, aký klient za nimi príde a podľa problému, s ktorým za nimi prichádza. Práve z tohto dôvodu sa využívajú v sociálnej práci metódy, akými sú napríklad videotrénning, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, viaceré typy terapií, sociálna práca v teréne (vrátane streetworku), sociálna analýza, plánovanie, supervízia a iné (Bajer 2003).

A. Mátel, M. Schavel a kol. (2011, s. 242) tvrdia, že: „špecifikom sociálnej práce je, že jej intervencia je zameraná na všetkých aktérov domáceho násillia – v prvom rade na jednotlivé osoby, ktoré sa nedobrovoľne stali obeťami, ďalej na rodinu ako celok, ale aj na páchatel'ov domáceho násillia, pretože práca s nimi je integrálnou súčasťou celospoločenského procesu eliminácie domáceho násillia zo spoločnosti“.

V súvislosti s priebehom celkovej sociálnej pomoci jedincom, ktorí sa stali účastníkmi násillia v rodine, je práca poradkyní a sociálnych pracovníčok široko spektrálna, ale taktiež aj

úzko odborná. Adekvátne by bolo, aby sa všetci tí, ktorí sa sústredia na túto skupinu ľudí, teda hlavne sociálne pracovníčky, zúčastnili na rôznych špeciálnych tréningoch a kurzoch. Podstatné vedomosti a obratnosti v sociálnej práci s jedincami, ktorí sa stali obeťami domáceho násilia, by mali vytvárať pre sociálne pracovníčky neoddeliteľnú časť ich pregraduálneho univerzitného vzdelávania (Mátel, Schavel a kol. 2011).

2.2 Krízová intervencia obetiam domáceho násilia

Tak ako v každej kríze, ku ktorej dôjde v priebehu života, aj v eventualite domáceho násilia žena narazí na prekážku, ktorú nedokáže za pomoci vlastných síl, prípadne svojimi nivelizačnými taktikami a s pomocou príbuzných prekonať (Mátel 2009).

Krízová intervencia sa poskytuje hlavne klientkam nachádzajúcim sa v značnom citovom vypätí, ktoré je mnohokrát sprevádzané stresom. Poskytuje sa v čase, ktorý klientka potrebuje, čiže aj bez toho, aby sme sa na schôdzke najskôr dohodli alebo si ju pripravili. Klientka vníma zväčša svoju situáciu ako beznádejnú, niekedy až ako ohrozujúcu život. Je mnoho alternatív, pre ktoré sa klientka nachádza v krízovej situácii. Sociálna pracovníčka si musí uvedomiť, že veľa týchto problémov je natoľko komplikovaných, že ich prekonanie si žiada zapojenie viacerých príslušníkov pracovného kolektívu (Levická 2002).

Krízová intervencia má podľa A. Mátele, M. Schavela a kol. (2011) tri hlavné zásady, medzi ktoré patrí hlavne rýchla prístupnosť (krízové centrá, ktoré sú v činnosti 24 hodín denne, linky dôvery), jednoduchá dosiahnuteľnosť (krízové centrá a linky) a súvislá starostlivosť (krízové centrá, zariadenia tiesňového bývania, ktoré sú v činnosti 24 hodín denne, a v ktorých je možné sa ubytovať, získať sociálnu pomoc alebo poradenstvo).

Krízová intervencia má za úlohu docieľiť to, aby klientka pochopila svoj problém, vyznala sa v ňom, a aby u nej bola vyvolaná schopnosť jeho riešenia. Základným a zároveň aj prvým krokom je ustálenie psychického stavu a jeho ukludnenie. Nakoľko v týchto prípadoch ide o citovú a vzťahovú problematiku, je potrebné, aby sociálna pracovníčka vybrala také techniky na vedenie klientky, ktoré by urobili atmosféru emocionálnej opory, nenadradenosti a empatie (Vykopalová 2001).

Najčastejšie sa odborná pomoc v kríze diferencuje na prezenčnú a dištančnú formu pomoci. Pre prvú formu je bezpodmienečné, aby styk medzi obeťou domáceho násilia a krízovou poradkyňou bol face to face, t. j. tvárou v tvár. Podľa toho na akom mieste sa krízová intervencia uskutočňuje môžeme v záležitostiach násilia v rodine rozlišovať:

- pobyt obete domáceho násilia v bezpečnom útočisti, teda v rezidenčnom zariadení (napríklad krízové centrum),
- ambulantný charakter pomoci (krízové poradne),
- terénna forma (bezprostredne v mieste stálego pobytu klientky).

K druhej forme, teda k dištančnej forme pomoci, zaradzujeme služby poskytované prostredníctvom internetu a telefónne linky (Mátel, Schavel a kol. 2011).

Podľa B. Holubovej (In Mátel 2009) majú mnohé zariadenia, ktoré poskytujú útočisko pre obeť násilia v rodine, svoje ustavičné prebiehajúce telefónne linky (napr. Azylový dom Emauzy v Holíči; Molla v Rajeckých Tepliciach; Brána do života v Bratislave). K telefónnym linkám, ktoré poskytujú pomoc, patrí aj neplatená linka na políciu. V niektorých organizáciách je však dostupná len vo vymedzených hodinách, a potom sa zapne záznamník.

Čo sa týka informácií na internete, v roku 2007 vznikla webová stránka www.zastavmenasilie.sk. Veľmi dôležitou súčasťou tejto stránky je mapa Slovenskej republiky, v ktorej sa nachádzajú kontakty na rôzne organizácie podľa jednotlivých krajov, ktoré poskytujú pomoc jedincovi, ktorí sa stali obeťami násilia v rodine (Mátel 2009).

Poradenské práce tejto odbornej krízovej intervencie by nemali len informovať, ale mali by poskytovať aj bezprostrednú pomoc, do ktorej zahrňujeme napríklad núdzové návrhy, medicínsku pomoc, dávanie k dispozícii jedlo a šatstvo, peňažnú pomoc, doprevádzanie na úrady, duševnú prvú pomoc, poskytnutie bezpečného útočiska mimo svojho domova, a taktiež poskytovanie pomoci pri zostrojení poistného plánu v prípade, ak sa žena odhodlá, že bude naďalej zdieľať rovnakú domácnosť s mužom, ktorý jej spôsoboval fyzickú alebo duševnú bolesť (Mátel, Schavel a kol. 2011).

2.3 Sociálne poradenstvo obetiam domáceho násilia

Sociálne poradenstvo určené pre ženy ako obe domáceho násilia je najrýchlejšie sa rozvíjajúcou sústavou sociálneho poradenstva, ktorú zastrešujú hlavne mimovládne organizácie (Gabura 2005).

Žena, ktorá sa stala obeťou domáceho násilia si vyžaduje oporu, ktorá je zameraná na to, aby sa jej vnútorná sila zregenerovala alebo sa opäť vytvorila. Z. Bednářová (In Mátel, Schavel a kol. 2011, s. 246) zdôrazňuje, že: „ak chce poradkyňa obeti domáceho násilia skutočne účinne pomôcť, mala by poznať všetky dôležité znaky, ktoré vykazuje tento fenomén a rešpektovať prežívanie obete, i keď ho nemusí chápať a stotožniť sa s ním“.

Na obeť domáceho násilia nemôže poradkyňa nijako tlačiť. Je potrebné, aby boli rešpektované hranice, ktoré si určila. Je veľmi dôležité, aby žena cítila v prvých etapách poradenstva, že poradkyňa ju rešpektuje a verí príbehu, ktorý rozpráva. Medzi poradkyňou a ženou sa vytvára vzťah, ktorý jej dáva možnosť vyhľadávať a objavovať odpovede na svoje problémy. Dôležité je aj to, aby bol vzťah medzi nimi pozitívny a ťažiskom záujmu má byť osoba ženy a nie jej problém. Významným krokom na eliminovanie a liečenie následkov násilia je jeho pomenovanie. Obeť si vytvára zreteľnejší obraz a určitú zdržanlivosť od svojej situácie už rozprávaním v súvislosti s poradenským rozhovorom (Mátel, Schavel a kol. 2011).

Podľa L.Čírtkovej a L. Vitoušovej a kol. (2007) a podľa A. Mátela (2009) musia byť pri vedení poradenského rozhovoru, ktorý sa uskutočňuje s obeťou násilia v domácnosti zachované tieto princípy:

- senzibilný, zhovievavý prístup (nenáhliť sa, nechať ju súvisle hovoriť),
- byť empatický (musíme sa vedieť vcítiť do toho, čo klientka prežíva),
- podporovať citlivosť (nezabraňovať plaču),
- preukázať interest a vzájomnú podporu,
- preukázať vieru v to, čo rozpráva,
- ohodnotiť to, že svoju situáciu chce pozmeniť, a že vypátrala pomoc,
- ubezpečiť, že jej situácia sa dá vyriešiť,
- neposkytovať odporúčania,
- tolerovať ženine rozhodnutie aj napriek tomu, že s ním nesúhlasí poradkyňa,
- zamerať sa na budúcnosť (In Mátel, Schavel a kol. 2011).

2.4 Možnosti pomoci obetiam domáceho násilia

A. Mátel (In Mátel, Schavel a kol. 2011) tvrdí, že ak obetiam domáceho násilia nedokáže nikto pomôcť pri riešení ich situácie, tak sa im poskytuje sociálna pomoc formou bezpečných útočísk, akými sú rôzne útulky (shelters), domy určené pre ženy (women's house/refuge), azylové domy (refuge), zásahové resp. intervenčné a krízové centrá.

Pomoc obetiam domáceho násilia sa teda sústreďí najmä na to, aby bolo žene zaistené bývanie, ktoré pre ňu bude bezpečné, resp. sa sústreďí na zachovanie a na príchod do predošlého bytu, ale taktiež aj na získanie nevyhnutných peňažných prostriedkov. Ostať s mužom, ktorý sa správa násilne voči svojej žene, v rovnakom byte, nie je to najprijateľnejšie riešenie. Alternatívne bývanie musí mať adresu, ktorá bude tajná, aby sa žena nielenže

necítila, ale ani nebola nijako ohrozená zo strany násilníka. Práve azylové domy pre matky s deťmi dávajú k dispozícii prvú pomoc v krízovej situácii, avšak nie sú všade dostupné a väčšinou v nich nie je dostatok miesta. Zákon náležitým spôsobom nerieši to, aby bola obeť domáceho násilia chránená pred jeho pokračovaním (Vágnerová 2004).

Domy, ktoré sú určené pre ženy ako obeť domáceho násilia, slúžia ženám ako aj ich deťom ako núdzové ubytovanie. Podľa E. Fröschla a S. Löwa (2008, s. 12) sa pri poskytovaní pomoci obetiam domáceho násilia používajú nasledujúce zásady: „nebyrokratická okamžitá pomoc, anonymita, ženy pomáhajú ženám, strávenie (obhajoba a presadzovanie nárokov a práv žien), pomoc k sebpomoci, neobmedzená dĺžka pobytu, bezpečie žien a detí je prvoradé, autonómnosť“. Na Slovensku doteraz nie je sieť domov, ktoré by boli určené ženám ako obetiam domáceho násilia. Pomoc môžu nájsť len v niektorom zo zariadení, akými sú napríklad krízové strediská, útulky a domovy pre osamelých rodičov.

Obeť domáceho násilia potrebuje, aby ju sociálna pracovníčka ubezpečila, že vo svojej problémovej situácii nie je sama, že sú aj iné ženy, ktoré majú rovnaký problém, a aby došla k zmýšľaniu, že za násilie nenesie vinu ona. Veľmi dôležitou podporou pre obeť je to, aby chodila do sebpomocných skupín alebo do skupín individuálneho rozvoja, ktoré sú spravované vyučenou profesionálkou. Podľa vopred prichystaného plánu môže riadená skupina pracovať s témami. Takýmito témami sú napríklad hodnotenie seba samého; sebaaprežívanie; komunikácia s partnerom, ktorý vystupuje ako páchatel; riešenie problémov v rodinnom spoložití; možné reakcie na partnerove násilné správanie a podobne (Matoušek a kol. 2005).

Ako uvádza M. Vágnerová (2004) žena, ktorá sa stala obeťou domáceho násilia, potrebuje nie len pomoc pri hľadaní riešenia svojej problémovej situácie, ale aj terapeutickú podporu. Musí byť k tomu sama podnietená, pokiaľ si neobjasní a neuvedomí čo je základom jej problémov a nerozhodne sa z vlastnej vôle, čo by si želala ďalej robiť. K ničomu ju však nemôžeme prinútiť, dokonca za ňu nemôže rozhodovať žiaden iný človek aj keby to malo byť pre jej vlastné dobro. Problematikou domáceho násilia, jeho prevenciou, ako aj pomocou jeho obetiam sa zaoberajú mnohé organizácie, ktoré sú neziskové. Medzi tieto organizácie patria napríklad nadácia Rosa, Biely kruh bezpečia, Elektra a iné. Š.Gjuričová a kol. (In Vágnerová 2004, s. 647) tvrdí, že: „psychoterapeutická pomoc je dôležitá v procese rozhodovania o vhodnom riešení, ale aj pri náprave a vytváraní účelnejších stratégií správania. Pre tieto účely je vhodná individuálna, párová aj skupinová psychoterapia“.

Poznáme aj iné možnosti pomoci obetiam domáceho násilia. Medzi ne patrí aj sociálna prevencia. Tento termín podľa J. Levickej (In Žiaková a kol. 2011) prebrala sociálna práca z medicíny ako lekárskej vedy. Sociálne pracovníčky prevzali rôzne ciele a princípy, ktoré sa viažu na sociálnu prevenciu, a taktiež aj jej členenie na tri hlavné oblasti a to primárnu (je orientovaná na predchádzanie problémových situácií), sekundárnu (skorú diagnózu a dávanie k dispozícii včasnej a efektívnej pomoci) a terciárnu (organizovanie postupnej starostlivosti).

Záver

Násilie ako také, sa vyskytuje v ľudskej spoločnosti od nepamäti. Veľmi dlhý čas nebola tomuto problému venovaná žiadna pozornosť, nakoľko sa považoval za bežnú súčasť života a dokonca bola téma násilia tabuizovaná. Hlavným dôvodom bolo to, že sa domácnosť a rodina považovali za sféru, do ktorej nemá právo zasahovať ako spoločnosť, tak ani blízke okolie rodiny. Frekvencia domáceho násilia v našej spoločnosti však stále narastá, a práve z tohto dôvodu mu je venovaná oveľa väčšia pozornosť ako v minulosti. Násilie v rodine je totiž závažný sociálny fenomén, ktorý sa vyskytuje vo všetkých častiach sveta, nielen na Slovensku.

V príspevku sme sa snažili poukázať, aká nevyhnutne dôležitá je pomoc sociálnych pracovníčok pri riešení problematiky domáceho násilia. Za najviac efektívne považujeme

hlavne dostatočné vzdelávanie budúcich profesionálok, ktoré sa sústredia na túto skupinu ľudí, hlavne čo sa týka ich účasti na rôznych kurzoch, prípadne špeciálnych tréningoch. Zároveň sme chceli poukázať na fakt, že posilnenie spôsobu podávania informácií, napríklad prostredníctvom telefónnych liniek, internetu o možnostiach využitia útulkov, bezpečných útočísk ako aj azylových domov, je jedným zo spôsobov, ako možno týranej žene, ktorá už často krát nevidí východisko zo svojej situácie, zachrániť život.

Zoznam bibliografických odkazov

- BAJER, P., 2003. V sociálnej práci existuje vyše sto teórií a teoretických konceptov. In: *Sociální práce/Sociálna práca*. Roč. 2, č. 3, s. 2-5. ISSN 1213-6204.
- FRÖSCHL, E. a S. LÖW, 2008. *Konať proti násiliu na ženách a deťoch*. Viedeň: Pro Familia. ISBN 978-80-89125-09-8.
- GABURA, J., 2005. *Sociálne poradenstvo*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca. ISBN 80-89185-10-X.
- KONDRÁTOVÁ, E., 2011. Agresivita ako sociálny problém u pacientov s psychickými poruchami. In: *Revue sociálnych služieb*. Roč. 3, č. 1, s. 58-64. ISSN 1338-1075.
- LEVICKÁ, J., 2002. *Metódy sociálnej práce*. Trnava: ProSocio. ISBN 80-89074-38-3.
- MÁTEL, A., 2009. *Naše možnosti pomoci ženám – obetiam domáceho násilia*. Skalica: ALIJA. ISBN 978-80-970083-1-4.
- MÁTEL, A., M. SCHAVEL a kol., 2011. *Aplikovaná sociálna patológia v sociálnej práci*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. ISBN 978-80-8132-009-5.
- MATOUŠEK, O. a kol., 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
- PRÍGL, A., 2008. *Vybrané kapitoly zo sociálnej patológie*. Žilina: Žilinská univerzita. ISBN 978-80-8070-843-6.
- ONDREJKOVIČ, P. a kol., 2009. *Sociálna patológia*. 3. vyd. Bratislava: VEDA. ISBN 978-80-224-1074-8.
- VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- VYKOPALOVÁ, H., 2001. Násilí v rodině. In: *Kriminalistika*. Roč. 34, č. 4, s. 12-19. ISSN 1210-9150.
- ŽIAKOVÁ, E. a kol., 2011. *Sociálna práca : Teoretické východiská a praktické kontexty*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika. ISBN 978-80-7097-870-2.

Kontakt na autorov

Mgr. Zuzana Šoltésová
Katedra sociálnej práce FF Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Moyzesova 9, 040 59 Košice, Slovenská republika
zuzana.soltesova89@gmail.com

PhDr. Katarína Šiňanská, PhD.
Katedra sociálnej práce FF Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Moyzesova 9, 040 59 Košice, Slovenská republika
katarina.sinanska@upjs.sk

Rizikové správanie žien v nechcenom tehotenstve a možnosti intervencie sociálnych pracovníkov

Martina Mojtoová (SR)

Príspevok vznikol v rámci riešenia grantovej úlohy VEGA - Bezdomovectvo ako sprievodný negatívny jav našej doby. Teoretická analýza v aplikácii na využitie teórie pre študentov pomáhajúcich profesií. Projekt č. 1/0719/13.

Abstrakt: *Nechcene tehotné ženy sa ocitajú v krízovej situácii, ktorá v nich spúšťa rizikové správanie – umelé ukončenie tehotenstva, či donosenie dieťaťa v tajnosti a jeho následné zbavenie sa – úmyselné zabitie, či jeho odhodenie do smetí, rieky, či parku. Značnú časť žien, ktorých sa táto problematika týka, tvoria ženy sociálne odkázané, na pokraji chudoby, bezdomovkyne, vo finančnej tiesni, v nefunkčných problémových rodinách, matky viacerých detí či odchovankyne detských domovov. Cieľom sociálnej práce s nechcene tehotnými ženami je komplexné riešenie ich situácie a ponuka alternatívnych riešení pomoci. Poznatky z teórie a metód sociálnej práce a zorientovanie sa v možnostiach pomoci v praktickej rovine (hniezda záchrany, utajené pôrody, krízové centrá), sociálnemu pracovníkovi pomáha vo výbere efektívnych intervencií pri zvládaní krízovej situácie v súvislosti s problematikou nechcených tehotenstiev.*

Kľúčové slová: *Nechcené tehotenstvo. Umelé ukončenie tehotenstva. Hniezda záchrany. Utajený pôrod. Šanca pre nechcených. Bezdomovectvo. Chudoba. Krízové centrá. Sociálna práca.*

Abstract: *Women facing unwanted pregnancy find themselves in a crisis situation, triggering a risk-prone behavior in them – e.g. termination of pregnancy or gestating a baby in secret to subsequently get rid of it; intentionally killing it or disposing of the baby in trash, a river or a park. A large portion of the women concerned are socially underprivileged, on the verge of poverty, homeless women, in financial difficulty, women from dysfunctional families, mothers with several children or women from foster homes. The aim of social work with women facing unwanted pregnancy is to provide a comprehensive solution of their situation and offer alternative assistance measures. Theoretical background together with knowledge of social work methods and practical modalities of possible assistance (baby hatches, anonymous births, crisis centres), guide a social worker in determining effective interventions to handle a crisis situation related to the issue of unwanted pregnancy.*

Keywords: *Unwanted pregnancy. Artificial termination of pregnancy. Baby hatches. The anonymous birth. Chance for Unwanted. Homelessness. Poverty. Crisis centres. Social work.*

Rizikové správanie nechcene tehotných žien

Ženy, ktoré sú nechcene tehotné, sa dostávajú do vážnej krízovej situácie, ktorá v nich spúšťa rizikové správanie. Časť z nich sa rozhodne pre interrupciu, do ďalšej skupiny patria ženy, ktoré nemajú na zákrok potrebné financie alebo sa rozhodnú dieťa donosiť z iných dôvodov, avšak nemôžu alebo nedokážu sa o bábätko postarať. Buď ide o ženy, ktoré žijú v ťažkých životných podmienkach – sociálne odkázané, na pokraji chudoby, bezdomovkyne, v nefunkčných problémových rodinách, matky viacerých detí, odchovankyne detských domovov, vo finančnej tiesni, vydaté neverné ženy, ktoré zostali tehotné s mužom v mimomanželskom vzťahu, znásilnené ženy alebo veľmi mladé rodičky, ktoré utajujú tehotenstvo pred rodičmi z rôznych dôvodov.

Podľa posledných celosvetových štatistík Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) sa v Európe končí umelým ukončením asi 30 percent tehotenstiev. Na tisíc živonarodených detí bol prepočítaný počet umelých ukončení tehotenstva v roku 2011 vysoký v krajinách ako Rumunsko (526,81), Bulharsko (447,68), Maďarsko (436, 61) alebo Lotyšsko (384,25). Naopak, medzi krajiny s nižším počtom patria Slovensko (145), Švajčiarsko (137,1), Chorvátsko (105,52) alebo Turecko (56,13). Podľa štatistík Guttmacherovho inštitútu zameraného na podporu sexuálneho a reprodukčného zdravia, v USA končí umelým ukončením približne 21 percent tehotenstiev. V roku 2011 vykonali v USA 1,06 milióna potratov, čo je o 13 percent menej ako v roku 2008.

V SR sa zaznamenal enormný nárast interrupcií v 80. a 90. rokoch, napr. v r. 1990 bolo na Slovensku vykonaných 47 901 interrupcií!, čo malo vážne následky z hľadiska populačnej politiky. V minulosti podľa zákona č. 73/1986 Zb. stačilo, aby žena, ktorá dovŕšila šesťnásť rokov a rozhodla sa pre interrupciu, zákrok oznámila lekárovi a po zaplatení poplatku 7 500 Sk (cca 248 eur) išla na zákrok. Zmeny po revolúcii v r. 1989 priniesli so sebou aj slobodu prejavu, v médiách a diskusných fórach sa začali objavovať kontroverzné témy, ku ktorým patrí aj problematika umelého ukončenia tehotenstva a jej riziká. Dôsledkom bola skutočnosť, že v r. 2003 počet presiahol „len“ 16 000 interrupcií. Dnes už žena, ktorá chce podstúpiť umelé ukončenie tehotenstva, musí podpísať tzv. informovaný súhlas. Zároveň je gynekológ povinný poučiť žiadateľku o možných zdravotných rizikách, aktuálnom vývojovom štádiu dieťaťa, o možnostiach utajeného pôrodu, o finančnej podpore v čase tehotenstva, ale aj o možnosti dať dieťa náhradným rodičom formou adopcie. Dva dni po poučení ostáva tehotnej čas zvážiť dôsledky zákroku, a až po nich môže podstúpiť interrupciu. Ak žena nedovŕšila osemnásť rokov, môže si dať umelo ukončiť tehotenstvo so súhlasom zákonného zástupcu, prípadne toho, komu bola zverená do výchovy.

Mojtová (2008) uvádza, že celosvetovo medzi najčastejšie dôvody vedúce k ukončeniu tehotenstvapatrí *naplnený počet detí v rodine, ukončenie tehotenstva kvôli práci alebo škole, nedostatok financií, problémy vo vzťahu rodičov, nízky vek budúcej matky, znásilnenie*. To však nie sú jediné dôvody, pre ktoré sa matky, alebo páry rozhodujú pre UUT. Milióny rodičov si želajú dieťa len určitého pohlavia (tzv. *prenatálna selekcia*).

Národné centrum zdravotníckych informácií SR už niekoľko rokov eviduje výrazný pokles v počte umelých ukončení tehotenstva. V roku 2013 ich evidovali 7 999, čo je o 444 menej ako v roku 2012. Umelé ukončenie tehotenstva najčastejšie podstúpili v uplynulom roku ženy z Banskobystrického, Nitrianskeho a Bratislavského kraja. Najviac, 1 869 interrupcií podstúpili ženy vo vekovej skupine 30 až 34-ročných, najčastejšie tie, ktoré už majú dve deti. U maloletých dievčat do 14 rokov zaznamenali 17 umelých ukončení tehotenstva (www.nczi.sk).

Počet nájdených mŕtvych novorodencov v odpadkoch, skládkach, na staniciach, v parkoch, metrách, vo výťahoch, či starých budovách bol v minulých desaťročiach znepokojujúci. Práve vďaka tomu, že ľuďom neboli ľahostajné životy bábätiok, začali zástancovia práva na život vo viacerých vyspelých krajinách Európy robiť zásadné opatrenia. Medzi nich sa zaradila aj Slovenská republika. Nechcene tehotné ženy sú v krízovej situácii a počas tehotenstva rozmýšľajú nad tým, ako sa dieťaťu zbaviť, ako pred najbližšími utajiť, že pod srdcom nosia nový život. Našťastie, aj vďaka občianskym združeniam Šanca pre nechcených, Áno pre život, či Fórum života vznikli alternatívne riešenia k interrupciám – hniezda záchrany, možnosť rodiť v utajenom režime a krízové centrá – ponúkajú efektívnu pomoc v krízovej situácii – zabrániť potratu, zredukovať matkin stres a bezmocnosť, dieťa bezpečne porodiť, a tým mu dať šancu na život bez toho, aby sa o tom niekto dozvedel.

Občianske združenie Šanca pre nechcených vzniklo v roku 2004. Jeho prvoradým cieľom je záchrana nechcených novorodencov a zníženie počtu mŕtvych bábätiok. Za desať rokov pôsobenia za pomoci 99% súkromných zdrojov vybudovali 20 hniezd záchrany, v

ktorých sa dodnes našlo 47 detí a počet mŕtvych novorodencov sa znížil z 10 na v priemere 2 ročne. Počet detí, ktoré prišli na svet v režime utajeného pôrodu je za desať rokov 238. Z toho len v 6-tich prípadoch sa matky v zákonnej lehote vrátili k dieťaťu.

Bezdomovectvo a chudoba v kontexte nechcených tehotenstiev

V najvšeobecnejšom význame, bezdomovec je človek s absenciou bývania, sociálne vylúčený a zároveň začlenený do nebytových priestorov, zbúranísk, kontajnerov, pivníc, kanálov, železničných a autobusových staníc, ako aj ulíc, parkov, priestorov pod mostami, vrátane letiskových plôch.

Medzi príčiny bezdomovectva Tvrdoň a Kasanová (2004, s.41) zaraďujú: stratu zamestnania či bývania, nízku úroveň životného minima, nedostatok cenovo dostupného bývania, zadlženosť, rozvod či rozpad rodiny, rozchod partnerov žijúcich ako „druh a družka“, otrasné rodinné podmienky (týrané, či sexuálne zneužívané ženy alebo deti, ženy či deti alkoholikov...), psychické a citové zvrútenie, odchod z detských domovov, prepustenie z väzenia, smrť niekoho blízkeho, osamelosť, nesamostatnosť, starobu, dlhé čakacie doby na umiestnenie v ústavoch sociálnej starostlivosti, mentálnu retardáciu, fyzickú či psychickú chorobu, alkoholizmus, drogy, hráčstvo či inú závislosť, utečenectvo či migráciu.“

U bezdomovcov sa najčastejšie stretávame s celou škálou problémov (sociálno-ekonomické, edukačné, zdravotné): nízka vzdelanostná úroveň, nízky status životných podmienok, zhoršený zdravotný stav, invalidita, mentálna a sociálna zaostalosť, pôrodnosť maloletých dievčat, zlá životospráva, nedostatočná starostlivosť o deti, vysoký podiel na páchaní priestupkov a trestných činov, trvalo vysoká miera nezamestnanosti, vysoký stupeň závislosti od systému štátnej sociálnej podpory. Gažíková (2014) považuje bezdomovectvo rodičov za jeden z dôvodov umiestňovania detí do detských domovov.

Kusá (2014) poukázala na vlnu prijaté odporúčanie Európskej komisie z 20. februára 2013 „Investovať do detí: východisko z bludného kruhu znevýhodnenia“, ktoré reaguje na skutočnosť, že chudoba v ranom detstve preukázateľne znižuje šance v dospelom živote. Apeluje preto na členské štáty, aby pri riešení otázok chudoby a sociálneho vylúčenia kládli záujem dieťaťa na prvé miesto, udržiavali investície do detí a rodín, zabezpečovali, aby finančná podpora detí zodpovedala vývoju životných podmienok, posudzovali vplyv politických reforiem na najznevýhodnenejšie deti a vyhýbali sa uplatňovaniu takých sankcií voči rodičom, ktoré vedú k zhoršeniu životných podmienok detí.

Primárna chudoba vzniká, ak príjmy nepostačujú na uspokojovanie základných životných potrieb. Medzi príčiny patria: nízke zárobky, vysoký počet detí, smrť žiteľa rodiny, choroba alebo staroba, nepravidelnosť práce alebo nezamestnanosť žiteľa rodiny.

Sekundárna chudoba je stav, kedy príjem rodiny je dostatočný, ale je vynakladaný neehospodárne. Ide o zbytočné veci (napr. alkohol, na hráčku vášeň a karty, za dôležité veci, ale neehospodárne) alebo oprávnené výdavky (napr. náklady na liečenie pri dlhodobom ochorení). Čo sa týka nižšej kvality zdravotného stavu bezdomovcov a ľudí na hranici chudoby, za hlavné determinanty sa považujú:

- dlhodobá zlá socio-ekonomická situácia a z nej vyplývajúce zlé stravovacie návyky a nevyhovujúca výživa,
- nedostatočná úroveň zdravotného a sociálneho uvedomenia,
- nízky štandard osobnej hygieny,
- škodlivé environmentálne prostredie,
- nedostatočné zdroje nezávadnej pitnej vody,
- zvyšujúca sa spotreba alkoholu, drog a tabakových výrobkov.

Práve všeobecne nízke povedomie v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia má za následok:

- šírenie pohlavne prenosných ochorení (prostitúcia),

- včasné a neplánované rodičovstvo,
- nepravidelné návštevy v prenatálnych poradniach,
- rastúce percento onkologických ochorení a pod.

Ciele ošetrovateľskej starostlivosti:

- eliminovať zdravotné problémy, predchádzať novým zdravotným problémom,
- očkovanie proti infekčným chorobám,
- sprístupniť prenatálnu starostlivosť, zlepšiť zdravotný stav matiek a detí,
- skvalitnenie výživy,
- osvojenie základných hygienických návykov,
- zvýšenie povedomia v sexuálnej oblasti a reprodukčnom zdraví,
- zníženie počtu tehotenstiev mladistvých,
- znižovanie závislosti od alkoholu a iných drog,
- prevencia, odhalenie a kontrola chronických ochorení,
- zlepšiť prístup bezdomovcov k zdravotnej starostlivosti.

Sociálna práca a formy pomoci nechcene tehotným ženám

Súčasný slovenský právny systém umožňuje a ponúka matkám nechcených detí **štyri možnosti, ako riešiť stav nežiaduceho tehotenstva**. Tri z nich umožňujú dať dieťaťu šancu na život v náhradnej rodine. **Prvou možnosťou je písomný súhlas matky** (ak otec nie je známy alebo nie je uvedený) **alebo oboch rodičov dieťaťa po pôrode na osvojenie**. Písomným vyhlásením, tzv. „Privolenie na osvojenie dieťaťa“, pred zástupcom súdu alebo oddelenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny v mieste trvalého bydliska matky alebo rodičov, po podpísaní daného dokumentu sa môže začať proces osvojenia. **Druhou možnosťou je utajený pôrod** ako východisko riešenia nechceného dieťaťa za podmienky darovania života dieťaťu a utajenia osoby matky novorodenca. **Tretou možnosťou je anonymné odloženie dieťaťa do verejne prístupného inkubátora (Hniezda záchrany)**. **Štvrtou možnosťou je umelé ukončenie tehotenstva**, ktoré je možné uskutočniť do 12. ukončeného týždňa tehotenstva (§ 6b Zákona č. 576/2004 Z. z.).

Sociálni pracovníci sú neodmysliteľnou súčasťou tejto problematiky. Môžu poskytovať odborné poradenstvo, participovať na edukácii (antikoncepcia, utajené pôrody, hniezda záchrany) a v prevencii nechcených tehotenstiev. V prípade utajeného pôrodu pomôžu vybaviť azylové centrum poskytujúce ubytovanie a stravu pred pôrodom a 6 týždňov po pôrode. Spolupracujú s príslušnými inštitúciami – orgánmi sociálnoprávnej ochrany dieťaťa, súdmi, políciou, zdravotníckymi zariadeniami, dávajú návrh na umiestnenie dieťaťa do detského domova, prípadne zabezpečujú osvojenie (adopciu) dieťaťa (Mojtová, Sedlárová, Šrank 2013).

Najrozšírenejšia forma pomoci bezdomovcom všeobecne je poskytnutie strechy nad hlavou – nocľahárne, azylové domy, tzv. zariadenie na polceste, chránené, sociálne byty a krízové centrá. Všetky takéto typy sociálnych služieb zriaďuje samospráva a prevádzkuje ich prostredníctvom občianskych združení či charitatívnych organizácií.

Jednou z účinných foriem pomoci nechcene tehotným ženám – matkám, ktoré by si dieťa chceli ponechať, ak by mali strechu nad hlavou a financie na prežitie, je zriadenie krízových centier pre matky s deťmi. Ministerstvo zdravotníctva podľa novely zákona má zverejňovať na svojej internetovej stránke zoznam občianskych združení, neziskových organizácií, nadácií, cirkví a náboženských spoločností, ktoré poskytujú ženám finančnú, materiálnu a psychologickú pomoc v tehotenstve a aktualizovať ho najmenej raz štvrtročne.

Nechcene tehotným ženám zo sociálne znevýhodneného prostredia nechýba len strecha nad hlavou a stály finančný príjem, ale najmä domov, blízki ľudia, na ktorých by sa v

prípade potreby mohli obrátiť. Mat' domov znamená možnosť dlhodobo bývať v bezpečnom a prijímajúcom prostredí. Domov zabezpečuje pocit bezpečia a súkromia, je miestom oddychu a sociálnych vzťahov. To, čo má pre bezdomovca fatálne následky je strata sociálnych vzťahov, ktoré sa uskutočňujú prostredníctvom domova. Na všetky tieto atribúty sa zameralo OZ Šanca pre nechcených, ktoré je príkladom dobrej praxe. Podarilo sa im spojiť službu matkám s deťmi v kríze (ktoré sú bez strechy nad hlavou a finančného príjmu) so sociálnou službou pre odkázaných seniorov – v roku 2009 otvorili prvú Náruč záchrany Senior&Junior. Matky z nefunkčných rodín sú obohatené o prítomnosť starších ľudí a starkým spríjemňujú dlhé chvíle na aktivačných činnostiach nielen mladé ženy, ale najmä deti.

Cieľom poskytnutej pomoci je predchádzať postupnému prehĺbovaniu krízy v živote žien v hmotnej a sociálnej núdzi. K tomu používajú rôzne metódy sociálnej práce, akou je prípadová sociálna práca, krízová intervencia (nonstop telefonická linka), sociálne poradenstvo, skupinová sociálna práca atď. Ženám s deťmi okrem strechy nad hlavou ponúkajú psychologickú a morálnu podporu, peňažnú a vecnú pomoc, v krízových centrách získanie základných zručností – zabezpečenie výchovno-vzdelávacieho procesu – starostlivosť o dieťa, hygienické návyky, prevencia chorôb, základy varenia, finančná gramotnosť, naučiť sa hľadať zamestnanie, napísať žiadosť a životopis, pomoc s vyplňovaním tlačív, orientovať sa v legislatíve, získať možnosť rekvalifikácie a uplatnenia sa na trhu práce.

Záver

Dlhoročné analýzy a skúsenosti ukazujú, že riešenie problémov nechcených tehotenstiev stojí na niekoľkých základných pilieroch, ktoré zahŕňajú oblasť zdravia, bývania, zamestnanosti, vzdelávania a prevencie. Z praktického hľadiska je nemožné, aby všetky tieto oblasti pokryli neziskové organizácie. Je nutná participácia zo strany štátu aj samospráv. Veľkú rolu pri snahe zlepšiť situáciu nechcene tehotných žien zohrávajú pracovníci pomáhajúcich profesií, špeciálne sociálni pracovníci, ktorí môžu za určitých podmienok úspešne intervenovať v prospech nenarodeného dieťaťa. Ľudský život si už vo svojom úplnom začiatku vyžaduje ochranu. Kto iný mu ju môže poskytnúť, ak nie len dospelý a múdry človek?

Zoznam bibliografických odkazov

- GAŽIKOVÁ E. 2014. *Rizikové správanie detí v detských domovoch*. Košice: Equilibria, 2014. 136 s. ISBN 978-80-558-0686-0.
- GHANNAMOVÁ, A. 2005. <http://www.hniezdozachrany.sk/>, www.sancaoz.sk
- KUSÁ, Z. 2014. *Chudoba a jej dôsledky pre osamelých rodičov*. In *Dieťa je dar*: zborník z medzinárodnej konferencie o príčinách súvisiacich so vzdávaním sa novorodencov biologickými rodičmi a ich prevencii, Bratislava, Nadácia J&T, 2014. s. 10-17. ISBN 978-80-224-1068-3.
- MOJTOVÁ, M. 2008. *Sociálna práca v zdravotníctve*. Bratislava: SAP 2008, 2010. 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0.
- MOJTOVÁ, M. - SEDLÁROVÁ, K. – ŠRANK, M. 2013. *Klinický sociálny pracovník*. 1. vyd. Nitra: UKF, 2013. 263 s. ISBN 978-80-558-0269-5.
- TVRDOŇ, M. - KASANOVÁ, A. 2004. *Chudoba a bezdomovstvo*. Nitra: FSVaZ UKF, 2004. 141 s. ISBN 80-8050-776-7.
- www.nczi.sk

Kontakt na autora

prof. PhDr. Martina Mojtovej, PhD.
Univerzita Konštantína Filozofa
Katedra sociálnej práce a sociálnych vied

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva
Kraskova 1, 949 74 Nitra
mmojtova@ukf.sk

Resocializácia drogovu závislých osôb ako prostriedok predchádzania opätovného sociálno – patologického správania

Anton Lisnik (SR)

Abstrakt: Zvyšovanie počtu drogovu závislých osôb spolu s klesajúcim vekom, kedy deti a mladí ľudia prvýkrát vyskúšajú drogu znamená pre súčasnú spoločnosť závažný problém, na ktorý musela zareagovať aj sociálna práca. Dôležitou súčasťou návratu drogovu závislej osoby do bežného života je proces resocializácie, ktorý nastupuje po absolvovaní liečby. Resocializačné strediská sa tak stávajú prostriedkom, kde sa drogovu závislí učia znovu žiť v spoločenstve a v spoločnosti. Úspešný resocializačný proces síce nie je zárukou, že drogovu závislí už drogu nikdy viac nevezmú, ale pomáha znižovať riziko opakovaného zlyhania, ktoré má za následok sociálno-patologické správanie a zvyšujú šancu zaradenia sa do bežného života. Príspevok predstavuje problematiku resocializácie drogovu závislých osôb v súčasných podmienkach Slovenska.

Kľúčové slová: Drogy. Drogová závislosť. Resocializácia. Spoločnosť.

Abstract: Increasing the number of drug addicts with the decreasing age when children and young people first try drugs mean for contemporary society a serious problem that had to react and social work. An important part of drug addicts return to normal life is a process of re-socialization that comes after completion of treatment. Social reintegration centers becomes a means where addicts learn again to live in community and society. The successful re-socialization process, while not a guarantee that drug addicts have never take no more, but helps to reduce the risk of repeated failure, which results in socio-pathological behavior and increases the chance of integration into daily life. The contribution represents an issue of social reintegration of drug addicts in the current conditions of Slovakia.

Keywords: Drugs. Drug addiction. Social reintegration. Society.

Úvod

Podľa Svetovej správy o drogách publikovanej v roku 2008 sa počet užívateľov drog odhaduje sa celosvetovo na približne 4,3 miliardy osôb v produktívnom veku (Šteliar 2010). V správe Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (2014) sa uvádza, že v rámci Európskej únie minimálne štvrtina dospeléj populácie v Európskej únii, čo je vyše 80 miliónov dospelých, niekedy v živote užila nezákonnú drogu. Vo väčšine prípadov užili kanabis (73,6 milióna), nižšie odhady sú zaznamenané pre celoživotné užívanie kokaínu (14,1 milióna), amfetamínu (11,4 milióna) a extázy (10,6 milióna). Monitorovanie užívania drog medzi študentmi poskytuje dôležitý obraz o súčasnom rizikovom správaní mládeže a je ukazovateľom možných budúcich trendov. Výsledkom rastúceho počtu drogovu závislých osôb je zvyšujúca sa potreba liečby a následnej resocializácie.

Proces resocializácie

Resocializácia drogovu závislých osôb je veľmi špecifická a je viazaná na liečbu. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014) v Európskej správe o drogách konštatuje, že vo väčšine európskych krajín tvoria programy pobytovej liečby dôležitý prvok liečby a možností rehabilitácie pre drogovu závislých. V Európe je evidovaných 2 500 pobytových liečebných centier, pričom komunitno-pobytové zariadenia tvoria najväčšiu skupinu 2 330. Okrem toho bolo v celej Európe identifikovaných 170 programov nemocničnej liečby.

V rámci Prešovského kraja došlo v posledných rokoch k uzavretiu psychiatrických liečební pre závislých a na ústupe je aj samotná resocializácia, pretože klienti resocializačných zariadení sú často bývalými pacientmi blízkych psychiatrických kliník. Z tohto dôvodu v prešovskom neexistuje liečebňa pre závislých, aj keď z celospoločenského hľadiska môžeme sledovať nárast počtu závislých. V súčasnosti reálne fungujú a majú akreditáciu len dva, ktoré vznikli ešte pred rokom 2000. Prvým je Gréckokatolícka charita v Prešove a druhým Inštitút Krista Veľkňaza v Žakovciach, ktorý ma rozdelenú resocializáciu pre mužov v Dome Božského srdca Ježišovho v Žakovciach a pre ženy v Dome Božieho milosrdenstva v Ľubici.

Žiaková (2009, s. 9) podotýka, že: „problematika závislostí je svojou povahou interdisciplinárna. To znamená, že profesionálne zvládnutie liečby a zaradenie závislého klienta do života si vyžaduje u sociálneho pracovníka interdisciplinárnu prípravu, ako aj ľudskú zrelosť a pripravenosť“. Csáder (1999, s. 307) definuje resocializáciu ako: „proces komplexného, sústavného, cieľavedomého, systematického a adresného ovplyvňovania, usmerňovania a vedenia odliečeného závislého jedinca, smerujúci k jeho plnohodnotnému návratu do bežného života, sociálneho prostredia a pracovného procesu. Programovo je orientovaná na zmenu spôsobu jeho myslenia, konania, životného štýlu, tréning v sociálnych spôsobilostiach, osvojovaní si morálnych a etických noriem, nácvik samostatného života, života v skupine a pre skupinu“.

Napriek faktu, že resocializačný proces nemá u nás dlhú tradíciu (jeho základy sa začali budovať až po roku 1995), je jeho opodstatnenosť a efektívnosť pri reintegrácii drogovu závislých osôb do prirodzeného sociálneho prostredia potvrdzovaná výsledkami práce ľudí, ktorí ponúkajú nielen odbornú pomoc, ale aj svoje srdce, vzťah, pochopenie, životnú skúsenosť a nádej pri novom smerovaní na ceste k sebapoznaniu, nezávislosti, sebauplatneniu (Žemličková 2010).

Založenie a činnosť resocializačného strediska, ktorého cieľom je predovšetkým opätovný návrat drogovu závislej osoby do života v prirodzenom prostredí, upravuje zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Resocializačné stredisko podľa tohto zákona sa zriaďuje na aktivizovanie vnútorných schopností detí a plnoletých fyzických osôb na prekonanie psychických dôsledkov, fyzických dôsledkov a sociálnych dôsledkov drogových závislostí alebo iných závislostí a na zapojenie sa do života v prirodzenom prostredí.

V resocializačnom stredisku sa poskytuje odborná pomoc:

- plnoletej fyzickej osobe,
- dieťaťu na základe dohody so zákonným zástupcom alebo osobou, ktorá sa osobne stará o dieťa, alebo so zariadením na výkon rozhodnutia súdu, v ktorom bolo dieťa umiestnené na základe rozhodnutia súdu o nariadení ústavnej starostlivosti, súčasťou dohody je aj spôsob a výška úhrady za poskytovanú starostlivosť,
- b) vykonáva rozhodnutie súdu o výchovnom opatrení,
- c) vykonáva rozhodnutie súdu o predbežnom opatrení, ak bol podaný návrh na uloženie výchovného opatrenia.

Resocializačné stredisko vypracúva individuálny resocializačný plán, ktorého súčasťou je určenie adaptačnej fázy resocializačného procesu dieťaťa alebo plnoletej fyzickej osoby, metódy práce s rodinou a blízkymi osobami týchto osôb, spôsob spolupráce so školou a spôsob pravidelného informovania zákonného zástupcu dieťaťa, ak poskytuje odbornú pomoc dieťaťu s neskončenou povinnou školskou dochádzkou. V resocializačnom stredisku sa resocializácia drogových závislostí a iných závislostí vykonáva pobytovou formou spravidla najmenej osem mesiacov, väčšinou je však resocializácia nastavená na 12-15 mesiacov (Zákon č. 305/2005 Z. z. 2005).

Resocializačné strediská na Slovensku

Mnohé pobytové programy v rámci Európy sú zamerané na zdravie, osobné a sociálne fungovanie a zlepšenie kvality života a možno ich charakterizovať štyrmi hlavnými terapeutickými prístupmi: 12-krokový alebo Minnesotský model, prístup terapeutickej komunity, psychoterapia využívajúca kognitívno-behaviorálnu terapiu a psychoterapia využívajúca iné modely liečby. V 15 krajinách prevažuje „model terapeutickej komunity“ (EMCDDA 2014).

K 31.12.2013 bolo na Slovensku akreditovaných podľa zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele 19 resocializačných stredísk (RS) (ÚPSVaR 2014). Väčšinou sú prevádzkované neštátnymi subjektmi. Resocializácia drogov závislých osôb prebieha v niekoľkých fázach v závislosti od modelu resocializácie, ktorý sa v resocializačnom zariadení používa. Na Slovensku väčšina resocializačných stredísk využíva proces rozdelený do 3 fáz modelu severoamerických terapeutických komunit alebo do 4 fáz podľa slovenských autorov Jána Galáša a Pavla Csádera (Dolák 2011). V príspevku predstavíme resocializačný proces rozdelený do štyroch fáz:

1. Fáza adaptačno – motivačná:

prebieha počas prvých mesiacov pobytu klienta v resocializačnom zariadení, realizuje sa prostredníctvom aktívnej účasti klienta na celom obsahu a programe činnosti RS, klientovi sa snaží poskytnúť maximum informácií o celej komunite a jej princípoch, budovanie sebadôvery a sebaúcty klienta, jeho motivácia k aktívnej účasti na procese resocializácie nemá žiadne vychádzky, telefonáty, poštu, a môže komunikovať len s členmi komunity. Tieto opatrenia majú zlepšiť adaptáciu a chrániť klienta pred recidívou,

2. Fáza nápravná a terapeutická (konfrontačná)

prebieha v druhých 3-4 mesiacoch pobytu klienta v RS, zamerané je na interpersonálnu reguláciu jedinca a to najmä osobnostnú, vzťahovú, emočnú, vôľovú a postojeovú, klient si musí plniť svoje pracovné povinnosti, ktoré má v rámci zariadenia, posilňovanie pracovných návykov, zodpovednosť za druhých, dochádza k tvrdej konfrontácii komunity s klientom, ale i klienta so svojím domovským prostredím, ku ktorým dochádza počas vychádzok, klient sa učí opätovne komunikovať so svojím okolím, dôležitá je nielen práca s klientom, ale aj s najbližším okolím, rodičmi, práca na ozdravení rodinného systému.

3. Fáza sociálno-rehabilitačná (rozhodujúca)

prebieha v tretej štvrtine pobytu klienta v resocializácii, opäť môže trvať 3-4 mesiace, obsahovo je zameraná na realizáciu postupov, zameraných na celkovú fyzickú a psychickú obnovu jedinca a na dosiahnutie najvyššieho stupňa osobnostného a fyzického vývinu klienta a jeho pracovnej výkonnosti, dochádza k pribúdaniu zodpovednosti klienta za seba samého ale i za celú komunitu, klientov s nižšou fázou, klienti zodpovedajú za kontrolu vecí novo prichádzajúcich klientov.

4. Fáza reintegračná (kontaktná)

prebieha počas poslednej fázy pobytu klienta v zariadení a prvých týždňov po jeho návrate do bežného života, realizuje sa proabstinenčným tréningom, veľmi úzkou väzbou klienta na doliečovací klub a na príslušného terapeuta upevňovaním a posilňovaním pozitívnych návykov a autoregulačných mechanizmov, klient sa zameriava na svoj život po odchode z resocializačného zariadenia, pripravuje sa na odchod (Csáder 1999).

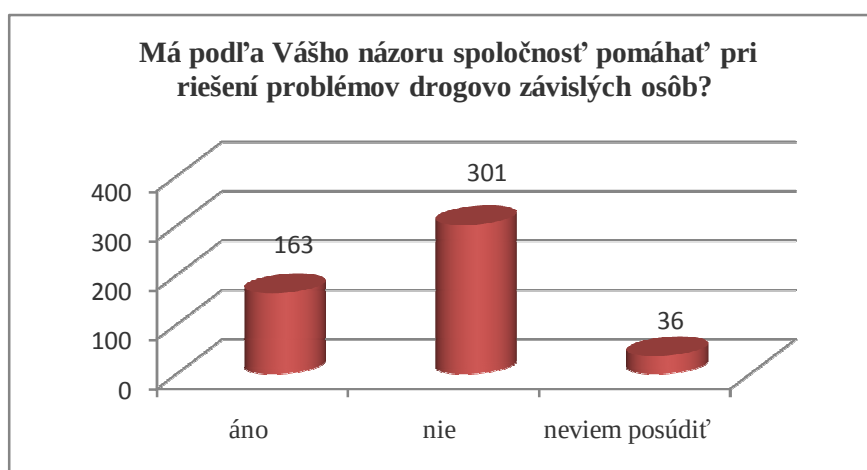
Galáš (2010) uvádza, že viacročné pozitívne skúsenosti z pôsobenia resocializačných stredísk potvrdzujú, že resocializácia má svoje pevné a nezastupiteľné miesto v komplexnej starostlivosti o drogov závislých. Potvrdzujú to stovky úspešných „absolventov“ resocializačného procesu, ktorí sa plnohodnotne začlenili do bežného života. Napriek tomu, že v minulosti bola dôležitosť resocializácie často viac verbálne proklamovaná než reálne doceňovaná, je efektívnou súčasťou procesu starostlivosti o drogov závislých, ktorú je potrebné naďalej rozvíjať a skvalitňovať podmienky na jej realizáciu.

Význam resocializácie

Úspešná resocializácia vytvára podmienky pre úspešné zaradenie drogovu závislých osôb do bežného života a zároveň je prostriedkom prevencie v snahe predchádzať opätovnému sociálno-patologickému správaniu. V uplynulých rokoch došlo na Slovensku k zvýšeniu podielu spáchaných trestných činov pod vplyvom alkoholu a návykových látok. Ministerstvo spravodlivosti (2014) v Štatistickej ročenke uvádza, že v **roku 2011** bol uložený trest za spáchanú trestnú činnosť 30 110 osobám, z ktorých bolo pod vplyvom alkoholu **2369 osôb (7,90 %)**. V **roku 2012** sa počet osôb pod vplyvom alkoholu **zvýšil na 6 484** z celkového počtu 35 077 odsúdených osôb, čo **znamená nárast na 18,50 %**. Ďalší nárast bol zaznamenaný aj v **roku 2013**, keď z celkového počtu **36 079 osôb**, ktorým bol udelený trest bolo pod vplyvom alkoholu **6 876 osôb**, teda **19,10 %**. Podobný nárast bol zaznamenaný aj u trestných činov spáchaných pod vplyvom drog. V **roku 2011** tvorili odsúdení pod vplyvom drog **0,85 % (257 osôb)**, avšak v roku **2012 to už bolo 1,33 %**, tzn. že z 35 077 odsúdených bolo **467 osôb pod vplyvom drog**. Rok 2013 znamenal ďalšie zvýšenie podielu odsúdených pod vplyvom drog a to na **1,46 %**, t. j. **528 osôb** z celkového počtu 36 079 odsúdených. Ministerstvo spravodlivosti (2014) zároveň upozorňuje, že z počtu **1603 všetkých nerealizovaných ochranných liečení**, ktoré boli nariadené súdmi v roku 2013 (patrí tu protialkoholické, psychiatrické, protitoxikomanické a sexuologické liečenie) bolo **488 protialkoholických a protitoxikomanických liečení nerealizovaných z dôvodu nedostatku kapacít**. Uvedené výsledky jasne ukazujú nárast páchanej trestnej činnosti pod vplyvom alkoholu a návykových látok a zároveň je zjavný nedostatok kapacít na liečbu a resocializáciu drogovu závislých osôb.

Vo výskume, ktorý sme uskutočnili s cieľom poznať názory na problematiku drog a drogových závislostí začiatkom roka 2012, a ktorého sa zúčastnilo 500 študentov osemročných a štvorročných gymnázií z okresov Levoča a Spišská Nová Ves sme sa pýtali aj na problematiku vzťahu spoločnosti k liečbe drogovu závislých. Na otázku „**Má podľa Vášho názoru spoločnosť pomáhať pri riešení problémov drogovu závislých osôb?**“ iba 32,60 % opýtaných odpovedalo kladne. Až 60,20 % študentov odmietlo názor, že spoločnosť má pomáhať drogovu závislým s liečbou a 7,20 % nevedelo na otázku odpovedať.

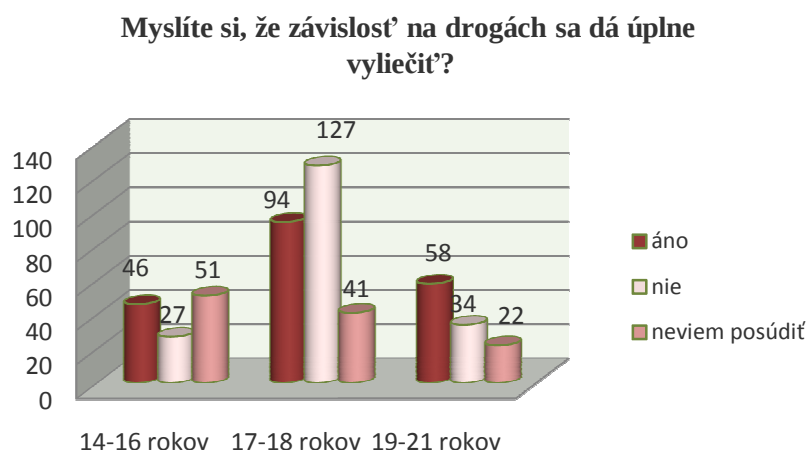
Graf č. 1: Odpovede respondentov na otázku „Má podľa Vášho názoru spoločnosť pomáhať pri riešení problémov drogovu závislých osôb?“



Otázkou „**Myslíte si, že závislosť na drogách sa dá úplne vyliečiť?**“ sme sa respondentov pýtali na ich názor ohľadom úplného **vyliečenia zo závislosti**. Pomerne veľký počet – 39,60 % študentov uviedlo, že závislosť sa dá vyliečiť úplne. Opačný názor malo 37,60 % z opýtaných, a 22,80 % opýtaných nevedelo odpovedať na túto otázku. V ďalšej

otázke sme zisťovali, či respondenti vedia uviesť **niektoré formy alebo metódy liečby**. 61,80 % študentov vedelo uviesť niektoré formy alebo metódy liečby drogovej závislosti. Najčastejšie respondenti uvádzali: liečenie na psychiatrii, protialkoholické liečenie, resocializačné liečenie, ale aj dlhodobú abstinenciu. Naproti tomu 38,20 % z celkového počtu, odpovedalo záporne. Pri vyhodnocovaní odpovedí respondentov sme zistili, že znalosti o formách liečenia závislostí sa zvyšovali s vekom respondentov.

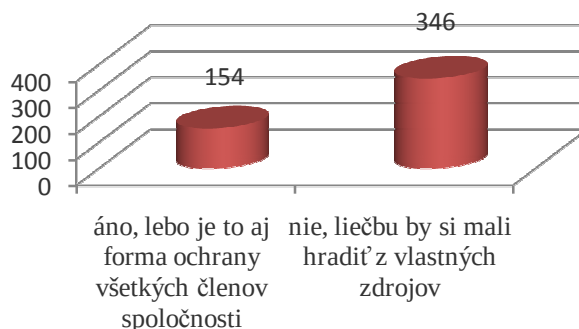
Graf č. 2: Odpovede respondentov na otázku „Myslíte si, že závislosť na drogách sa dá úplne vyliečiť?“ v závislosti od veku respondentov



Nemenej dôležitým faktorom je financovanie liečby drogovo závislých osôb. Práve financovanie liečby z verejných financií je jedným z dôvodov negatívneho vnímania drogovo závislých osôb, zvlášť v dnešnej dobe, keď je kritická situácia vo financovaní zdravotníctva, a pacienti s ťažkými, často chronickými ochoreniami si musia liečbu doplácať, príp. hradiť úplne. Na druhej strane je liečba drogovo závislých osôb hrazená zo systému zdravotného poistenia, i keď mnohí z nich nepracujú a na zdravotné poistenie prispieva štát – a to z prostriedkov všetkých členov spoločnosti. To sa prejavilo aj v našom výskume, pri otázke, v ktorej sme zisťovali **názory respondentov na financovanie liečby drogovo závislých osôb z verejných financií**.

Graf č. 3: Odpovede respondentov na otázku „Považujete za správne, že dostupnosť liečby drogovo závislých osôb je zabezpečovaná z verejných financií?“

Považujete za správne, že dostupnosť liečby drogovo závislých osôb je zabezpečovaná z verejných financií („z peňazí všetkých členov spoločnosti“)?



30,80 % opýtaných študentov sa stotožňuje s názorom, že spoločnosť sa má podieľať na liečbe poskytovaním zdrojov z verejných financií, naproti tomu **71,20 % uviedlo, že liečbu by si mali hradiť z vlastných zdrojov**. Tieto výsledky jednoznačne ukázali, že mladí ľudia sa nestotožňujú s názorom, že liečba drogovzo závislých má byť hrazená z verejných financií.

Záver

Drogozo závislí ľudia sú súčasťou súčasnej spoločnosti a tvoria pomerne veľkú cieľovú skupinu sociálnej práce. Resocializácia liečených narkomanov je jednou z ciest ich opätovného začlenenia do bežného života v spoločnosti a zároveň je prostriedkom predchádzania opätovného sociálno-patologického správania. Práve z týchto dôvodov sú potrební sociálni pracovníci, ktorí okrem teoretických vedomostí majú aj praktické skúsenosti s prácou s drogozo závislými. Dôležitou súčasťou práce sociálnych pracovníkov je aj informovanie verejnosti o práci pri resocializácii liečených narkomanov, pretože o liečbe a resocializácii má verejnosť a najmä mladí ľudia málo informácií a nevedia zaujať postoj k liečeným a abstinujúcim závislým ľuďom.

Zoznam bibliografických odkazov

- CSÁDER, Pavel, 1999. Resocializácia. In: Peter ONDREJKOVIČ. *Protidrogová výchova*. Bratislava: Veda. s. 307 – 312. ISBN 80-224-0553-1.
- DOLÁK, Jaroslav, 2011. *Fázy resocializácie*. RDZO Návrat, Kráľová. Osobná komunikácia.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2014. *Therapeutic communities for treating addictions in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-9168-709-1.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION., 2014. *European Drug Report 2014: Trends and developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-9168-694-0.
- GALÁŠ, JÁN, 2008. *Resocializácia – hľadanie cesty k sebe samému*. [online]. [cit. 2014-10-06]. Dostupné z: <http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/d/resocializacia/sk/resocializacia.html>
- MINISTERSTVO SPRAVODLIVOSTI SR., 2013. *Štatistická ročenka 2013*. [online]. [cit. 2014-10-06]. Dostupné z: <http://www.justice.gov.sk/stat/roc/14/index.htm>
- NR SR, 2005. *Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov*.
- ŠTELIAR, Imrich, 2010. Aktuálne užívanie legálnych a nelegálnych látok v SR. In *Aktuálne problémy drogovej závislosti v SR i ďalších krajinách EÚ*. Bratislava: Centrum protidrogových a poradenských služieb na EU. s. 57 – 61. ISBN 978-80-225-3044-6.
- ŽIAKOVÁ, Eva, 2009. Sociálnopsychologické spôsobilosti sociálnych pracovníkov so závislým klientom. In: *Drogová prevencia v sociálnej práci*. Košice: UPJŠ. s. 9 – 17. ISBN 978-80-970251-8-2.
- ŽEMLIČKOVÁ, Jana, 2010. *Resocializácia drogozo závislých na Slovensku*. [online]. [cit. 2014-10-16]. Dostupné z: <http://www.bedekerzdravia.sk/files/archive/bz2010-1.pdf>

Kontakt na autora

doc. ThDr. PaedDr. Anton Lisník, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Pedagogická fakulta
Nábřeží J. P. II. č. 15
058 01 Poprad

Zlé zaobchádzanie so seniorom v zariadeniach sociálnych služieb

Beáta Balogová (SR)

Príspevok vznikol ako výstup z riešenia Projektu VEGA MŠVVaŠ SR č. 1/0146/14 s názvom *Teoretické a metodologické kontexty socioterapie ako novoobjavenej metódy sociálnej práce*.

Abstrakt: Predmetom príspevku je potreba vyrovnávania sa s existenciou zlého zaobchádzania so staršími ľuďmi ako sociálno-patologického fenoménu v podmienkach Slovenskej republiky –ako rizikového správania zo strany sociálneho pracovníka/čky. Impulzom k spracovaniu je potreba odpovedať na otázku, akým spôsobom zakomponovať problematiku zlého zaobchádzania so staršími ľuďmi do širšej problematiky aktívneho a dôstojného starnutia s poukázaním na možnosti riešenia v kontexte sociálnej práce.

Kľúčové slová: Senior. Zlé zaobchádzanie. Sociálna práca. Sociálny pracovník/čka. Zariadenia sociálnych služieb.

Abstract: The subject of this paper is need to deal with the existence of maltreatment of older people as a socio-pathological phenomenon and with risky behavior of the socialworker in conditions of Slovakia. The impulse for processing this paper is need to answer the question of how to incorporate the issue of maltreatment of older people to the wider issue of active and dignified aging with reference to possible solutions in the context of social work.

Keywords: Senior. Maltreatment. Socialwork. Socialworker. Socialservice.

Úvod

Vybraná problematika konferencie smerujúca k teoreticko-empirickému skúmaniu *Rizikového správania v teórii a praxi sociálnej práce* významne korešponduje s vývojom sociálnej práce ako vedy, ktorá prechádza postupným prechodom od etablácie k riešeniu kľúčových teoreticko-metodologických otázok jej samotnej existencie. V tomto priestore prispievame svojou úvahou na problematiku zlého zaobchádzania - násilia páchaného na senioroch v súvislosti s vývojom spoločnosti postmodernej či povedané slovami Lipovetskeho (2013) hypermodernej doby, ktorá atmosférou strachu, nevšímavosti či neaplikovaním etických princípov a princípov sociálnej politiky vytvára priestor pre rozširovanie penetrovaného negatívneho fenoménu. Aj napriek tomu, že by sme už v druhom decénií 21. storočia očakávali správanie založené na morálnosti, rešpektovaním dôstojnosti každého jedinca, sme však svedkami opaku. Zlé zaobchádzanie so seniormi tak môžeme vnímať ako závažný sociálnopatologický jav, ktorý v explorovanej podobe spájame s problematikou odkázanosti seniora na pomoc okolia, respektíve odkázanosti na sociálnu službu v rezidenčných zariadeniach.

Étos verejných politík a sociálnej práce

Cieľom sociálnej práce je zabezpečiť sociálne fungovanie⁴¹ klienta, ktoré má dnes kľúčové postavenie v koncepciách ľudského blahobytu, v politickej teórii, sociálnej a morálnej teórii a výraznou mierou ovplyvňuje verejnú politiku. Odlišná interpretácia základných faktorov sociálneho fungovania určuje mieru zodpovednosti jedinca, ktorá zohráva kľúčovú rolu v otázkach nároku na kompenzácie zo strany spoločnosti. Vo svojom

⁴¹ Je potrebné zdôrazniť, že niektoré otázky fungovania jedinca skúmali už Aristoteles či A. Smith a J.S. Mill (Palovičová, 2013).

odporúčaní vychádzame z definovania sociálneho fungovania H. Bartlettovej (1970, in: Palovičová, 2013), ktorá najvýznamnejšie rozpracovala pojem sociálneho fungovania ako teoreticko-metodologického východiska sociálnej práce vo význame úspešného zvládania sociálnych rolí. Zameriava sa na dva pojmy: na pojem úlohy (conceptoftask) a na pojem zvládania (conceptofcoping). Podľa autorky sociálne fungovanie označuje skutočnosť, že medzi ľuďmi a prostredím prebieha neustála interakcia. Prostredie kladie na človeka požiadavky, formuluje očakávania, definuje isté sociálne roly, na ktoré človek musí reagovať. Zvládanie sa týka ľudského úsilia riešiť situácie, ktoré môžu byť vnímané ako sociálne úlohy, životné situácie alebo problémy života. Ľudia prežívajú tieto životné úlohy primárne ako tlaky zo svojho sociálneho prostredia. Odtiaľ vychádzajú dve významné myšlienky: na jednej strane ľudské zvládanie a na druhej strane požiadavky prostredia. Aby sa tieto myšlienky mohli stať súčasťou jedného celistvého pojmu, musia byť vzájomne prepojené dimenziou, ktorú vystihuje myšlienka sociálnej interakcie. Pokiaľ je interakcia človeka a prostredia v rovnováhe, nedochádza k rušivým prejavom a relevantným situáciám, ale len čo sa rovnováha naruší a jednotlivec alebo skupina nedokáže problém riešiť a zvládnuť vlastnými silami, vynára sa sociálny problém. Príčinou problémov alebo ich nezvládania môže byť neschopnosť jednotlivca riešiť vzniknutú situáciu, ale aj neadekvátnosť prostredia, v ktorom žije. A takto by sme mohli zdefinovať problém zlého zaobchádzania so seniorom, ktorý sám nedokáže tento problém riešiť a zároveň môžeme vnímať neadekvátnosť prostredia, reagovať na túto situáciu. Domnievame sa, že je nevyhnutná intervencia sociálnej práce. Následným cieľom je potom podporovať sociálne fungovanie človeka - seniora tým, že mu pomáha obnoviť alebo udržať rovnováhu medzi viac alebo menej dostatočnou kapacitou zvládania spolu s primeranými požiadavkami okolia. Pojem zvládania rozhoduje o tom, v ktorej oblasti je potrebné pomôcť. Inými slovami, pojem sociálneho fungovania je kľúčom k pochopeniu cieľov sociálnej práce ako profesie.

Prechádzajúc k vecnému vymedzeniu skúmanej problematiky je potrebné zdôrazniť, že v horizonte už dvoch decénií rezonuje v našich výskumných zameraniach fenomén zlého zaobchádzania, čo korešponduje so širším kontextuálnym rámcom sledovania danej problematiky, tak na európskej, ako aj celosvetovej úrovni. A ako zdôrazňuje *Európsky referenčný rámec pre prevenciu zneužívania a týrania starších* (2011) sa za posledné dve desaťročia stále viac pozornosti venovalo otázke zneužívania a týrania starších vo výskume, v politike aj v praxi. Reakciou na to bolo aj vyhlásenie *Radou Európskej únie a Európskeho parlamentu rok 2012 za rok Aktívneho starnutia a medzigeneračnej solidarity*. Dôvodom bola spoločenská situácia vo vzťahu k seniorom, ktorá vykazuje vysokú mieru (akákoľvek prítomnosť tohto javu v civilizovanej demokratickej spoločnosti je neprípustná) ageizmu a hostility voči seniorom, ako dôsledku premeny modernej spoločnosti na postmodernú a hypermodernú spoločnosť charakteristickú vysokou mierou individualizmu a straty identity. Ďalšou komplikujúcou okolnosťou je zásadná zmena staroby, ktorá akumuluje kapitál rôzneho druhu a aj sociálne dištinkcie, čo ju robí spoločensky neprehliadnuteľnou. Akonáhle sa senior stáva odkázaným na podporu a odkázanosť iných, už je tu riziko straty práva na súkromie; práva na samorozhodovanie; je ohrozené právo na vysokú kvalitu a idiografickú starostlivosť; právo na kompenzáciu; právo na osobné informácie, radu a vedomý súhlas; právo na pokračujúcu komunikáciu, účasť na spoločenských a kultúrnych aktivitách právo na slobodu prejavu a slobodu myslenia/vedomia: vieru, kultúru a náboženstvo a v neposlednom rade právo na paliatívnu starostlivosť, pomoc, rešpekt a dôstojnosť pri zomieraní a smrti. Uvádzané a mnohé ďalšie zmeny generujú potrebu inovovať, resp. v niektorých prípadoch aj zásadne zmeniť prístup spoločnosti k starobe, k spoločenským dôsledkom staroby, k spolužitiu viacerých generácií, zachytávajúcím celé bio-psycho-sociálno-duchovné spektrum života jedinca.

Zlé zaobchádzanie so seniormi

Vymedzujúc termín zlé zaobchádzanie možno akcentovať, že v európskych podmienkach a dokumentoch sa využíva najčastejšie termín maltreatment. V podmienkach Slovenska je terminológia širšia. Rezultujúc konštatujeme, že zlé zaobchádzanie so seniormi môžeme definovať ako mnohodoménový systémový fenomén, patriaci do oblasti verejných a občianskych politík⁴². Z. Kalvach, (2004, s. 172) už niekoľko rokov poukazuje na fenomén zlého zaobchádzania so seniormi. V jeho terminológii ide o „zlé zaobchádzanie“ (maltreatment, či mistreatment), o nevhodné zaobchádzanie, vrátane syndrómu zanedbávania a týrania, ostrakizácie či hyperprotektívneho paralyzovania. K. Repková (2012), hovorí o „zlom zaobchádzaní so staršími ľuďmi“, respektíve o „zlom zaobchádzaní s odkázanými staršími ľuďmi“ a zároveň poukazuje na fakt, že *Svetová zdravotnícka organizácia* v spolupráci so *Svetovou bankou* v roku (2011) využíva pojem „násilie páchané na ľuďoch so zdravotným postihnutím“. R. Bednárík (1999-2004) v tejto súvislosti využíva termín „ubližovanie starším“ a chápe ho oveľa širšie, nielen ako nezvládnutie opatrovateľských vzťahov medzi opatrovateľom a opatrovaným, ale aj ako snahu o získanie majetku, či egoizmus v medzigeneračných vzťahoch v rodine. Vzhľadom k uvedeným skutočnostiam sa prikláňame k názvu „zlé zaobchádzanie so seniormi“. Pri vymedzení rezidenčných podmienok v kontextoch sociálnej práce zahrňame poskytovanie sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb realizovaných v zmysle *Zákona 448/2008 o sociálnych službách*.

Výskum zlého zaobchádzania so seniormi

V priebehu jedného decénia sme uskutočnili päť výskumov zlého zaobchádzania využívajúc kvalitatívne a kvantitatívne stratégie so zameraním na zlé zaobchádzanie v domáciach či rezidenčných podmienkach pokrývajúcich regionálne, ale aj celoslovenské podmienky. Naše zistenia potvrdili prítomnosť tohto fenoménu. V predmetnom príspevku explorujeme výsledky výskumu zlého zaobchádzania⁴³. Cieľom výskumu bolo zistiť postoje a skúsenosti zamestnancov a zamestnankyň zariadení sociálnych služieb s problematikou zlého zaobchádzania so staršími ľuďmi. Zámerom bolo podporiť ich k otvorenej a kritickej reflexii vlastnej odbornej práce na úseku diagnostiky zlého zaobchádzania so staršími ľuďmi ako základu pre rozvoj solídneho poznania v tejto oblasti. Hypoteticky sme predpokladali, že diagnostika zlého zaobchádzania so staršími ľuďmi nie je v zariadeniach sociálnych služieb spravidla (väčšinou) štandardnou súčasťou celkovej diagnostiky životnej situácie staršieho človeka a že spravidla (väčšinou) sa nepoužívajú štandardizované postupy na jej realizáciu. V kontexte takto sformulovanej hypotézy sme si položili otázky: Aké majú zamestnanci/kyne zariadení sociálnych služieb rezidenčnej povahy postoje k rozšírenosti zlého zaobchádzania so staršími osobami zo strany rozličných ľudí (členov rodiny, známych, ale aj profesionálov/lok) a aké majú v tejto oblasti profesionálne skúsenosti? Aké diagnostické postupy v tejto oblasti využívajú? A Aké iné dôležité okolnosti považujú v tejto oblasti za dôležité/rozhodujúce?

Výskum mal podobu kvantitatívneho nomotetického mapujúceho terénneho výskumu zameraného na zlé zaobchádzanie so staršími ľuďmi a jeho diagnostiku. Na účely realizácie výskumu sme využili pološtruktúrovaný dotazník s názvom *Zlé zaobchádzanie so staršími*

⁴²Ako súčasť ľudsko-právnej problematiky sa stáva v podmienkach Slovenska len postupne sa etablujúcou agendou, a to ako vo vedomí ľudí tak v „odpovediach“ verejných politík. Dokumentujú to aj výsledky Regionálneho úradu WHO pre Európu. Aj keď Slovensko patrí medzi krajiny, kde je zlé zaobchádzanie so staršími ľuďmi veľkým problémom, paradoxne na Slovensku sa takéto správanie nepovažuje (nevníma) za vážny problém. Tento negatívny fenomén je častokrát spájaný s problematikou odkázanosti seniora na pomoc okolia, odkázanosti na sociálnu službu.

⁴³Výskum prebehol v roku 2013 a bol realizovaný autorkami - Beátou Balogovou, Kvetoslavou Repkovou.

ľuďmi a rezidenčná starostlivosť. Celkovo bolo do dotazníka zaradených 26 otázok, niektoré z nich boli koncipované ako škálované, iné ako voľné neštruktúrované. V dotazníku boli použité aj filtre alebo kontingenčné otázky. Okrem všeobecných identifikačných otázok sme sa v súlade so stanovenými otázkami výskumu primárne zamerali na názory respondentov/tok o všeobecnej prevalencii (rozšírenosti) zlého zaobchádzania so staršími ľuďmi a jeho jednotlivých foriem na Slovensku, no najmä na ich skúsenosti s diagnostikou tohto fenoménu vo vlastnej profesionálnej rezidenčnej praxi. Poskytli sme im aj možnosť vyjadriť akúkoľvek ďalšiu okolnosť, ktorú považujú za kľúčovú pre dokreslenie celkovej situácie v tejto oblasti. Pri koncipovaní a realizácii výskumu sme rešpektovali požiadavky etiky výskumnej práce, v zmysle zabezpečenia anonymity respondentov/tiek, dobrovoľnosti ich účasti vo výskume, dôvernosti a bezpečia. Samotný dotazník bol administrovaný elektronickou formou, pričom do zberu dát bol zapojený širší tím vedecko-výskumných pracovníkov/čok Inštitútu edukológie a sociálnej práce FF PU v Prešove.

Výber výskumnej vzorky sme realizovali v rámci niekoľkých etáp. V prvej sme zadefinovali základný súbor výskumu, ktorý tvorili všetky registrované zariadenia sociálnych služieb⁴⁴, Následne sme zvolili zámerný výber zariadení poskytujúcich sociálne služby pre starších ľudí, konkrétne zariadení pre seniorov, domovov sociálnych služieb a zariadení opatrovateľskej služby. Celkovo bolo zaradených 395 zariadení sociálnych služieb.⁴⁵ Do záverečného vyhodnotenia tak bolo zaradených 80 dotazníkov, reprezentujúcich 20% relevantného zámerného výberového súboru. Najčastejšími informátormi/kami pre účely výskumu boli riaditelia/ľky zariadení (N=24, 31% vzorky), ďalej sociálni pracovníci/čky (N=19, takmer 25% vzorky), vedúci/e zariadení (N=13, takmer 17% vzorky) a vedúci/e sociálno-zdravotného úseku (N=9, takmer 12% vzorky). Ostatné pozície boli zastúpené minimálne. Ďalej nás zaujímalo, aký typ zariadenia sociálnych služieb informátori/rky zastupovali. Veková štruktúra je 4 342 klientov a klientok, ktorým sa poskytuje v zapojených zariadeniach sociálna služba dlhodobej starostlivosti. Najpočetnejšiu skupinu spomedzi nich tvorili starší ľudia vo veku od 75-84 rokov (N=1337, 34%), ďalšiu osoby vo veku 85 rokov a viac (N=944, 24%) a tretiu skupinu osoby vo veku 65-74 rokov (N=683, vyše 17%). Osoby vekových kategórií do 50 rokov a 51-64 rokov boli zastúpené v porovnateľnom rozsahu približne po 12%. Takmer 63% obyvateľov/liek zapojených zariadení boli ženy (N=2731), 27% predstavovali muži (N=1611).

Výsledky výskumu

Výsledky sme rozdelili do týchto oblastí:

Postoje a skúsenosti informátorov/riek so zlým zaobchádzaním so staršími osobami:

- za veľmi alebo dosť rozšírené považovalo zlé zaobchádzanie so staršími osobami 63% informátorov/riek, častejšie spomedzi neverejných poskytovateľov,
- výrazne najrozšírenejšou formou zlého zaobchádzania so staršími osobami je ich finančné zneužívanie (podľa takmer 66% informátorov/riek), na ktoré poukazovali častejšie informátori/rky verejných poskytovateľov,
- 41% informátorov/riek, častejšie spomedzi neverejných poskytovateľov, reportovalo skúsenosť zariadenia, v ktorom pracujú, s prijímaním staršej osoby z dôvodu zlého zaobchádzania zo strany rodiny,
- najčastejšie boli dôvodmi takeéhoto umiestnenia zanedbávanie zo strany blízkych (takmer 31%), finančné zneužívanie (takmer 26%) a telesné týranie (20%),

⁴⁴ktorých zoznam je zverejnený na stránke Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny SR.

⁴⁵Vo výskume sme obdržali 87 vyplnených dotazníkov, čo predstavuje 22% prvotnú návratnosť. Z nich sedem bolo vyplnených neúplne, preto sme ich do konečného vyhodnotenia nezaradili.

- 31% informátorov/riek, častejšie spomedzi verejných poskytovateľov, malo skúsenosť s pokračovaním zlého zaobchádzania zo strany rodiny aj počas pobytu staršej osoby v zariadení,
- vo väčšine prípadov (vyše 51%) šlo o pokračujúce finančné zneužívanie staršej osoby,
- len približne 10% informátorov/riek pripustilo zlé zaobchádzanie so staršími osobami zo strany zamestnancov/kýň zariadenia; najčastejšie (v piatich prípadoch) šlo o finančné zneužívanie staršej osoby zo strany zamestnanca/kyne zariadenia.

Skúsenosti informátorov/riek s diagnostikou zlého zaobchádzania so staršími ľuďmi v kontexte rezidenčnej starostlivosti:

- len 22% informátorov/riek, častejšie spomedzi neverených poskytovateľov, uviedlo, že v zariadení, ktoré zastupujú, sa realizuje cielená diagnostika zlého zaobchádzania zo strany blízkych pri prijímaní staršej osoby do zariadenia,
- ak sa diagnostika realizuje, vykonáva sa najčastejšie intuitívne (59%), bez oficiálneho zaznamenávania do osobného spisu klienta/ky,
- výsledky diagnostiky sa využívajú najčastejšie na účely prípravy a realizácie individuálneho rozvojového plánu staršej osoby (42%) alebo sa im nevenuje osobitná pozornosť (25%),
- 22% informátorov/riek rovnako uviedlo, že vykonáva takúto diagnostiku aj v priebehu pobytu staršej osoby v zariadení; opätovne šlo častejšie o tých/tie, ktorí zastupovali neverených poskytovateľov,
- zo strany blízkych najčastejšie pretrváva počas pobytu staršej osoby v zariadení jej finančné zneužívanie (vyše 48%) a zanedbávanie (vyše 32%),
- väčšina (53%) zapojených zariadení realizuje v priebehu pobytu staršej osoby v zariadení aj diagnostiku zlého zaobchádzania zo strany zamestnancov/kýň,
- diagnostika tohto druhu sa realizuje takmer v polovici prípadov (48,6%) ako súčasť monitorovania spokojnosti klientov/tiek a ich rodín s poskytovanou službou, menej často ako súčasť hodnotenia podmienok kvality či ako reakcia na sťažnosti klientov/tok a ich rodín (po približne 19%).

V záverečnej časti dotazníka sme vyzvali respondentov/ky, aby sprostredkovali akékoľvek ďalšie informácie a skúsenosti vychádzajúce z ich profesionálnej praxe, ktoré by mohli dokresliť celkovú situáciu s diagnostikou a riešením situácií zlého zaobchádzania so staršími osobami v kontexte rezidenčnej sociálnej starostlivosti. Voľné odpovede prestupovali problematiku z rozličných perspektív (kontextov), ktoré sme pracovne rozdelili do šiestich kategórií: význam štúdia uvedenej problematiky a jej vnímania ako verejného záujmu; stabilizujúca funkcia rezidenčného prostredia; popieranie problému zlého zaobchádzania zo strany rodiny; chýbajúce kompetencie k zabráneniu finančného zneužívania zo strany rodiny; etické aspekty profesionálnej práce na úseku prevencie a kuratívy zlého zaobchádzania a náročnosť dlhodobej starostlivosti ako „spúšťač“ zlého zaobchádzania z oboch strán opatrovateľských vzťahov.

Záver

Výskum ukázal, že zamestnanci/kyne si závažnosť fenoménu zlého zaobchádzania so staršími osobami síce uvedomujú, vo vlastnej práci sa mu však zatiaľ nevenujú systematicky, najmä pokiaľ ide o odhaľovanie a systematické ovplyvňovanie zlého zaobchádzania zo strany blízkych osôb. Uvedomujeme si limitujúce možnosti zásadnejších zovšeobecnení výsledkov výskumu. Na strane druhej sú ťažko spochybniteľné zistenia o prevažne epizodickej až absentujúcej diagnostickej práci v tejto oblasti, ktorých závažnosť zvyšuje fakt, že prevažná väčšina zamestnancov/kýň zariadení sociálnych služieb považuje zlé zaobchádzanie so staršími ľuďmi za dosť rozšírený fenomén. Akcentujúc prezentované výsledky a vyjadrujúc záverečné hodnotenia je potrebné konštatovať, že takýto typ poznania je nevyhnutný pre

pochopenie mechanizmov vzniku, rozvoja a pretrvávania fenoménu zlého zaobchádzania so staršími osobami. Následne je využiteľné pre vytváranie nových systémových prvkov prevencie zlého zaobchádzania s touto cieľovou skupinou, ktoré by mali byť zakomponované do národných programových dokumentov a premietat' sa do kompetencií sociálnych pracovníkov a pracovníčok do oblasti teórie, legislatívy a praxe. Aby sme zabezpečili rozvoja sociálneho fungovania všetkých aktérov: sociálnych pracovníkov/čky a klientov/tky.

Zoznam bibliografických odkazov

- BALOGOVÁ, Beáta, REPKOVÁ, Kvetoslava. 2013. *Prevencia zlého zaobchádzania so staršími ľuďmi ako verejná politika*. Bratislava : IVPR. 160 s. ISBN 987-80-971420-7-0.
- BATECKÝ, J., KUMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M., et. al. 1994. *Gerontopsychiatrie*. Praha : Grada.
- BEDNÁRIK, R. et al. 1999. *Postavenie starších ľudí v spoločnosti*. Bratislava : VÚPSVR.
- BEDNÁRIK, R. et al. 2004. *Sociálno-ekonomická situácia starších ľudí na Slovensku*. Bratislava : SŠPR.
- BRICHTOVÁ, L., REPKOVÁ, K. 2009. *Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím – vybrané aspekty*. Bratislava : EPOS. ISBN 978 80-805-7797-1.
- Európsky referenčný rámec pre prevenciu zneužívania a týrania starších (2011).
- KALVACH, Z., et al. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha : Grada. ISBN 80-247-0548-6.
- LIPOVETSKY, Gilles. 2013. *Hypermoderní doba*. Praha : Prostor. 148 s. ISBN 978-8072-60283-4.
- PALOVÍČOVÁ, Zuzana. 2013. *Pojem sociálneho fungovania a problém zodpoved-nosti*. In *Morálníodpovědnost a její aspekty*. Praha : Filosofia, s. 61-88, ISBN 978-80-7007-412-1.
- REPKOVÁ, K., SEDLÁKOVÁ, D. 2012. *Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom kontexte*. Bratislava : Kancelária WHO v SR. ISBN 978-80-970993-9-8.
- Spoločná správa o sociálnej ochrane a sociálnom začlenení na rok 2007.*
- Špeciálny Eurobarometer- súhrnná správa 2007.*

Kontakt na autora

Prof. PhDr. Beáta Balogová, PhD.
Inštitút edukológie a sociálnej práce
Filozofickej fakulty Prešovskej univerzity v Prešove
Ul. 17. Novembra č. 1, 080 01 Prešov
beata.balogova@unipo.sk

Riziká sociálnej práce s marginalizovanou skupinou obyvateľstva - bezdomovcami

Soňa Hlaváčová, Alena Bašistová, Monika Ponevská (SR)

Abstrakt: *Problém bezdomovectva si vyžaduje komplexné riešenia nepriaznivých životných situácií ľudí, ktorí sa ocitli na ulici v stave beznádeje a neschopnosti zmobilizovať sily na prekonanie vlastnej krízy. Práca s touto marginalizovanou skupinou obyvateľstva si vyžaduje zefektívnenie práce v ich prirodzenom prostredí, a to prostredníctvom terénnej sociálnej práce. Autorky príspevku sa zaoberajú najväčšími bariérami a rizikami efektívnej terénnej sociálnej práce, medzi ktoré patrí nedostatok financií na zabezpečenie realizovania terénnej sociálnej práce, spolupráca s orgánmi štátnej správy a samosprávy ako aj samotný výkon terénneho pracovníka, ktorý je vystavený rizikám pri priamej komunikácii s klientom v teréne.*

Kľúčové slová: *Bezdomovectvo. Bezdomovec. Terénna sociálna práca. Sociálne služby. Terénny sociálny pracovník.*

Abstract: *Question of homelessness requires complex solutions to unfavorable life situations of people living in the streets without the hope and ability to mobilize their strength to overcome their crisis. The work with the marginal social group requires more effective work in their real living conditions with use of a terrain social work. Authors of the paper deal with the topic of the strongest barriers and risks of an effective terrain social work, where belong following issues: lack of finances that are invested in terrain social work, cooperation with state administration and self-administrations and also performance of terrain work of a terrain worker with all risks of direct communication with clients in terrain.*

Keywords: *Homelessness. Homeless. Terrain social work. Social services. Social terrain worker.*

Bezdomovectvo ako sociálno- spoločenský problém

Bezdomovstvo sa ukazuje ako extrémny prejav spoločenského vylúčenia nielen na Slovensku, ale aj v zahraničí. Sme s ním konfrontovaní a často z neznalosti alebo preto, že nás obťažuje, odmietame sa ním zaoberať.

Pri bezdomovectve ide o komplexný jav s rôznymi príčinami a následkami, ktorý má rôzne definície. V laickom ponímaní ide o ľudí bez vlastného domova, bez strechy nad hlavou, o ľudí opustených, bez sociálnych vzťahov, bez akéhokoľvek zázemia, bez sebavedomia a dôstojnosti, bez zmyslu života, sú to ľudia zranení, psychicky chorí, handicapovaní, neschopní sa prispôbiť spoločnosti. Podľa Beňovej (2008) je bezdomovectvo extrémne vylúčenie zo života, ktoré má viaceré rozmery:

- 1/ **materiálny** (bezdomovec nemá strechu nad hlavou, nemá, čo jesť a čo si obliecť),
- 2/ **sociálny** (sociálne vzťahy v rámci rodiny bezdomovca, priateľov, kolegov a pod.),
- 3/ **pracovný** (bezdomovec nemá zamestnanie, je pre spoločnosť nezaujímavý, nič pre ňu neprodukuje),
- 4/ **kultúrny** (bezdomovec sa nezúčastňuje na živote spoločnosti),
- 5/ **zdravotná starostlivosť** (bezdomovec má nedostatočný prístup k zdravotnej starostlivosti).

Bezdomovectvo sa dotýka veľkého počtu obyvateľstva. V druhom najväčšom meste na Slovensku, v Košiciach, je približne 900 ľudí bez domova, ktorí aspoň raz využili sociálnu službu, čím sa zaradili do evidencie bezdomovcov.

Prirodzeným prostredím bezdomovcov je ulica, parky, ihriská alebo spoločné bytové priestranstvá. Tam sa stretávajú, prespávajú a riešia svoje každodenné problémy súvisiace s prežitím. Ak chceme porozumieť ich problémom a následne ich riešiť, najvhodnejšou metódou sociálnej práce je terénna sociálna práca (ďalej len TSP), kde terénny pracovník vychádza z bezpečia inštitúcie za jednotlivcom alebo skupinou. Pri realizácii terénnej práce sa stretávame s bariérami a rizikami, ktoré táto forma práce prináša.

Financovanie terénnej sociálnej služby

Aj napriek tomu, že Zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z. z. definuje terénnu formu sociálnej služby ako službu, ktorej cieľom je predchádzať sociálnemu vylúčeniu fyzickej osoby, rodiny a komunity, ktoré sú v nepriaznivej sociálnej situácii, nerieši jej financovanie. Sociálne služby, medzi ktoré patrí aj terénna sociálna práca, spadajú pod kompetenciu obcí a miest ako aj im podriadených organizácií.

V tomto článku bude vo fókuse záujmu financovanie terénnej sociálnej práce prostredníctvom Implementačnej agentúry pre Operačný program Zamestnanosť a sociálna inklúzia, ktorá vznikla v apríli 2014 po prezidentských voľbách, kedy došlo k spojeniu dvoch inštitúcií, a to Fondu sociálneho rozvoja (s temer desaťročnou tradíciou) a Sociálnej implementačnej agentúry (temer s osem ročnou tradíciou), do jednej organizácie. Práve tieto samostatné rozpočtové organizácie mali, resp. majú v kompetencii na základe splnomocnenia Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky ako riadiaceho orgánu pre Operačný program Zamestnanosť a sociálna inklúzia, poskytovať nenávratný finančný príspevok zo zdrojov Európskeho sociálneho fondu rôznym prijímateľom. To vyplýva z povahy tej ktorej výzvy na predkladanie žiadostí o nenávratný finančný príspevok, ktorú pripravujú a vyhlasujú v spolupráci s príslušnou vecnou sekciou, napr. Sekciou sociálnej a rodinnej politiky, ktorá je odborným garantom či už dopytovo orientovaných, resp. národných projektov.

Ako už bolo uvedené, financovanie terénnej sociálnej práce vyplýva jednak z vyššie spomínaného zákona a teda zaťažuje štátny rozpočet, ale do veľkej miery je jej financovanie podporované zo zdrojov Európskeho sociálneho fondu pri podmienkach, ktoré sú nastavované pri negociáciách zástupcov ministerstva a európskej komisie. Do daného procesu ešte vstupuje aj Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky, a to konkrétne Úrad splnomocnenca Slovenskej republiky pre rómske komunity, či už v podobe participácie pri nastavení jednotlivých výziev, alebo ako súčasť riadiacich výborov pri jednotlivých národných projektoch a pod. Celý proces je veľmi zložitý a vstupujú do neho samozrejme aj ďalšie sekcie, či odbory Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, akými sú: Sekcia európskych sociálnych fondov, Sekcia sociálnej a rodinnej politiky, Sekcia ekonomiky, Sekcia kontroly (predovšetkým pri verejných obstarávaníach), Sekcia práce, Odbor rodovej rovnosti, Odbor prípravy a tvorby národných projektov, Odbor právnych služieb a pod.

V praxi to znamená, že aj napriek tomu, že terénna sociálna práca je nevyhnutnou formou sociálnej práce s bezdomovcami, ktorá môže byť financovaná prostredníctvom eurofondov, hrozí hneď niekoľko rizík:

- 1/ podaný projekt nebude podporený – vzniká riziko nerealizovania TSP,
- 2/ projekt bude podporený, ale iba krátkodobo – vzniká riziko, že TSP sa začne realizovať, poskytne sa pomoc určitému počtu bezdomovcov, rozbehne sa aktívna práca a skôr, ako prídu očakávané výsledky, sa skončí a po jej skončení organizácia nebude schopná pokračovať vo financovaní z vlastných zdrojov,

- 3/ projekt bude podporený dlhodobou prostredníctvom projektov, ale pre personálne zmeny v inštitúcii, ktorá je garantom projektu, dôjde k prerušeniu vykonávania terénnej sociálnej práce do doby obnovenia pokračujúcej zmluvy, čo má za následok absenciu terénnej práce.

Sociálna práca a orgánmi štátnej správy a samosprávy

Neoddeliteľnou súčasťou sociálnej práce s marginalizovanou skupinou obyvateľstva je spolupráca s orgánmi štátnej správy a samosprávy, ktorá má význam najmä v prevencii. Mnohé rodiny sú pre rôzne príčiny zlyhania v evidencii Úradov práce, sociálnych vecí a rodiny – odboru sociálnej kurately. Včasným podchytením problému môžu sociálni pracovníci predísť prehlbovaniu krízy. Rizikom sociálnej práce sociálnych pracovníkov na úrade je:

- 1/ **nálepkovanie rodín a jednotlivcov** - „rodina alebo jednotlivec je stratený prípad“ je dôsledkom nesprávneho posúdenia celkovej situácie a vyvolania pocitu, že takejto rodine už nemôže nikto pomôcť a preto nie je snaha o distribuovanie do inej organizácie,
- 2/ **nespolupráca s organizáciami tretieho sektora z dôvodu pocitu duplicity**- sociálni pracovníci úradov si neuvedomujú, že nie je v ich možnostiach poskytnúť rodine a jednotlivcom všetky dostupné služby a spolupráca pri riešení problémov je nevyhnutná),
- 3/ **neznalosť sociálnych pracovníkov o dostupnosti sociálnych služieb iných inštitúcií** - rizikom môže byť prehlbovanie krízy

Riešením situácie je spolupráca organizácií tretieho sektora a orgánov štátnej správy a samosprávy prostredníctvom pravidelných pracovných stretnutí a vzájomnej komunikácie a informovanosti o možnostiach riešenia problémov marginalizovaných skupín obyvateľstva.

Terénna sociálna práca a jej riziká

Terénnu sociálnu prácu definujeme aj ako prácu s rizikovými jednotlivcami a skupinami, ktorá je vykonávaná sociálnymi pracovníkmi v prirodzenom prostredí klienta. Podľa Matouška (2003) ju môžeme na základe doterajších skúsenosti s aplikáciou terénnej sociálnej práce na Slovensku bližšie špecifikovať nasledovne:

- pracuje v prostredí klienta,
- je zameraná na sociálne vylúčených a inak ohrozených klientov,
- je zameraná na prácu s klientom a nadväzne na jeho primárne prostredie, akým je rodina,
- je orientovaná na klienta, rešpektuje jeho želania, jeho návrhy na riešenie problému a stavia na schopnostiach a mobilizácii vnútorných síl klienta,
- je nedirektívna,
- spolupracuje s ďalšími aktérmi pôsobiacimi v prostredí klienta.

Levická (2006) definuje terénnu sociálnu prácu ako prácu v prirodzenom prostredí klienta, a to najmä v sociálne vylúčených komunitách, resp. u sociálne znevýhodnených obyvateľov. Terénna sociálna práca je podľa uvedenej autorky činnosť, ktorá je zameraná na rizikových jedincov ohrozených sociálno-patologickými javmi, na osoby v sociálnej núdzi a na osoby v aktuálnej krízovej situácii, ktorá je prevádzaná v ich prirodzenom prostredí. Súčasťou terénnej sociálnej práce je depistáž, nadväzovanie kontaktov, poskytovanie sociálnej pomoci, mapovanie lokality z hľadiska výskytu sociálno-patologických javov, vrátane zberu, analýzy a sumarizácie poznaných informácií o príčinách, charaktere a intenzite nepriaznivej situácie.

Tak ako každá forma sociálnej práce má svoje výhody aj riziká, my sme si poukázali na výhody a nevýhody terénnej sociálnej práce podľa Gojovej (2007) a prehľadne sme ich zobrazili v tabuľke 1.

Tabuľka č. 1: **Výhody a nevýhody terénnej sociálnej práce**

VÝHODY TERÉNNEJ SOCIÁLNEJ PRÁCE	NEVÝHODY TERÉNNEJ SOCIÁLNEJ PRÁCE
Práca v prirodzenom prostredí umožňuje ľahšie nadviazanie dôvery medzi klientmi a pracovníkom	Môže nastať riziko syndrómu vyhorenia
Odohráva sa v menej formálnom kontexte	Časté nedokončenie spolupráce ku koncu a neochota spolupracovať
Umožňuje možnosť kontaktovať klientov, ktorí nejavia záujem a nevyhľadávajú sociálne inštitúcie	Ťažšie udržiavanie profesionálneho vzťahu
Napomáha pochopeniu a bezprostrednému kontaktu s reálnym životom klienta	Väčšie riziko pri práci ako je napríklad kriminalita
Umožňuje a uľahčuje preventívne pôsobenie	Malé množstvo terénnych pracovníkov a ich veľká vyťaženosť
Poskytuje zachytávanie krízových situácií v čase, kedy sú ľahšie riešiteľné	
Možnosť anonymity klienta	
Bezplatnosť služieb	
Umožňuje intenzívnejší kontakt s klientom a uľahčuje priamu pomoc v momentálnej kríze	

V rámci realizácie terénnej sociálnej práce prostredníctvom pracovníkov Arcidiecéznej charity Košice, ktorá bola zameraná na vyhľadávanie bezdomovcov v uliciach mesta Košice a následnú pomoc, sme využili prvý kontakt:

- 1/ **aktívny** – ide o priame oslovenie klienta, ktoré sa nemusí vždy skončiť úspešne – klient môže byť podozrievavý, nedôverčivý, preto sa odporúča poskytnutie informačného letáku o možnostiach pomoci,
- 2/ **pasívny** – sociálny pracovník sa pohybuje v prostredí, kde sa ľudia bez domova nachádzajú a čakajú na oslovenie zo strany klientov – je to menej využívaný kontakt,
- 3/ **kontakt cez tretiu osobu** – využiť autoritu člena v skupine, pretože aj v terénne sa stretávame s vodcami skupiny, ktorí obhajujú a ochraňujú, ak sa získa dôvera vodcu skupiny, je možné získať veľa informácií o problémoch a potrebách v skupine.

Na základe práce v terénne vieme vytýčiť aj problémy a riziká, s ktorými sme sa v teréne počas kontaktu s bezdomovcom stretli:

- 1/ **nezáujem riešiť svoju situáciu** – prijatie statusu bezdomovca ako súčasť jeho každodenného života,
- 2/ **ohrozenie terénnych sociálnych pracovníkov** – klient je v podnapitom stave, agresívny, často chce svojou fyzickou silou poukázať na svoje práva – tu sa nám

podarilo vyvinúť aktivitu a zapojiť do pomoci riešenia problémov bezdomovcov štátnych, mestských a železničných policajtov,

- 3/ **často ponúknutá pomoc ostáva bez odozvy druhej strany** – sľúbia, že ponúknutú pomoc príjmu, ale sami preto nič neurobia, napríklad pre poskytnutie sociálnej služby formou prenocovania v zariadeniach ADCH stačí prísť, vyplniť potrebné formuláre, ale mnohým robí problém práve prvý krok k ich vlastnej zmene,
- 4/ **vzhľadom k ich nedodržiavaniu hygieny mnohí môžu byť nositeľmi infekčných ochorení a parazitov**, čo je rizikom aj pre samotných sociálnych pracovníkov v teréne,
- 5/ **„bezdomovci bez dokladov“** – najčastejší problém ako ich legitimovať, keďže nemajú občiansky preukaz, kartu poistenca a často uvádzajú krycie mená, podľa ktorých ich nemožno identifikovať.

Záver

Problém bezdomovectva si vyžaduje komplexné riešenia všetkých zainteresovaných do problematiky práce s bezdomovcami. Obdobie posledných rokov zaznamenal enormný nárast počtu bezdomovcov, čo by si vyžadovalo aj koncepčné riešenia zo strany Magistrátu mesta Košice, Územného samosprávneho kraja ako aj jednotlivých mestských častí či obcí. Aj napriek rizikám a ohrozeniam, ktoré prináša terénna sociálna práca, má v oblasti sociálnej práce svoje opodstatnenie. Vykonáva sa v prirodzenom prostredí klienta, ktoré mnohokrát odhalí oveľa viac ako očakávame. Mnohokrát nám umožní nájsť aj skryté možnosti, ktoré nám pomôžu vhodne nastaviť nástroje a formy práce s klientom.

Správnym nastavením práce sa nám môže podariť aspoň čiastočne odstrániť bariéry všetkého druhu pre integráciu tejto marginalizovanej skupiny obyvateľstva. Zároveň je potrebné si uvedomiť, že bezdomovci sú ľudia s narušenými medziľudskými vzťahmi, poznačení závislosťami, možno vnútorne aj vonkajšie chorí a neschopní postarať sa sami o seba.

Náš štát už dávno nie je štátom, ktorý zabezpečuje stabilnú ekonomickú istotu svojim občanom. Problémom dneška sú životné situácie spojené s náhlou stratou zamestnania, minimálnou možnosťou uplatnenia sa na trhu práce, nezhodami v partnerskom vzťahu, rozvodmi, čo často vyvoláva psychické ochorenia a následné hľadanie riešenia problémov v alkohole a iných drogách. Dnes nie je problém dostať sa na ulicu. Uvedomujeme si, že náhla strata istoty, ktorá nám zabezpečovala istý životný štandard, nás stavia do role beznádeje a ak sme menej pribojní, tak aj do role bezdomovcov.

A práve neziskové organizácie venujúce sa bezdomovectvu prinášajú konkrétne možnosti riešenia, ktoré pomôžu orgánom štátnej správy a samosprávy nastaviť reálne ukazovatele problémov. Snahou predstaviteľov mesta Košice by mali byť spoločné stretnutia s neziskovými organizáciami, ktoré sú najbližšie k ľuďom bez domova, a ktoré môžu poskytnúť skutočný obraz o celkovej situácii bezdomovectva v meste a uplatniť ich pri plánovaní miestnej sociálnej politiky realizovanej v podmienkach mesta Košice a doceliť aj podporu terénnej sociálnej práce. Každá pomoc, hoc len malá, akje spojená s riešením vzniknutého problému, prispieva k zvýšeniu kvality poskytovaných služieb v meste.

Zoznam bibliografických odkazov

- BEŇOVÁ, Nina, 2008. *Bezdomovci, ľudia ako my*. Bratislava: o.z. Proti prúdu. ISBN 978-80-969924.
- HLAVÁČOVÁ, Soňa, 2010. Terénna sociálna práca ako jedna z činností Arcidiecéznej charity v Košiciach. In: *Dobrovoľníctvo, solidarita a pomoc chudobným*. Košice: Viena, s. 98. ISBN 978-80-8126-009-4.

GOJOVÁ, Alice, 2007. Komu je určenaterénnísociální práce?In *Workshop „Kam kráčí terénnísociální práce?“* Projekt „Podpora vytváření systému terénnísociální práce – vytvořenímetodických příruček“. Praha: MPSV ČR. ISBN neuvedené.

LEVICKÁ, Jana, 2006. *Na ceste za klientom. Metódy, formy a prístupy v sociálnej práci*. Trnava : ProSocio. ISBN 80-969454-0-8.

MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Sociální práce v praxi: špecifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-73670-02-X.

MPSVAR SR, 2008. Správa o sociálnej situácii obyvateľstva Slovenskej republiky za rok 2007[online]. Bratislava, 171 s. [cit 03.10.2014] Dostupné na: <<http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/sprava-o-socialnej-situacii-obyvateľstva-za-rok-2007.pdf>>.

Zákon č.448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona o živnostenskom podnikaní

Kontakt na autorov

doc. PhDr. Mgr. Alena Bašistová, PhD.

Katedra sociálnej práce, Filozofickej fakulty UPJŠ v Košiciach

alena.basistova@gmail.com

PhDr. Soňa Hlaváčová

Arcidiecézna charita v Košiciach

sona.hlavacova@charita-ke.sk

Mgr. Monika Ponevská

Nadácia Ochranné krídla v Košiciach

monika.ponevska@gmail.com

Prístupy k riešeniu problémov skupín ohrozených chudobou

Daniel Šlosár, Peter Tauš (SR)

Abstrakt: Rozširovanie chudoby v medzigeneračných vzťahoch otvára otázky spojené s riešením chudoby. Nedostatočné zdroje môžu byť dopĺňané prostredníctvom finančne nenáročných technológií, ktoré využívajú iné zdroje energie. Úspora elektrickej energie predstavuje aj úsporu finančných zdrojov, ktoré môžu chudobné rodiny použiť na iný účel.

Kľúčové slová: Chudoba. Solárne variče. Krabicové variče. Slnecná sprcha.

Abstract: The distribution of poverty in intergenerational relations raises questions related to the alleviation of poverty. Insufficient resources can be replenished through inexpensive technologies that use other energy sources. Saving electricity represents a saving of financial resources that poor families can be used for any other purpose.

Keywords: Poverty. Solar cookers. Box cookers. Solar shower.

Vnímanie nepriaznivej sociálno- ekonomickej situácie mnohých obyvateľov Slovenska prináša zistenia o stále sa zvyšujúcom rozsahu a prehľbovaní chudoby. Existencia chudoby v našej spoločnosti sa odráža vo všeobecnom poklese životnej úrovne väčšiny vrstiev v slovenskej spoločnosti. Chudoba má rôznu podobu, rozsah a charakter, ktorý je iný a charakteristický v každej spoločnosti. Napriek tomu ekonomický rast obyvateľov Slovenska a zvyšujúce sa transfery v sociálnej oblasti neodstránili chudobu z nášho života len ju zmiernili na určité obdobie. V dôsledku zmeny spoločenskej situácie v našej spoločnosti je mnoho ľudí, ktorých chudoba zastihla nepripravených na novú spoločenskú ekonomickú situáciu v dôsledku čoho sa nedokážu participovať v spoločnosti. Na Slovensku je chudoba stále vnímaná a spájaná ako problém relatívneho nedostatku a nespája sa s problémom hladu.

Užívanie bohatstva (príjmu) je spojené najmä so sociálnou, ekonomickou politickou mocou a vplyvom, ale tiež so životnou úrovňou a životným štýlom. Nerovnosť príjmu, a vo vlastníctve ide ruka v ruke s nerovnosťou v spotrebe, i keď len časť príjmov je konzumovaná. Nerovnosť v spotrebe spočíva v sťaženom prístupe chudobných k statkom a službám, ale i vtom, že pre najchudobnejšie vrstvy sú niektoré služby alebo statky celkom nedostupné. Úroveň a štruktúru konzumu ovplyvňuje i profesia, vzdelanie či miesto bydliska, etnická príslušnosť, veľkosť rodiny, vek a veková štruktúra rodiny, osobné či skupinové štandardy, hodnoty, vkus. Štruktúru a úroveň konzumu ovplyvňujú i spoločenské aspirácie a snaha manifestovať určitý status. Vysoký príjem umožňuje v konzumnej spoločnosti väčšiu voľnosť rozhodovania sa v mnohých životných situáciách.

Trh s pozemkami a bytmi tlačilo chudobných do nevýhodných lokalít s často s devastovaným životným (prírodným i sociálnym) prostredím. Sídla a obytné zóny miest osídlené obyvateľmi s nízkymi príjmami sú obvykle blízko centier priemyselnej reprodukcie a sú opakovane atakované, znečisťované ovzdušie, voda či pôda, špinou a možnými únikmi priemyselných škodlivín. Sú tu ľudia ohrozovaní i sociálnymi rizikami, ako i vyššia pravdepodobnosť straty zamestnania a menšia šanca zisku či pokles zárobku, kriminalita atď. Nejde len o koncentráciu chudoby v oblastiach s horšími životnými podmienkami a zvýšeným rizikom.

V spoločnosti vzniká aj vnútorné usporiadanie spoločnosti, na základe ktorého sa sociálne zdroje nerovnomerne rozdeľuje medzi jednotlivcov i sociálne skupiny. Keď postavíme systém sociálnych nerovností do hierarchie skupín, hovoríme o tzv. stratifikácii, čo je usporiadané zoradenie celých skupín ľudí, ktorí opakovane dosahujú rozdielnych

ekonomických odmien a rozdielny prístup k moci v spoločnosti. P. Barát (2002, s. 57) hovorí, že **sociálna stratifikácia** je, „*akýmsi zoradovaním členov spoločnosti podľa nerovnakého rozdelenia všetkého, čo je v spoločnosti považované za hodnotné.*“ Toto usporiadanie spoločnosti má navždy hierarchickú podobu a pripomína pyramídu postavenú z jednotlivých vrstiev, ktoré sa navzájom odlišujú a sú odstupňované podľa toho, ako sa podieľajú na využívaní sociálnych zdrojov. Takéto usporiadanie spoločnosti sociológovia nazývajú **sociálna stratifikácia** (rozvrstvenie) (Sópoci, Búzik 2003). Intenzita sociálnej stratifikácie vyjadruje mieru sociálnej nerovnosti, čo je v spoločnosti považované za hodnotné. Intenzita sociálnej stratifikácie vyjadruje mieru sociálnej nerovnosti, čo sa podľa P.Baráta (2002,s. 57) prejavuje v troch základných stratifikačných líniách spoločnosti:

a/stavovská línia – utváraná na základe nerovnomerného rozdeľovania prestíže

b/ekonomická línia – utváraná na základe nerovnomerného rozdeľovania materiálnych zdrojov (majetku a príjmov)

c/ politická línia – utváraná na základe nerovnomerného rozdeľovania moci.

Riešenie chudoby je riešené prostredníctvom sociálnej podpory a ďalších transférov, ktoré zvyšujú pasivitu osôb v chudobe. Jedným z prístupov, ktoré sú zamerané na aktivitu chudobných a zároveň im pomáha usporiť finančné prostriedky sú alternatívne zdroje energie. V ďalšej časti nášho príspevku sa zaoberáme prostriedkami, ktoré využívajú náhradné zdroje energie a mohli by pozitívne ovplyvniť mieru chudoby u skupín, ktoré nemajú zdroje ani na zabezpečenie základných životných podmienok.

Solárne variče

Medzi prvé zmienky o využití rovinných zrkadiel patrí zariadenie postavené už v roku 212 p.n.l. Ide o veľmi jednoduché zariadenie pozostávajúce z niekoľkých bronzových zrkadiel. Zariadenie v historických záznamoch nieslo zlovestné označenie „lúče smrti“.Za tento geniálny vynález, ktorý dokázal spáliť lode do 50m od zrkadiel zodpovedá Archimedes (solarpower 2014).

Rozdiel medzi podmienkami na Slovensku a podmienkami na rovníku vytvára uhol dopadu slnečného žiarenia a častejšia oblačnosť, ktorá každým rokom pribúda. Pre tieto mínusy je potrebné vybrať vhodnú konštrukciu alternatívneho zdroja, ktorá bola určená aj do našich podmienok. Na internete je možné nájsť veľa návodov na zariadenia, ktoré nie sú adresné pre podmienky Slovenska. Alternatívne zariadenia je potrebné upraviť, a doladiť k lokálnym podmienkam. Druhá časť problematiky, ktorá si vyžaduje skúsenosti je samotné varenie.Slnečné variče je možno rozdeliť na:

- Parabolické (ParabolicSolarCooker),
- Krabicové (Solar Box Cooker),
- Panelové (Panel Cooker),
- Šošovkové (LansSolarCooker).

Konštrukčne najjednoduchší, ale takisto najmenej efektívne, sú variče panelové. O niečo komplikovanejšie sú variče krabicové, kde sanádoba s jedlom vkladádo vnútra variča. Krabicové variče sú izolované od vonkajších podmienok a sú vhodnejšie do oblastí nižšími teplotami alebo väčším poveternostným vplyvom. Najzložitejší, ale zároveň najvýkonnejšie sú variče parabolické a šošovkové. Slnečné lúče dopadajúce na povrch sa koncentrujú do jedného bodu, kde vzniká vysoká teplota. Nádoba umiestená v tomto bode sa ohrieva veľmi rýchlo. Umožňujú rýchle varenie pri vysokých teplotách.

Krabicové variče

Spomedzi všetkých slnečných varičov sú krabicové variče najpoužívannejšie. Svojím vzhľadom a spôsobom použitia pripomína krabicový varič klasickú rúru na pečenie.

Na zhotovenie variča stačí niekoľko jednoduchých vecí, ktoré sa dajú nájsť v bežnom separovanom odpade. Medzi nosné materiály patria hlavne kartónové škatule, sklo a zrkadlá.

Varenie na krabicovom variči je veľmi pohodlné a ideálne na prípravu jedál ktoré si vyžadujú dlhodobejšiu tepelnú úpravu. Dĺžka varenia závisí od počasia, ale všeobecné testy v našich podmienkach preukázali približne dvojnásobnú dĺžku varenia oproti bežným sporákom.

Nádoba s jedlom sa vkladá do vnútra, kde sa ohrieva slnečným žiarením odrazeným od lesklých stien škatule alebo jedného či sústavy externých zrkadiel, ktorými sa slnečné žiarenie usmerňuje do vnútra. Pri drahšej variácii sú vnútorné steny železné a fungujú ako absorbér tepla. Na varenie potrebujete čierny hrniec, ktorý má sklenenú pokrývku. Krabicové variče stačí natáčať iba raz za 1 hodinu, čo je ich veľká výhoda oproti varičom parabolickým.

Parabolické variče

Do nedávna sa používal hlavne v krajinách tretieho sveta. Ako cena energie stúpa a globálne otepľovanie je každým rokom horšie, začínajú parabolický varič rozširovať aj v rozvinutých krajinách. Koncentrácia priameho slnečného žiarenia umožňuje aj v Slovenských klimatických podmienkach dosiahnuť dobré výsledky. Slnečný varič je možné postaviť zo starého televízneho satelitu, ktorý je z vnútornej strany vylepený zrkadlom. Jednoduchý mechanizmus mu umožňuje dvojsové manuálne natáčanie za slnkom. Tento druh slnečného variča je možné používať v najrôznejších častiach sveta jedinou podmienkou, ktorá ho obmedzuje je priame slnečné žiarenie.

Princíp zariadenia je založený na koncentrácii slnečného žiarenia v jednom bode, tento bod nazývame ohnisko. V tomto prípade zvyšujeme intenzitu slnečného žiarenia pomocou dutého guľového zrkadla. Ohnisko môžeme využiť na varenie, ohrev vody pre vykurovanie domácností, či dokonca na výrobu elektrickej energie.

Parabolický varič ponúka možnosť varenia ako na bežnom sporáku alebo elektrickej dvojplatničke. Je vhodnejší hlavne na pripravu jedál, ktoré si vyžadujú vyššie teploty. Navarenie potrebujete pevnejší čierny hrniec alebo kotlík. Varenie si vyžaduje natáčanie paraboly za slnkom každých 15-30 min.

Merania na Slovensku potvrdili, že parabolický varič môže pracovať celoročne a jeho jediné obmedzenie je spôsobené nedostatkom priameho slnečného žiarenia. Na Slovensku to spôsobuje veľký výskyt mračna alebo hmly.

Solárna chladnička

V Egypte je dôkaz, že chladenie odparovaním bolo použité už v obdoby Egypta cca 2500 p.n.l. Na freskách je znázornené ako podaný využívajú porézne poháre s vodou, ktoré zvýšili prúdenie vzduchu okolo pohárov. Tieto poháre existujú aj dnes a sú nazývané „zeer“.

Pôvodná zmienka kameninovej nádoby bola nájdená aj v civilizácii Indus Valley okolo 3000 p.n.l, kde bolo nájdených veľa exemplárov. Predpokladá sa, že sa tak isto využívali na chladenie vody a jedla. Aj keď sa Indus Valley nachádza na indickom polostrove a zaberá veľkú časť dnešného Pakistanu ide stále o rovnakú civilizáciu z Egyptanmi (wikipedia 2014).

Merania na Slovensku ukázali, že chladnička funguje aj v našich zemepisných a teplotných podmienkach. Vnútorná teplota chladničky klesá veľmi rýchlo. Čím je vyššia vonkajšia teplota tým je nižšia vnútorná teplota. Pri ideálnych podmienkach a dobrej stavbe je možné dosiahnuť vnútornú teplotu chladničky 6 C.°

Je to zariadenie skonštruované z dvoch poréznych nádob medzi ktorými sa nachádza mokrý piesok. Vrch je prikrytý mokrou handričkou alebo pokrývkou. Slnečná chladnička chladí, keď sa voda odparuje, takže chladenie funguje najlepšie v horúcom a suchom podnebí. Musí byť umiestnená v exteriéry, na priamom slnku, na suchom, vetranom mieste tak, aby sa voda rýchlejšie odparovala do okolitého prostredia. Odparovanie vody ma tendenciu fungovať zle alebo vôbec v oblastiach s vysokou relatívnou vlhkosťou okolitého vzduchu.

Ak sa použije vnútorná nádoba neporézna teda nepriepustná je možné používať na chladenie vodu, ktorá nespĺňa hygienické minimá bez toho aby sme si kontaminovali potraviny. To je užitočné v oblasti, kde je sucho a pitná voda je obmedzená komodita. Vďaka svojej jednoduchosti umožňuje spustenie aj po dlhom čase behom niekoľkých minút. Dobré odoláva poveternostným vplyvom čo umožňuje celoročne exteriérové uloženie.

Slúži ako externá letná chladnička pre zvládnutie nárazovej potreby udržiavať potraviny v chlade. Nevyžaduje si žiadne elektrické napájanie vďaka čomu bude mať pozitívny vplyv na spotrebu elektrickej energie. Vzhľadom k tomu, že ide o menšie zariadenie je možné túto slnečnú chladničku využívať ako prenosné zariadenie.

Slnečná sprcha

Letá na Slovensku sú z roka na rok horúcejšie a dosahujú teploty, porovnateľné s krajinami na rovníku. Základne hygienické návyky v letných mesiacoch si vyžadujú častejšie sprchovanie. Využitie teplej vody ktorá je ohrievaná v teplárňach je finančne nákladné a neekologické vzhľadom k slnečným podmienkam na Slovensku počas letných mesiacov.

Komerčne vyrábané solárne panely na ohrev teplej vody je jedným z možných riešení. Je to investícia, ktorá sa síce po čase vráti, ale solárne panely a ich montáž stojí značnú čiastku peňazí. Jedným z riešení je solárna sprcha postavená z odpadu.

Slnečná sprcha funguje na jednoduchom princípe. Studená voda sa privedie do kolektora, ktorý sa skladá z čiernej hadice, zatočenej do špirály. Čím má hadica väčšiu dĺžku a menší prietok, tým bude voda na konci teplejšia. Kolektor funguje ako prietokový ohrievač. Zohriata voda dosahuje pri ideálnych slnečných podmienkach približne 80°C. Pre riziko obarenia sa pred sprchovacíu hlavicu umiestňuje zmiešavací ventil, ktorý zmiešava ohrievanú vodu so studenou vodou. Voda sa chladí na požadovanú teplotu užívateľom. Vďaka tomu je potrebný iba jeden kohútik na reguláciu množstva vody. Takéto riešenie prináša komfortné sprchovanie, kde sa teplota vody reguluje sama.

Slnečná sprcha nemusí používať iba na sprchovanie. Kolektor je možné požiť ako prietokový ohrievač vody v bazéne alebo jacuzzi. Pokiaľ sa vytvorí aj zásobník vody, do ktorého sa horúca voda odchyť je možné využívať teplú vodu aj po západe slnka.

Trombeho stena

Edward Morser patentoval daný systém v roku 1881 (US Patent 246626), ale až v roku 1964 ho popularizoval inžinier Felix Trombe a architekt Jacques Michel využitím daného princípu pri stavbe Odeillo (FR) vo Francúzsku. Trombeho stena sa počas nasledujúcich rokov vyvíjala a prispôbovala potrebám modernej architektúry. Aj cez niektoré zmeny oproti pôvodnému návrhu ostáva Trombeho stena v princípe rovnaká (Attached Sunspace 2010).

Typická Trombeho stena sa skladá z 20 - 40 cm hrubej steny natretej farbou s jednoduchým alebo dvojitém sklom pred stenou. V krajných prípadoch sa používa aj priehľadná fólia ako lacnejšia alternatíva za sklo. Sklo je umiestnené od steny 2 až 15 cm tak aby sa vytvorila malá medzera.

Počas slnečného dňa

Počas slnečného dňa tepelné žiarenie preniká zasklenou stenou, akumulčná stena sa zohrieva. Do miestnosti v hornej časti vchádza zohriaty vzduch podľa intenzity slnečného žiarenia. Zároveň, pri otvorenej vetracej klapke v spodnej časti miestnosti studený vzduch od podlahy miestnosti preniká do vzduchovej medzery medzi zasklením a akumulčnou stenou, prehrieva sa a horným otvorom sa vracia naspäť do miestnosti.

Tieto otvory musia byť ovládateľné, aby sa zabránilo spätnému prúdeniu, ktoré by vzniklo v noci. Otvor umožňuje obyvateľom kontrolovať okamžité zahriatie domu. Prirodzený proces konvekcie udržiava teplý vzduch v miestnosti a to trvá 6-8 hodín. Záleží na tepelnej kapacite samotného materiálu v múroch a od ich hrúbky.

Nočný režim

Počas noci akumulčná stena distribuuje naakumulované teplo do miestnosti. V dnešnej dobe sa ponúka viac možností a tak nemusí ísť iba o jednu stenu. Vonkajšie aj vnútorné klapky sú uzatvorené čím sa zabráňuje prúdeniu vzduchu do Trombeho steny a tepelným stratám z miestnosti. Počas zamračeného dňa ostávajú vetracie klapky uzatvorené tak isto, ako počas nočného režimu.

Pri extrémnych horúčavách

Trombeho stena dokáže v letných mesiacoch dom ochladzovať. Horúci vzduch sa vypustí vonkajšou klapkou pri čom spodná vnútorná aj vonkajšia klapka ostáva otvorená. Vytvorený ťah začne ochladzovať samotnú stenu aj obytné priestory. Pokiaľ je Trombeho stena správne navrhnutá dom si udrží vnútornú teplotu 21°C.

Solárna sušička

Sušenie ovocia a zeleniny nám umožňuje vytvorenie zásob na zimu. V dnešnej dobe je na trhu veľa zariadení, ktoré s tým pomôžu. Ale za akú cenu? Niektorí ľudia sušia ovocie a zeleninu v plynovej alebo elektrickej rúre. Tento spôsob sušenia je finančne a ekologicky nevýhodný. Jedna s možností je solárna sušička, ktorá si vyžaduje iba počiatočnú investíciu pri stavbe.

Sušička pracuje na veľmi jednoduchom princípe. Slnečné žiarenie nahrieva čierny absorpčný plech, ktorý ohrieva vchádzajúci vzduch. Ohriaty vzduch stúpa komínovým efektom cez sitá, na ktorých je ovocie alebo zelenina. Vlhký teplý vzduch stúpa ďalej, až kým nepríde k výdychom, kde opúšťa sušičku.

Merania poukázali na fakt, že Slnečná sušička je obmedzená len v prípade nedostatku priameho slnečného žiarenia. Teplota v sušičke sa pohybuje v letných mesiacoch okolo 45°C. Táto teplota je ideálna a pokiaľ by stúpala nad 50°C bolo by nutné regulovať vzduch, pretože enzýmy neznášajú vyššiu teplotu. Slnečná sušička bola pri testoch plne naložená paradajkami, ktoré aj pri veľkom obsahu vody a miernej oblačnosti sa vysušili do niekoľkých hodín.

Dramatické sociálne zmeny v spoločnosti ovplyvňujú negatívne ekonomickú situáciu širokých vrstiev obyvateľstva. Ich životný štandard klesol pod prijateľnú úroveň v takej miere, že majú existenčné problémy. Chudoba sa pomaly prehľbuje a väčšina z chudobných si začína zvykať na horší život, ktorý zásadným spôsobom na nich vplýva. V dôsledku stále sa zhoršujúcej ekonomickej situácie obyvateľstva dochádza k nárastu aj iných sociálno-patologických javov. Na Slovensku sa prehľbujú regionálne rozdiely medzi regiónmi čo samozrejme spôsobuje najmä masívny odchod najmä mladých ľudí z regiónov za prácou do iných regiónov resp. zahraničia. Stále viac vzrastá pesimizmus slovenského obyvateľstva ohľadom životnej situácie.

Naproti tomu stále existuje rodinná solidarita, ktorá pomáha jednotlivým členom rodín, kde sa ocitnú v nepriaznivej životnej situácii. Stále viac sa mení usporiadanie našej

spoločnosti, kde sa jednotlivé sociálne vrstvy rozostupujú a vznikajú čoraz väčšie príjmové rozdiely medzi najbohatšími a najchudobnejšími. Naproti tomu sa znižuje stredná vrstva. Na to ako je potrebné riešiť chudobu neexistuje jednoznačný recept iba na jej zmiernenie, alebo chvíľkové potlačenie tohto negatívneho sociálneho javu súčasnosti.

Problém chudoby sa v celosvetovom meradle považuje za neriešiteľný, lebo vystupuje ako globálny jav, spočívajúci na diskrepancii medzi expanzívnymi tendenciami ľudských požiadaviek a populačného rastu na strane jeden a obmedzenosťou zdrojov na našej planéte na strane druhej.

V budúcnosti bude okrem iného potrebné nielen, aby sme odstraňovali a zmierňovali dôsledky chudoby, aby sa o tom nielen hovorilo, ale tiež sa prispelo k reálnym výsledkom riešenia tohto sociálneho javu. V boji proti chudobe neznamena len riešenie existujúcej chudoby, ale najmä odstraňovanie príčin vedúcich k jej vzniku a šíreniu. V príspevku sme ponúkli pohľad na zariadenia, ktoré je možné využiť pri riešení problémov chudobných ľudí. Využívanie alternatívnych energií umožňuje dlhodobé riešenie problémov s energiami, ktoré obvykle pre nedostatok finančných prostriedkov v komunitách chudobných absentujú. Tým je otvorená možnosť aj aktívneho podielu chudobných na získavaní energie pre svoj život bez toho, aby bolo nutné poskytovať ďalšie finančné zdroje.

Zoznam bibliografických odkazov

BARÁT, P. D. MORAVČÍKOVÁ, E. SVITÁČOVÁ, 2002. *Sociológia*. Nitra: FEaM SPU, 110 s. ISBN 80 – 8069 – 073 – 1.

KUSÁ Z., R.DŽAMBAZOVIČ, 2006. *Chudoba v slovenskej spoločnosti a vzťah slovenskej spoločnosti k chudobe*. Bratislava: SAV In Zborník príspevkov z konferencie UNESCO MOST v Bratislave. , s. 301. ISBN 80–85544–43–1.

MAREŠ, P. 1999. *Sociológia nerovnosti a chudoby*. Praha: SLON, 248 s. ISBN 80 85850–61–3.

ihome21.kennesaw. *Solar power : How Ancient Civilizations used Mirrors*. [Online] [Dátum: 20. 11 2014] <http://ihome21.kennesaw.edu>

wikipedia.*Pot-in-pot refrigerator*. [Dátum: 17. 11. 2014] http://en.wikipedia.org/wiki/Pot-in-pot_refrigerator

Autodesk Education Community. Trombe Wall and Attached Sunspace. [Online] [Dátum: 17. 11. 2014] <http://sustainabilityworkshop.autodesk.com/buildings/trombe-wall-and-attached-sunspace>

Kontakt na autorov

Ing. Daniel Šlosár

Fakulta baníctva, ekológie, riadenia a geotechnológií - Ústav podnikania a manažmentu

daniel.slosar@tuke.sk

0907547062

doc. Ing. Peter Tauš, PhD.

Fakulta baníctva, ekológie, riadenia a geotechnológií - Ústav podnikania a manažmentu

peter.taus@tuke.sk

0904295272

Sociálne poradenstvo v komunitách ohrozených sociálnym vylúčením

Jozef Vorobel (SR)

Abstrakt: *Príspevok je venovaný sociálnemu poradenstvu realizovanom v medzinárodnej neziskovej organizácii Človek v tísi Slovensko. Zaoberá sa vybraným typom špecializovaného sociálneho poradenstva pre oblasť sociálnych problémov dlhodobej nezamestnanosti v sociálne vylúčených komunitách. Vychádza z individuálneho prístupu v sociálnej práci vo vylúčených komunitách, kde sa sleduje rozvoj klientov zapojených do sociálnych služieb prostredníctvom individuálnych plánov.*

Kľúčové slová: *Sociálne poradenstvo. Sociálne vylúčené komunity. Individuálny plán.*

Abstract: *The paper is devoted to social counseling realized by international non-profit organization People in Need Slovakia. It deals with selected types of specialized social counseling of social problems, long-term unemployment in socially excluded communities. Based on an individual approach in social work in excluded communities where development is monitored clients involved in social services through individual plans.*

Keywords: *Social counseling. Socially excluded communities. Individual plan.*

Úvod

Realizácia sociálneho poradenstva v medzinárodnej neziskovej organizácii Človek v tísi Slovensko (ďalej len organizácia)⁴⁶ je motivované názorom, že viac ako neustále hľadanie v podobe nových aktivít je dôležitejšie pracovať na zlepšovaní jednotlivých postupov sociálnych služieb. Činnosť sociálneho poradenstva⁴⁷ v organizácii je charakterizovaná smerovaním, ktorá súvisí s efektivitou poskytovaných sociálnych služieb prostredníctvom individuálneho plánovania. Elektronický evidenčný program ARUM,⁴⁸ je hlavným prostriedkom sledovania postupov sociálneho poradcu, ktorý umožňuje tieto informácie zaznamenať a v prehľadnej podobe kvantifikovať. Vďaka tomuto programu je možné jednoduchými krokmi zobrazíť priebeh práce s klientom a hodnotiť úspešnosť alebo neúspešnosť postupov. Poskytuje prehľad evidencie spisov aj jednotlivých aktivít prostredníctvom štatistických výstupov, ktoré sú vhodnými prostriedkami pre vytváranie jednotlivých analýz efektivity realizovaných sociálnych služieb.⁴⁹

Dlhodobá nezamestnanosť je sociálny problém, ktorým sa zaoberajú viaceré spoločenskovedné oblasti skúmania.⁵⁰ Tento príspevok o sociálnom poradenstve je zameraný na postupy sociálnej práce pri dlhodobej nezamestnanosti v komunitách ohrozených

⁴⁶ Cieľom pôsobenia organizácie od roku 2004 je svojimi aktivitami pomáhať pri riešení sociálnych problémov vo vylúčených komunitách prostredníctvom realizácie komplexných sociálnych programov zameraných na oblasti rozvoja bývania, podpory vzdelávania a legálnej zamestnanosti. V súčasnosti ambulantnou formou prevádzkuje päť komunitných centier v Prešovskom samosprávnom kraji.

⁴⁷ Od roku 2014 má organizácia registrované špecializované sociálne poradenstvo zamerané na pracovné a protidlhové poradenstvo ako druh sociálnej služby v Prešovskom samosprávnom kraji. (Pozri § 19, ods. 3, Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní, živnostenský zákon, v znení neskorších predpisov.)

⁴⁸ ARUM, databázový systém pre evidenciu sociálnej práce a správu tímu organizácie, <http://binboat.cz/cs/content/datab%C3%A1ze-arum>. [online].

⁴⁹ *Efektívne sociálne služby*, projekt Človek v tísi Slovensko, spracoval Peter Kulifaj, 2013.

⁵⁰ V príspevku sociálneho poradenstva vychádzame z delenia špecifických rizikových skupín nezamestnanosti ako je sociálne vylúčená rómska komunita. (Pozri BUCHTOVÁ, 2002, s. 114 – 115.)

sociálnym vylúčením.⁵¹ Nezamestnanosť na Slovensku je charakterizovaná prostredníctvom miery evidovanej nezamestnanosti, ktorá sa vyjadruje ako pomer uchádzačov o zamestnanie evidovaných na Úrade práce, sociálnych vecí a rodiny (ďalej len úrad) k počtu oficiálne zamestnaných. Klienti, ktorí z rôznych dôvodov vôbec nepracujú a zároveň nie sú v tejto evidencii sa neobjavia v registrovanej nezamestnanosti.⁵² Podobne ako tí, ktorí pracujú nelegálne. Pričom takéto formy práce sú pomerne rozšírené v sociálne vylúčených komunitách. Medzi sociálne faktory, ktoré komplikujú legálnemu zamestnaniu takýchto klientov patrí:

- širšia solidárna rodina, kde klient nemá vplyv nad významnou časťou svojho príjmu,
- dlhy a exekúcie možného legálneho príjmu, vedie klientov k rôznym iným nelegálnym spôsobom získavania si príjmu,
- nekvalifikované pracovné pozície s nízkymi mzdami sú založené na častej fluktuácii,
- počet pracovných príležitostí pre klientov, ktorí majú záznam v registri trestov je často obmedzený,
- systém sociálnych dávok nemotivuje klientov pracovať,
- veľká časť klientov trpí dlhodobým ochorením,
- klienti sú často obmedzovaní nadmernou starostlivosťou o svoje bývanie,
- v spoločnosti je výrazná obava zo zamestnávania klientov, ktorí sú objektmi rôznych poloprávd z počutia a iných zlých skúseností.⁵³

Dôležitým predpokladom úspešnej spolupráce medzi sociálnym poradcom a klientom je motivácia. Tá nemusí byť na prvý pohľad viditeľná, pričom jej znalosť, môže významnou mierou ovplyvňovať ďalšiu spoluprácu. Charakteristický problém predstavuje situácia, kedy klient neprichádza s požiadavkou o pomoc k sociálnemu poradcovi na základe vlastného presvedčenia, ale na základe rozhodnutia niekoho iného. Môže to byť napríklad nátlak jeho príbuzných z finančných dôvodov. Taktiež je to požiadavka vyhovieť pracovníkovi úradu, alebo je to len snaha získať si potvrdenie o hľadaní alebo nástupu do zamestnania. Motivácia klienta sa počas spolupráce môže meniť. Keď na klienta tlačia platby alebo dlhy, snaží sa viac. Pokiaľ sa jeho situácia nejako oddiali, môže motivácia klesať. Odhad klientovej motivácie nie je niečo, čo by sociálny poradca mohol spoľahlivo odhadnúť. Uvedené rizikové okolnosti je preto dôležité poznať a brať ich do úvahy.

Postup vypracovania sociálnej anamnézy sa vytvára na začiatku spolupráce medzi klientom a sociálnym poradcom. Je to dôležitým momentom v rámci komplexných postupov sociálneho poradenstva.⁵⁴ V tejto anamnéze by nemali chýbať informácie o vzdelaní, o doterajšom zamestnaní a o zdravotných obmedzeniach. Na základe týchto informácií je možné zostaviť životopis. Na druhej strane niektorí klienti tento dokument ani nepotrebujú, pretože buď nemajú žiadne profesijné skúsenosti alebo sa im podarí zamestnať aj bez tohto dokladu.

Väčšia časť klientov má problém s formálnym vystupovaním v bežnom inštitucionálnom prostredí. Problémom môžu byť aj základné sociálne zručnosti ako je telefonovanie alebo napísanie listu. Ak takýto klient príde sa uchádzať o pracovné miesto,

⁵¹ Postupy sociálnej práce vždy sledujú špecifickú situáciu klienta, kde je dôležitá spolupráca s ďalšími odborníkmi a znalosti o zdrojov podpory, ktoré sú pre klienta v hodné a dostupné. (Pozri MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ, KODYMOVÁ, 2005, s. 309.)

⁵² Uchádzač o zamestnanie je charakterizovaný ako občan, ktorý môže pracovať, chce pracovať, hľadá si zamestnanie a je vedený v evidencii ÚPSVaR (Pozri § 6, ods. 1, Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti v znení neskorších predpisov.)

⁵³ Pozri *Metodika pracovného poradenstva*, Kapitola 1.1 Problematika zamestnanosti v kontexte sociálneho vylúčenia, http://www.pracovniporadenstvi.cz/?cz_texts_metodikaPP=. [online].

⁵⁴ Metódy sociálnej práce sú špecifické postupy sociálnych pracovníkov, ktorých cieľom je poskytovanie materiálnej pomoci a sociálneho poradenstva, vytvorenie plánu postupu a poskytnutie komplexnej pomoci. (Pozri MATOUŠEK, 2008, s. 100.)

jeho komunikačné nedostatky sa prejavajú ako nevýhoda. V niektorých prípadoch je potrebné klienta informovať o význame pokojného vystupovania, úprave zovňajška a príchodu na dohovorené stretnutie načas.

Na začiatku spolupráce je dôležité, aby sociálny poradca poskytol klientovi zvýšenú podporu pri komunikácii s inštitúciami. Pri kontaktoch s potenciálnym zamestnávateľom vstupuje len vtedy, pokiaľ si je istý, že to klient potrebuje. Niektorí zamestnávatelia môžu vnímať takúto sociálnu asistenciu negatívne ako náznak rizikovosti uchádzača o zamestnanie.

Cieľom uvedených postupov spolupráce s klientom by malo byť neustále zvyšovanie kompetencií klienta. V situácii, kedy kvalifikácia klientov je veľmi nízka a doterajšia zamestnanecká kariéra takmer žiadna, môže byť klientova adekvátne komunikácia jedinou zručnosťou, ktorú je možné prezentovať. Na druhej strane aj v prípade neúspechu získať si zamestnanie, tieto nadobudnuté skúsenosti u klienta zostávajú.⁵⁵

Adekvátne naformulovanie zákazky je dôležité pre systematickú prácu s klientom. Pod zákazkou rozumieme súbor postupov, ktoré sú realizované sociálnym poradcom v záujme klienta.⁵⁶ Je dôležité, aby takto zadefinovaná spolupráca mala svoj určený cieľ a aby ju bolo možné v závere vyhodnotiť, či bola úspešná alebo nie.

Vzhľadom na zložitosť sociálnej situácie klientov sa objavujú ďalšie oblasti problémov, kde je potrebné poskytovať sociálne poradenstvo. Je to zadlženosť rodín a exekúcie klienta. V tomto momente je preto významná spolupráca medzi ďalšími sociálnymi poradcami v organizácii tak, aby bol dosiahnutý komplexný a koordinovaný prístup vo vzťahu ku klientom.

Zadlženosť klientov priamo ovplyvňuje úspech zákazky zameranú na zamestnávanie.⁵⁷ Vzhľadom k existujúcemu inštitútu exekúcie na príjem zo mzdy predstavuje legálny príjem pre klienta nevýhodnú alternatívu. V tomto momente je dôležité najprv riešiť sociálnu situáciu klienta v oblasti zadlženosti a až postupne začať spolupracovať pri hľadaní zamestnania. Základným postupom je vhodná diagnostika dlžnej situácie klienta. Sociálny poradca najprv s klientom zostaví podrobný zoznam všetkých dlhov. Následne sú identifikované záväzky a určené optimálne postupy. Sociálny poradca poskytuje pomoc s prípadnou konsolidáciou dlhov, kontrolou správnosti exekučných opatrení a s právnou pomocou v prípade porušenia práv klienta.

Záver zákazky je dôležitým hľadiskom, ktorý slúži k analýze postupov. Pre začínajúceho sociálneho poradcu je potrebné uzatvárať zákazky spoločne s metodikom tejto sociálnej služby. Výsledok uzatvorenej zákazky je dôležité zhrnúť do systémových analýz. Je potrebné vedieť, že chybné naformulovanie znenia zákazky, ktorá nereflektuje realitu, narúša výsledky hodnotenia. Vzhľadom na skutočnosť, že úspešná spolupráca s klientom je závislá na mnohých okolnostiach, ktoré nemôže sociálny poradca ovplyvniť, je hodnotenie zákazky rozdelené na dva pohľady.

Hľadisko postupu je dôležité pre analýzy práce sociálneho poradcu. Hodnotí sa ako prebiehala spolupráca, respektíve ako klient plnil dohody a úlohy. Viac ako dosiahnutie cieľa je v tomto prípade dávaný dôraz na obsah prebiehajúcej spolupráce. Na druhej strane hľadisko cieľa je dôležité pri vykazovaní činností mimo organizáciu, napríklad pri záverečných

⁵⁵ Pozri *Metodika pracovného poradenstva*, pozri Kapitola 2.6 Metody a techniky, http://www.pracovniporadenstvi.cz/?cz_texts_metodikaPP=. [online].

⁵⁶ Zákazka klienta má náležitosti individuálneho plánu kde sú identifikačné údaje, sociálna anamnéza, určenie cieľov spolupráce, záznam intervencií a konzultácií, priebežné hodnotenie dosiahnutých výsledkov.

⁵⁷ Príklady pracovných listov pre klientov pracovného poradenstva na precvičovanie internetovej gramotnosti, čítanie inzerátov v dennej tlači, komunikácia s pracovnými agentúrami a ďalšie. (Pozri HŮLE, 2010, s. 74 – 106.)

správach a hodnoteniach pre podporovateľov projektov. Zároveň tieto kvantifikované ukazovatele informujú o počtoch klientov, ktorým bolo sociálnym poradcom sprostredkované legálne zamestnanie.⁵⁸

Záver

Sociálne poradenstvo je oblasťou, ktorá má svoje teoretické východiská a praktické činnosti. Syntéza poznatkov psychológie, práva, sociálnej práce a iných spoločenskovedných odborov, prináša pohľady v kontexte vzťahu sociálny poradca a klient.⁵⁹ Komunitné centrá organizácie so svojimi sociálnymi poradcami počas svojho pôsobenia spolupracovali pri vytváraní lokálnych sietí poskytovania sociálnych služieb. V tomto príspevku o sociálnom poradenstve v komunitách ohrozených sociálnym vylúčením plnia funkciu poskytovateľov sociálnej služby v oblasti pracovného poradenstva. Medzi vybrané základné ciele takéhoto typu sociálneho poradenstva sa zaraďujú: získanie legálneho zamestnania, konsolidácia dlhov, stabilizácia príjmu, dosiahnutie pracovných návykov, získavanie sociálnych zručností, administratívnej znalosti a osobnej zodpovednosti.⁶⁰

Zoznam bibliografických odkazov

- BUCHTOVÁ, Božena (et al.), 2002. *Nezaměstnanost, psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada. ISBN 80-247-9006-8.
- GÁBURA, Ján, 2005. *Sociálne poradenstvo*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca. ISBN 80-89185-10-X.
- HŮLE, Daniel (et al.), 2010. *Metodika pracovního poradenství*, Plzeň: Člověk v tísni.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ, Pavla (eds.), 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
- ARUM, databázový systém pre evidenciu sociálnej práce a správu tímu organizácie, <http://binboat.cz/cs/content/datab%C3%A1ze-arum>. [online].
- Efektívne sociálne služby*, projekt Člověk v tísni Slovensko, Aktívne občianstvo a inklúzia, Program podpory mimovládnych organizácií, spracoval Peter Kulifaj, 2013.
- Metodika pracovního poradenství*, Člověk v tísni, http://www.pracovniporadenstvi.cz/?cz_texts_metodikaPP=. [online].
- Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti v znení neskorších predpisov.
- Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších.

Kontakt na autora

Jozef Vorobel, PhDr., PhD.
Člověk v tísni Slovensko
Svoradova 5, 811 03 Bratislava
jozef.vorobel@peopleinneed.sk
+42911791793

⁵⁸ Pozri *Metodika pracovního poradenství*, Kapitola 4. Forma spolupráce s klientmi – zákazky, http://www.pracovniporadenstvi.cz/?cz_texts_metodikaPP=. [online].

⁵⁹ Pozri GÁBURA, 2005, s. 34.

⁶⁰ Pozri *Metodika pracovního poradenství*, Kapitola 1.3 Ciele pracovného poradenstva http://www.pracovniporadenstvi.cz/?cz_texts_metodikaPP=. [online].

Social, cultural and health conditions of unemployment

Ewelina Kleszcz- Ciupka (PL)

Abstract: *Unemployment is a phenomenon which is an indispensable part of modern social and economic life around the world. Reforms of the political, cultural or technical system led to the changes, which were accompanied by the transformation of a centrally planned economy based so far on a deficiency of workforce, in a market characterized by shortage of labor demand. Carried out in Poland studies on the causes of unemployment indicate a complex and diverse nature of the phenomenon. Underdeveloped private sector, a number of redundancies following the privatization and liquidation of companies, ownership transformation or restructuring of state-owned industries and agriculture are just a few of the causes of unemployment in Poland quoted by both practitioners and theorists.*

Most research shows that this social problem is the result of economic fluctuations, economic and political changes, and inadequate level and structure of education against the needs of the economy. The examples of the situation of unemployment mentioned above are causative agents of economy. However, in the literature, individual causes of unemployment and their importance for the functioning of social workers are only slightly raised. Unemployment entails a serious social consequences and is a common reason for applying for social benefits from the social assistance system. All these factors make to attempt to define social, cultural and the health determinants of unemployment and its implications for social workers is not only interesting, but also necessary.

Keywords: *The causes of unemployment. Social. Health. Cultural determinants of unemployment.*

Introduction

The mass scale of unemployment characterizing XXI century makes it became a serious social problem. High rank for this phenomenon is the result of its economic, social and political significance. Unemployment is an integral part of modern social and economic life in the world. Political, cultural or technical reforms led to changes, accompanied by the transformation of a centrally planned economy previously based on the workforce deficiency into a market characterized by shortage of labor demand. It is visible especially in those economies that have undergone a process of transformation mentioned above, unemployment has become a key and acute problem (Ślebarska 2010, p.15). The number of people out of work is a constant object of interest of specialists from various scientific areas. It is an important part of many political or economic debates because unemployment "is a state of inactivity of people in a working age who are willing and able to take up employment, and despite the measures taken are not working" (Kirenko, Sarzyńska 2010, p.11). It is related to the fact that unemployment (especially long-term) in recent years intensified. These perspectives make an in-depth analysis of the phenomenon of unemployment, understood in terms of the social problem, a key element in determining the individual determinants of socio - cultural - health unemployment and what are the implications for social work.

The purpose of the presented article is to provide the causes and costs of unemployment as a criterion for social assistance. This text is an attempt to analyze the factors affecting the joblessness beneficiaries of social welfare, which aims to support and help the individual improve its difficult socio-economic situation.

The beneficiary of the social welfare system in Poland

Unemployment is one of the criteria of social assistance, whose primary function is to help individuals and families cope in difficult situations, which they can not overcome themselves using their abilities, powers and their means (Gierszewska, 2002, p.143). The literature also mentions other social welfare purposes, for example:

- meet the essential needs life of individuals and their families, as well as enabling them to live in conditions appropriate for human dignity,
- achieving as much as possible of individual independence for persons and their families,
- prevention of difficult situations, the consequence of which would be the need to register in social welfare system,
- integration of persons and families with the environment, strengthening families (Stahl, 2002, p. 209).

Art. 7 of the Law on Social Assistance talks about providing support to the units who are not able to overcome the difficulties without institutional support, including those who have been out of work. Law quoted the following extracts:

- 1) poverty,
- 2) orphan-hood,
- 3) homelessness,
- 4) unemployment,
- 5) disability,
- 6) the long-term or serious illness,
- 7) domestic violence,
- 7a) the need to protect victims of trafficking,
- 8) the need to protect maternity or families with many children,
- 9) helplessness in matters of care and running a household, especially in single-parent families or families with many children,
- 10) difficulties in the integration of foreigners who have acquired, in the Republic of Poland, refugee status or subsidiary protection
- 11) the difficulty in adapting to life after release from prison,
- 12) alcoholism or drug addiction,
- 13) random event and crisis,
- 14) natural or ecological disasters (Act of 12 March 2004. On social assistance).

The criteria mentioned above shall be subject to the social system in Poland based on the principles of subsidiarity, as well as individuals on the grounds of difficult living conditions of a person or family. It includes a directory of cash and non-cash benefits, which regulates the Social Assistance Act of 12 March 2004. In accordance with Art. 36 of the Act distinguishes forms of support:

• non-monetary benefits:

- social work,
- credited ticket,
- health insurance contributions,
- social security contributions,
- material assistance, including financial independence,
- funerals,
- specialist counselling,
- crisis intervention,
- shelter,

- meal,
- necessary clothing,
- care services at its usual residence support centres and family care homes,
- specialist nursing services at the place of residence and support centres,
- apartment protected,
- stay and services in a social welfare houses,
- assistance in obtaining adequate housing, including a protected flat, assistance in obtaining employment assistance allowance (see. The Act of 12 March 2004. On social assistance).

• **cash benefits** to eligible individuals and families whose income does not exceed the income criteria established based on the level of social intervention. From 1 October 2012 for a single person household income which is not exceeding the amount of 542 zł, but for the person in the family - the amount of 456 zł. The municipal council, by resolution, may increase the amount of the entitlement for periodical and purposeful benefits. For those financial forms we include:

- permanent benefit,
- temporary allowance,
- purposeful allowance and special purposeful allowance,
- allowance for loan and financial independence,
- support for independence and to continue their education,
- provide funds to maintain and to cover expenses related to learning Polish language for foreigners who have acquired in the Republic of Poland refugee status or subsidiary protection,
- guardian remuneration in respect of custody granted by the court.

Persistent unemployment leads to a deterioration of the economic situation of individuals and their families. The consequence of this phenomenon is the increasing number of people benefiting from institutional support. Discussed above cash and non-cash benefits are forms used by social workers in the framework of social assistance in order to improve the difficult financial and social situation of individuals and families.

Unemployment as a social problem

Unemployment is difficult to define due to the multidimensionality of the phenomenon. There is no single definition of unemployment, accepted by the representatives of all scientific fields. This phenomenon is in fact complex and does not have a clear interpretation. This issue is subject to different analysis. For example, economists refer to this meaning of this phenomenon, which means "a state of imbalance between the supply side (labour force) and demand (jobs) side jobs" (Borkowski, Marcinkowski, 1999, p. 17). On the other hand, sociologists will talk about the subjective perspective of unemployment, where the main focus is on people without jobs. According to it, the phenomenon is the "state of inactivity units capable of work and announcing their willingness to take it." (Borkowski, Marcinkowski 1999, p. 18)

Constantly rising unemployment causes this problem a subject of many economic and social considerations. Increasing size of this phenomenon makes it become a threat to the economic equilibrium. To meet the problem of unemployment, labour market institutions and social policy institutions offer many tools and services in the labour market, which can be used by unemployed people to change their professional and personal life. It should mainly be used by

people who are recognized as such in a special situation on the labour market. Among them, we have:

- Unemployed up to 30 years old,
- Long-term unemployed
- Unemployed over 50 years old,
- Unemployed people benefiting from social assistance benefits,
- Unemployed with at least one child under six years of age, or at least one disabled child up to 18 years old,
- Unemployed people with disabilities. (Act of 20 April 2004 on employment promotion and labourmarket institutions).

In previous years, the people in a particular situation on the labour market also were included:

- Unemployed after completing the social contract, or women who did not take the job after childbirth
- Unemployed with no qualifications, no experience or without secondary education,
- Unemployed single parents with at least one child under the age of 18,
- Unemployed, who after serving a sentence of imprisonment did not resume employment. (Kleszcz-Ciupka, Drozd, 2013, p. 124-125)

Unemployment is not socially dangerous, when falls in the range of 4% to 6% of the working population, and long-term unemployment rate does not exceed 2-3%. In Poland, the boundaries have been considerably exceeded, and the consequences of this phenomenon affected mainly people belonging to a group in a special situation on the labour market.

Causes of unemployment

Poland carried out research on the causes of unemployment indicate a complex and diverse nature of this phenomenon (see, among others, Mieczysław Kabaj 2001 Marek Bednarski 2007). Underdeveloped private sector, numerous redundancies following the privatization and liquidation of companies, ownership transformation and restructuring of state-owned industries and agriculture are just a few of the causes of unemployment in Poland quoted by both practitioners and theorists. The most important of them are:

- liquidation of certain industries,
- reducing the demand for particular goods or services,
- reduction in production,
- lack of information about jobs,
- workplace transfer to another area,
- mismatch employee education to the needs of the market,
- changes in technology,
- high taxes,
- restructuring of the economy,
- underdevelopment in many regions of the country and hidden unemployment,
- reduction of social employment- hidden unemployment,
- too liberal legislation allowing people to obtain benefits when not previously employed and leaning them not to seek work (Kmieciak-Baran 2009, p.28).

In addition, the literature suggests the following economic factors causing unemployment:

- the impact of fiscal and monetary policy,
- growth of international competitiveness,

- inflexibility of the labour market,
- economic slowdown,
- deficit in international trade in goods,
- labour productivity growth,
- inappropriate spatial distribution of capital and labour resources (Śmiglin, 2006, s.428).

Most research shows that this social problem is a result of economic fluctuations, economic and political changes, and inadequate level and structure of education to the needs of the economy. The examples mentioned above are causative agents of economic situation of unemployment.

Subjective causes of unemployment

Factors associated with the globalization of the market economy, demographic processes and development of new information technologies impact on changes in the labour market. However, these are only partial determinants contributing to unemployment. In addition to these, there are also external factors associated to the economic situation. More and more attention is paid to the internal determinants, as the cause of unemployment.

In the literature, yet discussed in a small extent, are individual causes of unemployment -the social, cultural, health issues- and their importance for the functioning of social workers. Unemployment entails a serious social consequences and is a common reason for the social benefits of the social assistance system.

Individual causes of a social nature are very important when we consider unemployment. Among them, the most important are such factors:

- insufficient effectiveness of the excitatory activity and professional life of the unemployed,
- very attractive systems of social protection for the unemployed,
- changes in the legal system,
- excessive liberalizing situations of unemployed,
- low activity and creativity of the unemployed (Śmiglin 2006, p.429).

The presence of these social determinants relating to units of institutional beneficiary is of particular importance for professional activation process, considered to be one of the forms of support measures to reduce the unemployment rate. It is a long-term process, not forming an immediate impact, and often requires a longer time to take a whole range of activities on several different levels. Professional activation, especially in the case of the unemployed with special situation on the labour market, it is a two-phase process. It consists actions of an internal and external nature. Those first are based on levelling mainly motivational barriers. Working in this area is based on identifying their needs, capabilities, aptitudes or professional interests, as well as determining the level and type of motivation and readiness to change the professional and personal situation. In contrast to an external tasks we include removing barriers to access information, which involves equipping non-working people with the knowledge and practical skills in the field of active job search and functioning in the workplace (Kleszcz-Ciupka, DrozdKornasiewicz, 2014, p.104). Described motivational barriers and information access are the basis of individual determinants of unemployment of a cultural nature.

The last of the internal factors that contribute to economic inactivity are individual determinants of the nature of health condition. We need to be bear in mind that health is not just a biological phenomenon, but also sociological. This is conditioned by the state of bio

psychosocial balance of the body, which is important not only from physical point of view, but also satisfaction of life (Cipora 2009, p. 337-338). Life satisfaction has a significant impact on the situation of people in the labour market and satisfaction with professional tasks. People with health disorders are among the group of people with disabilities. The situation of these people is difficult. The reason for such a situation may be factors rooted in man himself (i.e. lack of motivation or full readiness to change their job situation among the disabled), but also factors over which a person has no direct influence. To the others we may include disability of dependent person, whom they take care of, which greatly reduces the possibility of taking professional activities by the persons concerned, as well as the child's disability significantly modifies the activity for professional caregivers and represents a significant barrier in search of work, while varying the structure of expenditure family, the deterioration of its financial situation (Frączek 2014, p. 165).

Conclusion

The aim of this paper was to identify the causes and costs of unemployment as a criterion for social assistance. Article also had the task of analysing the factors affecting the joblessness beneficiaries of social assistance. Based on the literature, it can be concluded that a key element of inactivity clients are the causes of the social system of a subject character, which we include external determinants, economical. You cannot miss the significance of a subjective reasons for having a major impact on the lack of activation, and thus deteriorating professional individuals. Determine individual determinants -social, cultural and health- of unemployment and its implications for social workers is not only interesting, but also necessary for proper professional activation process. In this context it is important to determine the effect of individual factors such as lack of qualifications and skills associated with moving on the labour market, health condition, the financial situation of the person and the supporting activities initiated by social workers.

Zoznam bibliografických odkazov

- Borkowski T., Marcinkowski A. 1999. *Bezrobocie w perspektywie socjologicznej*, [w:] *Socjologia bezrobocia*, Borkowski T., Marcinkowski A.(wybór). Katowice: Wyd. Naukowe "Śląsk", 17-18 s. ISBN: 83-7164-162-1.
- Cipora E. 2009. Problemy definiowania zdrowia, choroby, niepełnosprawności, [w:] *Zeszyty Naukowe Nr 6*, Kosętko H., Chudzik A. (red.). Sanok: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku, 337-343 ISSN 1732-3975.
- Frączek P. 2014. Niepełnosprawność wśród dzieci i młodzieży i jej wpływ na funkcjonowanie rodziny w Polsce, [w:] *Aktywizacja osób z niepełnosprawnością wybrane problemy psychospołeczne*, red. Rutkowska E., Otrębski. Biała Podlaska: Wyd. AWF J. Piłsudskiego Warszawa, 165 s. ISBN 978-83-61509-28-8.
- Gierszewska R. 2002 *Pomoc społeczna*, [w:] *Leksykon polityki społecznej*, red. Rysz-Kowalczyk B. Warszawa: Wyd. ASPRA-JR, 263 s. ISBN 83-88766-32-5.
- Kleszcz-Ciupka E., Drozd S. 2013. *Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób bezrobotnych*, [w:] *Spójność społeczna w wymiarze lokalnym i regionalnym– dylematy i rozwiązania*, red. Frączek P. Sanok: Wyd. PWSZ Sanok, 124-125 s. ISBN 978-83-61802-80-8.
- Kleszcz-Ciupka E., Drozd S., Kornasiewicz A. 2014. *Elastyczne formy zatrudnienia szansą na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych*, [w:] *Aktywizacja osób z niepełnosprawnością wybrane problemy psychospołeczne*, red. Rutkowska E., Otrębski. Biała Podlaska: Wyd. AWF J. Piłsudskiego Warszawa, 104 s. ISBN 978-83-61509-28-8.
- Kirenko J., Sarzyńska E. 2010. *Bezrobocie Niepełnosprawność, Potrzeby*. Lublin: Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 11 s. ISBN: 978-83-227-3105-5.

Kmiecik-Baran K. 2009. *Bezrobocie czynnikiem marginalizacji i ubóstwa*. Gdańsk: Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, 28 s. ISBN: 978-83-7326-577-6.

Stahl M. 2002 *Materiałne prawo administracyjne pojęcia, instytucje, zasady*. Warszawa: Wyd. Difin, 386 s. ISBN: 83-7251-272-8.

Ślebarska K. 2010. *Wsparcie społeczne a zaradność człowieka w sytuacji bezrobocia*. Katowice: Wyd. Naukowe "Śląsk", 15 s. ISBN: 978-83-7164-616-8.

Śmiglin Magdalena. 2006. *Indywidualne i społeczne skutki bezrobocia na tle globalizacji*, [w:] *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy. Problemy globalizacji i regionalizacji część 1*. Zeszyt 8/2006, red. Woźniak M.G. Rzeszów: Wyd. MITEL, 428-429 s. ISBN 83-60545-09-X.

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 182, z późn. zm.)

Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 598)

Kontakt na autora

mgr Ewelina Kleszcz-Ciupka

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

klew@poczta.onet.pl

Pracownik socjalny w polskim systemie prawnym – wybrane zagadnienia

Wojciech Glac (PL)

Abstrakt: *Polski prawodawca przyznaje pracownikowi socjalnemu specjalne uprawnienia. Dotyczą one zakresu kompetencji w organach administracji publicznej, ale także ochrony prawnej, jako funkcjonariusza publicznego. Opracowanie ma na celu przybliżenie i analizę wybranych uprawnień pracownika socjalnego w kontekście rzeczywistych możliwości ich realizacji.*

Słowa kluczowe: *Pracownik socjalny. Prawo pomocy społecznej. Funkcjonariusz publiczny.*

Abstract: *Polish legislator confers special powers for social worker. These relate to the competence of the public administration, but also the legal protection as a public officer. Development aims to introduce and analysis of selected social worker rights in the context of the real possibilities of their implementation.*

Keywords: *Social worker. Rights of social assistance. Public officer.*

Wstęp

Pracownik socjalny w polskim systemie prawnym systematycznie zyskuje na znaczeniu, poprzez przyznawanie szerokich kompetencji ustawowych, w zakresie wykonywania zadań w obszarze rozumianej szeroko pomocy społecznej, będąc jednocześnie, przy wykonywaniu swoich obowiązków pod szczególną prawną ochroną, jako funkcjonariusz publiczny. Dla porządku metodologicznego, należy zaznaczyć, że poruszane tu kwestie dotyczą pracowników socjalnych, którzy zatrudnieni są przede wszystkim w organach administracji samorządowej i centralnej.

Trzeba zwrócić uwagę, na swoistą dwoistość natury profesji⁶¹ wykonywanej przez pracownika socjalnego, gdzie oczywiste i konieczne przymioty osobiste, jak zdolność rozumienia potrzeb klientów, empatia, poczucie służby łączą się ze ściśle opisanymi kompetencjami, jakie nadaje ustawodawca.

Jednocześnie, analizując pozycję pracownika socjalnego w polskim systemie prawnym, nie sposób nie zauważyć odniesień i zadań umiejscowionych w każdej gałęzi prawa, tak prawnego, cywilnego, a tu zwłaszcza rodzinnego – opiekuńczego, po administracyjne, a zwłaszcza procedurę administracyjną.

Zasadnym wydaje się poruszenie kwestii zakresu ustawowych kompetencji pracowników socjalnych, przy jednoczesnym zwróceniu uwagi na przysługujące im środki ochrony, których gwarantem jest państwo.

Kompetencje pracownika socjalnego wynikające z Ustawy o pomocy społecznej⁶²

Zasadniczym aktem prawnym statuującym zakres obowiązków i uprawnień pracownika socjalnego jest Ustawa o pomocy społecznej, której art. 119⁶³ stanowi ich

⁶¹ Szeroko o profesjonalizacji zawodu pracownika socjalnego, przy jednoczesnym uznawaniu wykonywanych zadań za profesję i wątpliwościach z tego płynących pisze ŁUCZYŃSKA, Marta, *Pracownicy socjalni w procesie profesjonalizacji pracownika socjalnego*, 2013, Warszawa, Instytut Spraw Publicznych)

⁶² Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593, dalej UoPS

⁶³ Art. 119 UoPS, Zadania pracownika socjalnego

1. Do zadań pracownika socjalnego należy w szczególności:
1) praca socjalna;

katalog. Zwraca uwagę zadanie wynikające punktu trzeciego cytowanego przepisu, a to: udzielanie (przez pracownika socjalnego - przyp.WG) informacji, wskazówek i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osobom, które dzięki tej pomocy będą zdolne samodzielnie rozwiązywać problemy będące przyczyną trudnej sytuacji życiowej; skuteczne posługiwanie się przepisami prawa w realizacji tych zadań (UoPS). Ustawodawca zobowiązuje tu wprost do zarówno znajomości właściwych przepisów, jednocześnie zobowiązując do wykonywania swoistej funkcji doradczej na rzecz klientów, w sytuacjach zazwyczaj typowych, często jednak wymagających profesjonalnej pomocy prawnej. Pracownik socjalny, jak wynika z praktyki, ale także wiedzy powszechnej jest zazwyczaj pierwszym ogniwem reprezentującym system zabezpieczenia społecznego w bezpośrednich relacjach z jego klientem. Zasadniczą będzie tu zatem kwestia zdolności do przekazania maksymalnie kompleksowej informacji, w ramach własnej wiedzy, względnie w razie potrzeby po konsultacji prawnej, o dostępnych formach i procedurach, które mogą być zastosowane w danej sytuacji. Niedopełnienie tego, ale także któregośkolwiek z obowiązków opisanych w cytowanych przepisach skutkować będzie odpowiedzialnością porządkową pracownika.

Trzeba tu zwrócić uwagę, że pracownicy socjalni nie podlegają odpowiedzialności dyscyplinarnej. Jak zauważa K. Woźniczko, znawczyni prawa pracy, W stosunku do pracowników samorządowych w obecnie obowiązującej ustawie zlikwidowano instytucję postępowania dyscyplinarnego, przewidzianą w poprzednio obowiązującej ustawie o pracownikach samorządowych z 1990 r. W związku z powyższym pracownicy samorządowi za naruszenie obowiązków przewidzianych w ustawie o pracownikach samorządowych podlegają pracowniczej odpowiedzialności porządkowej na zasadach ogólnych przewidzianych w Kodeksie Pracy, a nie odpowiedzialności w trybie postępowania dyscyplinarnego – tak jak to przewidywała poprzednia ustawa czy ustawa o służbie cywilnej w stosunku do urzędników administracji rządowej (Woźniczko 2013).

Ustawodawca wskazuje zasady, na których w ramach wykonywanych zadań winien opierać się pracownik socjalny. Wydaje się, że winny być one interpretowane łącznie, jako wzajemnie funkcjonalnie powiązane. Zgodnie z art. 119 pkt 2 UoPS pracownik socjalny przy wykonywaniu swoich obowiązków winien kierować się zasadami etyki zawodowej; kierować się zasadą dobra osób i rodzin, którym służy, poszanowania ich godności i prawa tych osób do samostanowienia; przeciwdziałać praktykom niehumanitarnym i dyskryminującym osobę, rodzinę lub grupę; udzielać osobom zgłaszającym się pełnej informacji o przysługujących im świadczeniach i dostępnych formach pomocy; zachować w

2) dokonywanie analizy i oceny zjawisk, które powodują zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej oraz kwalifikowanie do uzyskania tych świadczeń;

3) udzielanie informacji, wskazówek i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osobom, które dzięki tej pomocy będą zdolne samodzielnie rozwiązywać problemy będące przyczyną trudnej sytuacji życiowej; skuteczne posługiwanie się przepisami prawa w realizacji tych zadań;

4) pomoc w uzyskaniu dla osób będących w trudnej sytuacji życiowej poradnictwa dotyczącego możliwości rozwiązywania problemów i udzielania pomocy przez właściwe instytucje państwowe, samorządowe i organizacje pozarządowe oraz wspieranie w uzyskiwaniu pomocy;

5) udzielanie pomocy zgodnie z zasadami etyki zawodowej;

6) pobudzanie społecznej aktywności i inspirowanie działań samopomocowych w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób, rodzin, grup i środowisk społecznych;

7) współpraca i współdziałanie z innymi specjalistami w celu przeciwdziałania i ograniczania patologii i skutków negatywnych zjawisk społecznych, łagodzenie skutków ubóstwa;

8) inicjowanie nowych form pomocy osobom i rodzinom mającym trudną sytuację życiową oraz inspirowanie powołania instytucji świadczących usługi służące poprawie sytuacji takich osób i rodzin;

9) współuczestniczenie w inspirowaniu, opracowaniu, wdrożeniu oraz rozwijaniu regionalnych i lokalnych programów pomocy społecznej ukierunkowanych na podniesienie jakości życia.

tajemnicy informacje uzyskane w toku czynności zawodowych, także po ustaniu zatrudnienia, chyba że działa to przeciwko dobru osoby lub rodziny; podnosić swoje kwalifikacje zawodowe poprzez udział w szkoleniach i samokształcenie.

Zwraca tu uwagę zobowiązanie nakładane na pracownika socjalnego do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji o klientach, także po ustaniu stosunku zatrudnienia. Przepis ten stanowi istotny, aczkolwiek rzadko poruszany, tak w literaturze jak i praktyce problem funkcjonalny. Otóż, tajemnica zawodowa pracownika socjalnego obowiązuje go zawsze, poza wyjątkiem, jakim jest zagrożenie dla dobra samego klienta.

Bardziej niż w kontekście prawnym, przepis ten niesie, a może powinien nieść brzemiennie skutki w samych relacjach z klientem, który musi być pewien, że wszelkie informacje jakich udziela w ramach postępowania prowadzonego przez pracownika socjalnego, objęte są tajemnicą, co z kolei może w zasadniczym stopniu ułatwić kontakt o pozyskanie niezbędnych informacji.

Co do kontekstu prawnego, naruszenie tajemnicy zawodowej, podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z dyspozycją art. 265 Kodeksu Karnego⁶⁴ i jako przestępstwo zagrożone jest karą do dwóch lat pozbawienia wolności. W doktrynie prawa karnego zwraca się uwagę, że przedmiotem specjalnej ochrony jest prawo zachowania określonych informacji w tajemnicy, przy czym obowiązek dyskrekcji spoczywający na depozytariuszu informacji podyktowany być może potrzebą ochrony istotnego interesu prywatnego, stosunku zaufania łączącego dysponenta informacji z jej depozytariuszem, jak również prawidłowego wykonywania określonych zawodów czy prowadzenia określonej działalności, w których szczególne znaczenie odgrywa stosunek zaufania (Grześkowiak, Wiak 2013).

Bez wątplenia, zawód pracownika specjalnego spełnia przesłanki zaistnienia wzmiankowanego wcześniej stosunku zaufania. Można stąd wysunąć wniosek, że wszelkie informacje udostępniane przez pracownika socjalnego, np. w relacjach medialnych, dotyczących często ważkich kwestii społecznych, winny być zważone co do faktycznej możliwości ich przekazywania, biorąc pod uwagę specjalny prawny obowiązek ich ochrony, a z punktu widzenia ochrony interesu samego pracownika, także jego odpowiedzialności karnej.

Ustawodawca nadaje czynnościom podejmowanym przez pracownika socjalnego przywilej pierwszeństwa, wynikający z art. 121 pkt 1 UoPS. Zgodnie z dyspozycją przepisu, pracownik socjalny korzysta z prawa pierwszeństwa przy wykonywaniu swoich zadań w urzędach, instytucjach i innych placówkach. Ponadto, organy są obowiązane do udzielania pracownikowi socjalnemu pomocy w zakresie wykonywania tych czynności. Uprawnienie to reguluje przywileje pracownika socjalnego w kontaktach z organami administracji publicznej, a także innymi sformalizowanymi strukturami. Rezultatem omawianego przywileju powinno być rozpatrywanie przez te organy spraw, z którymi występuje pracownik socjalny, w pierwszej kolejności. W praktyce oznacza to, że podmiot rozpatrujący daną sprawę powinien na żądanie pracownika socjalnego odstąpić od przepisów, które przewidują standardową kolejność obsługi, bądź też uzależniać kolejność jej załatwienia od stopnia skomplikowania. Ponadto organy administracji powinny udzielać pracownikowi socjalnemu pomocy na jego żądanie pomocy. (Woźniczko 2013)

Wybrane i omówione tu przepisy, w opinii autora opracowania stanowią istotną przesłankę, pozwalającą na postawienie tezy, o uznaniu przez legislatora specjalnego statusu pracownika socjalnego, jako zawodu zaufania publicznego, na którym spoczywa obowiązek

⁶⁴ Kodeks Karny, Art. 266. § 1. Kto, wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu, ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

postępowania tak zgodnie z normami etyki profesjonalnej, jak i w oparciu o zasady ustawowe, przy konieczności uwzględnienia szerokiego kontekstu prawnej rzeczywistości w której wykonuje czynności zawodowe. Jednocześnie, nie sposób pominąć szerokiego katalogu uprawnień jakie otrzymuje od ustawodawcy pracownik socjalny na gruncie przedmiotowej Ustawy. Trzeba nadmienić, że od kilkudziesięciu lat⁶⁵ trwają prace legislacyjne nad uchwaleniem Ustawy o zawodzie pracownika socjalnego, która z pewnością, będąc aktem szczegółowym, szerzej określałaby zakres obowiązków i uprawnień pracowników socjalnych, wyłączając je spod obowiązującej Ustawy. Wydaje się, że uregulowanie statusu prawnego pracowników socjalnych w odrębnym akcie ustawowym jest w pełni zasadne, mając na uwadze prawną funkcjonalność takiego rozwiązania.

Pracownik socjalny, jako pracownik samorządowy

Pracownik socjalny, na gruncie Ustawy o pracownikach samorządowych⁶⁶ podlega jej uregulowaniom, zwłaszcza w zakresie wykonywania obowiązków zawodowych, wyłączeń ustawowych co do możliwości zatrudniania, wykonywania czynności poza zawodowych, które mogłyby podważać bezstronność przy wykonywaniu czynności związanych ze stanowiskiem i in.

K. Woźniczko uszczegóławia, katalog przepisów mających zastosowanie wobec pracowników socjalnych zatrudnionych w organach i jednostkach samorządu terytorialnego, stwierdzając, że należą do nich:

- 1) sumienne i staranne wykonywanie poleceń przełożonego (art. 25 ustawy o pracownikach samorządowych);
- 2) zakaz zatrudniania, jeżeli pracownik znalazłby się w jednostce w stosunku bezpośredniej podległości służbowej ze swoim małżonkiem, krewnym lub powinowatym (art. 26 ustawy o pracownikach samorządowych);
- 3) obowiązek ocen okresowych, w przypadku pracowników zatrudnionych na stanowiskach urzędniczych (art. 27 ustawy o pracownikach samorządowych);
- 4) zakaz wykonywania przez pracowników zatrudnionych na stanowiskach urzędniczych zajęć pozostających w sprzeczności lub związanych z zajęciami, które wykonuje w ramach obowiązków służbowych, wywołujących uzasadnione podejrzenie o stronnictwo lub interesowność oraz zajęć sprzecznych z obowiązkami wynikającymi z ustawy (art. 30 ustawy o pracownikach samorządowych);
- 5) obowiązek złożenia przez pracowników zatrudnionych na stanowiskach urzędniczych oświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej (art. 31 ustawy o pracownikach samorządowych);
- 6) obowiązek złożenia na żądanie osoby upoważnionej przez pracowników zatrudnionych na stanowiskach urzędniczych oświadczenia o stanie majątkowym (art. 32 ustawy o pracownikach samorządowych);
- 7) procedura zawieszenia stosunku pracy pracownika tymczasowo aresztowanego (art. 35 ustawy o pracownikach samorządowych). (WOŹNICZKO, 2013)

⁶⁵ O historii Ustawy o zawodzie pracownika socjalnego szeroko pisze GOŁAWSKI, Andrzej, *Historia ustawy o zawodzie pracownika socjalnego*, 2013, Warszawa, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, wydanie elektroniczne, <http://wpis.irss.pl/historia-ustawy-o-zawodzie-pracownika-socjalnego/>, dostęp: 20.11.2014. Autor zaznacza, że pierwsze prace nad ustawą zaczęły się jeszcze w 1976 roku. Po transformacji ustrojowej, prace nad aktem ustawowym rozpoczęto w 1990 roku. Trwają one od tego czasu nieprzerwanie.

⁶⁶ Ustawa o pracownikach samorządowych, z dnia 21 listopada 2008 r. (Dz.U. Nr 223, poz. 1458) tj. z dnia 30 lipca 2014 r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 1202)

Pracownik socjalny w prawie rodzinnym i opiekuńczym

Pracownik socjalny, na gruncie przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (UoPPwR), na zasadzie art. 12a⁶⁷, w sytuacjach szczególnych, w razie zagrożenia dla prawnie chronionego dobra: życia, bądź zdrowia dziecka, może po konsultacji z właściwym organem dokonać czynności odebrania dziecka i umieszczenia go w rodzinie zastępczej, lub placówce opiekuńczo-wychowawczej. Decyzję, o odebraniu dziecka pracownik socjalny podejmuje wspólnie z funkcjonariuszem Policji, a także z lekarzem, lub ratownikiem medycznym, lub pielęgniarką.

Czynność ta wymaga jej zgłoszenia przez pracownika do sądu rodzinnego, właściwego ze względu na miejsce podjęcia działań, który w trybie art. 579¹ Kodeksu Postępowania Cywilnego⁶⁸ wszczyna postępowanie opiekuńcze.

Jak stwierdza K. Piasecki sąd niezwłocznie po wysłuchaniu pracownika socjalnego, który odebrał dziecko z rodziny, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin, wydaje orzeczenie o umieszczeniu dziecka w pieczy zastępczej albo orzeczenie o powrocie dziecka do rodziny. Z kategorycznego sformułowania tego przepisu nie ulega wątpliwości, że właściwy sąd podejmuje czynności niezwłocznie. Wysłuchanie - przed wydaniem orzeczenia - wskazanego w tym przepisie pracownika jest obligatoryjne. (PIASECKI, 2014)

Na pracowniku socjalnym dokonującym czynności odebrania dziecka ciąży obowiązek prawidłowego pouczenia rodzica, bądź opiekuna o postępowaniu zażaleniowym na czynność. Nie dopełnienie tego obowiązku może stać się przesłanką do zażalenia.

Zażalenie na czynność odebrania dziecka dokonaną przez pracownika socjalnego strona może złożyć do sądu rodzinnego, za pośrednictwem samego pracownika socjalnego. Zażalenie to rozpatrzone powinno zostać nie później niż w ciągu 24 godzin od wpływu do Sądu.

Zasadnicza w ujęciu tematu opracowania jest procedura wysłuchania pracownika socjalnego przez Sąd. Na podstawie wysłuchania i przedłożonych dowodów opierane jest orzekanie co do formy zabezpieczenia opieki nad dzieckiem. Ustawodawca zatem nakłada tu na pracownika socjalnego specjalny obowiązek, ale też jednocześnie uprawnienie, o charakterze wyjątku, uznając niewątpliwie ważne społecznie znaczenie samej profesji.

Pracownik socjalny jako funkcjonariusz publiczny

Pracownik socjalny, w oparciu o przepis art. 121 pkt 2 UoPS, korzysta z ochrony prawnej należnej funkcjonariuszowi publicznemu. Ustawowa definicja instytucji

⁶⁷ Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Art. 12a 1.) W razie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia dziecka w związku z przemocą w rodzinie pracownik socjalny wykonujący obowiązki służbowe ma prawo odebrać dziecko z rodziny i umieścić je u innej nie zamieszkującej wspólnie osoby najbliższej, w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.31)), w rodzinie zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej.

2.) Tryb umieszczania dzieci w rodzinie zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej regulują przepisy ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. Nr 149, poz. 887).

3. Decyzję, o której mowa w ust. 1, pracownik socjalny podejmuje wspólnie z funkcjonariuszem Policji, a także z lekarzem, lub ratownikiem medycznym, lub pielęgniarką. Przepisy art. 598 10, art. 598 11 § 3 i art. 598 12 § 1 zdanie pierwsze ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego stosuje się odpowiednio.

4.) Pracownik socjalny ma obowiązek niezwłocznego powiadomienia sądu opiekuńczego, nie później niż w ciągu 24 godzin, o odebraniu dziecka z rodziny i umieszczeniu go u nie zamieszkującej wspólnie osoby najbliższej, w rodzinie zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej.

⁶⁸ Kodeks Postępowania Cywilnego Art. 579¹ § 1. Po powzięciu wiadomości o umieszczeniu dziecka w pieczy zastępczej bez orzeczenia sądu opiekuńczego, sąd ten niezwłocznie wszczyna postępowanie opiekuńcze. § 2. Jeżeli umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej nastąpiło w trybie art. 12a ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. Nr 180, poz. 1493, z późn. zm.) sąd niezwłocznie, po wysłuchaniu pracownika socjalnego, który odebrał dziecko z rodziny, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin, wydaje orzeczenie o umieszczeniu dziecka w pieczy zastępczej, albo orzeczenie o powrocie dziecka do rodziny.

funkcjonariusza publicznego zawarta została w Ustawie o odpowiedzialności majątkowej funkcjonariuszy publicznych za rażące naruszenie prawa⁶⁹. Zgodnie z art. 2 pkt 2 ppkt 1 wymienionej Ustawy, za funkcjonariusza publicznego uznaje się osobę działającą w charakterze organu administracji publicznej lub z jego upoważnienia albo jako członek kolegiального organu administracji publicznej lub osobę wykonującą w urzędzie organu administracji publicznej pracę w ramach stosunku pracy, stosunku służbowego lub umowy cywilnoprawnej, biorącą udział w prowadzeniu sprawy rozstrzyganej w drodze decyzji lub postanowienia przez taki organ.

Jednocześnie, instytucja zdefiniowana została w art. 115 § 13 KK, gdzie w punkcie 4, stwierdza się, że funkcjonariuszem publicznym osoba będąca pracownikiem administracji rządowej, innego organu państwowego lub samorządu terytorialnego, chyba że pełni wyłącznie czynności usługowe, a także inna osoba w zakresie, w którym uprawniona jest do wydawania decyzji administracyjnych,

Mając to na uwadze, każdy pracownik socjalny wykonujący czynności jako pracownik administracji samorządowej, w dowolnej strukturze administracyjnej czerpie z ochrony prawnej jaką przyznają mu wzmiankowane przepisy

Przyznanie statusu prawnego funkcjonariusza publicznego wiąże się z ochroną jaką nadaje kodeks karny, poprzez penalizację określonych zachowań wobec funkcjonariusza podejmującego czynności służbowe. Zakres tej ochrony został określony w art. 222–224 oraz art. 226 Kodeksu karnego. Przepisy te określają, że czynami karalnymi ściganymi na mocy ustawy są: naruszenie nietykalności cielesnej funkcjonariusza, czynna napaść, wymuszenie (rozumiane jako zmuszenie funkcjonariusza do podjęcia albo zaniechania prawnej czynności służbowej), a także znieważenie funkcjonariusza publicznego (Woźniczko 2013).

Umieszczenie przepisów chroniących funkcjonariusza publicznego w rozdziale XXIX Kodeksu Karnego, zatytułowanym Przestępstwa przeciwko działalności instytucji państwowych i samorządu terytorialnego, jest wyrazem dążenia do ochrony autorytetu państwa, którego imieniem działają przedstawiciele władz. Za dobro chronione przez przepis art. 222 KK, penalizującego naruszenie nietykalności cielesnej, uznaje powagę instytucji publicznych, które są reprezentowane przez funkcjonariusza (Grześkowiak, Wiak 2013).

Podobnie, dobrem chronionym przez art. 226 KK, statuującym prawny zakaz znieważania funkcjonariusza jest przede wszystkim szacunek dla instytucji reprezentowanej przez funkcjonariusza publicznego, a także - jako dobro oboczne - godność osobista funkcjonariusza lub osoby do pomocy mu przybranej, natomiast w wypadku § 3 dobrem tym jest szacunek dla konstytucyjnych organów Rzeczypospolitej Polskiej (Grześkowiak 2013).

Trzeba tu zwrócić uwagę, że ochronie prawnej funkcjonariusz publiczny, tu: pracownik socjalny podlega wyłącznie podczas i w związku z wykonywaniem czynności służbowych. Zatem działania podejmowane po za działalnością zawodową, czy w czasie wolnym, przez osobę zatrudnioną na stanowisku pracownika socjalnego, nie podlegają tu prawnej ochronie na gruncie rozpatrywanych przepisów.

Podsumowanie

Podsumowując opisane w artykule rozważania, należy stwierdzić, że instytucja pracownika socjalnego, znajduje swoje prawne umocowanie w licznych aktach rangi ustawowej, ale także bardzo wielu aktach podstawowych, zwłaszcza rozporządzeniach. Wydaje się, że brak jednolitego aktu prawnego statuującego zasadnicze uprawnienia i obowiązki pracownika socjalnego stanowi pewną lukę w systemie prawnym,

⁶⁹ Ustawa o odpowiedzialności majątkowej funkcjonariusza publicznego za rażące naruszenia prawa z dnia 20 stycznia 2011 r. Dz.U. Nr 34, poz. 173

nie uniemożliwiająca efektywne funkcjonowanie, ale z pewnością będąc pewnym utrudnieniem funkcjonalnym.

Zwraca uwagę fakt, przyznania i przyznawania w ramach nowych i nowelizowanych ustaw szerokich i mających charakter specjalny uprawnień dla pracowników, będących zatrudnionymi w organach samorządu, zwłaszcza uwzględniając tu dążenie do jak najlepszej dbałości o dobro dzieci, które jest z resztą przedmiotem, prac kodyfikacyjnych zmierzających, do ujęcia go jako prawnie chronionego.

Istotne, z punktu widzenia samych pracowników socjalnych, którzy niewątpliwie wykonują zawód obarczony istotnym ryzykiem, zwłaszcza biorąc pod uwagę konieczność pracy „w terenie”, wydają się być przepisy uznające ich za funkcjonariuszy publicznych, których naruszenie skutkuje sankcjami karnymi, które co oczywiste – nie zawsze, ale jeśli nawet w pewnym stopniu, mogą przekonać potencjalnych agresorów do odstąpienia od powziętych zamiarów.

Zatem, pracownik socjalny w polskim systemie prawnym znajduje zarówno swoje umocowanie, jak i ochronę. Czy w wystarczającym stopniu? To winno i za pewne stanie się przedmiotem kolejnych opracowań.

Zoznam bibliografických odkazov

Kodeks karny z dnia 6 czerwca 1997 r., Dz.U. Nr 88, poz. 553

Kodeks postępowania cywilnego z dnia 17 listopada 1964 r. Dz.U. Nr 43, poz. 296 tj. z dnia 17 grudnia 2013 r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 101)

Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r., Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593,

Ustawa o pracownikach samorządowych, z dnia 21 listopada 2008 r. Dz.U. Nr 223, poz. 1458) tj. z dnia 30 lipca 2014 r. Dz.U. z 2014 r. poz. 1202

Ustawa. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 9 czerwca 2011 r.

Dz. U. Nr 149, poz. 887

Ustawa o odpowiedzialności majątkowej funkcjonariusza publicznego za rażące naruszenia prawa z dnia 20 stycznia 2011 r. Dz.U. Nr 34, poz. 173

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z dnia 29 lipca 2005 r. Dz.U. Nr 180, poz. 1493

GRZEŚKOWIAK, Alicja, WIAK, Krzysztof, (red.) *Kodeks karny. Komentarz.*, 2013, Warszawa, CH Beck, ISBN 978-83-255-6129-1

ŁUCZYŃSKA, Marta, *Pracownicy socjalni w procesie profesjonalizacji pracownika socjalnego*, 2013, Warszawa, Instytut Spraw Publicznych, ISBN: 987-83-7689-158-3

PIASECKI, Kazimierz, (red.) *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom 2*, Wyd. 6. 2014, Warszawa, C.H Beck, ISBN: 978-83-255-5983-0

WOŹNICZKO, Karolina, *Kadry i płace w instytucjach pomocy społecznej i pieczy zastępczej. Zasady zatrudniania, wymogi kwalifikacyjne, czas pracy, urlopy, rozliczanie wynagrodzeń.*, 2013, Warszawa, CH BECK, ISBN 978-83-255-5331-9.

GOŁAWSKI, Andrzej, *Historia ustawy o zawodzie pracownika socjalnego*, 2013, Warszawa, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, wydanie elektroniczne, <http://wpis.irss.pl/historia-ustawy-o-zawodzie-pracownika-socjalnego/>, dostęp: 20.11.2014

Kontakt na autora

Glac Wojciech

Instytut Pracy Socjalnej

Uniwersytet Pedagogiczny

im. Komisji Edukacji Narodowej

w Krakowie, Polska

Systematizácia miesta sociálneho pracovníka v rezorte školstva

Adriana Jurišová, Denisa Zerola, Markéta Rusnáková (SR)

Abstrakt: Školská sociálna práca existuje vo svete viac ako sto rokov, no na Slovensku je pozícia školského sociálneho pracovníka obsadená len od školského roka 2006/2007. Cieľom školskej sociálnej práce je pôsobiť ako styčný bod medzi školou, rodinou a komunitou. Školskí sociálni pracovníci pomáhajú žiakom s osobnými i vzdelávacími problémami, poskytujú poradenstvo rodičom, pedagógom i deťom v zložitých životných situáciách. Napriek tomu, že škola, ako sociálna organizácia zastáva dôležité miesto v spoločenskom systéme, je prostredím, ktoré je pre sociálnych pracovníkov stále uzavreté. So zvyšovaním požiadaviek na kvalitu školského vzdelávania, ale aj nárastom sociálno-patologických javov, stále viac odborníkov, nielen z oblasti školstva, poukazuje na nevyhnutnosť poskytovať profesionálne vykonávanú sociálnu prácu v prostredí škôl a školských zariadení.

Kľúčové slová: Školská sociálna práca. Prevencia. Školský sociálny pracovník. Podpora detí. Školské prostredie.

Abstract: Social work in schools exists in the world for more than a hundred years, but in Slovakia the position of social worker is in schools occupied only since the academic year 2006/2007. The aim of the social work in schools is to act as a point of contact between the school, family and community. Social workers in schools help pupils with personal and educational problems, give advice to parents, teachers and children in difficult life situations. Despite the fact that the school, as a social organisation takes an important place in the social system, it is the environment, which is still closed for social workers. With the increasing requirements on the quality of school education, but also the increase of socio-pathological phenomena, more and more experts, not only from the field of education, points to the necessity to provide professional social work being carried out in the environment of schools and school facilities.

Keywords: School social work. Prevention. School social worker. Support of children. School environment.

1 Školská sociálna práca

V posledných rokoch naberá sociálna práca na Slovensku na spoločenskom význame, pričom výrazný rozvoj bol zaznamenaný nielen po kvalitatívnej, ale aj kvantitatívnej stránke. Sprievodnými znakmi postmodernej kultúry a zároveň ukazovateľmi súčasného životného štýlu sú: preferovanie konzumu, osobnej slobody bez záväzkov, odklon od ustálených hodnôt, dôraz na pôžitok, či individualizmus. Kvalitu detstva, však, ohrozujú aj ďalšie spoločenské javy. Tie odzrkadľujú identické procesy, ktoré sa dejú takmer vo všetkých krajinách sveta v dôsledku prehlbujúcej sa hospodárskej krízy. Napriek tomu, že škola, ako sociálna organizácia zastáva dôležité miesto v spoločenskom systéme, je prostredím, ktoré je pre sociálnych pracovníkov stále uzavreté.

So zvyšovaním požiadaviek na kvalitu školského vzdelávania, ale aj nárastom sociálno-patologických javov, stále viac odborníkov nielen z oblasti školstva, poukazuje na nevyhnutnosť poskytovať profesionálne vykonávanú sociálnu prácu v prostredí škôl a školských zariadení.

1.1 Vývin sociálnej práce v rezorte školstva v zahraničí a na Slovensku

V niektorých krajinách patrí školská sociálna práca k najstarším aplikovaným oblastiam sociálnej práce, napríklad v Spojených štátoch, kde počiatky školskej sociálnej práce siahajú až do roku 1906, kedy školská sociálna práca začala narastať zo zopár hostujúcich učiteľov [visiting teachers] pracujúcich v miestnych školách v Bostone, New Yorku, Hartforde, až k profesii, ktorá má dnes vyše 20 tisíc členov.

Odhaduje sa, že v súčasnosti sa školská sociálna práca realizuje vo viac ako 40-ich krajinách sveta s viac ako 50 tisíc pracovníkov. Na stránkach International Network for School Social Work je medzi tieto krajiny zaradené aj Slovensko.

V systéme školstva je rozvoj aplikovanej sociálnej práce determinovaný vývojom štátnej vzdelávacej politiky a školskej legislatívy v jednotlivých krajinách sveta.

Medzi krajiny, ktoré zastrešujú problematiku školskej sociálnej práce na národnej úrovni, patria v rámci Európy, napríklad Fínsko (School Social Work Assotiation of Finland), Švédsko (The Swedish School Social Workers Association), Maďarsko (The Hungarian School Social Workers Association), Veľká Británia (National Association of Social Workers in Education in the UK) a ďalšie. Okrem európskych krajín sú asociáciou zastrešené, napríklad Japonsko (School Social Work Association of Japan), Kanada (Canadian Association of School Social Workers and Attendance Counsellors) a tiež USA (School Social Work Association of America) a ďalšie.

Národné asociácie školských sociálnych pracovníkov sa výhradne venujú povolaniu školskej sociálnej práce a ich všeobecným cieľom je podpora povolania školskej sociálnej práce a profesionálneho rozvoja školských sociálnych pracovníkov za účelom zvýšiť vzdelávacie praktiky u študentov a ich rodín.

Školská sociálna práca sa realizuje v prostredí, kde je prioritou výchova a vzdelávanie, nie sociálna práca, preto musia sociálni pracovníci spolupracovať so školským personálom, aby dosiahli ciele vzdelávania.

Sociálni pracovníci vnášajú perspektívu do praxe na školách, čím sa sústreďujú na konania medzi ľuďmi a ich spoločenským prostredím, ako primárnou jednotkou analýzy v plánovaní a uskutočňovaní spoločenského zasahovania.

Pri uplatňovaní školskej sociálnej práce na Slovensku musíme, teda, siahnuť po poznatkoch z iných krajín, v ktorých školská sociálna práca úspešne funguje. Rozvoj školstva a sociálnej práce je nepochybne spätý a historicky siaha do čias Mary Richmondovej (USA), Alice Salomonovej (Nemecko), Heleny Radlinskej (Poľsko), Alice Masarykovej (ČSR) a ďalších. Z rôznych historických prameňov môžeme sledovať vznik škôl sociálnej práce, ktoré sú predpokladom pre získanie kvalifikácie a pre výkon profesie školského sociálneho pracovníka. Tieto dokumenty prezentujú vznik prvých škôl sociálnej práce ešte pred začiatkom 20. storočia v Amsterdame, New Yorku a Londýne, ktoré mali najskôr formu iba krátkodobých kurzov, napr., to bola *Newyorská filantropická škola* (dnešná škola sociálnej práce *Kolumbijskej univerzity*).

V Londýne začali vznikať školy sociálnej práce, kde bola priekopníčkou Elizabeth Fryová. Alica Salomonová založila v Berlíne v roku 1908 prvú školu pre sociálne pracovníčky na *Sociálnej ženskej škole*. V roku 1925 sa v Nemecku vzniklo profesijné združenie *Cech sociálnej práce „Gilde Soziale Arbeit“*.

V priebehu 20. storočia má vývoj sociálnej práce v Československu niekoľko vývojových etáp. Najskôr (v prvých desaťročiach) bol ovplyvňovaný politickou a sociálnou situáciou Rakúsko-Uhorska, ktorého sme boli súčasťou po rok 1918.

Spoločne, so vznikom *Prvej republiky*, bol rozvoj sociálnej práce výrazne ovplyvnený osobnosťou T. G. Masaryka, podľa ktorého je potrebné sociálnu prácu rozvíjať v duchu ozajstnej lásky k blížnemu. O výrazný rozvoj sociálnej práce sa zaslúžila aj jeho dcéra, Alica Masaryková, ktorá v roku 1918, spolu s Annou Berkovcovou, založila *Vyššiu školu*

sociálnipráce pro mladé ženy v Prahe, neskôr sa premenovala na Vyšší školu sociálního zabezpečení a o rok neskôr (1919) založila Československý červený kríž.

Vypuknutím 2. svetovej vojny bol proces rozvoja sociálnej práce prerušený a pokračoval až po oslobodení (po roku 1945), kedy sociálna práca pomáhala odstraňovať a zmierňovať hrôzostrašné dôsledky vojny.

Rok 1951 bol prelomovým, pretože boli zrušené všetky vysoké sociálne školy a vzdelávanie sociálnych pracovníčok a pracovníkov bolo zabezpečené iba pomaturitným a nadstavbovým štúdiom. Hlavným dôvodom bol nástup socializmu a odmietanie sociálnej práce politickým systémom.

Obnovenie vzniku školstva a sociálnej práce nastalo až po roku 1989, resp. 1990, kedy nastali v spoločnosti prudké zmeny, ktoré zasiahli aj školstvo. Začala sa proklamovať nezávislosť študentov, školy získali značnú autonómiu, zaviedlo sa diferencované učivo, odlišné metódy vyučovania a v neposlednom rade pluralita názorov. Zmenami v štáte a „otvorením škôl svetu“ do týchto zariadení neprenikli iba pozitívne prvky, ale aj negatívne, ktoré sa medzi žiakmi začali veľmi rýchlo šíriť. S odstupom času môžeme povedať, že škola je jedným zo samostatných segmentov, ktoré udržujú a produkujú sociálne problémy.

Aj napriek skutočnosti, že sme boli svedkami markantnej spoločenskej zmeny začiatkom 90-tych rokov, doteraz (ani po 25 rokoch) stále nebola predložená komplexná reforma školského systému, v ktorej by bolo vytvorené miesto školského sociálneho pracovníka.

1.2 Školská sociálna práca v podmienkach slovenských škôl

U nás, na Slovensku, si výkon profesie sociálneho pracovníka vyžaduje predovšetkým vysokoškolské vzdelanie prvého alebo druhého stupňa (vid' zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách), aj keď v niektorých krajinách má táto požiadavka len odporúčajúci charakter, napr. v Spojených štátoch je možné absolvovať študijný program so zameraním na školskú sociálnu prácu od roku 1992, na Slovensku, však, takáto možnosť stále chýba.

Slovenská školská legislatíva pojem školská sociálna práca a s ním súvisiaci pojem školský sociálny pracovník nepozná. V Miléniu (1999, s. 3 - 10) – Národnom programe výchovy a vzdelávania v SR na najbližších 15 až 20 rokov sa objavila jediná zmienka o školskej sociálnej práci. Zámerom Národného programu je vytvoriť také podmienky na rozvoj výchovy avzdelávania, aby sa občanom SR zabezpečili optimálne možnosti sebarozvoja aspoľenského uplatnenia i ako prostriedku na zachovanie a upevnenie sociálnej súdržnosti a harmónie spoločenského súžitia. Ďalej z týchto požiadaviek vyvodzuje potrebu umožniť účasť sociálnych partnerov na riadení, správe a kontrole výchovy a vzdelávania. Na základe uvedených analýz, navrhovaných koncepčných zmien obsahu, organizácie ariadenia výchovno-vzdelávacej sústavy Národný program záverom zhŕňa zámery programu do 12 ťažiskových okruhov, pričom jedným z nich sú podporné služby škole - pedagogické, psychologické, zdravotnícke, sociálne, informačné, technické - sú organickou súčasťou výchovno-vzdelávacej sústavy, ktoré významnou mierou podmieňujú kvalitu a efektívnosť výchovy a vzdelávania.

Medzi najdôležitejšie zákony vzťahujúce sa k základným a stredným školám patria zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov (školský zákon) a tiež zákon č. 317/2009 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov. V zákone č. 245/2008 Z.z. sa vo vzťahu k školám a školským zariadeniam výchovného poradenstva a prevencie môžeme stretnúť s pojmom sociálna činnosť. Podľa § 130 vyššie spomínaného zákona je sociálna, ale aj psychologická, pedagogická a špeciálnopedagogická činnosť, vykonávaná v školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie, ktoré patria medzi sústavu školských zariadení (pozri §112). Všetky tieto činnosti sa zameriavajú na optimalizáciu výchovného, vzdelávacieho, psychického, sociálneho a kariérneho vývinu detí od narodenia až

po ukončení prípravy na povolanie a poradenské služby sú poskytované aj zákonným zástupcom detí a pedagogickým zamestnancom.

K základným zložkám systému výchovného poradenstva a prevencie patria podľa § 130 ods. 2 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zariadenia výchovného, psychologického a špeciálnopedagogického poradenstva a prevencie, ktorých súčasťou je centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie a centrum špeciálno-pedagogického poradenstva, ktoré vykonávajú diagnostické, poradenské, terapeutické, preventívne, rehabilitačné činnosti. Medzi ďalšie zložky systému výchovného poradenstva a prevencie patrí: výchovný poradca, školský psychológ, školský špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg, sociálny pedagóg, koordinátor prevencie. Všetky tieto zložky systému výchovného poradenstva a prevencie vykonávajú svoju činnosť v školách alebo v školských zariadeniach a jednotlivé zložky systému výchovného poradenstva a prevencie spolupracujú najmä s rodinou, školou, školským zariadením, zamestnávateľmi, orgánmi verejnej správy a občianskymi združeniami, pričom sú tieto zložky systému výchovného poradenstva a prevencie organizačne a obsahovo prepojené. Okrem vyššie menovaných odborných zamestnancov môže v škole alebo v školských zariadeniach poskytovať odbornú činnosť aj *výchovný poradca* prostredníctvom výchovného poradenstva. Hlavnou úlohou výchovného poradenstva je vykonávanie poradenstva pri riešení osobnostných, vzdelávacích, profesionálnych a sociálnych potrieb detí a kariérneho poradenstva. V prípade potreby, výchovný poradca sprostredkuje deťom a ich zákonným zástupcom pedagogické, psychologické, sociálne, psychoterapeutické, reedukačné a iné služby, ktoré koordinuje v spolupráci s triednymi učiteľmi. Úzko spolupracuje so školským psychológom, školským špeciálnym pedagógom a odbornými zamestnancami poradenských zariadení.

1.2.1 Aktivity školského sociálneho pracovníka

Hlavnými úlohami sociálnych pracovníkov v školách je prevencia sociálno-patologických javov, vyhľadávacia činnosť v tejto oblasti a intervencia pri problémoch dieťaťa. Úlohy školského sociálneho pracovníka definoval P. Lengyel (2006, s.4) a podľa neho školský sociálny pracovník:

- Plní úlohy v oblasti prevencie a riešenia sociálno-patologických javov u detí, svojimi aktivitami pôsobí na pedagógov, žiakov a ich zákonných zástupcov za účelom vytvorenia pozitívnej sociálnej klímy v škole,
- Venuje osobitnú pozornosť žiakom zo sociálnej a emocionálnej znevýhodneného prostredia, žiakom vyžadujúcim si špeciálno-pedagogickú, psychologickú, psychiatrickú pomoc, alebo mimoriadnu zdravotnú starostlivosť.
- Konzultuje a intenzívne komunikuje s pedagógmi, žiakmi a ich zákonnými zástupcami pri riešení sociálno-výchovných problémov, najmä záškoláctva, agresie, šikanovania, delikvencie a syndrómu CAN.
- Sprostredkúva prepojenie školy s poradenskými zariadeniami a inými odbornými zariadeniami zaoberajúcimi sa starostlivosťou o deti a rodinu
- Vytvára podmienky pre efektívnu kooperáciu v rámci školy a triedy.
- Vypracúva plán preventívnych aktivít pre školu
- Bezprostredne pracuje s triednymi kolektívami, samosprávou školy a formálnymi i neformálnymi skupinami v zariadení.
- Prijíma a skúma podnety najmä od pedagógov, žiakov a zákonných zástupcov v otázkach sociálno-patologického správania.
- Vedie evidenciu riešených prípadov
- Odborné odporúčanie sociálneho pracovníka je pre školu záväzné.

Podľa vyššie spomínaných skutočností musia byť sociálni pracovníci v školách vybavení sústavou intervencií, ktoré nevidia zlé správanie žiaka a problémy pri učení izolovane. Tento pohľad umožní sociálnym pracovníkom v školách rozšíriť ich chápanie o problémoch žiakov a tiež rozširuje potenciálne ciele intervencie.

Aktuálny stav školských sociálnych pracovníkov v podmienkach slovenských ZŠ

Ako riadne schválená profesia sa v slovenských školách uplatňuje školská sociálna práca od septembra 2006, kedy na dvoch štátnych základných školách v Považskej Bystrici a jednej cirkevnej škole v Trnave začali pracovať interní školskí sociálni pracovníci. V roku 2007 sa k tomuto úspešnému projektu pripojilo mesto Nová Dubnica a svoje základné školy obsadili školskými sociálnymi pracovníkmi aj v Trenčíne.

1.2.2 Charakteristika klienta školskej sociálnej práce

Školská sociálna práca je zameraná, najmä, na blaho dieťaťa a sledovanie jeho najlepšieho záujmu. Dieťa do 18 rokov veku je po fyzickej a psychickej stránke nedospelé, nedokáže sa brániť, obhajovať, nedokáže zrelo vyhodnotiť rôzne životné udalosti, zjednodušene povedané, potrebuje po bio-psycho-sociálnej stránke ešte dozrieť, aby sa z neho stal samostatný jedinec, schopný sa samostatne a zodpovedne rozhodovať, schopný postarať sa sám o seba a k tomu potrebuje pomoc. Každé dieťa, však, musíme brať ako neoddeliteľnú časť rôznych sociálnych systémov (napríklad škola, rodina, susedstvo, skupiny priateľov), v rámci ktorých musí fungovať. Preto sa klientom školskej sociálnej práce stáva nielen dieťa, ale je potrebné pracovať aj s rodičmi, spolužiakmi, pedagógmi, rodinou, skupinou a inými. Tento pohľad umožňuje sociálnym pracovníkom v školách rozšíriť ich chápanie o problémoch žiaka a aj rozširuje potenciálne ciele intervencie.

Záver

Školská sociálna práca prináša do školského systému nové uhly pohľadu, oporu a podporu pre deti, ktoré sa ocitajú v ťažkých a pre ne niekedy neriešiteľných situáciách. Aktuálne trendy a školská legislatíva sa celkom nevysporiadali s dynamicky sa meniacim prostredím ani sociálno-patologickými javmi. Škola nemá dostatočné nástroje na podchytenie jednotlivých problémov, akými sú, napr. nezamestnanosť rodičov, rozvodovosť, kyberšikana, drogové závislosti a iné a zamedzila tak „vypadnutiu detí zo systému“. Práve z tohto dôvodu je potrebné mať na školách kvalifikovaných odborníkov, ktorí „zastrešia“ problémy v školách, a preto súhlasíme s názorom doc. PaedDr. Tatiany Matulayovej, PhD., ktorá sa domnieva, že v slovenských podmienkach by bolo možné uvažovať o určitej forme špecializácie v magisterskom programe.

Zoznam bibliografických odkazov

- HUXTABLE, M. (2006): International Network for School Social Work : The Status of School Social Work Results of 2006 Survey [online]. International Network Interim Survey, 2006 [cit. 2011-08-04]. Dostupné na internete: <<http://www.hkcss.org.hk/cy/Final%20Report%20International%20Network%202006.pdf>>
- KELLY, M. S. (2008): The Domains and Demands of School Social Work Practice : A Guide to Working Effectively with Students, Families, and School. New York: Oxford University Press
- LENGYEL, P. 2006. Organizácia školskej sociálnej práce
- LEVICKÁ, J. 1992. Náčrt dejín sociálnej práce. Bratislava : Slovak Academic Press, 104 s.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2001. Základy sociálnej práce. Praha: Portál, 2007. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4

MATULAYOVÁ, T. Možnosti rozvoja školskej sociálnej práce na Slovensku. In: Školská sociálna práca. Trnava, FZaSP TU 2008. ISBN: 978-80-8082-246-0
MILÉNIUM – Národný program výchovy a vzdelávania v SR na najbližších 15 až 20 rokov
Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov,
Zákon č. 317/2009 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov
Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov)
ŽILOVÁ, A. 2005. Úvod do teórie sociálnej práce. Badín : Mentor, 2005. 130 s. ISBN 80-968932-1-1

Kontakt na autorov

PaedDr. Adriana Jurišová
KU Ružomberok, Pedagogická fakulta
Hrabovská cesta 1, Ružomberok
adajurisova@gmail.com

PaedDr. Denisa Zerola
KU Ružomberok, Pedagogická fakulta
Hrabovská cesta 1, Ružomberok
zerola@centrum.sk

doc. PhDr. Markéta Rusnáková, PhD.
KU Ružomberok, Pedagogická fakulta
Hrabovská cesta 1, Ružomberok
marketa.rusnakova@ku.sk

Szanse i zagrożenia realizacji Programów Aktywności Lokalnej w Polsce

Krzysztof Chaczko (PL)

Abstrakt: Artykuł przedstawia szanse i ryzyka związane z realizacją Programu Aktywności Lokalnej w Polsce. W pierwszej kolejności zarysowane zostały teoretyczne założenia Programu Aktywności Lokalnej. Następnie przedstawiony został Program Aktywności Lokalnej we Wrocławiu. Na koniec opisane zostały szanse oraz ryzyka występujące podczas realizacji działań aktywizujących społeczność lokalną.

Słowa kluczowe: Program Aktywności Lokalnej. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej. Praca socjalna.

Abstract: The paper presents the opportunities and risks in the realization of the Local Activities Programs in Poland. First I will describe the theoretical basis for the Local Activity Program. Then I will discuss a group of people who participated in the Local Activity Program in Wrocław, and I will describe actions directed at these social groups. At the end of the paper I will present the opportunities and risk of activation community.

Keywords: Local Activities Program. Social Welfare Centre. Social Work.

Program Aktywności Lokalnej

Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku, definiuje pracę socjalną jako „działalność zawodową mającą na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi” (Ustawa o pomocy społecznej 2004, art. 6). Z kolei w art. 45 wspomnianej Ustawy mówi iż, praca socjalna świadczona jest na rzecz poprawy funkcjonowania osób i rodzin w ich środowisku społecznym i jest prowadzona:

– z osobami i rodzinami w celu rozwinięcia lub wzmocnienia ich aktywności i samodzielności życiowej;

– ze społecznością lokalną w celu zapewnienia współpracy i koordynacji działań instytucji i organizacji istotnych dla zaspokajania potrzeb członków społeczności (Ustawa o pomocy społecznej 2004, art. 45).

Warto także zaznaczyć, iż jednym z zadań pracownika socjalnego jest pobudzanie społecznej aktywności i inspirowanie działań samopomocowych w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób, rodzin, grup i środowisk społecznych (Ustawa o pomocy społecznej 2004, art. 119).

Zasygnalizowana wyżej praca ze społecznością lokalną realizowana jest w ramach tzw. metody środowiskowej, polegającej na polepszaniu sytuacji społeczności lokalnej zjednoczonymi wysiłkami organizacji publicznych i społecznych, mobilizujących siły społeczne do działań opartych na planie, wypracowanym za pomocą badań (Kamiński 1980, s. 280).

Z kolei jedną z form realizacji wspomnianej tzw. metody środowiskowej są Programy Aktywności Lokalnej. Uważa się, iż Programy Aktywności Lokalnej to narzędzia aktywnej integracji, które umożliwiają przeobrażenie się ośrodka pomocy społecznej z roli biernego dawcy świadczeń w animatora zmiany w swoim środowisku poprzez:

– zachęcanie do działań na rzecz aktywizacji i integracji społeczności lokalnej;

– mobilizowanie, ożywanie i wspieranie rozwoju społeczności lokalnej (G. Dziadowicz-Kulka, T. Igielski 2010, s. 4).

Programy Aktywności Lokalnej adresowane są do osób z konkretnego środowiska, np. dzielnicy, osiedla wsi czy nawet mieszkańców bloku. Jak pisze M. Chechelska-Dziepak z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie: „programy nakierowane są na włączenie się mieszkańców w rozwiązywanie problemów dotyczących całej społeczności we współpracy z lokalnymi władzami, instytucjami i innymi podmiotami działającymi na terenie działania programu. Ich celem jest dotarcie do osób, które ze względu na trudną sytuację wymagają wsparcia oraz integracji i aktywizacji społeczności lokalnej” (Chechelska-Dziepak 2014, s. 148).

Wspomniana wyżej autorka sygnalizuje także inne cele Programów Aktywności Lokalnej:

- poprawa dostępu do informacji na temat oferty stowarzyszeń i instytucji działającej na rzecz określonej społeczności lokalnej;
- skonstruowanie sieci współpracy instytucji działającej na rzecz określonej społeczności lokalnej;
- pobudzanie i rozwijanie partycypacji społecznej mieszkańców poprzez proponowanie wiedzy na temat potrzeb wspólnoty;
- Budowanie i umacnianie poczucia tożsamości lokalnej (tamże).

Przygotowanie Programu Aktywności Lokalnej wymaga szeregu działań, które można ująć w siedmiu krokach. Krok pierwszy to opracowanie diagnozy opartej na wskaźnikach lub badaniach uzasadniającej wybór środowiska zagrożonego wykluczeniem społecznym i wymagającego wsparcia. Krok drugi sprowadza się do zbudowania koalicji potencjalnych partnerów (zasób lokalny) na rzecz rozwiązywania konkretnych problemów zgłaszanych przez mieszkańców podczas badań. Kolejny krok to opracowanie na podstawie diagnozy celu głównego i celów szczegółowych Programu oraz przewidywanych rezultatów programu. Czwarty krok sprowadza się do opisu grupy docelowej, do której będzie kierowany Program. Krok następny to opis planowanych działań i metody realizacji programu. Szósty krok sprowadza się do opracowania harmonogramu działań (zadań) z uwzględnieniem podziału na poszczególnych partnerów i podaniem źródeł finansowania. Zaś krok ostatni to ocena realizacji założonych celów, czyli ewaluacja. (G. Dziadowicz-Kulka, T. Igielski 2010, s. 6-10).

Podobne elementy planu Programu Aktywności Lokalnej przedstawia M. Łuszczynska (2012, s. 6). Wg autorki taki plan składa się z następujących komponentów:

- (1) Diagnozy zasobów lokalnych;
- (2) Koalicji partnerów;
- (3) Celu głównego, celów szczegółowych i rezultatów;
- (4) Wyboru grupy docelowej;
- (5) Określeniu działań i metod;
- (6) Harmonogramu działań;
- (7) Budżetu;
- (8) Ewaluacji.

Beneficjentami Programów Aktywności Lokalnej mogą zostać grupy narażone na wykluczenie społeczne, na przykład bezrobotni, niepełnosprawni, bezdomni, nieaktywni zawodowo z powodu opieki nad drugą osobą, opuszczający domy pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży lub zakłady karne, osoby z problemami w kwestiach opiekuńczo-wychowawczych, samotne matki i inni.

Działania wykonywane na rzecz (lub lepiej „z”) beneficjentami w ramach Programów Aktywności Lokalnej mogą być różnorodne, jak choćby:

- Treningi kompetencji społecznych;
- Poradnictwo zawodowe, psychologiczne i inne;
- Grupy samopomocowe (lub wsparcia);

- Warsztaty (wychowawcze, ekonomiczne, fotograficzne, komputerowe i inne);
- Praca nad własnym wizerunkiem i autoprezentacją;
- Spotkania integracyjne;
- Wyjścia do instytucji kultury i nauki;
- Konsultacje z zakresu prawa.

Ponadto beneficjenci Programów Aktywności Lokalnej mają szansę skorzystać z rozmaitych szkoleń i kursów, jak na przykład: opiekunka osób chorych i starszych; ogrodnik terenów zielonych; kucharz; kelner; fryzjer; sekretarka; pomoc kuchenna; salowa; rękodzieło artystyczne; operator wózków widłowych; prawo jazdy kat. B i innych (Łuszczyńska 2012, s. 19).

Program Aktywności Lokalnej we Wrocławiu

Posiadając już ogólną wiedzę na temat istoty i celów Programów Aktywności Lokalnej, warto spojrzeć na wybrany przykład realizacji takiego Programu. Za ilustrację niech posłuży realizacja takiego Programu we Wrocławiu. Podstawą prawną funkcjonowania Programu w tym mieście jest dokument o nazwie „Program Aktywności Lokalnej dla Miasta Wrocławia” przyjęty przez Radę Miejską Wrocławia w 2011 roku. Dokument ten jest odpowiedzią na problemy społeczności lokalnych w mieście oraz informuje o rodzaju podejmowanych dotychczas działań w ramach prowadzenia aktywnej polityki społecznej w obrębie Gminy Wrocław. Głównym celem Programu było wskazanie priorytetów aktywnej polityki społecznej, która winna opierać się na trzech filarach:

- Rozwijaniu sposobów pracy socjalnej oraz funkcjonowania instytucji pomocy społecznej w ramach Programu Centrum Aktywności Lokalnej;
- Rozwijaniu modelu pracy środowiskowej instytucji wobec członków społeczności lokalnej w ramach miejscowych Programów Aktywności Lokalnej;
- Funkcjonowaniu ośrodka koordynującego, prowadzenie działań w zakresie Programów (Program Aktywności Lokalnej dla Miasta Wrocławia, s. 4).

Począwszy od 2010 roku, Programy Aktywności Lokalnej realizowane są na wrocławskich Osiedlach: Karłowice, Rożanka, Polanka (w ramach środowiskowego programu PAL – „Aktywna Polanka”), Osiedlu Leśnica (PAL – „Aktywna Leśnica”), Osiedlach Gądów i Kosmonautów (PAL – „Aktywny Gądów”), Osiedlu Nadodrże (PAL – „Aktywne Nadodrże - moje miejsce mój Dom”). W 2011 r. dodano Program Aktywności Lokalnej na osiedlach Huby (PAL – „Aktywne Huby”) oraz Szczepin (PAL – „Aktywny Szczepin”) (Program Aktywności Lokalnej dla Miasta Wrocławia, s. 6). Z kolei w 2013 roku dołączyły kolejne Osiedla i w stolicy Dolnego Śląska realizowanych było już jedenaście Programów Aktywności Lokalnej przedstawionych na ryc. 1.

Ryc. 1: Programy Aktywności Lokalnej we Wrocławiu w 2013 r.



Źródło: MOPS Wrocław: <http://www.mops.wroclaw.pl/Programy-Aktywnosci-Lokalnej-p778.php>
(26.11.2014 r.)

Wspomniany wyżej dokument zakłada priorytetowe cele odnoszące się do społeczności lokalnej:

- Wzrost kompetencji społecznych i zawodowych grup docelowych;
- Wzrost samoświadomości na temat ich zasobów i problemów;
- Rozwijanie modelu działań środowiskowych;
- Stworzenie możliwości korzystania z dóbr kultury;
- Promowanie aktywnych sposobów spędzania czasu wolnego;
- Zmniejszanie obszarów wykluczenia społecznego;
- Promocja działań integracyjnych, wzmacniających więzi sąsiedzkiej postawy obywatelskie (tamże, s. 11-12).

Przyjrzyjmy się zatem bliżej realizacji Programu Aktywności Lokalnej na wybranym wrocławskim osiedlu. W 2013 roku pierwszyraz we Wrocławiu realizowano Programu Aktywności Lokalnej na osiedlu Ołbin. Program nazwany „Aktywny Ołbin” odpowiadał na problemy związane z reintegracją społeczną i zawodową niezatrudnionych mieszkańców Osiedla. Pracownicy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu (ZTPS 8) na podstawie badań wyłonili dwie ośmioosobowe grupy uczestników Programu Aktywności Lokalnej na rok 2013. Grupę docelową stanowi więc 16 osób borykających się z problemem bezrobocia oraz osoby niepełnosprawne lub niezdolne do pracy w wieku aktywności zawodowej. Z uwagi na dostosowanie instrumentów pod konkretne problemy uczestnicy zostali podzieleni na dwie grupy pod kątem problemów z jakimi się borykali: I grupę stanowiło 8 osób w wieku do 35 roku życia wychowujących dzieci; II grupę 8 osób w wieku

35 plus. Poprzez zaproponowane instrumenty aktywnej integracji, realizatorzy Programu Aktywności Lokalnej na tym Osiedlu postawił sobie następujące cele szczegółowe:

- Zwiększenie i profilowanie tożsamości lokalnej;
- Zwiększenie aktywności i integracji ze środowiskiem lokalnym;
- Podniesienie kompetencji społecznych;
- Zwiększenie wiedzy z zakresu kilku wybranych organizacji pozarządowych i instytucji pomocowych;
- Podniesienie wiedzy z zakresu aktywnego poruszania się po obecnym rynku pracy z uwzględnieniem praktycznych umiejętności obsługi komputera oraz urządzeń biurowych;
- Zwiększenie umiejętności wychowawczych;
- Podniesienie wiedzy na temat fotografii;
- Zwiększenie zainteresowań uczestników alternatywnymi formami spędzania wolnego czasu, podniesienie wiedzy z różnych dziedzin życia;
- Podniesienie wiedzy na temat miasta i atrakcji sezonowych jakie odbywają się we Wrocławiu (<http://www.mops.wroclaw.pl/AKTYWNY-OLBIN-p1260.php>).

Aby zrealizować te cele, zaproponowano uczestnikom siedem instrumentów aktywnej integracji: (1) Animator lokalny; (2) Grupa samopocowa z Liderem; (3) Warsztaty Kompetencji Społecznych; (4) Warsztaty pogłębiania wrażliwości społecznej, (5) Warsztaty aktywizujące dla osób bezrobotnych i nieaktywnych zawodowo z elementami obsługi komputera i urządzeń biurowych; (6) Warsztaty umiejętności wychowawczych (prowadzone dla ośmioosobowej grupy młodych matek); (7) Warsztaty fotograficzne (tamże).

Szanse i zagrożenia realizacji Programów Aktywności Lokalnej

Kończąc opis Programu Aktywności Lokalnej, warto wymienić jeszcze szanse i zagrożenia wiążące się z realizacją wspomnianych działań aktywizujących.

M. Rymsza wymienia mocne i słabe strony aktywnych programów społecznych. Wśród mocnych stron wylicza: przekraczanie tradycyjnych podziałów ideologicznych na zwolenników i przeciwników państwa opiekuńczego; wykorzystywanie potencjału społecznego i ekonomicznego trzeciego sektora; odrzucenie demotywującej zasady dekomodifikacji. Wśród słabych stron proponuje m.in.: zjawisko stygmatyzacji i związane z tym ryzyko przeciwności programów aktywizujących oraz ryzyko częściowej delegitymizacji socjalnej funkcji państwa przez koncepcję aktywnej polityki społecznej. Ponadto dodaje, iż problemem programów aktywizujących, są ich wysokie koszty, przy relatywnie przeciętnej efektywności i skuteczności (Grewiński 2011, s. 18-19).

Rozbudowując i uzupełniając powyższe sugestie, można zestawić szanse i zagrożenia programów aktywizujących społeczność lokalną (zob. tab. 1).

Tab. č. 1: Szanse i zagrożenia Programów Aktywności Lokalnej w Polsce

Szanse	Zagrożenia
Wykorzystywanie potencjału społecznego beneficjentów	Wysokie koszty przy trudnej do oszacowania skuteczności
Integracja społeczności	Ograniczona liczba beneficjentów
Poprawa relacji międzyludzkich (sąsiedzkich)	Ryzyko udziału w programach aktywizacyjnych „elity” wśród osób zagrożonych wykluczeniem społecznym
Wykorzystywanie potencjału społecznego i ekonomicznego trzeciego sektora	Zjawisko stygmatyzacji i związane z tym ryzyko przeciwskuteczności programów aktywizujących

Źródło: Grewiński 2011 oraz ustalenia własne.

Niezależnie od skłaniania się w którąś ze wskazanych stron (ocen) Programu Aktywności Lokalnej, warto pamiętać słowa B. Skrzypczaka, iż „rozwój społeczności zawsze będzie pracą »razem«, »z«, a nie »dla« zainteresowanych osób. Będzie zachęcał do uczestnictwa w podejmowaniu decyzji, do rozwijania w ludziach poczucia nabywania uprawnień przez pomaganie im w zdobywaniu nowych umiejętności i wiedzy oraz uzyskiwaniu pewności siebie w kierowaniu lub ich negocjowaniu. Wiele wskazuje na to, że najbliższych latach właśnie zbudowana na takiej filozofii środowiskowa praca socjalna będzie przeżywała nie tylko zasłużony renesans, ale stanie się fundamentem spoiwem wszelkich działań społecznych, edukacyjnych i integracyjno-rozwojowych” (Skrzypczak 2011, s. 75).

Zoznam bibliografických odkazov

Chechelska-Dziewiak M. (2014), *Programy Aktywności Lokalnej w MOPS w Krakowie – praktyczne przykłady wykorzystywania metody organizowania społeczności lokalnych*, [w:] *Problemy i kwestie społeczne*, red. K. Białożyty, B. Uliasz, M. Soliński, Kraków.

Grewiński M. (2011), *Od systemu opieki przez politykę pomocy do aktywizacji i integracji społecznej*, [w:] *Współczesne tendencje w pomocy społecznej i pracy socjalnej*, M. Grewiński, J. Krzyszkowski (red.), Warszawa 2011.

<http://www.mops.wroclaw.pl/AKTYWNY-OLBIN-p1260.php> (26.11.2014)

<http://www.mops.wroclaw.pl/Programy-Aktywnosci-Lokalnej-p778.php> (26.11.2014)

Kamiński A. (1980), *Funkcje pedagogiki społecznej. Praca socjalna i kulturalna*, Warszawa

Łuszczynska M. (2012), *Program Aktywności Lokalnej – od pomysłu do działania*, Toruń.

<http://www.mops.wroclaw.pl/AKTYWNY-OLBIN-p1260.php> (26.11.2014)

Program Aktywności Lokalnej dla Miasta Wrocławia:

http://wrosystem.um.wroc.pl/beta_4/webdisk/145958/0245ru06z.pdf (26.11.2014).

Skrzypczak, B. (2011), *Renesans środowiskowej pracy socjalnej*, [w:] *Współczesne tendencje w pomocy społecznej i pracy socjalnej*, M. Grewiński, J. Krzyszkowski (red.), Warszawa.

Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593.

Kontakt na autora

Dr Krzysztof Chaczko

Instytut Pracy Socjalnej

Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie

os. Stalowe 17, 30-079 Kraków, Polska

Obete humanitárnych katastrof v rozvojových krajinách ako rizikovní klienti v sociálnej práci

Dana Rosová, Lucia Vojtaneková (SR)

Abstrakt: Autori sa v článku zameriavajú na náročnosť humanitárnej práce sociálnych pracovníkov v rozvojových krajinách pri práci s obeťami humanitárnych katastrof. Zameriavajú sa na teoretické vymedzenie tejto problematiky. Autori týmto poukazujú na potrebu a význam práce sociálnych pracovníkov, ktorých práca je užitočná nielen doma, ale aj v zahraničí, s dôrazom na humanitárnu prácu v rozvojových krajinách, s rizikovými klientmi, ktorí sa stali obeťami humanitárnych nešťastí.

Kľúčové slová: Humanitárna práca. Pomoc. Hromadné nešťastia. Rozvojové krajiny.

Abstract: The authors of the contribution concentrate on the difficulty of the humanitarian work of social workers in developing countries when they are working with victims of humanitarian disasters. The article focuses on theoretical definition of the given topic. The authors of the thesis pointed necessary, but also the importance of the work of social workers whose work is useful not only at home but also abroad, with an accent to humanitarian work in developing countries with risk clients as victims of humanitarian disasters.

Key words: Humanitarian work. Help. Mass-casualty incident. Developing countries.

Náš svet v 21. storočí je v porovnaní s dobou zhruba pred sto rokmi úplne rozdielny. Tento rozdiel je ohromujúci a v histórii ľudstva dokonca unikátny. Svet je vzájomne stále viac prepojený. Udáva sa, že zhruba 20 % svetového obyvateľstva žije v tzv. bohatých a zvyšných 80 % v chudobných štátoch našej Zeme (Lebeda 2009). Naša planéta je okrem iného devastovaná tiež mnohými humanitárnymi katastrofami, ktoré zasahujú ľudí bez rozdielu toho, či sú bohatí alebo chudobní.

Na názore, že v súčasnom svete narastá nielen rozdielnosť v úrovni života, ale zároveň sa zvyšuje aj neistota a napätie, sa zhodujú viacerí autori. Eva Holečková (2009) tvrdí, že prostredníctvom procesu globalizácie sa stále viac prehlbujú rozdiely medzi chudobnými a bohatými. Miloslav Hetteš (2013) hovorí o tom, že svet, ktorý mal donedávna vlastnosti výraznejších istôt a menil sa len pomaly počas viacerých generácií sa dnes dostal do stavu skutočne rýchlejšej revolučnej zmeny. Podľa Vladimíra Benča (2005, s. 10) sú „nerovnosti v rozvoji, globálne nerovnosti medzi krajinami vyspelými a rozvojovými a nerovný rozvoj dôsledkom nerovnej výmeny.“

Ako uvádza autor Obadi Saleh Mothana (2008, s. 192) „rozvojová krajina je taká krajina, ktorá je uznaná za krajinu oprávnenú na príjem rozvojovej pomoci.“ Rovnakú definíciu uvádza aj OECD.

Dnes existujú dve základné formy pomoci druhým v núdznej situácii a to je humanitárna pomoc a rozvojová spolupráca.

Podľa § 2 Zákona č. 617/2007 Z.z. o oficiálnej rozvojovej pomoci je humanitárna pomoc „prejav solidarity s ľuďmi v núdzi, ktorej podstatou je pomoc, podpora, záchrana životov, ľudskej dôstojnosti a zmierňovanie utrpenia ľudí v prípade prírodných katastrof, kríz spôsobených človekom, stavu hladu a podvýživy alebo v porovnateľných núdzových situáciách, ako aj preventívne a pohotovostné programy, najmä obzvlášť v rizikových oblastiach.“

V literatúre sa môžeme stretnúť s rôznymi definíciami pojmu humanitárna pomoc alebo humanitárna práca. Ondrej Gažovič (2013, s.18) definuje humanitárnu prácu ako pomoc

zameranú „na náhle problémy spojené s prírodnými alebo človekom spôsobenými katastrofami a výnimočnými udalosťami. Jej cieľom je zamedziť stratám na životoch a zmierniť okamžité utrpenie.“ Ako typické príklady, kedy sa táto forma pomoci využíva môžeme určiť vojny, zemetrasenia, záplavy, rozsiahle požiare, dlhodobé suchá a z nich vyplývajúce hladomory, ale aj iné nešťastia.

Ide teda o krátkodobú pomoc, ktorá ľuďom, ktorých humanitárna kríza zasiahla pomôže uspokojiť ich základné životné potreby (Králová 2007). Práca humanitárneho sociálneho pracovníka je v mnohých prípadoch nevyhnutná.

Rizikovým klientom sociálneho pracovníka v prípade humanitárnej práce, sú katastrofou postihnutí občania. Môže sa jednať o jednotlivcov, deti aj dospelých, celé rodiny, skupiny ľudí alebo aj komunity, ktoré zasiahla mimoriadna udalosť.

Obetami myslíme tie osoby, ktoré boli zasiahnuté mimoriadnou udalosťou, teda situáciou, ktorú nazývame hromadné nešťastie alebo katastrofa. Predpokladáme, že miera zasiahnutia týchto osôb narastá s mierou zraniteľnosti, ktorá je u ľudí žijúcich v rozvojovom svete zvýšená.

Rozoznávame niekoľko skupín obetí. Viacerí autori sa stotožňujú s nasledujúcim delením:

priame obete – ľudia, ktorí boli udalosťami zasiahnutí bezprostredne,
rodina, priatelia a známy obetí – práve nemožnosť kontaktu a komunikácie s nimi spôsobuje priamym obetiam traumy,
záchranári, ale aj humanitárni pracovníci – tí, ktorí sú v tesnom kontakte s obeťami priamymi, ďalší obyvatelia krajiny, v ktorej sa nešťastie odohralo (Štetina 2000, In: Vodáčková 2012; Matoušek 2003).

Cieľom nášho výskumu bolo empiricky zistiť rozdiely vnímania humanitárnej pomoci sociálnych pracovníkov obetiam humanitárnych katastrof v rozvojových krajinách, ako rizikových klientov sociálnej práce, medzi študentmi odboru sociálna práca v košickom kraji. Realizovaný výskum bol zameraný na problematiku poskytovania pomoci obetiam humanitárnych katastrof v zahraničí, na to, ako vnímajú jej význam a potrebu študenti odboru sociálna práca. Išlo o študentov denného a externého štúdia, v celkovom počte 120. Pomer pohlaví bol vyvážený, v počte 62 žien a 58 mužov. Takisto vyvážený bol aj pomer denných a externých študentov, v počte 60 denných a 60 externých študentov.

Pre testovanie ďalších rozdielov, sme si výskumnú vzorku rozdelili podľa rodu na študentov a študentky sociálnej práce, pričom sme zisťovali existenciu rozdielov postojov k potrebe a k významu humanitárnej pomoci obetiam humanitárnych katastrof v rozvojových krajinách, ako rizikových klientov sociálnej práce.

Najprv sme pristúpili k testovaniu prípadných rozdielov k vnímaniu potreby humanitárnej pomoci. Vid'. Tabuľka č. 1.

Tabuľka č. 1: **T-test- rozdelenie postojov k POTREBE humanit. pomoci podľa rodu**

Pohlavie	n	x	S	t	P (α)	CI (95 %)	
ženské	62	8,548	6,492	1,738	0,001*	1,660	1,984
mužské	58	4,948	3,790				

**1 % hladina významnosti – signifikantný rozdiel

Tak ako z predchádzajúcej tabuľky vyplýva, t-test preukázal signifikantný rozdiel medzi premennými podľa rodu vo vnímaní potreby humanitárnej pomoci pre rozvojové krajiny na

0,001% hladine významnosti. Najvýraznejší rozdiel pozorujeme pri výroku Účasť Slovenskej republiky na humanitárnych aktivitách v rozvojových krajinách považujem za potrebnú. S týmto tvrdením súhlasí 90 % študentiek, ale len 52 % študentov. Uvedenú skutočnosť môžeme pripisovať napríklad tomu, že muži môžu byť k takejto forme pomoci viac skeptický ako ženy. Nám testovanie prezentovalo, že študenti sociálnej práce sa vo viditeľnejšej miere stavajú k názoru, že humanitárna pomoc obetiam hromadných nešťastí a katastrof v rozvojových krajinách je skutočne potrebná. Predpokladáme, že tento výsledok môže byť podmienený tým, že študenti sociálnej práce môžu byť viac zainteresovaní vo veciach pomoci ako bežní občania.

V nasledujúcom prípade sme predpokladali, že medzi skupinami budú existovať štatisticky významné rozdiely v predstavách študentov ako obeť hromadného nešťastia, ktorej je pomoc poskytovaná. Výsledky t-testu sú znázornené v Tab. 2

Tabuľka č. 2: T-test - rozdelenie predstáv o sebe, ako obeť humanitárnej katastrofy

Forma štúdia	n	x	S	t	P (α)	CI (95 %)	
denná	60	1,983	1,567	1,846	0,040*	1,657	1,980
externá	60	2,816	1,751				

*5% hladina významnosti – signifikantný rozdiel

Tak ako z predchádzajúcej tabuľky vyplýva, t-test preukázal štatisticky významný rozdiel medzi premennými podľa formy štúdia v predstavách o sebe, ako obeť humanitárnej katastrofy na 0,05 % hladine významnosti. Z odpovedí respondentov vyplýva, že viac denných študentov (70 %) si dokáže jasnejšie predstaviť seba samého v pozícii obeť, ako študenti externí (56 %). Predpokladáme preto, že externí študenti tým, že už majú vlastné rodiny, vybudované určité životné istoty, si viac nechcú pripustiť žeby o ne mohli niekedy prísť a teda sa len ťažko stotožnia s rolou obeť. Celkovo, bez ohľadu nato, či študujú dennou alebo externou formou, si študenti dokážu predstaviť seba samého v pozícii obeť, ktorá pomoc prijíma. To, že by sa niekedy v živote mohol človek stať obeťou humanitárnej katastrofy si pripúšťa až 68 % všetkých respondentov.

Záver

Aj napriek tomu, že medzi študujúcimi existujú signifikantné rozdiely, väčšina študentov považuje prácu s obeťami humanitárnych katastrof v rozvojových krajinách za potrebnú, preto odporúčame ďalej upevňovať túto problematiku v podvedomí študujúcich. Realizovať rôzne odborné semináre, prednášky na túto tému, na ktoré by mohli byť prizvaní aj humanitárni sociálni pracovníci z praxe, ktorí mali možnosť vyskúšať si prácu s týmito rizikovými klientmi priamo v teréne. Výsledky nášho výskumu môžu byť determinované tým, že keďže výskumnú vzorku tvorili študenti sociálnej práce, tak títo sú oveľa viac zainteresovaní vo veciach pomoci a solidarity ako niektorí bežní občania. To by tiež ale mohlo byť vnímané ako určitý posun vo vnímaní potreby a významu tejto formy práce.

V tejto súvislosti však môžeme na okraj spomenúť aj výskum, ktorý na Bradfordskej univerzite vo Veľkej Británii realizovala autorka V. Humphries (2013). Väčšina študentov sa tu priklonila k názoru, že humanitárna práca je vo svete veľmi potrebná a sami by sa v budúcnosti radi podieľali na ďalšom vylepšovaní humanitárnych intervencií.

Väčšina študentov si dokáže predstaviť seba ako obeť humanitárnej katastrofy, ktorej je pomoc poskytovaná, na základe toho, že sa do tejto roli dokážu študenti vžiť, odporúčame aj

naďalej viesť ich k vytvoreniu si empatického a dôverujúceho vzťahu k pomoci obetiam humanitárnych katastrof v rozvojových krajinách ako rizikových klientov sociálnej práce.

Zoznam bibliografických odkazov

- BENČ, Vladimír, 2005. *Rozvojová pomoc a spolupráca – výzvy a perspektívy*. Prešov: Adin, s.r.o. ISBN 80-89041-93-0.
- DORULA, Ján a kol., 2003. *Krátky slovník slovenského jazyka*. 4. vyd. Bratislava: Veda, Vydavateľstvo slovenskej akadémie vied. ISBN 80-224-0750-x.
- GAŽOVIČ, Ondrej, 2013. Rozvojová a humanitárna pomoc. In *Rozvojové vzdelávanie. Témy a metódy*. Bratislava: Nadácia Pontis, s. 9-23. ISBN 978-80-968229-9-7.
- HETTEŠ, Miloslav, 2013. *Sociálna súdržnosť a istota v sociálnej práci*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. ISBN 978-80-558-0256.
- HOLEČKOVÁ, Eva, 2009. *Globálne rozvojové vzdelávanie*. Prešov: Metodicko-pedagogické centrum.
- KRÁLOVÁ, Daniela a kol., 2007. *Novinár, rozvojová spolupráca a humanitárna pomoc*. Praha: Člověk v tísni. ISBN 978-80-86961-31-6.
- KREDÁTUS, Jozef, 2010. Človek v extrémnej život ohrozujúcej situácii a jej psychosociálne aspekty. In *Chudoba a sociálne vylúčenie ako problém súčasnosti. Výzvy a trendy*. Prešov: Občianske združenie Potenciál. s. 9-13. ISBN 978-80-969073-1-1.
- LEBEDA, Pavel a kol., 2009. *Rozvojová pomoc nestačí*. Praha: Pražský institut pro globální politiku. ISBN 80-254-6787-9.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.
- MOTHANA, Obadi Saleh, 2008. Rozvojové krajiny a rozvojová pomoc: očakávania a chaos. In *Rozvojová pomoc a spolupráca*. Bratislava: Ekonomická univerzita. s. 192-200. ISBN 978-80-225-2640-1.
- ROSOVÁ, D. 2010. Možnosti sociálneho pracovníka v prevencii obchodovania s ľuďmi. In: *Budovanie spoločnej cesty v sociálnej inklúzii. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Košice: Košický samosprávny kraj a Katedra sociálnej práce FF UPJŠ. 2010, s.177-182. ISBN 978-80-970543-1-1.
- ROSOVÁ, Dana, 2014. Terénna sociálna práca na Slovensku. In *Sociální práce/Sociálna práca Czech and Slovak Social Work, recenzovaný odborný časopis*. Brno: Asociace vzdelávatelů s sociální práci. s.117-127. ISSN 1213 – 6204.
- ROSOVÁ, Dana, 2014. Význam terénnej sociálnej práce. In *Intervencia, terapia a resocializácia v systéme sociálnej pomoci*. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie, KU Ružomberok. Ružomberok: Verbum. s. 160-167. ISBN 978-80-561-0123-0.
- VÁGNEROVÁ, Márie, 2003. *Psychopatologie pro sociální pracovníky. 1. díl*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-729-2.
- VODÁČKOVÁ, Daniela a kol., 2012. *Krízová intervencia*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0212-7.
- WATES. Otto et. al., 2010. *Ako spracovať tému rozvojovej pomoci*. Praha: Člověk v tísni. ISBN 978-80-86961-83-5.
- Zákon č. 617/2007 o oficiálnej rozvojovej pomoci a o doplnení zákona č. 575/2001 Z. z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy v znení neskorších predpisov.

Kontakt na autora

PhDr. Dana Rosová, PhD.
Katedra sociálnej práce, FF UPJŠ
Moyzesova 9 Košice

Ryzykowne zachowania seksualne bezdomnych kobiet

Szluz Beata (PL)

Streszczenie: W artykule zawarto rozważania dotyczące ryzykownych zachowań seksualnych bezdomnych kobiet. Artykuł został napisany w oparciu o własne, szersze badania, które zostały przeprowadzone w 2009 roku wśród 52 bezdomnych kobiet w województwie podkarpackim. Respondentki zostały wybrane ze względu na wiek, miejsce zamieszkania podczas prowadzonych badań, ich okazjonalne lub stałe przebywanie w schronisku. Zastosowano metodę biograficzną i technikę wywiadu narracyjnego.

Słowa kluczowe: Bezdomność. Bezdomność kobiet. Ryzykowne zachowania seksualne. Aktywność seksualna.

Abstract: In the article are the deliberations concerning the risk sexual behaviors of homeless women. This article was written based on its own broader study, which was conducted in 2009 among 52 homeless women in the Podkarpackie voivodship. The test subjects were selected in terms of age, place of residence during the conducted research, and their occasional or permanent residence in a shelter. The biographical method, and the narrative interview technique, a special form of free or in-depth interview, were used.

Keywords: Homelessness. Homeless women. Risky sexual behaviors. Sexual activity.

Wstęp

Pojęcie „zachowanie problemowe” wprowadzone zostało przez twórców teorii zachowań problemowych R. i S. Jessorów (1998, s. 923-933). Skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych była, w ujęciu przywołanych autorów, wypadkową czynników psychospołecznych oddziałujących na: osobowość, spostrzegane otoczenie i zachowanie. Ich zdaniem wzajemne relacje pomiędzy czynnikami chroniącymi i czynnikami ryzyka, wpływającymi na różne systemy funkcjonowania jednostki, mogą mieć wpływ na zaangażowanie i podejmowanie zachowań konwencjonalnych lub ryzykownych dla zdrowia. Na system zachowań składa się struktura zachowań ryzykownych i konwencjonalnych. „Zachowania ryzykowne” są to różne zachowania podejmowane przez człowieka, które zagrażają jego zdrowiu fizycznemu i psychicznemu, a także są niezgodne z normami społecznymi.

Tematykę zachowań ryzykownych można rozważać w odniesieniu do bezdomnych kobiet. Artykuł został napisany w oparciu o szersze, własne badania, które zostały przeprowadzone w 2009 r., wśród 52 bezdomnych kobiet, na terenie województwa podkarpackiego. Badane osoby zostały dobrane pod względem kryterium wieku, miejsca przebywania podczas prowadzenia badań oraz okazjonalnego lub stałego pobytu w schronisku. Zastosowano metodę biograficzną, technikę wywiadu narracyjnego, będącego szczególną formą wywiadu swobodnego lub pogłębionego⁷⁰. W artykule podjęto próbę ukazania ryzykownych zachowań seksualnych bezdomnych kobiet.

⁷⁰ Wypowiedzi osób zawarte w artykule zostały przytoczone po dokonaniu transkrypcji nagrań audio z zastosowaniem uproszczonych symboli transkrypcji, które zestawiał D. Silverman. Szerzej zob. tenże, *Interpretacja danych jakościowych. Metody analizy rozmowy, tekstu i interakcji*, PWN, Warszawa 2008, s. 328; tenże, *Prowadzenie badań jakościowych*, PWN, Warszawa 2009, s. 431. Ze względu na zachowanie pełnej ochrony danych osobowych nazwy miast, imiona i nazwiska celowo zostały w tekście pominięte, natomiast imiona bezdomnych kobiet zostały zmienione. Niektóre fragmenty narracji wykorzystane w artykule zostały

1 Ryzykowne zachowania seksualne – pojęcie i specyfika

Zachowania seksualne są częścią społecznych zachowań człowieka. U dzieci pojawiają się pierwsze tego rodzaju zainteresowania, ale do podjęcia aktywności typu dojrzałego mija zwykle kilka lat. Ryzykowne zachowania seksualne, tzw. problemowe, określa się jako: pozostające w opozycji do porządku społecznego i prawnego, które stanowią jednocześnie zagrożenie dla zdrowia i rozwoju jednostki (społeczeństwa) (K. Ostaszewski, 2006, s. 112-113). L. Kay (1996, s. 146-158) i A. Pawelski (1997, s. 56-60) do czynników ryzyka związanych z rodziną, predysponujących do podejmowania wczesnej aktywności seksualnej zaliczyli: nieobecność ojca w domu; rozwód, separację lub powtórne małżeństwo rodziców; brak jednego z rodziców; destabilizację układu z ojcem jako głową rodziny; postawy rodziców (nadmiernie surowi lub nadmiernie uступliwi); brak uświadomienia seksualnego przez rodziców; brak silnej więzi matki z córką; liczne rodzeństwo; przedwczesną ciążę matki; przedwczesną ciążę siostry, a także aprobatę rodziców dla aktywności seksualnej dziecka.

Traktowanie seksualności jako „narzędzia” może generować pojawianie się szeregu zaburzeń i/lub zagrożeń: popadanie w zmysłowość, zachowania promiskuitywne; nałogowy charakter przeżyć seksualnych; pojawianie się nasilenia pobudzenia z jego obniżeniem; wzrost częstotliwości dążeń do kontaktów seksualnych z jednoczesnym obniżeniem poczucia satysfakcji; rozbudowanie praktyk wyrafinowania aktywności seksualnej ze wspomnianym osłabieniem doznań; poczucie anonimowości własnej i partnera; poczucie samotności; traktowanie własnego ciała jak „narzędzia” odizolowanego od poczucia własnego „ja” i sfery przeżyć emocjonalnych; brak emocji lub anhedonię w zakresie życia seksualnego; brak umiejętności nawiązywania i/lub podtrzymania związku i/lub jego rozwijania; ryzyko zarażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową; ryzyko nieplanowanej ciąży i doznania przemocy seksualnej (A. Machaj i in., 2010, s. 3). Podejmując próbę wskazywania wartości seksualnych, które mogą przyczynić się do pojawienia się ryzykownych zachowań seksualnych należy odwołać się do systemu wartości, odnoszących się do seksualności, opartych na przyjaźni i podejściu instrumentalnym, jak również uwzględnić wskazanie normy partnerskiej⁷¹. Wyniki badań pozwoliły na sformułowanie kilku wniosków: ryzykowne zachowania seksualne podejmują najczęściej osoby legitymujące się niskim poziomem wykształcenia, niewierzące, oceniające nisko jakość własnej relacji partnerskiej, często deklarujące orientację biseksualną, wysoko oceniające własną atrakcyjność seksualną, ale niżej poszczególne wymiary ciała, znacznie więcej czasu i uwagi poświęcające zabiegom zwiększającym poczucie atrakcyjności seksualnej (A. Machaj i in., 2010, s. 31). Pojawiają się zatem u jednostki zabiegi o charakterze tzw. kompensacyjnym, tzn. mające na celu wynagradzanie siebie za braki lub defekty, dające chwilową przyjemność (ich powtarzanie może jednak spowodować utrwalenie się podświadomego skojarzenia danego defektu z nagrodą i utrudnić jego usunięcie).

2 Ryzykowne zachowania seksualne kobiet doświadczających bezdomności

Bezdomne kobiety należą do zagrożonych i dotkniętych ubóstwem osób. Badania wykazały, że kobiety są bardziej narażone na wiele zagrożeń dla ich zdrowia i dobrego samopoczucia. Są bardziej skłonne do korzystania z alkoholu i narkotyków, doświadczania wiktymizacji przez przemoc. Częściowo ze względu na ich potrzeby, aby przetrwać w trudnej sytuacji, angażują się w seks bez zabezpieczenia i inne ryzykowne zachowania seksualne, które mogą prowadzić do zakażenia wirusem HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą

zamieszczone w książce B. Szluz, *Świat społeczny bezdomnych kobiet*, Wydawnictwo Bonus Liber, Warszawa 2010.

⁷¹ Norma partnerska została sformułowana przez H. Giese'a (1959) w celu odróżnienia zachowań i praktyk seksualnych normalnych od zaburzonych w układach partnerskich.

płciową (Bassuk et. al., 1996; S.L. Wenzel et. al, 2007 ; S.L. Wenzel et. al, 2004; . Wood et. al, 1990).

Badania przeprowadzone przez G.W. Ryan i in. (2009, s. 536-553) wśród bezdomnych kobiet pozwoliły zauważyć, że miały one szeroki zakres stosunków seksualnych. Wskazywały na: seks za pieniądze i narkotyki; seks ze znajomymi, przyjaciółmi, byłymi kochankami; utrzymywanie długoterminowych, stabilnych relacji z mężami i partnerami. Interesującym wydawać się może brak odniesień do kontaktów seksualnych z nieznajomymi. Uwagę badaczy zwrócił fakt, iż część respondentek była emocjonalnie przywiązana do niektórych swoich partnerów seksualnych. Nie tylko opisywały one silne więzi emocjonalne z ich długoterminowymi partnerami, ale były wyraźnie emocjonalnie przywiązane do wielu przyjaciół i byłych kochanków, z którymi wchodziły w kontakty seksualne. Można przypuszczać, że niektóre z tych kobiet starały się zaspokajać potrzebę emocjonalnego przywiązania, poprzez wspomniane okazjonalne kontakty z niektórymi z partnerów. Głównym celem spotkań było zdobycie narkotyków, pieniędzy, żywności i schronienia. Były one zupełnie odmienne od spotkań, których głównym celem było nawiązanie bliskości emocjonalnej lub fizycznej i zaspokojenie potrzeb seksualnych. Umieszczenie bezdomnych kobiety wśród osób podejmujących ryzykowne zachowania seksualne pozwoliło dostrzec, że wiele z nich wykazywało wysoki poziom zaufania do partnerów okazjonalnie poznanych, który jest zazwyczaj zarezerwowany dla długoterminowych i emocjonalnie bliskich partnerów. Uzyskane wyniki pozwoliły zauważyć, że przyjmowanie narkotyków i alkoholu, przed podejmowaniem kontaktów seksualnych, zwiększało ryzyko braku zabezpieczenia (np. poprzez stosowanie prezerwatyw), czego skutkiem mogło być m.in. ryzyko zakażenia wirusem HIV. S.J. Misovich i in. (1997, s. 72-107) podkreślili, że używanie lub brak stosowania prezerwatyw symbolizuje zaufanie, emocjonalną intymność i zaangażowanie w związek.

W opinii Krajowego Centrum ds. AIDS zakażenie HIV jest w Polsce w coraz mniejszym stopniu wynikiem dożylnego stosowania narkotyków, a coraz częściej efektem ryzykownych zachowań seksualnych. Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH, liczba zdiagnozowanych w Polsce zakażeń HIV dotyczy około 16 tys. jednostek, ale z wirusem żyje 30-35 tys. osób. Oznacza to, że połowa osób zakażonych o tym nie wie. W 2011 r. odnotowano w Polsce 992 nowe zakażenia HIV, z czego zdecydowana większość dotyczyła mężczyzn (808). W 228 przypadkach prawdopodobną drogą transmisji wirusa były kontakty homoseksualne między mężczyznami (23%), w 70 kontakty heteroseksualne, a w 45 przypadkach stosowanie środków odurzających w iniekcjach. W odniesieniu do 645 przypadków (65%) brak było danych o prawdopodobnej drodze zakażenia. Najwięcej zakażeń pojawiło się w województwie mazowieckim (240, tj. 24%), śląskim i dolnośląskim (po 13%). Liczba badań na obecność HIV w Polsce systematycznie wzrasta, ale wciąż wiele osób nie odnosi ryzyka zakażenia HIV do siebie i nie myśli o wykonaniu testu. Tymczasem wczesne wykrycie zakażenia daje szansę na szybkie rozpoczęcie terapii, która przyczynia się nie tylko do poprawy jakości życia, ale także pozwala żyć dłużej. W pierwszych latach pojawiania się choroby w Polsce, główną drogę rozpowszechniania się zakażeń HIV stanowiło stosowanie dożylnych środków psychoaktywnych. Od 2001 r. nastąpiła zmiana tego trendu: zakażenie jest bowiem coraz częściej wynikiem ryzykownych zachowań seksualnych, szczególnie wśród osób w wieku 20-29 lat (36%) (e-KAI.pl). Ten stan jest odzwierciedleniem trendu światowego.

Badania przeprowadzone na terenie województwa podkarpackiego potwierdziły wnioski płynące z badań i analiz innych naukowców (B. Szluz, 2010, s. 244). Przykładem może być bezdomna kobieta, która przez pewien czas przebywała w nocnym klubie. Została wyrzucona z domu przez matkę. Respondentka wypowiadała się o sobie, ale odniosła się także do innej

bezdomnej kobiety, która zachorowała na AIDS, piła alkohol na dworcu i w samotności zmarła na ulicy.

Oczywiście jak zerwałam z tym wszystkim ((z prostytutką)), to musiałam badania sobie zrobić na HIV, kiłę i rzeżączkę. Miałam szczęście, bo nic nie wyszło w tych badaniach. Była taka dziewczyna, co miała AIDS, to szef tego klubu ją wywalił na ulicę, to rób sobie, co chcesz. Wywalił ją na zbity pysk. W klubie też każą się badać, bo są dziewczyny, które się nie zabezpieczają, bo chcą więcej zarobić. Ta dziewczyna spała na dworcu, piła i zmarła na ulicy, bo nikt jej nie wziął. Jej matka też jej nie chciała. (Brygida, 28 lat, s. 6)

Nie dawno spotkałam dziewczynę z domu dziecka, ma mieszkanie, pije, wzięli jej dziecko, widuję ją na stacji. Ona pije alkohol. Siedzą, piją, bejzują. Ja też taka byłam. Jeżeli ktoś to przeżył, to zauważy, która małolata się włóczy po stacji. [...] Mnie się wydaje, że lepiej bym, zrobiła, żebym powiedziała ((o sobie)) całą prawdę, ale za każdym razem, jak kogoś poznałam, chciałam coś powiedzieć, to się odsuwali. Szczególnie faceci tacy są. (Brygida, 28 lat, s. 8–9)

I. Pospiszyl (2008, s. 233) podkreśliła, że wśród prostytutek ulicznych spotyka się wiele osób uzależnionych od alkoholu, chorych i zarażonych chorobami przenoszonymi drogą płciową. Mają stałe miejsca, nazywane „pigalakami”, w których oferują swoje usługi. Dworzec, ławki w parku czy plac targowy są dla niektórychprostituujących się kobiet miejscami spotkania się z mężczyznami. Przykładem mogą być fragmenty narracji:

Przychodzę tu ((do jadłodajni)), dadzą mi coś zjeść. Potem, jak chcę być sama, to idę na ławkę do parku, siedzę, przemyślę sobie. [...] Tak się składa, że siedzę w parku za często. Tam się kontaktuję z mężczyznami [...]. Też tu ((przy schronisku dla bezdomnych mężczyzn)) przyjdę, to posiedzę, pośmieję, bo tak się przyzwyczaiłam tutaj [...]. (Dominika, 35 lat, s. 4)

Zarabiałam na wino, piłam albo koledzy stawiały i z nimi piłam. [...] Mężczyźni nie szanowali mnie. (Laura, 31 lat, s. 5, 7)

Niektóre bezdomne jednostki wielokrotnie zmieniają swoje miejsca przebywania (egzystencji). Jest to konsekwencją m.in. interwencji służb porządkowych, która prowadzi niekiedy nawet do znalezienia się w areszcie. Wśród tych miejsc zostały wymienione następujące: dworzec, wagony kolejowe stojące na bocznicy, pociągi, budynek rozdzielni kolejowej, pomieszczenie dla psów pracowników kolei, klatki schodowe, pustostan, melina, teren nad rzeką. Mając na celu uchronienie się przed zamrożeniem podczas występowania niskich temperatur, jedna z kobiet podróżowała pociągami po Polsce, a także jeździła miejskimi autobusami wraz z mężczyznami, aż do momentu usunięcia jej przez konduktorów i rewizorów. Następnie, nie zważając na konsekwencje, powtarzała ten sam schemat. Przemieszczanie się jednostek jest związane z odczuwaną przez nich niepewnością, a także przynajmniej minimalnym ich uaktywnianiem się.

Uzależniona od alkoholu jednostka,prostituująca się, wykazywała silne przywiązanie do partnera, którego śmierć uważała za główne uwarunkowanie doświadczanej bezdomności, pomijając problem wspomnianego uzależnienia i podejmowanych ryzykownych zachowań seksualnych. Egzemplifikacją może być wypowiedź:

Miałam papiery i pogubiłam. Nie wiem, czy pokradli, czy co. [...] Szukałam, żeby gdzieś spać. [...] Znajomy powiedział, żebym poszła zarobić, no wie pani na czym. Na wódkę (płacze). (Nina, 52 lata, s. 5)

U badanej jednostki, która przebywała w schronisku dla bezdomnych kobiet, pozostawała pod opieką psychologa, stwierdzono zaburzenia osobowości (osobowość zależna pozbawiona własnego „ja”). Potrzebowała nieustannej opieki i kurczowo trzymała się partnerów, bojąc się utraty więzi z nimi. Podporządkowywała się ich woli, mając trudności z decydowaniem, a także poczucie bezradności. Przejawiała gotowość do podejmowania różnych działań, niekiedy mało przyjemnych, aby nie utracić wsparcia, pomocy i opieki innych ludzi.

Rezygnowała z własnej tożsamości, stapiając się z inną osobą, dając się przysłonić. Czuła się zszokowane w sytuacji rozpadu związku z tą osobą, z którą się utożsamiała (F. Głód, 2008, s. 324-325). Narratorka nie akceptowała swojego wyglądu zewnętrznego, upatrując w nim podłoża swoich problemów:

Może nie powinnam łudzić się, ale walczę. Doktor mówił, że to jest toksyczny związek. [...] Jeszcze ciągle te SMS. To mnie niszczy do końca. To było już niszczenie, ja ich widziałam na mieście, ale jeszcze ciągle się łudzę. [...] Ja nie widzę sensu życia bez niego. [...] W takiej sytuacji czułam żal do siebie, obrzydzenie, złość na całą sytuację. Czułam też agresję w stosunku do siebie (płacz). Obwinałam się, że generuję te sytuacje, że je wywołuję. To, że jestem ładną kobietą, to mnie niszczy, to mnie niszczy, to mnie niszczy (płacz). Raz nawet obcięłam się na zero, ja się nie maluję. Ja nie używam nic kosmetyków, nic, nic, ja nie mogę sobie z tym poradzić (płacz). Ja zwracam uwagę (.5), a ja nie chcę tego. Ja bym się chciała oszpecić. Ja miałam coś takiego, że ja szłam ulicą i nie potrafiłam mężczyznom popatrzeć w oczy, czy iść z podniesioną twarzą (płacz). Kleją się faceci, to jest takie ordynarne, ja już tego nie mogę. To mnie męczy, obrzydza. Może lepiej byłoby to skończyć ((z dawnym partnerem)) i zacząć wszystko do nowa. (Romana, 34 lata, s. 3–4)

Osoby ze skłonnościami do „nałogowej miłości” mają stałe poczucie niepewności, zagubienia, pustki, rozpacz i smutku. Próbuje je usunąć poprzez związanie z partnerem. Związek z partnerem staje się środkiem do zaspokajania własnych potrzeb, otrzymywania miłości, opieki i bezpieczeństwa. Wiąże się to z okresem dzieciństwa i negatywnymi doświadczeniami we własnej rodzinie (J. Mellibruda, 1999, s. 22).

Podsumowanie

Mając na uwadze zagrożenia wiążące się z zachowaniami ryzykownymi podkreślono, że poziom oddziaływań profilaktycznych powinien być dostosowany do stopnia zagrożenia (L. Kay, 1996, s. 146-158; A. Pawelski, 1997, s. 56-60). Zakres oddziaływań obejmuje: profilaktykę pierwszorzędową, oznaczającą promowanie abstynencji seksualnej; profilaktykę drugorzędową, tzn. nakłanianie nastolatków, którzy już rozpoczęli współżycie, do cofania się z aktywności seksualnej i ułatwienie im takiej decyzji; profilaktykę trzeciorzędową, tj. stosowanie strategii zmniejszania szkód, gdy zawodzą działania wcześniejsze; edukację i prewencję uwzględniającą najważniejsze czynniki ryzyka i czynniki chroniące, zarówno osobowościowe, jak i środowiskowe.

W odniesieniu do bezdomnych kobiet szereg oddziaływań podejmują m.in. streetworkerzy, którzy pracują w środowisku lokalnym. Niechęć bezdomnych do kontaktowania się z instytucjami wynika m.in. ze złych doświadczeń, egzystowania na marginesie życia społecznego, konfliktów z prawem, nielegalnego pobytu na terenie danego kraju, analizowanej bezdomności, nieznajomości lub słabego posługiwania się językiem w danym kraju czy bycia nieletnim itp. (B. Szluz, 2008, s. 58; B. Szluz, 2014, s. 102). W zakresie prowadzenia działań profilaktycznych szczególnie ważna jest komplementarność działań podejmowanych przez pracowników ulicy i pracowników służb społecznych.

Zoznam bibliografických odkazov

Bassuk E.L., Weinreb L.F., Buckner J.C., Browne A., Salomon A., Bassuk S.S. 1996 *The characteristics and needs of sheltered homeless and low-income housed mothers*, „Jama” No. 276(8), p. 640-646 ISSN 1538-3598.

e-KAI.pl, Ryzykowne zachowania seksualne przyczyną HIV, <http://ekai.pl/wydarzenia/raport/x61098/ryzykowne-zachowania-seksualne-przyczyna-hiv/>, 29.11.2012.

- Giese H. 1959 *Seksualizm w stosunkach międzyludzkich*, In *Seksuologia*, H. Giese (Eds.) [Tłum. H. Flatau, E. Jeżewska, Z. Złotnicki]. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich s. 552.
- Głód F. 2008 *Bezdomni – psychologiczno-pastoralna analiza życia, osobowości i próby resocjalizacji*. Wrocław: Papieski Wydział Teologiczny, 356 s. ISBN 978-83-60370-41-4.
- Jessor R., Turbin M.S., Costa F.M. 1998 *Protective factors in adolescent health behavior*, „Journal of Personality and Social Psychology” Vol. 75, No. 3, p. 923-933 ISSN 1939-1315.
- Kay L. 1996 *Seks wśród nastolatków. Metody promowania powściągliwości seksualnej*, „Medycyna po Dyplomie”, Vol. 5, nr 2, s. 146-158 ISSN 1231-1812.
- Machaj A., Roszak M., Stankowska I. 2010 *Ryzykowne zachowania kobiet w okresie prokreacyjnym*, „Nowiny Lekarskie” nr 79(1), s. 22-31, ISSN 2353-9801.
- Mellibruda J. 1999 *Ludzie pomagający ludziom z problemami alkoholowymi: diagnozy i pierwsze próby zmian*. Warszawa: IPZ, 144 s. ISBN 8385452621.
- Misovich S.J., Fisher J.D., Fisher W.A.. 1997 *Close relationships and elevated HIV risk behavior: Evidence and possible underlying psychological processes*, „General Psychology Review” No. 1, p. 72-107 ISSN 1939-1552.
- Ostaszewski K. 2006 *Podstawy teoretyczne profilaktyki zachowań problemowych młodzieży*, In *Diagnostyka i profilaktyka w teorii i praktyce pedagogicznej*, M. Deptuła (Eds.). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, 427 s. ISBN 8370966063.
- Pawelski A. 1997 *Przedwczesna inicjacja seksualna jako czynnik zagrożenia AIDS*, „Seksuologia” nr 5-6, s. 56-60 ISSN 1731-9544.
- Pospiszyl I. 2008 *Patologie społeczne*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 362 s. ISBN 9788301153274.
- Ryan G.W., Stern S.A., Hilton L., Tucker J.S., Kennedy D.P., Golinelli D., Wenzel L.S. 2009 *When, where, why and with whom homeless women engage in risky sexual behaviors: A framework for understanding complex and varied decision-making processes*, „Sex Roles. Journal of Research” No. 61(7-8), p. 536-553 ISSN 1573-2762.
- Silverman D. 2008 *Interpretacja danych jakościowych. Metody analizy rozmowy, tekstu i interakcji*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 351 s. ISBN 978-83-01-15158-4.
- Silverman D. 2009 *Prowadzenie badań jakościowych*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 456 s. ISBN 978-83-01-15480-6.
- Szluz B. 2008 *Streetworking w pracy socjalnej z osobami bezdomnymi*, „Społeczeństwo i Rodzina” nr 17, s. 51-62 ISSN 1734-6614.
- Szluz B. 2010 *Świat społeczny bezdomnych kobiet*. Warszawa: Bonus Liber, 367 s. ISBN 978-83-61312-97-0.
- Szluz B. 2014 *Streetworking jako nowa forma interwencji i pracy z osobami wykluczonymi społecznie*, „Seminare. Poszukiwania Naukowe” t. 35, nr 2, s. 101-111 ISSN 1232-8766.
- Wenzel S.L., Tucker J.S., Elliott M.N., Hambarsoomians K., Perlman J., Becker K. et al. 2004 *Prevalence and co-occurrence of violence, substance use and disorder, and HIV risk behavior: a comparison of sheltered and low-income housed women in Los Angeles County*, „Preventive Medicine” No. 39, p. 617-624 ISSN 0091-7435.
- Wenzel S.L., Tucker J.S., Elliott M.N., Hambarsoomians K. 2007 *Sexual risk among impoverished women: understanding the role of housing status*, „AIDS & Behavior” No. 11(Suppl 6), p. 9-20 ISSN 1573-3254.
- Wood D., Valdez R.B., Hayashi T., Shen A. 1990 *Homeless and housed families in Los Angeles: a study comparing demographic, economic, and family function characteristics*, „American Journal of Public Health” No. 80, p. 1049-1052 ISSN 1541-0048.

Kontakt na autora

Dr hab. prof. UR Beata Szluz

Uniwersytet Rzeszowski i PWSZ im. Jana Grodka w Sanoku

Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Socjologii, Zakład Socjologii Problemów Społecznych

Al. T. Rejtana 16 C

35-959 Rzeszów, Polska

bszluz@univ.rzeszow.pl

Možnosti prevencie mobbingu na pracovisku

Anna Jašková (SR)

Abstrakt: Mobbing predstavuje problematiku narušených sociálnych vzťahov na pracovisku. Dôsledkom mobbingu je narušenie fyzického a psychického zdravia a celkového sociálneho fungovania obete. Príspevok sa zaoberá možnosťami prevencie mobbingu na pracovisku. V súvislosti s preventívnymi opatreniami psychického násillia na pracovisku analyzuje legislatívne opatrenia v podmienkach Slovenskej republiky, etické kódexy a vnútropodnikové normy a sociálne poradenstvo. V závere ponúka odporúčanie pre prax sociálnej práce s akcentom na podnikovú sociálnu prácu.

Kľúčové slová: Mobbing. Psychické násillie na pracovisku. Prevencia mobbingu. Podniková sociálna práca.

Abstract: The Mobbing is an issue of disrupted social relationships at the work place. As a result of mobbing is impaired physical and mental health, and social function in of victims. The contribution is focused for the possibility of preventing mobbing at the workplace. With regard to preventive measures of psychological violence at work It analyzes the legislative measures in the Slovak Republic, codes of ethics and internal standards and social counseling. In conclusion offers recommendations for practice social work with an emphasis on corporate social work.

Keywords: Mobbing. Psychological violence at the workplace. Prevention of mobbing. Corporate social work.

Úvod

Násillie v spoločnosti predstavuje závažný a rozširujúci sa celosvetový sociálny problém. S násillím sa stretávame vo všetkých oblastiach spoločenského života, takže ani pracovná sféra nie výnimkou. Pracovisko vytvára určitý sociálny priestor, ktorý má zvyčajne svoje publikum. Práve z tohto dôvodu vyberá agresor, či agresorka veľmi sofistikované mobbingové stratégie. Psychické násillie na pracovisku – mobbing má negatívny vplyv na fyzické a psychické zdravie a celkové sociálne fungovanie človeka. Príspevok načrtáva možnosti prevencie mobbingu na pracovisku a v závere ponúka odporúčania pre prax skrz optiku sociálnej práce.

Násillie sa stáva čoraz viac súčasťou kultúrnej normalizácie. Pod pojmom „Lebenswelt“, rozumieme predvedeckú skutočnosť, ktorá ľudí obklopuje v každodennom živote a ktorá je pre nich samozrejmosťou. Individuálne prežívanie tejto skutočnosti jej dáva prostredie každodennosti, z ktorého človek čerpá svoje primárne skúsenosti a ktoré mu (dočasne) prepožičiavajú istotu v konaní. Nemôžeme preto akceptovať výzvy podľa ktorých sa máme naučiť žiť s násillím, či inými sociálno – patologickými javmi. Násillie sa stáva druhom životného štýlu. Životným štýlom, ktorý násillie akceptuje, schvaľuje, pripravuje sa naňho a tiež sa ho pripravuje konať. Habitualizácia násillia má za následok stratu zábran a výčitiek svedomia, stáva sa vzorcom správania, ktoré môže nadobudnúť dlhodobý až stály charakter (Ondrejko 2011, s. 133).

Neustále zvyšujúce sa počty obetí psychického násillia na pracovisku svedčia o nedostatočnej či dokonca absentujúcej pozornosti venovanej prevencii mobbingu na našich pracoviskách. Ako ukazujú výsledky realizovaných výskumov (Lovaš 2006, Holubová 2007, Končeková 2009, Jašková 2011, Olšovská 2013) v mnohých podnikoch, či pracoviskách vládne nepriaznivá pracovná klíma. A práve nepriaznivá pracovná klíma zvyšuje riziko

vzniku mobbingu. Dobrá komunikácia a pozitívne sociálne vzťahy v zamestnaní sú preto nielen žiaduce ale aj nevyhnutné.

Pri odstraňovaní násilia v spoločnosti sa odporúčajú nasledujúce kroky (Háva et. al., 2004, in: Kubáni 2009, s. 20):

- „Zmapovať aktuálnu situáciu, získať spoľahlivé a validné výsledky,
- publikovaním výsledkov poukázať na problém a zverejňovať pozitívne príklady riešenia prípadov násilia z praxe,
- prevencia násilia by mala byť súčasťou podnikovej politiky.“

Ako vidieť prevencia mobbingu by mala byť integrálnou súčasťou podnikovej politiky. Výstižne to vyjadril Kratz (2005, s. 25), ktorý píše, že „pracovná klíma, ktorá nepripúšťa otvorenú komunikáciu je ideálnou živnou pôdou pre intrigy a mocenské boje - skrátka pre mobbing“. Pozitívnym príkladom v tejto súvislosti sú spoločnosti, ktoré sa dali na cestu formovania „kultúry vysokej výkonnosti“, ide o tzv. HPC – HighPerformanceCulture a upozorňuje na nich Kachaňáková (2010, s. 37). Základom takejto kultúry sú hodnoty ako úcta, česťnosť a tímová spolupráca. V tejto súvislosti hovoríme tiež o participatívnej podnikovej kultúre (Bednárová, AlíTaha, 2010, s. 98), ktorá vychádza z filozofie, že ak sú zamestnanci a zamestnankyne zainteresovaní do rozhodovacích procesov, odzrkadlí sa to na ich raste produktivity a pracovnej morálke. Participatívna kultúra je vhodná na to, aby zlepšovala pracovnú morálku zamestnancov a zamestnankýň. Z pohľadu pracovnej morálky ide predovšetkým o tieto pozitívne vplyvy: zlepšuje sa spolupráca medzi manažmentom a zamestnancami, redukuje sa fluktuácia zamestnancov, redukujú sa konfliktné situácie a nepokoje, ľahšie sa dostávajú podnikové zmeny do „krví“ zamestnancov a zamestnankýň.

V nasledujúce časti príspevku ponúkame prehľad preventívnych opatrení autorov a autoriek venujúcim sa problematike mobbingu. Kubáni (2009, s. 20) považuje za prevenciu na pracovisku najmä tieto nasledujúce formy - dodržiavanie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, informovanosť zamestnancov a zamestnankýň, nácviky postupov pri zvládaní agresívneho správania, či spolupráca s psychológom. BOZP nemožno chápať len ako protiúrazovú prevenciu, pretože zahŕňa aj podmienky pre uspokojivú prácu, pohodu pri práci, sociálnu ochranu zamestnancov a právnu ochranu osôb, ktoré sa s vedomím zamestnávateľov zdržujú na pracoviskách. Predstavuje ochranu zamestnancov a zamestnankýň, s ohľadom na všetky aspekty súvisiace s prácou vrátane takých faktorov, ako je stres, mobbing, harašment a rovnosť príležitostí pre mužov a ženy na pracovisku.

V rámci prevencie mobbingu sa realizujú tiež rôzne vzdelávacie programy vo forme prednášok, videoprojekcií o narušených vzťahoch a propagujú sa pracoviská so zdravou podnikovou klímou a férovými vzťahmi, píše o tom Šíposová (2007, s. 14) a dopĺňa, že „odborníci a odborníčky sa tiež venujú aj vypracovávaniu tzv. antimobbingových a antibossingových zmlúv pre jednotlivé firmy a organizácie, ktoré v rámci výcvikových programov pomáhajú zavádzať do praxe.“ Na dôležitosť predchádzania mobbingu poukazuje tiež Demeter (2008, s. 3), ktorý vyzdvihuje nutnosť venovať sa tvorbe preventívnych programov, ochrane, pravidelnému hodnoteniu a školeniu zamestnancov a zamestnankýň. Upozorňuje na rozhodujúcu úlohu vedúceho pracovníka, či pracovníčky, ktorí musia vypočúť podriadených, pružne reagovať na signály, ako nepokoj, napätie a zhoršenie pracovnej klímy. O dôležitosti nadriadených pracovníkov a pracovníčok pri riešení a tvorbe preventívnych antimobbingových opatrení píše aj Holubová (in: Furindová 2008, s. 22), ktorá uvádza, že za výskyt mobbingu sú zodpovední nadriadení a nadriadené, ktorých povinnosťou je preventívne vytvárať zdravé pracovné prostredie bez takýchto foriem diskriminácie. Rovnako Kratz (2005, s. 51) upozorňuje, že ak vedenie nechá konflikt „vrieť“ a nečinne sa mobbingu prizerať, hrubo tak porušuje svoje povinnosti.

Ako sa ukazuje, v súvislosti s prevenciou psychického násilia na pracovisku má významné postavenie konkrétna organizácia, podnik alebo firma. Píše o tom Svobodová

(2008, s. 22), ktorá v rámci prevencie mobingu ponúka nasledujúce odporúčania pre vedúcich pracovníkov a pracovníčky:

- sústrediť na kvalitný výber pracovníkov a pracovníčok,
- budovať správnu organizačnú kultúru s pevnými morálnymi základmi,
- zabezpečiť úspešnú integráciu každého nového pracovníka a pracovníčky,
- podporovať pozitívne vzťahy,
- načúvať podriadeným, nedovoliť klebety a intrigy,
- citlivo vnímať signály ako nepokoj a nepohoda v pracovnom kolektíve,
- riešiť konflikty na pracovisku včas.

S tou úvahou súhlasí Kratz (2005, s. 52) akcentujúc, že šéf alebo šéfka sa „musí preventívne usilovať o navodenie dobrej pracovnej klímy a pokiaľ sa aj napriek tomu vyskytnú tendencie k mobbingu, je povinný konflikt zvládnuť a ísť do stretu aktívne. Nadriadený, či nadriadená sa má skutočne podieľať na riešení konfliktu, pôsobiť ako akýsi manažér, či manažérka konfliktu.“

Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci publikovala dokument s názvom *Workplaceviolence and harassment: Europeanpicture* (Milczarek 2010, s. 95-97), ktorý predstavuje komplexný prístup k problematike riešenia násilia na pracovisku. Okrem iného tento dokument ponúka metódy, ktoré možno využiť pri prevencii mobbingu v troch líniách:

V rámci prvej línie prevencie odporúča:

- zvyšovanie povedomia o mobbingu,
- konkrétne informácie o dôsledkoch mobbingu na zdravie a kvalitu života,
- vypracovanie etického kódexu (t.j. súboru pravidiel konkrétneho pracoviska vyjadrujúci, že neetické správanie a diskriminácia nebudú na pracovisku akceptované),
- doplnené pracovné zmluvy (pracovné zmluvy by mohli obsahovať napr. sankcie v prípade porušenia stanovených pravidiel pravidiel).

V rámci druhej línie prevencie odporúča:

- dôverníka či dôverníčku – t. j. osobu, ktorá by bola interne alebo externe zamestnaná konkrétnou spoločnosťou. Táto osoba by sa mala špeciálne venovať problematike mobbingu na konkrétnom pracovisku, mala by poskytovať informácie obetiam mobbingu a byť kvalifikovaná v danom odbore,
- mediátora či mediátorku – prostredníctvom mediácie alternatívne riešiť vzniknuté konflikty na konkrétnom pracovisku.

V prípade tretej línie prevencie odporúča:

- vytvorenie podporných skupín pre obeť násilia
- prijatie konkrétnych legislatívnych opatrení.

Niet pochybností o tom, že najúčinnjším prostriedkom riešenia každého sociálneho problému je prevencia. V podmienkach Slovenskej republiky je riešenie problematiky mobbingu výrazne komplikované platnou legislatívou. Aj keď je v našom právnom poriadku jednotlivec vo všeobecnosti komplexne chránený prostredníctvom inštitútu osobnostného práva (*Občiansky zákonník, Trestný zákon, Zákonník práce*), v prípade mobbingu sa nemôže konkrétne odvolať na nejaký konkrétny zákon. Antimobbingové zákony v rámci *Európskej únie* platia napr. vo Francúzsku, Dánsku, Švédsku, Fínsku, Nemecku či Holandsku. Schválením antimobbingových zákonov dáva konkrétna spoločnosť najavo, že psychické násilie na pracovisku nebude prehlíadať, pretože jasne určuje sankcie pre agresorov a agresorky.

Absencia antimobbingového zákona a alarmujúce počty obetí mobbingu našich podmienkach len potvrdzujú významnú úlohu prevencie – antimobbingových

a antibossingových programov, edukačných programov, etických kódexov a interných noriem konkrétneho pracoviska.

V rámci realizácie antimobbingových preventívnych programov a aktivít zastáva významné miesto tiež sociálna práca. Sociálny pracovník a sociálna pracovníčka sa spolu s ostatnými odborníkmi a odborníčkami podieľajú na realizácii preventívnych antimobbingových aktivít. Vychádzajúc z vypovedaného ponúkame v nasledujúcej časti príspevku možnosti prevencie skrz optiku sociálnej práce. Sociálna pracovníčka a sociálny pracovník môžu:

- Realizovať edukáciu zamestnancov a zamestnankyň na konkrétnom pracovisku – prostredníctvom prednášok a diskusií,
- sprostredkovať tréningy asertívnej komunikácie a konštruktívneho riešenia konfliktov (na internete tieto služby ponúka veľa spoločností napr. www.vik.sk, www.educity.sk, www.skoleni-kurzy.eu, www.alchymsta.net, www.rekvalifikacni.info),
- podieľať sa na vypracovaní etického kódexu na konkrétnom pracovisku,
- iniciovať doplnenie pracovných zmlúv o sankcie prípade psychického násillia na pracovisku,
- ako mediátor a mediátorka – alternatívne riešiť konflikty na pracovisku,
- v rámci podnikovej sociálnej práce poskytovať sociálnej poradenstvo – prostredníctvom metód: informácie, distribúcie, ventilácie, klarifikácie, sprostredkovania a i.,
- založiť a spravovať webové stránky – internetové sociálne poradenstvo,
- vytvoriť podpornú skupinu, prípadne anonymné chaty pre obeť mobbingu,
- aktívne spolupracovať s masmédiami a otvorene hovoriť o tomto druhu sociálneho problému,
- publikovaním výsledkov výskumov, alebo prípadov dobre praxe upozorňovať na tento sociálny problém a na jeho možnosti riešenia,
- aktívne podporovať návrh a schválenie antimobbingového zákona na Slovensku.

Záver

V príspevku sme sa venovali možnostiam prevencie mobbingu v podmienkach Slovenskej republiky. Reflektujúc absenciu antimobbingového zákona a zvyšujúce sa počty obeť mobbingu je nevyhnutné zaviesť, prípadne zefektívniť antimobbingové opatrenia a aktivity na slovenských pracoviskách a to najmä prostredníctvom – doplnenia pracovných zmlúv o sankcie v prípade mobbingu a vypracovania vlastných etických kódexov. Sociálny pracovník a sociálna pracovníčka sa v rámci prevencie mobbingu môže aktívne realizovať v kontexte podnikovej sociálnej práce a to najmä prostredníctvom – sociálneho poradenstva, edukácie pracovníkov a pracovníčok na konkrétnom pracovisku

Zoznam bibliografických odkazov

BEDNÁROVÁ, Lucia a Viktória ALI TAHA, 2010. *Interkultúralny manažment a podniková kultúra*. 1., vydanie. Prešov : Fakulta manažmentu Prešovskej univerzity v Prešove. ISBN 978-80-555-0262-5.

DEMETER, Boris, 2008. *Ako sa brániť mobbingu*[online]. [cit. 2014-03-12]. Dostupné z: <http://www.i-psychologia.sk/view-737.php>

FURINDOVÁ, Natália. 2008. Mobbing na pracovisku. [online]. In *Instore.sk / Ľudské zdroje*. [cit. 2011-03-13]. Dostupné z: <http://www.instore.sk/news/mobbing-na-pracovisku>

HOLUBOVÁ, Barbora, 2007. Šikanovanie? Zažili ho už dve tretiny ľudí. In: *Hospodárske noviny*. č. 43, s. 22.

- KACHAŇÁKOVÁ, Anna, 2010. *Organizačná kultúra*. 1., vydanie. Bratislava : Ekonómia. ISBN 987-80-8078-304-4.
- KUBÁNI, Viliam et al. 2009. *Psychologická revue III*. Prešov : Univerzitná knižnica Prešovskej univerzity v Prešove (elektronické publikovanie), 135 s. ISBN 978-80-8068-912-4.
- KRATZ, Hanz-Jürgen, 2005. *Mobbing. Jak ho rozpoznat a jak mu čelit*. Praha: Management Press. ISBN 80-7261-127-5.
- LEYMANN, Heinz, 1996. The definition of mobbing at workplace. In: *The Mobbing Encyclopaedia. Bullying, Whistleblowing*. [online]. [cit. 2014-07-12]. Dostupné z: <http://www.leymann.se/English/frame.html>
- LEYMANN, Heinz, 1996. The Content and Development of Mobbing at Work. In: *European Journal of Work and Organizational Psychology*. [online]. [cit. 2014-07-13]. Dostupné z: http://wpb-res.com/res/1996_Leymann.pdf
- MILZAREK, M., 2010. *Workplace Violence and Harassment: a European Picture*. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA. [online]. [cit. 2014-11-12]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/violence-harassment-TERO09010ENC>
- OLŠOVSKÁ, A., 2013. *Mobbing a bossing na pracovisku: správa z riešenia výskumnej úlohy č. 2162*. Bratislava: IVPaR. [online]. [cit. 2014-10-12]. Dostupné z: <https://mail.google.com/mail/u/0/#sent/14950e089fa9ab2f?projector=1>
- ONDREJKOVIČ, Peter. 2011. Násilie – spoločensky nežiaduci jav ako výzva pre sociálne profesie. In: *Výzvy pre sociálne profesie modernej spoločnosti*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, s. 119-137. ISBN 978-80-555-0336-3.
- SVOBODOVÁ, Lenka, 2008. *Nenechtese šikanovať kolegu. Mobbing – skrytá hrozba*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2474-4.
- ŠÍPOŠOVÁ, Iveta, 2007. Šikanovanie na pracovisku - problém aj u nás. In: *Vychovávateľ*. Roč. LII, č. 9, s. 13 – 15. ISSN 0139-6919.

Kontakt na autora

Mgr. Anna Jašková
 Inštitút edukológie a sociálnej práce
 Filozofická fakulta
 Prešovská univerzita v Prešove
 08001, Prešov
jaskova.ann@gmail.com

Postawy pracownika socjalnego wobec osób z niepełnosprawnością – zagrożenie czy wsparcie dla podejmowanych działań

Patrycja Pater (PL)

Abstrakt: Jednym z obszarów działalności pracownika socjalnego jest pomoc osobom z niepełnosprawnością oraz ich rodzinom. Aby pomoc ta była efektywna wymagane jest zwrócenie uwagi na szereg czynników. Jednym z elementów decydujących o powodzeniu podjętych działań jest niewątpliwie postawa wobec niepełnosprawności. Dotyczy ona nie tylko szeroko pojętego społeczeństwa, ale także samego pracownika socjalnego. Temat ten zostanie podjęty w artykule, gdzie początkowo omówione zostanie pojęcie postawy wobec osób z niepełnosprawnością, proces kształtowania się oraz jej przejawy. Następnie dokona się przeglądu badań nad ową tematyką. Ostatnim punktem będzie rozważenie problematyki zmiany i kształtowania się postaw, celem zbudowania wniosków do praktycznego działania nastawionego na budowanie prawidłowych postaw wobec osób z niepełnosprawnością.

Słowa kluczowe: Postawy. Postawy wobec osób z niepełnosprawnością. Osoby z niepełnosprawnością. Pracownik socjalnych.

Abstract: One of the areas of the social worker is to help people with disabilities and their families. To aid was effective it requires to draw attention to a number of factors. One of the elements contributing to the success of actions taken is undoubtedly attitude towards disability. It applies not only to the wider society, but also to the social worker. This topic will be discussed in the article, where initially will be described the notion of attitudes towards people with disabilities, the formation process and its manifestations. Followed it will be made a review of the research on this topic. In the last point will be considered the issue of changing and forming attitudes, in order to build applications for practical action geared towards building proper attitudes towards people with disabilities.

Keywords: Attitudes. Attitudes towards people with disabilities. People with disabilities. Social worker.

Wstęp

Praca socjalna stanowi jeden z istotnych elementów wspierających osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, pozwalający, poprzez stosowanie różnorodnych oddziaływań na integrację, włączanie i usprawnianie owych jednostek. Wśród osób objętych opieką pracownika socjalnego są między innymi osoby niepełnosprawne.

Niepełnosprawność jest szczególną sytuacją, w której poprzez wystąpienie różnorodnych czynników biologicznych, psychologicznych oraz społecznych, następuje ograniczenie w wielowymiarowym funkcjonowaniu jednostki. Konsekwencje, podobnie jak przyczyny mają także wiele wymiarów, dotycząc nie tylko same osoby z niepełnosprawnością, ale także ich rodziny. Problemy z jakimi przychodzi im się zmierzać zależą w dużej mierze od rodzaju i stopnia niepełnosprawności, który najogólniej możemy podzielić na niepełnosprawność fizyczną, sensoryczną, społeczną oraz psychiczną, intelektualną. Obszarami problemowymi są zarówno problemy zdrowotne, jak i ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym i intelektualnym. Nakłady finansowe na proces leczenia, wykluczenie społeczne, zawodowe, edukacyjne to wyzwania przed którymi stoją nie tylko sami zainteresowani ale także państwo, którego zadaniem jest dbanie o dobro obywatela.

Zarówno organizacje międzynarodowe, jak i rządy poszczególnych państw starają się wspomagać funkcjonowanie osób niepełnosprawnych przede wszystkim poprzez

zabezpieczenie ich sytuacji w postaci różnorodnych aktów prawnych, ale także tworząc specjalne struktury i instytucje rządowe. W Polsce wsparcie osób niepełnosprawnych gwarantuje m.in. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Ustawy szczegółowe, zapewniające dostęp do rehabilitacji zdrowotnej i społecznej, powszechnego dostępu do edukacji, zatrudnienia, pomocy społecznej, tworzenia i funkcjonowania warsztatów terapii zajęciowej, respektowanie Konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych, Karty Praw Dziecka. W strukturach rządowych stworzono stanowisko Pełnomocnika do spraw Osób Niepełnosprawnych, a obowiązek pomocy został nadany m.in. urzędowi pracy, gminom, centrom pomocy rodzinie oraz ośrodkom pomocy społecznej.

Zadaniem pracownika socjalnego jest podejmowanie różnych działań mających na celu maksymalne usprawnienie klienta oraz jego rodziny celem osiągnięcia stanu, w którym osoba niepełnosprawna będzie zdolna do samodzielnej egzystencji oraz podejmowania ról społecznych. Wskazuje się tu na szczególny rodzaj relacji interpersonalnych, gdzie spotykają się dwie osoby pozostające w komplementarnych rolach: potrzebującego pomocy oraz udzielających ową pomoc. Działania pomocowe obejmują, m.in. rozpoznawanie potrzeb klienta, profilaktyki, działań pomocowych, opiekuńczo-wychowawczych, czy resocjalizacyjnych (Witkowska-Paleń 2009). Ważnym elementem tej relacji jest nie tylko wzajemne zaufanie, proces komunikacji, dostępne możliwości, ale także postawy pracownika socjalnego wobec swojego klienta.

W artykule zostanie podjęta problematyka postaw wobec osób niepełnosprawnych, przejawianych zarówno przez całe Polskie społeczeństwo, jak również przez pracownika socjalnego. Podjęte zostaną zagadnienia związane z kształtowaniem się, rodzajami i przejawami, jak również modyfikacją postaw. Wszystkie te rozważania w efekcie pozwolą odpowiedzieć na pytanie, czy i w jakim zakresie postawy pracownika socjalnego są elementem procesu pomocowego?

Postawy

Zagadnienie postawy jest ważnym elementem naszego codziennego funkcjonowania. Jest jednym z determinantów podejmowanych działań, zachowań, nie tylko w stosunku do zadań, ale przede wszystkim wobec spotykanych osób (Bohner, Wanke 2004).

W obrębie psychologii społecznej możemy spotkać różne definicje postaw. Myers D. (2003, s. 152) definiuje je jako „generalne pozytywne lub negatywne nastawienie wobec kogoś lub czegoś znajdujące odzwierciedlenie w przekonaniach, emocjach oraz zamierzonych zachowaniach”. Inny badacz tego pojęcia Nowak S. (1973, s. 23) rozumie je jako „ogół względnie trwałych dyspozycji do zachowania się” wobec przedmiotu postawy. Poszczególni badacze wymieniają trzy komponenty składowe pojęcia: emocjonalny (uczucia), behawioralny (zachowania) oraz poznawczy (przekonania).

Kształtowanie się postaw ma swoje źródło zarówno w rodzinie, doświadczeniu osobistym, przekazie kulturowym oraz elementach funkcjonowania psychicznego. Stąd też możemy mówić o determinantach psychologicznych oraz społeczno- kulturowych nastawień.

Uwarunkowania psychologiczne postaw wobec partnera interakcji wynikają z trzech elementów - cech osoby, porównywania jej z innymi oraz jej roli wobec nas (Myers, 2003). Biorąc pod uwagę postawy wobec niepełnosprawności wymienia się w literaturze składowe cechy osobowości - wygląd zewnętrzny (Domachowski 2002), cechy osobowości - zarówno osoby spostrzegającej jak i spostrzeganej – m.in. poziom samooceny (Sękowski 1994, Witkowska 2001), lęk (Domachowski 2002, Larkowa 1987), neurotyzm (Witkowski 1993), poziom agresywności (Yuker 1970, za: Wałęcka-Matyja, 2013), poziom wiedzy na temat niepełnosprawności (Mądrzycki 1997), płeć (Tobiasz-Adamczyk, 2000), wiek (Wałęcka-Matyja 2013). Porównanie osoby z innymi członkami życia społecznego obejmuje zainteresowania, pozycję społeczną, światopogląd oraz dążenia (Wałęcka-Matyja 2013).

Trzecim elementem wpływającym na nasze postawy jest określenie roli jaką dana jednostka pełni w stosunku do nas, a mianowicie czy zagraża realizacji naszych celów, potrzeb, wartości (Wałęcka-Matyja 2013).

Niewątpliwie sytuacja niepełnosprawności, zwłaszcza uwidaczniającej się w wyglądzie wewnętrznym budzi niepokój odbiorcy, zaburza jego schemat myślenia o człowieku. Jak wynika z analiz badaczy tego problemu oraz badań przeprowadzonych przez CBOS rodzaj niepełnosprawności oraz stopień jej widoczności jest czynnikiem istotnym w określaniu rodzaju postaw (Larkowa 1987, CBOS 2007). Różnicują się one w zależności od „stopnia fizycznego kalectwa, zaburzeń psychospołecznych i upośledzenia umysłowego” (Jones, za: Kossewska 2003, s. 40), widoczności niepełnosprawności (Schmelkin 1984).

Człowiek jest nie tylko jednostką indywidualną, ale jest także częścią większej i mniejszej społeczności. Rodzina, znajomi, kręgi kulturowe, społeczne z jednej strony umożliwiają mu ekspresję siebie, z drugiej, poprzez doświadczenie, narzucane normy i zasady funkcjonowania determinują sposób jego zachowania. Badacze kultury potwierdzają różnice między funkcjonowaniem jednostek w różnych kręgach kulturowych, chociażby dotyczące ekspresji emocji (Maruszewski 2006). Przekaz kulturowy daje jednostce informacje o tym jakie jej zachowania, wzorce myślenia i reagowania są preferowane, przez co kształtuje się jego obraz świata. Odbywa się to zarówno na poziomie rodziny grupy rówieśniczej, religii, jak i szerszego społeczeństwa. Rodzice są pierwszymi wychowawcami, a rodzina tworzy pierwotne środowisko rozwoju. Poprzez oddziaływania świadome (style wychowawcze) oraz nieświadome (modelowanie) dostarcza wiedzy o świecie, jego funkcjonowaniu, zagrożeniach, wzorcach zachowań, reagowania, a przez to kształtuje postawy wobec zmieniającej się rzeczywistości. Gdy dziecko dorasta poszerza się zakres jego społecznego funkcjonowania. Stopniowo to szkoła, a następnie grupa rówieśnicza, miejsce pracy będzie oddziaływało na jego wiedzę o świecie. Narzucane normy i reguły postępowania, dostępność środków masowego przekazu oraz treści przez nie preferowane będą wzbogacać i modyfikować jego doświadczenie, wiedzę, a przez to nastawienie do ludzi i zdarzeń (Brzezińska 2006). Charakterystyczne jest tu posługiwanie się stereotypami, zwłaszcza, gdy brakuje wiedzy z danego zakresu. Niepełnosprawni traktowani są w tym obszarze jako odmienne jednostki, którym przypisuje się etykiety negatywne, wyrażające się m.in. w stosowanym słownictwie (np. „jest przykuty do wózka”), portretach tych osób w literaturze, przekazie medialnym, twierdzeniach, wierzeniach, mitach, przekazach ludowych, ideologiach, normach społecznych (Mądrzycki 1997, Struck-Peregończyk 2013; Barnes 1997). Zróżnicowania kulturowe uwidaczniają się, gdy porównuje się kraje pod względem poziomu rozwoju, stylu sprawowania władzy. Z badań wynika, że kraje rozwijające się oraz demokratyczne charakteryzują się postawami bardziej akceptującymi niepełnosprawność oraz podejmowaniem działań umożliwiających samorealizację tym osobom (Westbrook 1993). Podobnie społeczeństwa indywidualistycznie mają bardziej pozytywne nastawienie wobec tych jednostek niż kolektywne (Sieradzki, za: Kossewska 2003). Narodowość jest kolejnym czynnikiem różnicującym postawy wobec niepełnosprawności. W badaniach porównawczych Niemcy prezentują najbardziej pozytywne postawy wobec niepełnosprawności wyprzedzając Australijczyków, natomiast krajami najbardziej negatywnie nastawionymi do tej grupy społecznej są Grecy i Arabowie (Kossewska 2003). Z badań przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej w 2007r wynika, że prawie połowa (45%) ankietowanych wyraża pozytywny stosunek do osób niepełnosprawnych. Niestety badania te pokazują, że niemal tyle samo osób (48%) wyraziło opinię negatywną. Stąd wydaje się być słusznym założenie poczynione przez Sieradzkiego (za: Kossewska 2003), że Polacy w porównaniu do krajów zachodnich przejawiają w tym zakresie postawy mniej tolerancyjne, a wręcz odrzucające i nieprzychylne.

Nastawienie wobec niepełnosprawności najczęściej dzieli się na dwie grupy: pozytywne (akceptacja) i negatywne (odrzućenie), przy czym Larkowa (1970) wymienia trzecią grupę – postaw ambiwalentnych. W historycznym ujęciu kształtowania się postaw wymienia się trzy okresy: wrogości, litości i strachu przez niepełnosprawnością (tu podejmowano liczne działania charytatywne) oraz włączania w życie społeczne. Istotną rolę odegrała w tym procesie Deklaracja Paw Człowieka i Obywatela, która wyznaczyła nowe trendy w postaci integracyjnego modelu podejścia do pracy z osobą z niepełnosprawnością (Gazdulska 2008).

Postawy pozytywne odznaczają się obiektywizmem i realnością w ocenie sytuacji osoby niepełnosprawnej obejmującą funkcjonowanie jej psychiki, podejmowanych działaniach, jej ograniczeń i możliwości. Przejawami takiego sposobu myślenia są pozytywne nastawienie poznawcze oraz zachowania społeczne. Przyjęte nastawienie wyraża się przez znajomość potrzeb osób niepełnosprawnych i możliwości ich zaspokojenia, dostrzeganie osiągnięć, a przede wszystkim spojrzenie z perspektywy podmiotowej, a nie przedmiotowego ich traktowania. Pozytywne zachowanie społeczne obejmują podejmowanie działań integrujących, akceptację, szacunek, życzliwość, chęć nawiązania relacji z osobami niepełnosprawnymi, włączanie ich w życie społeczne oraz zawodowe, jak również przyznanie im prawa do uczestnictwa i pełnienia ról społecznych (Granofsky 1955, za: Sękowski 1994). Warunkują one zatem podejmowanie działań integrujących, włączających w codzienne funkcjonowanie, budowanie poczucia bezpieczeństwa, szacunku, przekładając się na funkcjonowanie jednostki niepełnosprawnej, jej jakości życia (Minczakiewicz 1996).

Negatywne postawy są w dużej mierze determinowane przez stereotypy i wyrażają się w negatywnym obrazie i ocenie osoby niepełnosprawnej, nieprzychylnym nastawieniu poznawczym oraz negatywnymi zachowaniami społecznymi. Osoby przyjmujące ten rodzaj postaw zwracają uwagę w dużej mierze na wygląd osoby niepełnosprawnej oraz ocenę samego rodzaju niepełnosprawności. Ich nastawienie wyraża się w izolowaniu tych osób, niechęci do podejmowania przez nich ról społecznych, poczuciu dyskomfortu w bezpośrednich interakcjach. Zachowanie przekłada się w konsekwencji na zwiększanie dystansu społecznego, wyrażającego się brakiem akceptacji dla podejmowanych przez nich działań. Postawy te charakteryzują uczucia zbyt dużej litości lub troskliwości wyrażające się w niedocenianiu tych osób, traktowaniu ich jako obiektu ciekawości, przypisywanie im ról o niższej kategorii społecznej oraz wyolbrzymianie ograniczeń związanych z chorobą (Granofsky 1955, za: Sękowski 1994).

Wymieniana przez Larkową postawa ambiwalentna opisywana jest jako mieszanka litości, współczucia, ale też obojętności, chęci przyglądania się, ciekawości i zainteresowania. Wynika z ograniczeń, których państwo nie likwiduje, a które przekładają się na deprecjonowanie ich osoby. Brak tu chęci niesienia pomocy, ponieważ postawa ta dyktuje współczucie i litość. Stąd też zaliczana jest do postaw negatywnych (Larkowa 1970).

Jak zaznaczono postawy są kształtowane przez różne elementy życia indywidualnego i społecznego. Należy zastanowić się nad możliwością zmiany nastawień wobec osób niepełnosprawnych. Zwraca się uwagę na konieczność oddziaływania na komponenty postaw, mianowicie na aspekt poznawczy, behawioralny i emocjonalny. W literaturze wskazuje się na trzy elementy które uczestniczą w tym procesie – empatię, modelowanie i identyfikację (Mądrzycki 1977). Istotną rolę przypisuje się także wiedzy o niepełnosprawności, doświadczeniu zawodowemu oraz jakości i częstotliwości kontaktów z tymi osobami.

W literaturze wskazuje się, że postawy w dużej mierze zależą od doświadczenia zawodowego. Badania przeprowadzone m.in. na grupie nauczycieli oraz pracowników służby zdrowia, czyli wykonujących zawody pomocowe, wykazały, że ich przedstawiciele przypisują niższy status społeczny podopiecznym (Yuker, Błock 1979, za: Kossewska 2003).

Psychologowie wykazują się w badaniach relatywnie pozytywnymi postawami wobec dzieci niepełnosprawnych (Tolor, Geller 1987, za: Kossewska 2003).

Postawy wobec niepełnosprawności – przegląd badań

Z badań przeprowadzonych przez Centrum Badań Opinii Społecznej w 2007 roku wynika, że prawie połowa respondentów deklaruje pozytywny stosunek do osób z niepełnosprawnością (45%). Przeciwnie nastawienie zgłasza niemal tyle samo badanych (48%). Jednocześnie respondenci wskazują na konieczność integrowania tej grupy z resztą społeczeństwa w aspekcie zawodowym (79%) oraz gotowość udzielenia im pomocy (65%), przy czym lęk budzi w nich kontakt z osobą chorą psychicznie (61%), upośledzoną umysłowo (60%) oraz widocznym kalectwem (66%). Porównując te wyniki z otrzymanymi w podobnych badaniach z 2000r. zauważa się, że deklarowane postawy nie zmieniły się znacząco, podobnie jak wskazywana konieczność objęcia ich pomocą specjalistyczną ze strony pracowników służby zdrowia i pomocy społecznej. Nieco niższe wyniki uzyskano w zakresie chęci niesienia pomocy przez respondentów. Z drugiej strony rośnie liczba osób przeświadczonych o potrzebie otwarcia rynku pracy dla osób niepełnosprawnych.

Badania przeprowadzone przez Stowarzyszenie „SPOZA” w 2008r. potwierdzają przedstawione powyżej wyniki. Część respondentów deklaruje postawę pozytywną (52%), pozostali wskazują na brak zdania (48%), co może świadczyć o niechęci do przyznania się do nieakceptowanych społecznie nastawień. Wskazują na to odpowiedzi, jakich udzielili badani, na pytanie o obserwowane reakcje z jakimi spotykają się osoby niepełnosprawne na ulicy – 47% wskazuje na niezdrową ciekawość, 30% na obojętność, 9% na wrogość. Zaledwie 9% respondentów w odpowiedzi na to pytanie wskazuje na postawę życzliwości, a 4% na inne reakcje pozytywne. Podobnie, jak w wyżej prezentowanych wynikach badań, chęć niesienia pomocy niepełnosprawnemu sąsiadowi deklaruje 75% respondentów. Wyniki badań pozwalają wysunąć wniosek o deklarowanej chęci integracji tej grupy w społeczności lokalnej, dostępie do edukacji (klasy integracyjne), pracy, usprawnieniu ich mobilności.

Postawy pracowników socjalnych wobec klientów były przedmiotem licznych analiz. Jak wynika z badań przeprowadzonych na terenie północno-wschodniej Polski są one zróżnicowane i oddziałują na zakres oferowanej pomocy, zaangażowanie w poprawę sytuacji podopiecznego oraz życzliwość w niesieniu pomocy. Postawa życzliwości i akceptacji podopiecznego jest jednym z czynników aktywizujących pracę socjalną (Kawczyńska-Butym 2001). Do podobnych wniosków doszedł inny badacz pracy socjalnej, A. Żukiewicz (2002), który wskazuje na bezpośrednie powiązanie zakresu oferowanej pomocy z przekonaniami pracowników.

Dokonując analizy badań i koncepcji z zakresu pracy socjalnej A. Olubiński (2004) wymienia cztery kategorie źródeł postaw pracownika socjalnego wobec beneficjentów oddziaływań pomocowych – koncepcje behawioralne, psychodynamiczne, poznawcze i humanistyczne. Pierwsze dwie z wymienionych koncepcji człowieka są dominującymi postawami prezentowanymi wśród pracowników. Odnoszą się one do mechanistycznego rozumienia zachowania człowieka, który sterowany jest przez czynniki zewnętrzne (behawioryzm) lub popędy i impulsy (psychodynamiczna teoria). Warunkują one powstawanie postaw negatywnych, autorytarnych (behawioryzm) lub niechęci niesienia pomocy. Nieco rzadziej przejawiane są nastawienia pozytywne, u których podstaw leżą koncepcje poznawcze i humanistyczne człowieka. Pierwsza wskazuje, że człowiek jest zdolny do przetwarzania informacji, korzystania z doświadczenia. Druga wskazuje, że motorem działań ludzkich jest dążenie do samorealizacji i samoaktualizacji (Olubiński 2004).

Wnioski i zakończenie

Podsumowując analizy literatury należy zwrócić uwagę na występowanie wśród Polaków negatywnych postaw wobec osób niepełnosprawnych. Wciąż jeszcze, pomimo różnorodnych oddziaływań, jesteśmy uważani za mniej tolerancyjnych, w porównaniu z krajami zachodnimi (Sieradzki, za Kossewska 2003).

Zadania podejmowane przez pracownika socjalnego wymagają od niego dużej otwartości i empatii, które przełożą się na podejmowanie działań pomocowych. Niestety, jak wynika z analiz, wciąż dominują postawy negatywne w stosunku do podopiecznych. Negatywnie oddziałują one na zaangażowanie w pracę na rzecz klienta, obniżając jej efektywność. Jak wskazują sami pracownicy socjalni coraz częstszymi beneficjentami są osoby niepełnosprawne, które wymagają długotrwałego wsparcia (Raport z Badań ROPS). Aby pomoc ta była efektywna, doprowadzała do integrowania tej grupy klientów ze społeczeństwem, podnosiła ich jakość życia, pracownik socjalny powinien wykazywać pozytywną postawę wobec niepełnosprawności.

Proces budowania się tej postawy powinien rozpoczynać się już w kształceniu wyższym. Studenci powinni być wyposażeni w wiedzę dotyczącą niepełnosprawności – jej przyczyn, konsekwencji i metod rehabilitacji społecznej i zdrowotnej. Programy nauczania winny zawierać zajęcia praktyczne, które pozwolą uczniom na nawiązanie kontaktu z osobami niepełnosprawnymi, wykorzystanie zdobytej wiedzy w praktyce oraz nabycie doświadczenia niezbędnego w późniejszej pracy.

Na poziomie pracowników socjalnych wskazuje się konieczność podnoszenia ich wiedzy w omawianym zakresie poprzez szkolenia, kursy, wymianę doświadczeń z przedstawicielami zagranicznymi. Oprócz funkcjonujących już aktów prawnych wskazujących na konieczność odznaczania się pozytywnymi postawami przez pracownika socjalnego, należy zadbać o stworzenie standardów pracy z osobą niepełnosprawną. Próby takie zostały już w Polsce podjęte, jednakże są w fazie pilotażowej.

Opisane oddziaływania mają za zadanie wpłynąć na trzy komponenty postaw, a przez to przyczynić się do ich zmiany.

Przedstawione analizy wskazują na konieczność dążenia do wzmacniania i budowania postaw pozytywnych wobec osób z niepełnosprawnością. Są one jednym z czynników decydujących o efektywności podejmowanych działań pomocowych.

Zoznam bibliografických odkazov

Konstytucji RP z 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483)

Ustawa z dn. 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.)

Witkowska- Paleń, Anna, 2009, <http://www.pedkat.pl/images/czasopisma/pk4/art14.pdf> BOHNER, Gerd, WANKE, Michaela, 2004, *Postawy i zmiana postaw*, Gdańsk: GWP, ISBN: 83-89574-36-5 MYERS, DAVID G., 2003, *Psychologia społeczna*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, ISBN: 83-7150-694-5 NOWAK, Stefan, 1973, *Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych*, w: Stefan, NOWAK, *Teorie postaw*, Warszawa: PWN DOMACHOWSKI, Waldemar, 2002, *Przewodnik po psychologii społecznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, ISBN: 83-01-12541-1

SEKOWSKI, Andrzej, 1994, *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, ISBN 9788322706206

WITKOWSKA, Bogumiła, 2001, Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, In: *Przegląd Psychologiczny*, 44,2, ISSN 0048-5675

LARKOWA, Helena, 1987, *Człowiek niepełnosprawny – problemy psychologiczne*, Warszawa: PWN.

- LARKOWA, Helena, 1970, *Postawy otoczenia wobec inwalidów*, Warszawa: PZWL
- WITKOWSKI, Tomasz, 1993, *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych* Warszawa: M.B.D.O
- WAŁĘCKA-MATYJA, Katarzyna, 2013, Psychologiczne i społeczno-kulturowe determinanty postaw wobec osób niepełnosprawnych oraz ich rodzin, In: Ewa ZASĘPA, *Doświadczenie choroby i niepełnosprawności*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, ISBN 978-83-62828-78-4
- MĄDRZYCKI, Tadeusz, 1997, *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*, Warszawa, WSiP
- TOBIASZ-ADAMCZYK, Beata, 2000, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków: Wydawnictwo UJ, ISBN 83-233-1378-4
- CENTRUM BADAŃ OPINII SPOŁECZNEJ, 2007, *Postawy wobec osób niepełnosprawnych. Komunikat z badań*, Warszawa
- CENTRUM BADAŃ OPINII SPOŁECZNEJ, 2000, *Postawy wobec osób niepełnosprawnych. Komunikat z badań*, Warszawa
- Raport z badania postaw wobec osób niepełnosprawnych, 2008, Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Problemami Emocjonalnymi „SPOZA”, opracował STANKIEWICZ, Paweł
- KOSSEWSKA, Joanna, 2003, Społeczeństwo wobec osób niepełnosprawnych – postawy i ich determinanty, In: *Annales Academiae Paedagogicae, No 14, Studia Psychologica I*, 4, 39-60, ISBN 0039-3320
- SCHMELKIN, Liora P., 1984, Hierarchy of preferences toward disabled groups: reanalysis, *Perceptual and Motor Skills*, 59, 151-157
- MARUSZEWSKI, Tomasz, 2006, Emocje i motywacje, In: Jan, STRELAU, *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2*, Gdańsk: GWP, ISBN 83-87957-05-4
- BRZEZIŃSKA, Anna, 2006, *Psychologiczne portrety człowieka*, Gdańsk: GWP, ISBN 978-83-60083-83-3
- STRUCK-PREGOŃCZYK, M., CYRAN, K., 2011, Postawy pracowników naukowo-dydaktycznych wobec osób niepełnosprawnych., In: M. Struck-Peregończyk, A. Rozmus, *Między integracją a wykluczeniem. Wybrane problemy edukacji akademickiej osób niepełnosprawnych*, Rzeszów: Wydawnictwo Konsorcjum Akademickie
- BARNES, C., 1997, *Wizerunki niepełnosprawności i media. Badanie sposobów przedstawiania osób niepełnosprawnych w środkach masowego przekazu*, tłum. M.D. Dastych, Ogólnopolski Sejmik Osób Niepełnosprawnych, Warszawa
- WESTBROOK, M.T., LEGGE, V., PENNAY, M., 1993, Attitudes towards disabilities In multicultural society, *Social Science Medicine*, 5, 615-623
- GAZDULSKA, Monika, 2008, Postawy społeczeństwa wobec osób z niepełno sprawnościami w ujęciu historycznym i współczesnym, In: STAWNIAK, H., *Seminare. Poszukiwania naukowe. Tom 25*, Towarzystwo Naukowe Franciszka Salezego
- MINCZAKIEWICZ, E., 1993, Postawy społeczne uczniów szkół podstawowych wobec niepełnosprawnych rówieśników, *Kultura i Edukacja*, 3, 99-106
- KAWCZYŃSKA-BUTRYM, Z., 2001, *Raport z badań „Mieszkańcy osiedli byłych pegeerów o swojej sytuacji życiowej*, Olsztyn: Studio Poligrafii Komputerowej „SQL”
- ŻUKIEWICZ, A., 2002, *Praca socjalna ośrodków pomocy społecznej*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego
- OLBUŃSKI, A., 2004, *Praca socjalna. Aspekty humanistyczne i pedagogiczne*, Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „Akapi”
- JAGASEK, Paweł, SIMINSKA, Izabela, SENKOWSKI, Marcin, CENDROWSKA-KOTALLA, Paulina, 2013, *Raport z badań. Rola pracownika socjalnego we współczesnym świecie – perspektywy i zagrożenia*, Zielona Góra: ART.-DRUK

Znaczenie jakości komunikacji interpersonalnej dla relacji z niepełnosprawnym intelektualnie klientem systemu pomocy społecznej

Tomasz Eliaż Wardzała (PL)

Abstrakt: Osoby z niepełną sprawnością w sferze intelektu to szczególny, pod względem komunikacji, rodzaj klientów systemu pomocy społecznej. Osoby te nie mają wykształconego myślenia abstrakcyjnego, ich poczucie humoru odbiega od powszechnego w danym środowisku, słowa, gesty i oznaki życzliwości mogą być i są odbierane inaczej niż nadawane. Wiąże się to z szeregiem nieprzyjemnych konsekwencji dla obu stron relacji.

Kľúčové slová: Niepełnosprawni intelektualnie. Ryzykowne zachowanie. Dotyk. Słowo. Komunikacja niewerbalna.

Abstract: Mentally disabled persons are special kind of customers in the social care system in terms of communication. Their abstract thinking is not well-developed, their sense of humor is different from the common in a given environment. Words, gestures and signs of kindness might be and are differently perceived than broadcasted. This results the series of unpleasant consequences for both sides of relation.

Keywords: Mentally disabled. Risky behavior. A touch. A word. Non-verbal communication.

Umiejętność prawidłowego porozumiewania i komunikowania się posiada istotne znaczenie dla jakości życia danej osoby oraz dla jakości więzi interpersonalnych, które ta osoba buduje. Przekazywaną treść można wyrazić w taki sposób, aby partner rozmowy czuł się szanowany i kochany. Można ją wyrazić także w sposób, który da odczuć poniżenie i lekceważenie (Dziewiecki 2000).

Misją pracy socjalnej jest zapewnienie klientom wsparcia w trudnych sytuacjach życiowych zgodnie ze swoimi możliwościami prawnymi, organizacyjnymi i finansowymi. Dobro klienta i świadczenie mu profesjonalnej pomocy, jak również umożliwienie korzystania z przysługujących mu praw stanowi priorytet w podejmowanych przez pracowników ośrodków pomocy społecznej działaniach. Misją jest zmiana sytuacji osób lub rodzin, która następuje w efekcie świadomie podejmowanych i planowo prowadzonych działań.

Praca socjalna opiera się na potencjale pracowników socjalnych, których łączy profesjonalizm, zaangażowanie oraz ciągle poszukiwanie i doskonalenie nowych rozwiązań dla jej lepszej realizacji (Krzyszkowski 2010).

W badaniach przeprowadzonych wśród pracowników ośrodków pomocy społecznej (Czynniki... Raport z badań, 2012) pochyłono się m. in. nad ich kompetencjami społecznymi jako mającymi wpływ na efektywność i profesjonalizm pracy tej grupy zawodowej. Wśród najczęściej wskazywanych kompetencji pracowników socjalnych znalazły się: umiejętności nawiązywania kontaktów (84%), umiejętność współpracy (81,1%), umiejętność wykorzystywania wiedzy w praktyce (79,6%) oraz umiejętność słuchania (79,6%).

Klasyfikacja działania metodycznego pracownika socjalnego z podziałem na działania bezpośrednie (w obecności i przy współudziale pracownika socjalnego i klienta) i pośrednie (w sprawie klienta, ale bez jego obecności i udziału) została przedstawiona przez Cristinę de Robertis (Robertis 1998). Wśród sześciu działań bezpośrednich wskazała te, które bazują na umiejętności kontaktów międzyludzkich, tj.: wyjaśnianie – wspieranie, informowanie – edukacja; perswazja – wpływanie; rozszerzanie kontaktów – tworzenie nowych możliwości.

Szczególną grupą klientów systemu pomocy społecznej są osoby z ograniczoną sprawnością intelektualną.

Osoby z niepełną sprawnością w sferze intelektu, wraz z osobami z zaburzeniami psychicznymi, to te dwie grupy, wobec których w społeczeństwie najbardziej przejawia się negatywne postawy. Osoby te należą do grupy o szczególnych potrzebach, wymagające specjalnego wsparcia, by mogły włączyć się do społeczeństwa i prowadzić w nim aktywne, produktywne życie (Kowalik 2007).

Aby można było zrozumieć konieczność szczególnej troski o wprowadzenie zmian w sposobie komunikacji z osobami o obniżonym poziomie intelektu ważne jest poznanie stopnia ich braków. Osoby obciążone niepełnosprawnością intelektualną przejawiają ograniczoną zdolność postrzegania, uwagi, pamięci, myślenia, motoryki, emocji, dojrzałości społecznej, nauki, pracy, a także mowy i komunikacji.

W zakresie mowy osoby z niepełną sprawnością w sferze intelektu:

- w stopniu lekkim mają trudności z formułowaniem myśli i wypowiedzi, agramatyzm, mały zasób słownictwa, częste wady wymowy,
- w stopniu umiarkowanym objawiają opóźniony rozwój mowy, proste zdania, wymowę wadliwą i niewyraźną, ograniczony słownik, brak pojęć abstrakcyjnych,
- w stopniu znacznym charakteryzują się dużym opóźnieniem rozwoju mowy, brakiem zdań, w ich mowie dominują monosylaby, zasób słownictwa jest minimalny, nie odmieniają przez przypadki,
- w stopniu głębokim mowa jest niewykształcona, operują 2-3 wyrazami, rozumieją kilka prostych poleceń.

Do pełnej komunikacji międzyludzkiej niezbędna jest także zdolność myślenia. Ta grupa osób także ma w tym zakresie deficyty. U osób z niepełną sprawnością w sferze intelektu:

- w stopniu lekkim dominuje myślenie konkretne, zwolnione tempo, mała szybkość i giętkość, słaby krytycyzm, trudności w definiowaniu pojęć abstrakcyjnych,
- w stopniu umiarkowanym występuje ograniczone rozumowanie przyczynowo-skutkowe, wolne tempo i sztywność, brak samodzielności i ograniczona samokontrola,
- w stopniu znacznym dominuje myślenie sensoryczno-motoryczne, pojęcia definiuje przez użytek,
- w stopniu głębokim jest niewykształcone (Obuchowska 1991).

Każdy człowiek chce doświadczać zrozumienia innych i bycia zrozumianym. Brak zrozumienia prowadzi do poczucia osamotnienia. Im trudniej się ludziom wysławić, tym bardziej potrzebują zrozumienia. U osoby upośledzonej umysłowo występują zaburzenia w rozwoju mowy. Niedorozwój w tej sferze objawia się opóźnieniem rozwoju mowy i wadami wymowy. Rozwój przebiega nieharmonijnie. Od pierwszych chwil życia potrzebują one kontaktów słownych z otoczeniem, które warunkują rozwój mowy.

Osoby, w tym pracownicy służb socjalnych, które wchodzi w relację z osobą niepełnosprawną, winni przy każdej sposobności nawiązywać z nią dialog bez ponagrania i okazywania zniecierpliwienia. Ważne jest, aby ją zauważać. Nie zadawać pytań jego opiekunom, a jemu samemu okazując podmiotowe traktowanie. Należy tak czynić nawet jeśli wiadomo, że udzielenie odpowiedzi będzie możliwe tylko przez opiekunów. Własne słowa trzeba wzmacniać gestem, aby osoba ta dobrze rozumiała o co nam chodzi. Kontakt z innymi umożliwia mu zdobywanie doświadczenia przez co dziecko rozwija się, dlatego trzeba stwarzać okazję do zadawania pytań, do zdobywania nowych doświadczeń pamiętając o tym, aby żadne pytanie nie pozostało bez odpowiedzi. Proces wychowania i socjalizacji powinien stawać się rzeczywistym dialogiem, w którym profesjonalnie pomagający coś niepełnosprawnemu intelektualnie daje, w zamian od niego otrzymując. Aby to osiągnąć trzeba umieć dostrzec w kliencie po prostu człowieka.

Osoby z upośledzeniem umysłowym najczęściej „ogłądają” świat dotykiem. Słowo często zastępowane jest gestem. To jednak wymaga szczególnego uwrażliwienia osób z otoczenia na bezsłowne formy komunikacji, „nastawienia na odbiór”. Często jedynym sposobem komunikowania się z otoczeniem, będzie dostępna im, często w skromnym zakresie mało czytelna i mało zróżnicowana, mimika, krzyk, postękiwanie, westchnienia, dotyk i inne sygnały płynące z ciała.

Rodzice czy opiekunowie po sposobach zachowania się dziecka mogą orientować się o samopoczuciu dziecka, o stanie emocjonalnym, o jego potrzebach i życzeniach. Podobnie dziecko po zachowaniu najbliższych orientuje się jak jest odbierane, czy jest akceptowane, kochane czy też nie. Dziecko upośledzone umysłowo jest zdolne do opanowania wielu umiejętności związanych z komunikowaniem się, jeśli przebywa wśród życzliwych, kochających je osób, gdy wysiłek dziecka spotyka się z aprobatą, uznaniem, pochwałą ze strony najbliższych. Trudniejszą rolę będzie miał pracownik socjalny mający znacznie rzadsze kontakty z podopiecznym.

Usprawnić komunikację zdecydowanie pomoże przyjmowanie właściwej postawy wobec osoby niepełnosprawnej. Wśród postaw można wyróżnić postawy prospołeczne i egoistyczne oraz postawy negatywne (Sękowski 1999).

Postawy negatywne charakteryzują:

- uczucie litości lub zbytnej troskliwości wobec osób niepełnosprawnych, a więc: niedocenywanie osoby niepełnosprawnej, patrzenie na nią jako na obiekt ciekawości, przypisywanie osobom niepełnosprawnym ról z niższej kategorii społecznej, przecenienia wpływu niepełnosprawności na psychikę, przesadzanie i błędne pojęcie o ograniczeniach spowodowanych niepełnosprawnością,
- negatywne nastawienie poznawcze: niewłaściwe zajmowanie się wyglądem osoby niepełnosprawnej, zwracanie szczególnej uwagi na niepełnosprawność, przecenianie braku estetyki niepełnosprawności, aż do wstrętu i odrzucenia,
- negatywne nastawienie społeczne: osuwanie osób niepełnosprawnych od innych ludzi, sprzeciwianie się lub niechęć do uczestnictwa w różnego rodzaju kontaktach społecznych, uczucia niewygody, lęku, zakłopotania w obecności osoby niepełnosprawnej.

Najbardziej pożądane postawy, które powinien przejawiać pracownik służb społecznych, a jeśli nie przejawia, powinien dążyć do ich wypracowania, w celu bardziej skutecznej i efektywnej pracy, niosącej przyjemność i zadowolenie zarówno dla klienta jak i dla niego samego to postawy pozytywne. Charakteryzuje je:

- obiektywna i realna ocena osoby niepełnosprawnej: realna ocena wpływu niepełnosprawności na psychikę i działanie człowieka, realna ocena ograniczeń spowodowanych niepełnosprawnością, społeczna akceptacja osób niepełnosprawnych na równi z pełnosprawnymi,
- pozytywne nastawienie poznawcze: przedmiotem poznania jest człowiek, a nie tylko jego niepełnosprawność, znajomość potrzeb osoby niepełnosprawnej i poziomu ich zaspokojenia, dostrzeganie zalet i możliwości osoby niepełnosprawnej, obiektywne dostrzeganie osiągnięć,
- pozytywne zachowanie społeczne: odrzucanie izolacji, naturalny i życzliwy kontakt z osobami niepełnosprawnymi, współżycie i współpraca na różnych polach, przyznawanie osobom niepełnosprawnym prawa do uczestnictwa i odgrywania ról społecznych, akceptacja osób niepełnosprawnych i różne formy integrowania ich w społeczeństwie.

Dowartościowanie osób z niepełnosprawnością przez bezwarunkowe przypisywanie im określonych właściwości może być uznane za postępowanie kontrowersyjne. Należy podkreślić, że humanizowanie osób z niepełnosprawnością jest zabiegiem, który w

szczególny sposób wyróżnia tę kategorię ludzi (ustawiczne i krzykliwe powtarzanie „zasługujecie na szacunek społeczny”, „jesteście pełnowartościowymi członkami społeczeństwa”). Można zapytać czemu służy wyróżnianie osób z niepełnosprawnością z reszty społeczeństwa? Przecież w ten sposób prowadzimy do sytuacji, w której eksponowana jest ich odmienność. Takie postępowanie może mieć sens, jeśli uznamy, że nasze życie społeczne nadal charakteryzuje nieuzasadnione umniejszanie wartości osób z niepełnosprawnością. Wówczas proces dowartościowania może niwelować negatywne postawy społeczne wobec tych osób (Ostrowska i Sikorska, 1996).

Osoby z niepełnosprawnością zmuszone są do częstego przebywania czy korzystania, a na pewno kontaktowania się z różnymi instytucjami. Na pewno będą to jednostki organizacyjne pomocy społecznej i systemu pomocy społecznej. Osoby upośledzone umysłowo mają takie same jak wszyscy inni ludzie prawa do tego, by były uznawane za indywidualności oraz by mogły się rozwijać we właściwy sobie sposób, w odpowiednim tempie, w bezpiecznych, spokojnych i odpowiadających ich osobistym wymaganiom warunkach. Pracownik służb społecznych w czasie przyjmowania osoby z niepełną sprawnością w sferze intelektu powinien pamiętać, o przestrzeganiu kilku zasad. Przestrzeganie ich sprawi, że jego szczególnie klienci będą czuli się szanowani. Oto te zasady:

- należy pamiętać, że w każdej sytuacji pracownik socjalny reprezentuje urząd,
- powinien być dyskretny i dbać o poufność spraw klienta,
- traktować wszystkich klientów z jednakowym szacunkiem, bez względu na to jak wyglądają, ile mają lat, w jaki sposób się wysławiają, z jaką sprawą przychodzą,
- jeśli mają taką możliwość powinni przyjmować klienta z niepełnosprawnością intelektualną w oddzielnym, cichym pomieszczeniu – rozmowa przy stanowisku obsługi, albo pokoju, w którym ciągle coś się dzieje (dzwonią telefony, przechodzą ludzie) może go rozproszyć i odebrać mu poczucie bezpieczeństwa,
- przy powitaniu powinni patrzeć klientowi w oczy i uśmiechnąć się serdecznie – ten gest go ośmieli i da poczucie, że zostanie życzliwie przyjęty i zrozumiany,
- jeśli klient jest już znany – na początku spotkania dobrze powiedzieć mu coś miłego, np. „świetnie Pan wygląda”, „widzę, że poradziła sobie Pani ze zdobyciem dokumentów, a to trudne”,
- podczas rozmowy z klientem nie powinno się załatwiać innych spraw, bo poczuje się urażony, że jest mniej ważny – jeśli jest konieczność odebrania telefonu, należy przeprosić klienta i zapewnić, że zaraz powróci się do rozmowy,
- powinno postępować się tak, aby klient odczuł, że jest się po to, żeby pomóc mu w załatwieniu sprawy,
- dobrze jest zadawać dodatkowe pytania, aby dokładnie zrozumieć sprawę, z jaką przyszedł klient,
- nie powinno się oceniać i nie komentować sytuacji życiowej klienta ani sprawy z jaką przychodzi,
- należy wyjaśnić w sposób uporządkowany i zrozumiały, co klient powinien zrobić, aby załatwić sprawę, z którą przyszedł,
- powinno upewnić się, że wyjaśnienia zostały dobrze zrozumiane przez klienta,
- jeśli załatwienie danej sprawy wymaga wypełnienia formularzy – odpowiedz klientowi, jakie dane musi wpisać poszczególne rubryki i poczekaj cierpliwie (czasem, niestety długo) zanim to zrobi sam,
- ważne jest wyjaśnienie celu wypełnienia formularzy,
- do wytłumaczenia klientowi, jak je poprawnie wypełnić formularze można wykorzystać wzory już wypełnionych formularzy,
- powinno upewnić się, że wszystko jest zrozumiałe dla klienta, nie okazywać zniecierpliwienia, gdy klient czegoś nie rozumie i wytłumacz wszystko ponownie,

- w miarę możliwości dobrze jest zaproponować wykonanie kserokopii oryginalnych dokumentów dołączanych do formularza,
- jeżeli jest taka potrzeba należy poinformować o wysokości opłat, które powinien uiścić do załatwienia danej sprawy oraz wskazać miejsce gdzie takie opłaty można wnieść (kasa urzędu, poczta, bank),
- potwierdzić przyjęcie od klienta poprawnie wypełnionego formularza, wręczając mu potwierdzenie złożenia wniosku,
- podać orientacyjny termin załatwienia jego sprawy,
- poprosić o numer telefonu klienta w celu wysłania mu informacji o gotowym do odbioru dokumencie lub w razie potrzeby uzyskania dodatkowych wyjaśnień,
- na koniec spotkania odprowadzić klienta do drzwi, zachęcając do kolejnych wizyt i zapewniając o swojej pomocy.

Nieznajomość specjalnych wymagań w komunikacji z osobami z ograniczoną sprawnością w sferze intelektu może prowadzić do złego odbioru pracownika służb społecznych, a to może przełożyć się na niezadowolenie klienta i na niechęć do instytucji. Osoby z upośledzeniem umysłowym mogą starać się za wszelką cenę zadowolić rozmówcę. Podczas rozmowy osoba taka może mówić to, co jej zdaniem chce się usłyszeć, może to jednak skutkować poważnymi konsekwencjami. Chcąc uzyskać ważne informacje pytania powinny być formułowane neutralnie. Należy je weryfikować zadając pytania w inny sposób. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną mogą mieć trudności z podejmowaniem szybkich decyzji. Należy mieć świadomość tego, że zmiana otoczenia lub ustalonego porządku może wymagać czasu na nawiązanie rozmowy. Pewne określenia odbierane są przez nich bardzo negatywnie, wręcz obraźliwie. Ponadto sposób mówienia o osobach niepełnosprawnych jest także wyrazem szacunku do tej grupy społecznej. Jeśli powiemy np. „głuchy” zamiast „niesłyszący” albo „inwalida, kaleka” zamiast „osoba niepełnosprawna” z całą pewnością taka osoba zostanie urażona. Należy być taktownym i wyrozumiałym – zapewne osoba niepełnosprawna potrzebuje więcej czasu, aby coś zrobić. Najważniejsze jest to, aby traktować osoby niepełnosprawne tak, jak samemu chciałoby się być traktowanym, a jeśli nie wiadomo, jak się zachować, należy pamiętać, że podstawą jest zwykła ludzka życzliwość i empatia. To niewiele, ale może wiele zdziałać.

Można wskazać kilka zasad prowadzenia konwersacji z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie:

- przede wszystkim należy pamiętać, że ma się do czynienia z osobą dorosłą, której należy się szacunek – nawet jeśli rysy twarzy tej osoby nadają jej dziecinny wygląd. Powinno się zwracać do niej: „Proszę Pani”, „Proszę Pana”, ewentualnie: „Pani Barbaro”, „Panie Janie” itp. – jeśli znajomość jest dłuższa,
- podczas rozmowy z osobą z niepełnosprawnością intelektualną nie należy używać języka dziecinnego, ani nie traktować jej z protekcyjną pobłażliwością,
- w swojej wypowiedzi powinno się używać słów wyrażających rzeczy konkretne, a nie pojęcia abstrakcyjne,
- dobrze jest używać zdania pojedyncze, słów krótkich i prostych oraz pytań, na które można udzielić odpowiedzi jednym lub kilkoma słowami albo skinieniem głowy,
- przy dłuższej wypowiedzi – np. wyjaśniając sprawę, problem, procedurę – powinno podzielić się ją na krótsze części, a po wygłoszeniu każdej z nich sprawdzić, czy rozmówca z niepełnosprawnością intelektualną dobrze cię zrozumiał,
- dostosować tempo swoich wypowiedzi i słownictwo w nich używane do indywidualnych potrzeb osoby z niepełnosprawnością intelektualną, z którą prowadzi się rozmowę,
- jeśli chce się zobrazować swoją wypowiedź ilustracją, odręcznym rysunkiem – należy skorzystać z tej możliwości,

- jeśli występuje wątpliwość, jak zachować się lub rozmawiać z osobą z niepełnosprawnością intelektualną – po prostu należy poprosić ją o wskazówkę.

Innym miejscem kontaktu niepełnosprawnych intelektualnie i profesjonalnie pomagających są placówki opiekuńczo-wychowawcze. W zakładach opiekuńczych jakość opieki zależy głównie od sposobu, w jaki opiekun zajmuje się swoim podopiecznym. Z obserwacji wynika, że sposób ten wydaje się z kolei zależeć od tego, w jakiej mierze osobie upośledzonej umysłowo udaje się zaistnieć jako indywidualności. Uśmiech, słowne bądź mimiczne objawy zadowolenia w trakcie wykonywania czynności pielęgnacyjnych, lub wyrażanie złego samopoczucia – wszystko to pomaga opiekunowi traktować swojego podopiecznego jako jednostkę ludzką. Brak takiej możliwości komunikowania się prowadzi do pielęgnacji anonimowej, do rutyny. Jakość opieki wyraźnie spada i obniża się znacząco jakość życia podopiecznego.

Podstawowym celem jest doprowadzenie do tego, by osoby głęboko niepełnosprawne potrafiły się porozumieć, by zdawały sobie sprawę ze swych uczuć i umiały je w adekwatny sposób wyrazić. Powinny się nauczyć wyróżniać i rozpoznawać ludzi oraz umieć to okazywać. Nie oznacza to konieczności porozumiewania się za pomocą słów lub opanowania systemu znaków. Funkcję środka komunikacji na poziomie podstawowym może doskonale pełnić mimika i głos. Z wielu badań wynika, że umiejętność chociażby elementarnego porozumiewania się jest bardzo ważna także dla opiekunów i rodziców, gdyż pielęgnacja takiej osoby wydaje się niezwykle ciężka, i może się pogarszać. Tak więc umiejętność porozumiewania się trzeba rozwijać w celu bezpośredniej poprawy jakości życia.

Zoznam bibliografických odkazov

Czynniki warunkujące efektywność działań ośrodków pomocy społecznej województwa zachodniopomorskiego w opinii ich pracowników. Raport z badań, Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego, Szczecin 2012.

Czynniki warunkujące efektywność działań ośrodków pomocy społecznej województwa zachodniopomorskiego w opinii ich pracowników. Raport z badań, Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego, Szczecin 2012.

Dziewiecki M., Psychologia porozumiewania się, Jedność, Kielce 2000.

Kowalik S., Psychologia rehabilitacji, WAiP, Warszawa 2007.

Krzyszkowski J., Elementy organizacji i zarządzania w pomocy społecznej, Centrum AV, Częstochowa 2010.

Mikulski J., Auleytner J., Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych. Drogi do integracji, WSP TWP, Warszawa 1996.

Obuchowska I., Dziecko niepełnosprawne w rodzinie, WSiP, Warszawa 1991.

Ostrowska I., Sikorska J., Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1996.

Robertis de C., Metodyka działania w pracy socjalnej, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1998.

Sękowski A., Postawy wobec osób niepełnosprawnych, Psychologia Wychowawcza, nr 3, 1999.

Zeidler W., Niepełnosprawność. Wybrane problemy psychologiczne i ortopedagogiczne, GWP, Gdańsk 2007.

Osobné okruhy problémov dospelého jedinca s mentálnym postihnutím ako klienta v zariadeniach sociálnych služieb

Antónia Sabolová Fabianová, Tatiana Žiaková (SR)

Abstrakt: Autorky sa v príspevku venujú problematike potrieb jedinca s mentálnym postihnutím, ktorých dôsledkom nenaplnenia sú určité osobné okruhy problémov. Vychádzajúc z Maslowovej hierarchie potrieb, empirických štúdií pojednávajúcich o najdôležitejších potrebách mentálne retardovaných jedincov a teoretických východísk informujúcich o diferenciálnom rozmere charakteristickej intenzity motivácie, hierarchizácie a vnútornej konfigurácie potrieb mentálne postihnutých, autorky ponúkajú v rámci príspevku časť výsledkov výskum. Výskum čerpá z myšlienky poskytovania sociálnych služieb, ako oporného piliera systému sociálnej ochrany ľudí s mentálnym postihnutím na Slovensku. Zámerom výskumu realizovaného v roku 2014 bolo poukázať na rizikové problémy klienta s mentálnym postihnutím, ktoré je potrebné riešiť s pomocou sociálnych pracovníkov v inštitucionálnej starostlivosti (v zariadení sociálnych služieb) v Košickom kraji.

Kľúčové slová: Mentálne postihnutie. Saturácia potrieb. Sociálny pracovník. Osobné problémy.

Abstract: The authors of the contribution dealing with issues of the needs of people with mental disabilities, which are the result of non-fulfillment of certain personal issues at stake. Based on Maslow's hierarchy of needs, empirical studies about the most important needs of mentally retarded individuals and theoretical assumptions informing the differential characteristic dimension of the intensity of motivation, hierarchy and internal configuration needs of the mentally disabled, the authors offer a contribution under section results of research. The research draws on the ideas of social services, as the cornerstone of the social protection of people with intellectual disabilities in Slovakia. The aim of research conducted in 2014 was to highlight the risk that clients' problems with intellectual disabilities to be addressed with the help of social workers in institutional care (social services facilities) in Kosice region.

Key words: Mental disability. Saturation needs. Social worker. Personal problems.

Teória základných potrieb, respektíve teória motivácie A. Maslowa môže byť aplikovaná na takmer každú oblasť individuálneho a sociálneho života jedinca. Plnohodnotná teória motivácie vyžaduje určité základné predpoklady, ktoré by bolo potrebné bližšie špecifikovať. V prvom rade je potrebné brať na vedomie fakt, že jedinec je akýmsi integrovaným, organizovaným celkom. Maslow sa domnieva, že je skôr výnimkou, aby akýkoľvek vedomý stav, či požiadavka, mala iba jednu motiváciu. Inými slovami, je to vždy celá osobnosť, ktorá je motivovaná, nie iba časť tejto osobnosti. Ako príklad uvádza, že ak je človek hladný, je hladný „v celku“, nie je hladná iba jedna jeho časť. (Goble 2004) Tradičná Maslowova hierarchia potrieb sformulovaná v rámci teórie ľudskej motivácie prepája teoretické prístupy funkcionalizmu (James, Dewey) s holistickými (Wertheimera, Goldstein) a s dynamickými koncepciami (Freud, Fromm, Horneyová) a stáva sa tak univerzálnym usmernením pre klasifikáciu potrieb pre každý vedný odbor a jej využitie nachádzame aj v sociálnej práci. (Řičan 2010) V rámci tejto profesie je potrebné orientovať sa na celostnosť osobnosti klienta a súčasne tento holistický prístup aplikovať aj pri zohľadňovaní diagnostiky (stupeň postihnutia, etiologické faktory,...) z ohľadom na kooperáciu s inými odborníkmi (Žiaková 2012).

Špecifickú aplikáciu Maslowových teórií do empirickej štúdie uskutočnili L. Kreugera, A. Nieboerova (2008). Ich cieľom bolo identifikovať primárne potreby ľudí s diagnózou ťažká mentálna retardácia a následne vytvoriť škálu priorít potrieb, ktoré identifikovali rezidenti ako respondenti výskumu v rezidenčnom zariadení v Holandsku. Výsledkom empirickej analýzy bolo zistenie, že pre probandov v rezidenčnom zariadení je najdôležitejšia potreba bezpečia, istoty a základné biologické potreby týkajúce sa konzistentnej štruktúry dňa. Sociálne potreby boli označované ako sekundárne, aj keď si výskumníci všimli, že rezidenti mali záujem zbližovať sa s ostatnými rezidentmi či pracovníkmi. V praktickej perspektíve to indikuje, že saturácia potreby bezpečia u ľudí s ťažkým mentálnym postihnutím je najvýznamnejšia. (Kreuger 2008)

V nadväznosti na predchádzajúcu štúdiu a teóriu základných potrieb, domnievame sa, že J. Křivohlavý (2009) zámerne rozširuje sociálne potreby s cieľom obsiahnuť aj základné existenčné potreby každého jedinca o:

- potrebu bezpečia,
- potrebu priateľského vzťahu,
- potrebu sociálneho pripútania,
- potrebu vzájomnosti – byť v niekoho starostlivosti, alebo naopak byť starostlivý k niekomu,
- potrebu sociálnej komunikácie,
- potrebu sociálnej komparácie,
- potrebu kooperácie – prekračovať individuálne možnosti,
- potrebu afiliácie – sociálneho kontaktu,
- potrebu sociálnej evalvácie – úcta, rešpekt a sociálne uznanie od druhých ľudí,
- potreba sociálneho zaradenia a spolupatričnosti,
- potrebu sociálnej identity,
- potreba emocionálnej väzby.

V tejto súvislosti je dôležitým faktom, na ktorý upozorňuje M. Vágnerová a J. Hučík, že saturácia potrieb ako komplexu vrodenej motivačných tendencií u ľudí s mentálnym postihnutím závisí od stupňa a typu ich diagnózy mentálnej retardácie ako aj od aktuálneho psychického a somatického stavu, ktoré sú špecifické pre každého jedinca (Vágnerová 2008). V zhode s Maslowom a ním klasifikovanou hierarchiou potrieb, do oblasti základných ľudských potrieb pre ľudí s mentálnym postihnutím, ktorí sú v dlhodobej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb zahrňuje J. Hynek (in Hučík 2013) nasledovné:

- potreby fyziologického a materiálneho zabezpečenia,
- potrebu citovej istoty, bezpečia a súkromia v zariadení,
- potrebu medzil'udského kontaktu – interpersonálna väzba s osobou,
- potrebu úcty a rešpektu ku svojej osobe,
- potrebu vlastnej sebarealizácie.

Potreby každého jedinca sú zadefinované na základe Maslowovej hierarchie, ktorá zároveň uplatňuje všeobecné ľudské práva jedinca na saturáciu jeho základných potrieb, ako aj vo vzťahu ku rešpektu k hodnotám, ktoré sa odvíjajú od životného kontextu jedinca. Ak jedinec s mentálnym postihnutím sa v konkrétnej situácii správa odlišne od ostatných ľudí v spoločnosti, predpokladáme u jedinca samozrejmu individuálnu odlišnosť so špecifickými dispozíciami určujúcich diagnózu. Ľudia s mentálnym postihnutím nemajú mimoriadne teda akési zvýhodňujúce potreby. Práve naopak, majú také isté potreby ako jedinci intaktnej

majority, len potrebujú pomoc – podporu od spoločnosti ako takej, aby ich mohli naplniť. (Tyne in Kreuger 2008).

Vzhľadom k tomu, tak ako u celej populácie, tak aj u jedincov s mentálnym postihnutím je diferenciálnym rozmerom charakteristická intenzita motivácie, hierarchizácia a vnútorná konfigurácia ľudských potrieb. Špecifickosť životných kontextov ľudí s mentálnym postihnutím je tak určená variabilitou prostriedkov na dosahovanie saturácie základných potrieb (Repková in Žiaková 2013). Snaha saturovať niektoré základné potreby pre túto skupinu ľudí nie je jednoduchá a možná vzhľadom k podmienkam, ktoré sú určujúce v škále bariér v ich živote.

Humanizačným trendom v sociálnej práci súčasných európskych štátov je pomoc pre ľudí so znevýhodnením (aj s ťažším stupňom mentálneho postihnutia) podporovaná hlavne kladením dôrazu na základné ľudské práva, ako aj na rešpektovanie ľudskej dôstojnosti, čo znamená zachovanie rovnováhy medzi nezávislosťou a kvalitou života. Poskytovanie sociálnych služieb v zariadení patrí k oporným pilierom systému sociálnej ochrany ľudí s mentálnym postihnutím na Slovensku. S narastajúcim počtom ľudí s mentálnym postihnutím ako klientov využívajúcich sociálne služby v zariadeniach, sa menia aj požiadavky starostlivosti pre túto klientelu v ich dospelom veku.

Na základe teoretických východísk, naším zámerom empirickej analýzy realizovanej v roku 2014 bolo poukázať na rizikové problémy klienta s mentálnym postihnutím, ktoré je potrebné riešiť s pomocou sociálnych pracovníkov v inštitucionálnej starostlivosti (v zariadení sociálnych služieb) v Košickom kraji. Pre zber empirických údajov sme využili výskumnú metodiku, ktorú sme prevzali od Hruškovej (2012) a modifikovali.

Výskumná metodika, s názvom Kompetencie sociálneho pracovníka, pozostáva z 258 položiek, ktoré sú usporiadané do systému šiestich úrovní – indikátorov kompetencií sociálneho pracovníka v zariadeniach sociálnych služieb a troch subúrovní - okruhov problémov klienta s mentálnym postihnutím (osobné, sociálne, výchovno - vzdelávacie). Pri určovaní indikátorov (funkcií sociálneho pracovníka) ako premenných sme vychádzali z primárnych činností sociálneho pracovníka, ktoré sme prevzali od Národnej asociácie sociálnych pracovníkov (NASW) v USA. Prostredníctvom podrobnej empirickej analýzy sme získali základný prehľad o zistených údajoch pre indikátory (funkcie) sociálneho pracovníka a subindikátory s ohľadom na diferenciáciu a špecifikáciu potrieb klientov s mentálnym postihnutím vzhľadom na subjekt. Okruh osobných problémov klienta s mentálnym postihnutím sme vymedzili a operacionalizovali nasledovnými položkami ako: prejavenie stresu, napätia, nervozity; pridružená choroba a handicap; stavy úzkosti a depresie; nepríjemné zážitky ako traumy, strata blízkej osoby; nesplnené očakávania; návykové správanie, problémy patologického charakteru (zneužívanie – citové, sexuálne, psychické, fyzické, šikanovanie, fyzické ataky).

Výskumný súbor pozostával z troch skupín v počte 105 respondentov. Prvú skupinu tvorili sociálni pracovníci, ktorí majú profesionálne skúsenosti v oblasti sociálnej práce s klientmi s mentálnym postihnutím v inštitucionálnej starostlivosti v Košickom kraji. Rodičia ľudí s mentálnym postihnutím, ktorí navštevujú zariadenia sociálnych služieb v Košiciach tvorili druhú skupinu. Tretia skupina pozostávala z respondentov, ktorí nie sú rodičmi dieťaťa s mentálnym postihnutím. Ako laici bez odborného vzdelania s najväčšou pravdepodobnosťou sa približujú k postojom rodičov s deťmi s mentálnym postihnutím.

Tabuľka č. 1: Štruktúra výskumnej vzorky podľa skupín a veku (v % z riadka)

Vek	Skupiny respondentov			Spolu
	Sociálni pracovníci	Rodičia	Potencionálni rodičia	
18-30	7,62%	0,00%	24,76%	34 (32,38%)
31-61	24,76%	27,62%	8,57%	64 (60,95%)
nad 62	0,95%	5,71%	0,00%	7 (6,67%)
Spolu	35 (33,33%)	35 (33,33%)	35 (33,33%)	105 (100%)

Štruktúru výskumného súboru z hľadiska veku vo vzťahu príslušnosti ku skupine poskytuje tabuľka 1. Na základe sociálno-demografických údajov uvedených v tabuľke č. 8 môžeme usúdiť, že celkovo najsilnejšie zastúpenie mali vo vekovej kategórii 31-61 rokov skupiny sociálni pracovníci 26 (24,76%) a rodičia 29 (27,62%) z celkového počtu respondentov (60,95%). Naproti tomu, celkovo najvyššie % zastúpenie vo vekovej kategórii od 18-30 rokov mala skupina potencionálnych rodičov v počte 26 (24,76%) z celkového počtu respondentov danej vekovej kategórie 34 (32,38%). Z údajov v tabuľke č. 8 vyplýva, že prekvapujúco najnižšie zastúpenie vo vekovej kategórii 18-30 rokov mala skupina sociálnych pracovníkov v počte 8 (7,62 %) z celkového počtu respondentov danej vekovej kategórie 34 (32,38%). Vzhľadom k výberu výskumnej vzorky, kľúčovou charakteristikou nášho merania bola objektívnosť, aby sme tak predišli spoločensky žiaducim odpovediam.

Respondenti výskumného súboru v empirickej analýze subjektívne hodnotili jednotlivé položky subindikátora (okruh problémov klienta) vzhľadom na sreflektovanie potrieb klienta podľa vlastnej predstavy respondenta a reflektovanie potrieb klienta podľa predstavy ostatných ľudí.

V rámci sledovania súhrnných priemerných skóre jednotlivých indikátorov (funkcií) sociálnych pracovníkov vo vzťahu ku subindikátorom (okruhov problémov klienta), respondenti posudzovali za najviac významné problémy klientov v rámci subindikátora osobné problémy klienta s mentálnym postihnutím. Toto špecifické zistenie bolo rovnaké vzhľadom na subjektívne reflektovanie respondentov cez svoju predstavu ako aj cez predstavu ostatných ľudí u všetkých sledovaných indikátorov.

Tabuľka č. 2: Identifikovanie subindikátora – osobné problémy vo vzťahu k jednotlivým funkciám vzhľadom pre subjekt Ja a subjekt Ostatní

Funkcia sociálneho pracovníka		F	p	M- Priemerné skóre	
				Cez subjekt JA	Cez subjekt ostatní
Osobné problémy	Plánovanie	16,90	0,00	1,91	2,42
	Poradenstvo	22,54	0,00	1,92	2,44
	Konzultácie	40,37	0,00	1,82	2,49
	Koordinovanie	44,98	0,00	2,12	2,59
	Hodnotenie a posudzovanie	30,18	0,00	2,14	2,70
	Odborný rozvoj a rast	32,66	0,00	1,55	2,12

Subjekt Ja - reflektovanie cez vlastnú predstavu.

Subjekt Ostatní - reflektovanie cez predstavu ostatných ľudí.

Z interpretácie získaných údajov výskumu vyplýva, že respondenti identifikovali jednotlivé funkcie sociálneho pracovníka pre klienta s mentálnym postihnutím orientovanú na osobné problémy ako za najvýznamnejšie. Prezentované priemerné skóre v tomto subindikátore jasne naznačuje, že respondenti považujú hľadanie možnosti riešenia a

zvládania týchto problémov za potrebné. Domnievame sa vzhľadom k uvedeným zisteniam, že pre klienta s mentálnym postihnutím v krízovej a preňho neriešiteľnej situácie je potrebný dlhodobý a individuálny prístup.

Tabuľka č. 3: **Deskriptívna štatistika presubindikátor – osobné problémy vo vzťahu k jednotlivým funkciám**

	Funkcia sociálneho pracovníka	reflektovanie cez vlastnú predstavu			reflektovanie cez predstavu ostatných ľudí.		
		Priemerné skóre	rozptyl	Štandardná odchýlka	Priemerné skóre	rozptyl	Štandardná odchýlka
Osobné problémy	Plánovanie	2,04	0,94	0,97	2,42	1,36	1,17
	Poradenstvo	1,91	0,68	0,82	2,44	1,65	1,29
	Konzultácie	1,82	0,56	0,75	2,49	1,68	1,30
	Koordinovanie	2,11	0,81	0,90	2,59	1,58	1,26
	Hodnotenie a posudzovanie	2,14	0,93	0,96	2,70	1,82	1,35
	Odborný rozvoj a rast	1,55	0,52	0,72	2,12	1,34	1,16

Na základe súhrnného skóre sme porovnali jednotlivé položky problémov klientov s mentálnym postihnutím zo subindikátora (osobné problémy klientov). Vybrali sme tie, ktoré respondenti zhodne považovali za najviac a najmenej významné vzhľadom na subjektívne reflektovanie cez vlastnú predstavu a cez predstavu ostatných ľudí. Medzi najviac významné problémy klientov s mentálnym postihnutím, ktoré je potrebné riešiť s pomocou sociálnych pracovníkov v zariadení sociálnych služieb boli s najvyšším súhrnným skóre:

- potreba pomoci pri zvládaní pridruženého handicapu a choroby u klientov,
- potreba pomoci pri zvládaní stresu, nervozity a napätia u klientov,
- potreba pomoci pri riešení problému s návykovým správaním u klientov,
- potreba pomoci pri zvládaní stavu úzkostí, depresie a strachu u klientov,
- potreba pomoci pri riešení násilia a zneužívania (sexuálneho a citového obťažovania, či ohrozovania).

Vzhľadom k výsledným zisteniam sme dospeli k záveru, že orientácia na okruh osobných problémov pramení z predpokladu, že poniektorí jedinci s mentálnym postihnutím nie sú schopní saturovať svoje potreby. Na základe tejto skutočnosti, klienti môžu mať negatívne prejavy správania. Ak základné potreby u človeka ako aj u jedinca s mentálnym postihnutím nie sú saturované, zvyšuje sa u nich pravdepodobnosť neprimeraných psychických reakcií ako enormnej psychickej záťaže – frustrácia, stres, napätie, nervozita či deprivácia, ktoré vedú k problémovému správaniu, k nepochopeniu zo strany sociálneho prostredia. V praxi sa často pristupuje k problematickému správaniu klienta s mentálnym postihnutím ako ku prirodzenému znaku diagnózy mentálnej retardácie. (Čadilová 2009)

Pre účelové poskytnutie individuálnej kompenzácie saturácie potrieb u jedinca s mentálnym postihnutím pomocou profesionálnych odborníkov je potrebné identifikovať príčiny nenaplnenia konkrétnej potreby, aby sa predišlo rizikám vyplývajúcich z neuspokojenia potrieb. Nájdenie vhodnej kompenzácie pri saturácii potrieb jedincov s mentálnym postihnutím môže byť koordinovaná na pracovnú sebarealizáciu alebo na

voľnočasové a záujmové aktivity, podľa ponuky konkrétneho zariadenia. Vzhľadom k tomu je pomoc zo strany sociálneho pracovníka potrebná za účelom kompenzácie potrieb klientov, čo následne vedie k zvládaniu a prekonávaniu nevhodného správania klienta. V tomto procese dôležitú úlohu zohrávajú nielen samotní sociálni pracovníci, ale je aj potrebný koordinovaný prístup s ďalšími odborníkmi.

Keďže relatívne málo štúdií sa pokúsilo opísať rozsah rozmanitých foriem problémových oblastí u ľudí s mentálnym postihnutím v celkovej populácii žijúcich v zariadeniach sociálnych služieb danej zemepisnej oblasti, zámerom empirickej analýzy bolo poukázať na špecifikovanú sociálnu starostlivosť o túto klientelu v súlade s ich meniacimi sa požiadavkami a potrebami najmä v dospelom veku. V tomto kontexte implementácia výsledných zistení do praxe by napomohlo riešeniu okruhu osobných problémov klienta s mentálnym postihnutím nielen intervenciou sociálnym pracovníkom ale aj s ďalším profesionálom či pomáhajúcim odborným personálom. Tímová spolupráca odborníkov je vnímaná ako konsenzuálna forma spolupráce, ktorou klientovi je poskytovaná plánovaná profesionálna pomoc na zvládanie jeho komplikovaných životných situácií. Interdisciplinárna tímová spolupráca obsahuje služby, ktoré by mali byť komplexné a koordinované. Výsledkom je dosiahnutie zlepšenie kvality starostlivosti.

Zoznam bibliografických odkazov

- ČADILOVÁ, V. a kol., 2007. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-319-2.
- GOBLE, F. G. 2004. The Third Force: The Psychology of Abraham Maslow. USA: Jefferson center. ISBN 0-9760402-04.
- HUČÍK, J a kol. 2013. Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť. Liptovský Ján: Prohu s.r.o., ISBN 978-80-89535-13-2.
- HRUŠKOVÁ, R. 2012. Školská sociálna práca v prostredí vysokých škôl. In *Sociálne a politické analýzy*. 6 (2) s. 183 – 241. ISSN 1337 5555.
- KREUGER, L. et al. 2008. *Need of person with severe intellectual disabilities*. In *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2008, vol. 21, issue 5, p. 466–476.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. Psychologie zdraví. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- NOVOSAD, L. Tělesné postižení jako fenomén i životná realita. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.
- REPKOVÁ, K. In ŽIAKOVÁ, E. a kol. Psychosociálne aspekty. 2.vyd. Prešov: AKCENT PRINT. 136-145 s. ISBN 80-969274-2-6.
- ŘÍČAN, P. 2010. Psychologie osobnosti. Grada, ISBN 978-80-247-3133-9.
- VÁGNEROVÁ, M. 2008. Psychopatologie pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
- ŽIAKOVÁ, E. a kol. 2012. Sociálna práca, teoretické východiská a praktické kontexty. Košice: UPJŠ v Košiciach. ISBN 978-80-7097-870-2.

Kontakt na autorov

Mgr. Antónia Sabolová Fabianová
Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach
Filozofická fakulta
Katedra sociálnej práce
Moyzesova 9
040 59 Košice
Sabolova.antonina@gmail.com

Mgr. Tatiana Žiaková, PhD.
Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach
Filozofická fakulta
Katedra sociálnej práce
Moyzesova 9
040 59 Košice
tana.ziakova@gmail.com

Rizikové správanie onkologicky chorého pacienta ako klienta sociálnej práce

Lucia Ištvánová, Eva Žiaková (SR)

Abstrakt: Cieľom príspevku bude snaha priblížiť odlišný pohľad na vývoj a vznik tak závažného ochorenia ako je rakovina. V súčasnosti je potrebné nazerať na človeka a zdravie ako celostný systém, zmeny zdravotného stavu sú výsledkom mnohopočetných interakcií rady premenných, na človeka pôsobia nielen biologické vplyvy, ale aj psychologické a sociálne. Upriamime na tzv. C – osobnosť – cancer personality, ktorá predstavuje rizikovú osobnosť pre vznik a rozvoj rakoviny a na to, ako sa dá využiť sociálna práca v rámci tejto problematiky.

Kľúčové slová: Rakovina. Onkologický pacient. Správanie typu C.

Abstract: Aim of the paper will help bring the different view of the development, creating a serious disease such as cancer. It is now necessary to look at the person and health as a holistic system, changes in health status are the result of multiple interactions. Council variables affect not only the human biological effects, but also psychological and social. Draws on the C - personality – cancer personality, which represents a risk for personality formation and development of cancer and how it can be used in social work on this issue.

Keywords: Cancer. Cancer patient. Type C behavior pattern.

Úvod

Svetová zdravotnícka organizácia zverejnila výsledky štúdie, ktorá ukázala nárast počtu ľudí trpiacich rakovinou. Kým v roku 2008 nádorovými ochoreniami trpelo približne 12,7 milióna ľudí, v roku 2012 ich bolo viac ako 14 miliónov. Zvýšil sa aj počet úmrtí na rakovinu, a to zo 7,6 milióna na 8,2 milióna obetí. Podľa jej odhadov v nasledujúcich dvadsiatich rokoch stúpne počet onkologicky chorých ročne o sedemdesiat percent, teda na 24 miliónov. Každému tretiemu Európanovi je rakovina diagnostikovaná a každý štvrtý na ňu umiera. Takéto štatistiky nepatria k príjemnému čítaniu. Už samotné slovo rakovina vyvoláva v človeku zvláštne pocity. Skromnosť, bolesť, bezmocnosť, empatiu, útechu. Pojem rakovina sa spája s nevyliciteľnosťou a smrťou. Je však zvláštne, že v spoločnosti nasýtenej najnovšími technológiami človek nedokáže nájsť liek na túto závažnú chorobu. Možno by sme sa ale nemali zamerať na hľadanie lieku, ale na hľadanie príčin vzniku onkologických ochorení a na základe vedomostí o týchto príčinách predchádzať vzniku rakoviny.

1 Rizikové správanie a správanie typu C

Hürny a Adler (1991, s. 14) považujú rakovinu za: „ťažkú ranu osudu, nevyliciteľnú, neovplyvniteľnú chorobu, istú ale nie okamžitú smrť, ale pomalé a bolestivé chradnutie. Rakovina má v sebe niečo príšerné a zlé. Môže to znamenať trest, jeho odpykávanie alebo vinu. Rakovina znamená tiež zníženú výkonnosť a teda pocit bezmocnosti, pocit že nami ostatní opovrhujú, že sme im na obtiaž. Nesie známky malomocenstva, vylúčenia zo spoločnosti, izolácie, bezmocnosti a beznádeje“.

„Rizikové správanie je možné vymedziť ako správanie, ktorého výsledok nie je jasný, ktorý prináša balansovanie medzi možnosťou negatívnych následkov, strát a pozitívnymi následkami, profitom. Všetky formy rizikového správania spravidla obsahujú kompromis

medzi krátkodobým ziskom a potenciálnymi dlhodobými negatívnymi výsledkami“ (Orosová, Gajdošová, Madarasová-Gecková, van Dijk 2007, s. 32).

Človek neustále podlieha procesom určitých zmien, podlieha zvratom životných podmienok. Existuje mnoho výskumov, ktoré sa zaoberali a zaoberajú sledovaním vplyvu rôznych foriem rizikového správania a osobnostných vlastností na zdravotný stav človeka. Ľudské zdravie je závislé od viacerých faktorov, do popredia sa dostáva význam psychických a sociálnych činiteľov pri rôznych chorobách. Svetová zdravotnícka organizácia definuje zdravie ako celkový stav telesnej, duševnej a sociálnej pohody a nie len ako neprítomnosť choroby či slabosti. Človeka je nevyhnutné vidieť celostne, je potrebné brať do úvahy nielen biologické aspekty, ale aj psychologické, sociálne a ďalšie (Kočíšová, Wagnerová 2007). McDaniel (1995) uvádza, že všetky ľudské problémy sú problémy biopsychosociálneho systému, každý biologický problém má svoje psychosociálne dôsledky a každý psychosociálny problém má svoje biologické koreláty.

Už dávno sa za príčiny vzniku rakoviny nepovažujú len genetické dispozície, fajčenie, nesprávne stravovanie, ale aj rôzne rizikové správanie ako stresové a konfliktné situácie, strach, frustrácia, trauma, pracovná záťaž, workoholizmus, ale aj agresívne, labilné a nepriateľské správanie. Radíme tam aj časté striedanie nálad, úzkosť, tlmenie vlastných emócií, poruchy sebavedomia, agresiu.

Imunitný systém sa skladá z množstva elementov, ktoré sú vo vzájomnom pôsobení a imunitný systém ovplyvňuje citlivosť voči rakovine. Výskumy poukazujú na to, že stres je jedným z elementov, ktorý ovplyvňuje schopnosť imunitného systému brániť telo. E. Evansová v roku 1926 vyšetrovala 100 onkologických pacientov a zistila, že určitú dobu pred vznikom rakoviny prerušili alebo stratili citový vzťah, na ktorý boli výrazne viazaní. H. T. Bahnsen zistil, že onkologickí pacienti výraznejšie popierali a potláčali nepríjemné pocity a prevládali u nich viac depresívne pocity (Dostálová 1993). Na Stanfordskej Univerzite bolo potvrdené, že u žien s rakovinou prs, ktoré prežili závažnú životnú traumú, sa po ukončení liečby rakovina vrátila skôr. Doktorka C. Bedellová Thomasová z Univerzity Iahnse Hopkins zaznamenávala osobné údaje o 1 337 študentoch medicíny a sledovala ich duševné a telesné zdravie. Predpokladala, že vznik rakoviny nebude mať psychický aspekt, ale štúdia viedla k pozoruhodnému výsledku. Takmer všetci študenti, ktorí ochoreli rakovinou, nedokázali ventilovať svoje emócie a agresivitu.

S pojmom rakovina sa spája pojem správanie typu C. Koncept správania typu C charakterizovala Lydia Temoshoková v roku 1981 potlačovaním a neprejavovaním negatívnych emócií, zvlášť hnevu, zachovávaním zdania pokoja a príjemnosti a orientáciou na potreby druhých viac než potreby samotnej osoby (Peterková a kol. 2013).

Podľa Baltruscha a kol. (1988) je tzv. správanie typu C charakterizované ako:

- tendencia potlačovať negatívne emócie,
- neschopnosť vyjadrovať emócie – najmä hnev,
- vyhýbanie sa konfliktom,
- „harmonizujúce správanie“,
- silne vyjadrená sociálna desirabilita a sociálna konformita.

Baltrusch, Stangel a Titze (1991) hovorí tiež o patologickej roztomilosti či príjemnosti (pathological niceness), prehnanej ochote (over-compliance), nekonečnej trpezlivosti, podriaďovaní vlastných potrieb potrebám ostatných a najmä vysokej racionalite a prísnej kontrole vyjadrovania emócií až antiemocionalite. Autori sa domnievajú, že popieranie, vyhýbanie sa a potlačovanie emócií a vlastných potrieb ako štýl zvládania situačných nárokov vedú neskôr k oslabeniu odolnosti organizmu voči karcinogénnym vplyvom.

Dostálová (1993) tvrdí, že už „v 2. storočí nášho letopočtu napr. Galenos pozoroval, že melancholické ženy ochorejú častejšie na rakovinu prsníka než ženy sangvinické. Gendron zase v r. 1701 napísal, že strach a hlboký žal vyvolávajú rakovinu. Guy v r. 1759 tvrdil, že

ženy s hysterickými a nervovými ťažkosťami sú viac ohrozené rakovinou; najviac však melancholické ženy, ktoré prežili veľa katastrofálnych situácií spojených s bolestnými zážitkami“.

V rámci grantovej úlohy Osobnosť pacienta ako spoludeterminanta úspešnosti onkologickej liečby sa zberatelia dát stretli s pacientkou, ktorá mala metastázy v panve a chrbtici. Na otázku v rámci anamnestického dotazníka, či pacientka bola niekedy v starostlivosti psychológa alebo psychiatra, odpovedala: „Ja? Nikdy. To by už muselo byť, aby som sa rozplakala. Keď som tu bola po prvýkrát, tak ženy, čo boli so mnou na izbe sa zrúcali, plakali a ja som ich všetky držala a povzbudzovala.“ Po krátkom zamyslení dodala: „Vidíte, ony sú zdravé a ja som tu už po tretíkrát“ (Skřivanová 2013).

2 Sociálna práca s onkologickým pacientom

Sociálna práca s onkologicky chorými sa stáva vo svetovom kontexte štandardnou súčasťou onkologickej liečby.

Žiaková (2005, s. 200) uvádza, že psychologická a sociálna pomoc je rovnako dôležitá ako somatická pomoc. Kliniky vo Veľkej Británii „pri prvom kontakte s onkologickým pacientom „zachycujú“ pacienta v troch oblastiach, a to v somatickej – onkológ, v psychickej – psychoterapeut a v sociálnej – sociálny pracovník. Všetci uvedení odborníci mu poskytnú možnosti a oporné body, ktoré pacientovi pomôžu sa s chorobou vyrovnáť, a tým dospieť k úspešnej liečbe“.

V priebehu ochorenia sa menia potreby onkologického pacienta ako aj jeho rodiny, preto podpora sociálneho pracovníka vyžaduje multidisciplinárny prístup. Sociálny pracovník by mal mať širší rozhľad aj v príbuzných odboroch, ako je psychológia, psychoterapia, zdravotníctvo, právo či etika. Onkologickí pacienti predstavujú širokú skupinu klientov, v ktorej jednak veľké vekové rozpätie a tiež zmeny v zdravotnom stave zvyšujú nároky kladené na sociálneho pracovníka. Ten by mal byť vysoko frustračne odolný, mal by vedieť ovládať svoje emócie a dobre komunikovať. Tiež by mal byť otvorený témam ako je neistota, pocity viny, zlosť, bolesť, utrpenie, umieranie, smrť (Slavíková, Čadková Svejkovská 2013).

Sociálny pracovník sa zaoberá nielen sociálnymi, ale aj psychickými potrebami pacienta a reálnymi možnosťami ich uspokojenia. Cieľom je poskytnúť pomoc v krízovej situácii, nie však trvalú starostlivosť podporujúcu pasivitu klienta. Dôležité je motivovať klienta k vlastnej zodpovednosti a rozhodovaniu za seba i svojich blízkych. Sociálny pracovník sa zaoberá aj problémami rodiny onkologického pacienta a usiluje sa zmierniť pacientove obavy (Baranová 2011).

Zvyčajnou činnosťou sociálneho pracovníka, ktorý pracuje s onkologickými pacientmi a ich blízkymi je:

- krízová intervencia,
- poradenský rozhovor,
- práca so zákonmi, najmä v oblasti zdravotníctva a sociálnej oblasti,
- práca s informáciami z oblasti zdravotvedy a zdravotníctva,
- práca s etikou,
- tímová a supervízna práca,
- metodická a publikačná práca (Slavíková, Čadková Svejkovská 2013).

Kubíková (2001) vidí reálne možnosti poskytovania sociálnej starostlivosti v tom, že sociálny pracovník sa môže od začiatku usilovať o vytvorenie vzťahu jednak medzi pacientom a zdravotníckym personálom, ako aj rodiny a zdravotníckym personálom, môže tiež poskytovať informácie o vhodných odborníkoch a pomocných terapiách, okrem profesionálnej zaangažovanosti môže poskytnúť aj tú ľudskú. Sociálny pracovník môže zohrať významnú úlohu pri organizovaní svojpomocných skupín, pri návrate pacienta do rodiny a bežného života, ako aj pri odbúravaní mýtov o neliečiteľnosti a nevyliečiteľnosti.

Sabolová (2013, s. 40) uvádza, že „najvýznamnejšou oporou pre klienta s onkologickým ochorením sú dostatočne pevné väzby so sociálnou sieťou vrátane rodinných príslušníkov“. Práve v tejto oblasti má sociálny pracovník dôležitú funkciu.

Žiaková (2001, s. 19) v tomto zmysle definuje sociálnu prácu ako „aktivitu, ktorá by umožňovala zvládnuť alebo napomáhať zvládnutie problémov pomocou podporných, rehabilitačných, relaxačných, korektívnych aktivít a kompenzačných opatrení“.

Záver

Nemôžeme jednoznačne povedať, že onkologické ochorenie je psychosomatickou chorobou, avšak množstvo teoretických poznatkov a výsledky rôznych výskumov poukazujú na túto skutočnosť. Naším cieľom však nebolo rozhodnúť o tom, či to tak je alebo nie, ale priniesť nový pohľad na chorobu, na rakovinu, ktorú rovnako ako aj človeka je potrebné vnímať v celosti, ako systém s množstvom komponentov, ktoré na seba vzájomne pôsobia a sú vo vzájomnej interakcii. Každými ďalšími vedomosťami a poznatkami o vplyvoch na vznik onkologického ochorenia sme bližšie k predchádzaniu tejto choroby.

Možnosti, ako využiť sociálnu prácu pri práci s onkologickými pacientmi, sme uviedli. Sociálny pracovník by sa podľa nás mohol zamerať na prevenciu, na predchádzanie vzniku onkologického ochorenia tým, že by predchádzal prejavom alebo zmierňoval prejavy správania typu C. Sociálny pracovník by mal poukázať na to, že takýto klienti môžu ovplyvniť priebeh svojho života, že nie sú bezmocní. Je potrebné poskytnúť pomoc pri ich trápení, pri hneve, strese a naučiť ich smerovať emócie navonok.

Zoznam bibliografických odkazov

- BALTRUSCH, H. J. F., W. STANGEL a M. WALTZ, 1988. Cancer from the biobehavioral perspective: The type pattern. In: *Activitas Nervosa Superior*. **30**(1), 18 – 20. ISSN 0001-7604.
- BALTRUSCH, H. J. F., W. STANGEL A I. TITZE, 1991. Stress, cancer and immunity: New developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research. Congress on Brain and Immunity. In: *Acta Neurologica*. **13**(4), 315 – 327. ISSN 1600-0404.
- BARANOVÁ, A., 2011. Úloha soc. pracovníka pri práci s onkologickým pacientom [online]. Liga proti rakovine [cit. 2014-11-24]. Dostupné z: <http://www.zzz.sk/?clanok=11606>
- DOSTÁLOVÁ, O., 1993. *Jak vzdorovat rakovině*. Praha: Grada Avicenum. ISBN 80-7169-040-6.
- HŮRNY, CH. a R. ADLER, 1991. Psycho-onkologische Forschung. In: *Eibführung in die Psycho-Onkologie*. **4**, 13 – 14. ISSN 1433-7339.
- KOČIŠOVÁ, A. a M. WAGNEROVÁ, 2007. Psychosociálne aspekty zvyšovania kvality života onkologických pacientov. In: *Acta Chemotherapeutica*. **17**(1-2), 56 – 64. ISSN 1335-0579.
- KUBÍKOVÁ, E., 2001. Etické problémy sociálnej starostlivosti u detí s onkologickými ochoreniami. In: *Medicínska etika a bioetika*. **8**(3-4), 9 – 10. ISSN 1335-0560.
- McDANIEL, S. H., 1995. Collaboration between psychologists and family physicians: Implementing the biopsychosocial model. In: *Professional Psychology*. **26**(2), 117-122. ISSN 0735-7028.
- PETERKOVÁ, H., K. SKŘIVANOVÁ, D. BRANČÍKOVÁ, M. BENDO VÁ a Ľ. ANDERKOVÁ, 2013. Typ C – osobnosť či copingová stratégia? In: *Psychosom*. **11**(4), 244 – 256. ISSN 1214-6102.
- OROSOVÁ, O., B. GAJDOŠOVÁ, A. MADARASOVÁ-GECKOVÁ a J. P. van DIJK, 2007. Rizikové faktory užívania drog dospievajúcimi. In: *Československá psychologie*. **51**(1), 32 – 48. ISSN 0009-062X.

SABOLOVÁ, K., 2013. *Rezidenčná sociálna práca na Slovensku a vo vybraných krajinách EÚ*. Košice: Teologická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku. ISBN 978-80-7165-914-3.

SKŘIVANOVÁ, K., D. BRANČÍKOVÁ, H. PETERKOVÁ, M. BENDOVÁ, L. MINÁŘ, L. DUŠEK a J. GREGOR, 2013. Projekt osobnosti pacienta jako spoludeterminanta úspěšnosti onkologické léčby, současný stav a výhledy. In: *Sborník přednášek - XX. Jihočeské onkologické dny*. Český Krumlov. ISBN 978-80-905041-3-4.

SLAVÍKOVÁ, Š. a M. ČADKOVÁ SVEJKOVSKÁ, 2013. Sociální práce s onkologicky nemocnými a jejich blízkými problematika práce na pomezí odborností. In: *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb v ČR. 15(2), 18 – 19. ISSN 1803-7348.

ŽIAKOVÁ, E., 2001. Možnosti psychologické a sociální pomoci onkologickým pacientom. In: *Práca s sociálna politika*. 9(9), 17 – 19.

ŽIAKOVÁ, E., 2005. Psychosociálne aspekty sociálnej práce. Prešov: Akcent Print. ISBN 80-969274-2-6.

Kontakt na autorov

Mgr. Lucia Ištvanová
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ
Moyzesova 9, 040 59 Košice
lucia.istvanova@gmail.com

Prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ
Moyzesova 9, 040 59 Košice
eva.ziakova@upjs.sk

Riziká práce sociálneho pracovníka ako člena ošetrovateľského tímu pri práci s infekčne chorými deťmi

Ingrid Mladá, Alena Bašistová (SR)

Abstrakt: *Napriek zvyšujúcej sa životnej úrovni sa aj v dnešnej dobe v podmienkach Slovenska vyskytujú infekčné choroby, ktorých nositeľmi a šíriteľmi sú členovia rizikových skupín obyvateľstva, ktorí sú zároveň aj klientmi sociálnej práce. Okrem lekárov a zdravotníckych pracovníkov, ktorí prichádzajú do kontaktu s chorými, sú riziku nákazy vystavení aj sociálni pracovníci a to tí, ktorí pracujú priamo v teréne, ale aj tí, ktorí sú členmi ošetrovateľského tímu v zdravotníckych zariadeniach. Jednou z najznámejších a najčastejšie vyskytujúcich sa infekčných chorôb je tuberkulóza (tbc), ktorá je považovaná za sociálne ochorenie. Príspevok sa venuje problematike práce sociálneho pracovníka, s dôrazom na prácu v zdravotníckom zariadení pre deti so zameraním na liečbu tbc a respiračných chorôb a poukazuje na riziká, ktoré vznikajú pri kontakte s infekčne chorými pacientmi.*

Kľúčové slová: *Infekčné ochorenie. Tuberkulóza. Detský pacient. Sociálny pracovník. Zdravotnícke zariadenie.*

Abstract: *In despite of increasing standard of living infectious diseases are occurring in Slovakia and its carriers and broadcasters are members of risk groups of citizens, who are also clients of social work in Slovakia. In addition to medical and healthcare professionals coming into contact with sick people, also social workers and social workers working out but members of the nursing team in medical facilities too are exposed to risk of infection. One of the best known and most frequently occurring infectious diseases is tuberculosis (TB), also regarded as a social disease. This article considers the issue of the work of social workers in health care facilities for children focused on the treatment of tuberculosis and respiratory diseases, with emphasis on the potential risks arising from contact with the infected patients.*

Keywords: *Infectious disease. Tuberculosis. Child patient. Social worker. Medical facility.*

Úvod

Napriek všeobecne rozšírenému názoru, že v súčasnosti sa infekčné ochorenia vyskytujú iba v zaostalých a rozvojových krajinách, opak je pravdou a aj na Slovensku sa infekčné ochorenia stále objavujú. Najznámejšou a najviac rozšírenou chorobou je tuberkulóza (tbc), o ktorej sa predpokladalo, že sa vo vyspelých spoločnostiach v tomto storočí ani nebude vyskytovať.

V súčasnom období je celosvetovo hlásených viac ako 8 miliónov nových prípadov ročne, pričom 2,8 milióna ľudí zomrie na choroby priamo alebo nepriamo súvisiace s tuberkulózou. Odhady World Health Organization (WHO) na roky 2000 – 2020 predpokladajú, že ak sa nezlepší zdravotná starostlivosť, tuberkulózou sa nakazí ďalšia miliarda ľudí, 200 miliónov ochorie a 35 miliónov zomrie. Odhaduje sa, že tbc zapríčinila v štátoch východnej a strednej Európy viac ako 60 000 úmrtí, čo predstavuje 6,7 prípadu na 100 000 obyvateľov. Napriek priaznivému vývoju zostáva miera oznámených novozistených prípadov a prípadov relapsu v 18 krajinách z východnej a strednej časti regiónu WHO takmer osemkrát vyššia (68,5 prípadu na 100 000 obyvateľov) ako vo zvyšku regiónu (8,4 prípadu na 100 000 obyvateľov) a dvakrát vyššia ako regionálny priemer (34 prípadov na 100 000 obyvateľov) (European Centre for Disease Prevention and Control 2012).

1 Tuberkulóza – infekčné a sociálne ochorenie

Tbc je infekčná choroba, ktorú spôsobujú bacily *Mycobacterium tuberculosis*, zriedkavejšie *Mycobacterium bovis* a *Mycobacterium africanum*. Z hľadiska orgánového postihnutia sa delí tuberkulóza na dve formy: pľúcnu tuberkulózu, ktorá postihuje parenchým pľúc, mimopľúcnu tuberkulózu, ktorá môže postihnúť všetky orgány ľudského tela (Miškovská 2009).

Solovič (2008) uvádza, že prvé správy o tuberkulóze sa zjavujú v čase, keď si ľudia začínajú vytvárať väčšie sociálne celky. Najstaršie správy o existencii tuberkulózy poskytol nález K. Pfaffa z r. 1904, ktorý pri Heidelbergu objavil kostru z mladšej doby kamennej (6 000 – 2 000 p. n. l.), ktorá javila patologické zmeny v hornej časti hrudnej chrbtice, ktoré boli nazvané spondylitis tuberculosa. Za prvý ucelený obraz o ftíze (vtedajší pojem pre tuberkulózu), z ktorého čerpali dlhé stáročia všetci lekári, je potrebné pokladať Hippokratov Corpus Hippocraticum, v ktorom podáva opis príznakov choroby ako sú kašeľ, vykašľávanie krvi, horúčka, potenie a objasňuje genézu tuberkulózy humorálnou koncepciou. Galenos definoval ftízu ako pľúcnu ulceráciu a bol presvedčený o jej nákazlivosti. Tu sa stretávame s prvým popisom hygienicko-dietetických opatrení, používaných pri liečbe tohto ochorenia po dlhé stáročia. Koncom 19. storočia Robert Koch na zasadnutí Berlínskej fyziologickej spoločnosti referoval o svojom objave bacila tuberkulózy. Svojou prácou o podstate infekčných chorôb sa stal jedným z najväčších bádateľov ľudstva (Lisnik, Greňová 2013).

Solovič (2008) ďalej podotýka, že v Uhorsku sa tbc až do polovice 19. storočia nepokladala za infekčnú chorobu, a preto sa ani neobjavovala v hláseniach stoličných lekárov. Predpokladá sa však, že mala významný podiel na vysokej úmrtnosti obyvateľstva pričom úmrtnosť na Slovensku patrila medzi najvyššie v strednej Európe. Infekčný charakter bol tuberkulóze priznaný v r. 1857.

2 Výskyt tuberkulózy na Slovensku

Slovensko patrí medzi krajiny s klesajúcim výskytom tbc. Kým v roku 1960 bolo v Národnom registri tbc vo Vyšných Hágoch registrovaných 7817 prípadov tbc, v roku 2002 to bolo iba 1053 prípadov a v roku 2003 sa po prvýkrát počet novozistených prípadov nedostal ani na tisíc prípadov. V dnešnej dobe je situácia na Slovensku stabilizovaná. **V roku 2013 bolo do Národného registra TBC nahlásených 401 prípadov tuberkulózy, čo je 7,41/100000 obyvateľov.** V 341 prípadoch išlo o novozistené prípady a v 60 prípadoch o recidívy ochorenia. 344 prípadov tvorili pľúcne formy tuberkulózy a 57 prípadov mimopľúcne formy tuberkulózy. Incidencia tuberkulózy u detí klesala zo 173,0/100 000 v roku 1951 na 2,25/100 000 v roku 2005. Za rok 2012 bolo do Národného registra tuberkulózyhlásených **17 detí** (pre účely Národného registra sa za deti považujú pacienti do 14 rokov veku). **V roku 2013 sa tuberkulóza vyskytla v 38 prípadoch, čo znamená oproti roku 2012 nárast prípadov.** V roku 2013 zomrelo 6 pacientov na tuberkulózu, 18 prípadov bolo registrovaných ako úmrtie pacienta s tbc (Solovič, Švecová 2014).

V súčasnosti prebieha v spoločnosti diskusia, či nárast novozistených ochorení na tbc nesúvisí aj so zrušením plošného povinného očkovania detí od 1.1.2012. Ftizeológovia však uvádzajú, že daný stav budeme môcť objektívne zhodnotiť až po uplynutí určitej doby – aspoň desiatich rokov. Podotýkame však, že v okresoch s najvyšším výskytom tuberkulózy stále pokračuje očkovanie rizikových skupín obyvateľstva a zároveň je umožnené zaočkovanie všetkých detí, u ktorých o to rodičia požiadajú. Podľa Miškovskej a Soloviča (2011) je zbytočné plošné očkovanie všetkých detí, keďže 90 % detí s tbc je Rómov (v r. 2011 bolo z 11 detí chorých na tbc 10 rómskych)

Štatút sociálnej choroby si tbc zachovala aj v súčasnosti, keďže najviac rozšírená je v krajinách s nízkou životnou úrovňou. V prípade ekonomicky a sociálne vyspelých štátov sú

tuberkulózou najviac ohrozené niektoré skupiny obyvateľstva – chudobní, bezdomovci, starší ľudia, alkoholici, či drogovzo závislí.

Kým pred vstupom do Európskej únie bolo Slovensko skôr tranzitnou krajinou migrantov, v súčasnosti je pre mnohých cudzincov aj cieľovou krajinou. Migranti a utečenci, ktorí zväčša pochádzajú z chudobných krajín s nízkou úrovňou zdravotnej starostlivosti so sebou často do hostiteľských krajín prinášajú aj tbc, či ďalšie infekčné ochorenia. V roku 2013 bolo do Národného registra tbc nahlásených 10 prípadov tbc u cudzincov, týkalo sa to však iba dospelých pacientov, nenachádzali sa medzi nimi deti do 14 rokov. Medzi žiadateľmi o azyl sa nachádzajú aj obyvatelia krajín, kde je vysoký výskyt tbc, napr. z Indie, Číny, Bangladéša, Pakistanu, Ruskej federácie, Vietnamu a Afganistanu. Až 23,6 % prípadov tbc v Európskom regióne bolo hlásených u osôb cudzieho pôvodu, teda nenarodených v krajine, kde bola tuberkulóza zistená a liečená (Solovič, Švecová 2014). Napriek dlhodobému poklesu žiadateľov o azyl a s tým spojeným poklesom tbc patria migranti a utečenci medzi rizikové skupiny, u ktorých sa tbc vyskytuje častejšie ako u ostatných občanov.

Ďalšou rizikovou skupinou sú bezdomovci. Spôsob ich života predstavuje zvýšené riziko ochorenia na tbc, horšie výsledky liečby a následne vyššia úmrtnosť ako dôsledok nedodržiavania predpísanej liečby. V mnohých vyspelých krajinách je výskyt tbc medzi bezdomovcami až 20-krát vyšší ako v bežnej populácii. Hospitalizácie sú častejšie a trvajú dlhšiu dobu, čo prináša zvýšené nároky na verejné financie (I-Munoz, Ramon-Pardo, 2012). Aj v tomto prípade však hovoríme o dospeljej populácii, nakoľko v súčasnosti na Slovensku zodpovednosť za deti bezdomovcov preberá štát nariadením ústavnej starostlivosti.

Z údajov Národného registra tbc vyplýva, že 26 % chorých na tbc tvorili príslušníci rómskeho etnika. Musíme si však uvedomiť, že v tomto prípade ide o dospelých pacientov, medzi ktorými sú aj bezdomovci, asociáli, alkoholici, či utečenci. V prípade detí je 90 % ochorení zistených u Rómov. Z uvedených rizikových skupín tak patria v súčasnosti príslušníci rómskeho etnika medzi skupiny s najvyšším rizikom ochorenia na tbc, ak hovoríme o deťoch do 14 rokov.

Spôsob života rómskeho etnika kladie zvýšené nároky na prácu sociálnych pracovníkov. Ako uvádzajú Lisník, Mladá, Greňová (2012), šírenie tbc v tejto marginalizovanej skupine je ovplyvnené niekoľkými faktormi:

- vysokou mierou nezamestnanosti,
- zlými sociálno-ekonomickými podmienkami,
- tradičným viacgeneračným spolužitím v osadách bez základného hygienického štandardu,
- nespôlupracou so zdravotníkymi pracovníkmi,
- častou negramotnosťou,
- nemožnosťou kompletného vyšetrenia kontaktov,
- nedodržiavaním liečebných režimov a nepochopením významu následných kontrol u lekára.

Z týchto špecifik je zrejmé, že kontakt a spolupráca s rodičmi detí s tbc je veľmi náročná a vyžaduje si spoluprácu zdravotníkov, ale aj terénnych sociálnych pracovníkov a pracovníkov samosprávy. Terénni sociálni pracovníci spolu so zdravotníkmi sa pohybujú v infekčnom prostredí, sú ohrození rizikom nákazy nielen tuberkulózou, ale aj inými prenosnými chorobami (hepatitída, svrab, pedikulóza...), ktoré sú výsledkom nízkeho hygienického štandardu v rómskych komunitách.

Hospitalizácia Rómov tak ako aj ich prístup k chorobám sa vyznačuje mnohými špecifikami. Ako uvádza Čížková (2005), Rómovia sa od ostatných pacientov odlišujú najmä svojím správaním, citlivosťou a psychickou labilitou, nižším prahom bolesti, častým výskytom klaustrofóbie, silnou rodinnou väzbou, neprispôsobivosťou, nedodržiavaním liečebného režimu, nerešpektovaním ošetrovateľského personálu, horšou komunikáciou a spolupracou. Všetky uvedené odlišnosti sú vnímané ako problematické pri poskytovaní tak

zdravotnej ako aj sociálnej starostlivosti týmto pacientom. Sťažená spolupráca súvisí najmä s rozdielmi v komunikačnom štýle medzi Rómami a členmi majoritnej spoločnosti. Používajú viac neverbálnych prvkov, sú hluční, rómčina nemá adekvátne výrazy pre množstvo bežne používaných slov, dochádza k nedorozumeniu, najmä ak personál používa medicínsku terminológiu. V rómskej komunite rodina o všetkom rozhoduje spoločne, preto pacient nikdy nechodí do ambulancie sám a hospitalizovaní Rómovia majú denne početné návštevy (Čížková 2005). Je pre nich typické, že často prestávajú užívať lieky a dodržiavať odporúčania lekára hneď po odznení príznakov choroby. Pri edukácii je potrebné viacnásobné a častejšie opakovanie informácií a inštrukcií. Významná je spätná väzba na overenie si porozumenia všetkým výrazom (Solovič a kol. 2011).

Zlepšiť situáciu v liečbe a prevencii tuberkulózy a ďalších infekčných chorôb pomáhajú sociálni pracovníci. Práca v prirodzenom prostredí Rómov si vyžaduje kompetentného pracovníka. Podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách sa za sociálneho pracovníka považuje fyzická osoba, ktorá získala vysokoškolské vzdelanie v študijnom odbore sociálna práca v prvom stupni, druhom stupni alebo v treťom stupni alebo má uznaný doklad o takomto vysokoškolskom vzdelaní vydaný zahraničnou vysokou školou. Pri práci v prirodzenom prostredí klienta hovoríme o terénnej sociálnej práci. Podľa Štandardov terénnej sociálnej práce (2009) je cieľom terénnej sociálnej práce v obci poskytnúť odbornú pomoc všetkým obyvateľom, ktorí sa ocitnú v nepriaznivej sociálnej situácii a nie sú schopní sami ani s pomocou rodiny a blízkych osôb nájsť primerané riešenie svojho sociálneho problému. Terénna sociálna práca si kladie za cieľ preventívne pôsobiť na rizikové faktory a ohrozené skupiny obyvateľov, a tým predchádzať vzniku akútnych krízových situácií. Práca s klientom je založená na poradenskom princípe, ktorý vyžaduje rovnocenné postavenie vo vzťahu sociálny pracovník – klient. Vychádza z potreby aktivizácie klienta a jeho okolia, spolupráce klienta pri analýze sociálnej situácie a formulovaní čiastkových cieľov, ich dosahovaním buduje sebadôveru klienta a jeho schopnosť samostatne riešiť budúce problémové situácie.

3 Zdravotná a sociálna starostlivosť o detských pacientov

Šrobárov ústav detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, n. o., v Dolnom Smokovci je jediným zdravotníckym zariadením na Slovensku určeným na liečbu tuberkulózy detí do dovŕšenia 19 rokov života. Väčšinu pacientov s tbc tvoria práve rómske deti, pochádzajúce predovšetkým zo segregovaných osád. V roku 2013 bolo v tomto zdravotníckom zariadení prijatých 165 pacientov s diagnózou tuberkulóza pri prijatí. Išlo aj o opakované hospitalizácie. Tbc sa potvrdila u 38 detských pacientov, ostatní boli liečení ako kontakt s tbc.

Práca v prirodzenom prostredí klientov prináša sociálnemu pracovníkovi aj riziká, ktoré môžeme rozdeliť do troch skupín:

a) Riziká voči vlastnej osobe:

- strata súkromia,
- strata priateľov a problémy v rodine,
- strata vlastnej identity a prispôbovanie sa klientovi,
- vyhorenie – strata viery v zmysel vlastnej práce.

b) Riziká voči klientovi:

- manipulovanie s klientom,
- vzbudzovanie falošnej nádeje u klienta a potom sklamanie klienta,
- podpora klienta pri neadekvátnom postupe,
- nedoťahovanie vecí do konca.

c) Riziká voči službe:

- tieto riziká vyplývajú z predošlých. Každé zlyhanie v práci voči klientovi aj strata odstupu znamená zníženie dobrého mena služby ako takej.

- neodhadnutie hraníc vlastnej kompetencie a neodovzdanie klienta včas ďalšiemu odborníkovi alebo službe, ktorí vedia adekvátne klientovi pomôcť.
- nerešpektovanie svojich kolegov a presadzovanie len svojho názoru (Terénna sociálna práca 2005).

Typickým príkladom náročnosti práce s rómskymi pacientmi môže byť medializovaný prípad výskytu tbc v obci Výborná v roku 2013, kde rodičia odmietli dať deti vyšetriť napriek tomu, že medzi dospelými bola potvrdená tuberkulóza, z čoho vyplýva povinnosť zdravotníckeho zariadenia vyšetriť aj kontakty a suspektné ochorenie. V tomto prípade došlo ku vzájomnej spolupráci medzi zdravotníckym zariadením, obcou a terénnymi sociálnymi pracovníkmi, ktorí v osade pracujú a bol dohodnutý aj termín prijatia detí do zdravotníckeho zariadenia. Avšak po príchode zdravotníckych pracovníkov sa naplno prejavila rómska mentalita, keď na podnet rodiča, ktorý odmietol dať dieťa vyšetriť, sa k vzbure pridali všetci ostatní. Správanie rodičov bolo veľmi emotívne, pričom neváhali zavolať aj televíziu, aby ukázali, ako hlavne krikom bránia svoje deti. Keďže sa jednalo o pomerne veľký počet detí (približne 15) zdravotnícke zariadenie s cieľom eliminovať možnosť šírenia nákazy vyslalo do obce sanitky so zdravotníkmi na vlastné náklady, efekt však bol nulový. Celá situácia si vyžadovala ďalšiu komunikáciu medzi zdravotníckym zariadením, obcou i sociálnymi pracovníkmi, najmä s ohľadom na vyššie spomenuté špecifiká pri kontakte s príslušníkmi miestnej rómskej komunity. Nakoniec sa vyšetrenia v zdravotníckom zariadení uskutočnili na základe písomného pozvania na vyšetrenie. Rodičia odmietli hospitalizáciu aj napriek tomu, že im bol ponúknutý odvoz a možnosť dieťa počas pobytu sprevádzať. Všetci spomenutí pracovníci museli komunikovať a pohybovať sa priamo v prostredí, kde bol potvrdený výskyt tbc. Rodičia prejavovali nedôveru a nepriateľstvo, v mnohých prípadoch agresivitu. Aj tento prípad ukazuje, aká dôležitá je sociálna práca priamo v osade. Táto práca s klientom z vylúčenej komunity si podľa Štandardov terénnej sociálnej práce (2009) vyžaduje špecifické postupy. Terénny sociálny pracovník musí vo vyššej miere ako je obvyklé v bežnej komunite obce vyhľadávať svojich klientov, spoznávať prostredie v ktorom žijú, získavať základné informácie o ich sociálnej situácii, empaticky vnímať situáciu klientov, kontaktovať ich s konkrétnou ponukou pomoci, pružne reagovať a tvorivo hľadať nové riešenia vzhľadom na záujmy a potreby členov vylúčenej komunity.

Záver

Zmena systému zdravotnej starostlivosti vyžaduje spoluúčasť pacienta a prevzatie zodpovednosti za vlastné zdravie, čo spôsobuje ťažkosti najmä u marginalizovaných skupín obyvateľstva, medzi ktoré patria práve príslušníci rómskych komunít. Tu sa otvára priestor pre prácu sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení, ktorá v súvislosti so spoločenskými zmenami po roku 1989 nadobudla kvalitatívne nový rozmer.

V spomínanom zdravotníckom zariadení, tak ako v mnohých ďalších na Slovensku v súčasnosti samostatná pracovná pozícia sociálneho pracovníka absentuje. Kompetencie sú rozdelené medzi iných, najmä zdravotníckych pracovníkov, ale aj pracovníkov prijímacej kancelárie, oddelenia práce a miezd, stravovacej prevádzky, marketingu. Títo zamestnanci nahrádzajú prácu sociálneho pracovníka, ale nie sú vzdelaní v odbore sociálna práca, preto často dochádza k rizikovým situáciám. Na jednej strane sú ohrození samotní klienti, ktorým sú poskytované služby spôsobom, ktorý nezohľadňuje ich špecifické potreby – odlišnosť spôsobu komunikácie, kultúry, hodnôt, na strane druhej sú ohrození zamestnanci, ktorí sú konfrontovaní s neprimeranými reakciami klientov. Ďalšie riziká, hlavne pre nezdravotníckych pracovníkov predstavuje kontakt s chorými deťmi a ich rodičmi počas hospitalizácie v zdravotníckom zariadení.

V záujme predchádzania týmto rizikám by bolo vhodné, aby v zdravotníckych zariadeniach reálne pôsobili aj sociálni pracovníci a aby sme sa s týmto typom sociálnej práce nestretávali len v teoretickej rovine.

Jednou z príčin popísaného stavu je chýbajúce prepojenie sociálnej a zdravotnej starostlivosti v rámci legislatívy. Každú z týchto oblastí upravuje osobitný zákon. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti upravuje najmä zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Poskytovanie sociálnej starostlivosti je upravené zákonom č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona o živnostenskom podnikaní. K oddelovaniu poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti prispieva spôsob financovania. Zdravotnícke výkony uhrádzajú poskytovateľom zdravotné poisťovne z verejného zdravotného poistenia, na platbách za sociálne služby sa podieľajú v rozsahu svojej pôsobnosti obce a vyššie územné celky. Rozdelenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti v legislatíve tak korešponduje s ich oddelovaním v praxi.

Zoznam bibliografických odkazov

ČÍŽKOVÁ, Marie, 2005. Rómski pacienti v nemocnici. In: *Sestra*, roč. 4, č. 4, s. 8 – 9. ISSN 1210-0404.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL., 2012. *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2012* [online]. [cit. 2014-09-09]. Dostupné z: <http://ecdc.europa.eu/sk/publications/Publications/1203-Annual-TB-Report.pdf>

I-MUNOZ, Jose, and RAMON-PARDO, Pilar. Tuberculosis control in vulnerable groups. In: *Bulletin Svetovej zdravotníckej organizácie*. [online]. [cit. 2014-09-09] Dostupné z: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/06-038737/en/index.html>

LISNIK, Anton a Katarína GREŇOVÁ, 2013. Boj proti infekčným chorobám ako prostriedok zvyšovania bezpečnosti v Európe. In: *Bezpečná Evropa 2013. Sborník príspevku z 6.ročníku mezinárodní vědecké konference*. Karlovy Vary: Vysoká škola Karlovy Vary. s. 255 – 261. ISBN 978-80-87236-20-8.

LISNIK, Anton, Katarína GREŇOVÁ a Ingrid MLADÁ, 2012. Pohľad na TBC ako na dôsledok sociálnej exklúzie rizikových skupín obyvateľstva. In: *Diagnostika a liečba v pediatrickej pneumológii a ftizeológii*. Martin: JLF UK. s. 27 – 31. ISBN 978-80-89544-35-6.

MIŠKOVSKÁ, Martina a kol., 2009. Tuberkulóza detí. In: *Pediatrica*, roč. 4, č. 5, s. 249 – 251. ISSN 1336-863X.

ROZVOJOVÝ PROGRAM OSN., 2014. *ATLAS rómskych komunít na Slovensku 2013*. Bratislava: UNDP. ISBN 978-80-89263-18-9.

SOLOVIČ, Ivan a kol., 2008. *Tuberkulóza – vybrané kapitoly*. Poprad: NUTPCHaHCH. ISBN 978-80-970024-4-2.

SOLOVIČ, Ivan a kol., 2011. Tuberkulóza a parazitózy u marginalizovanej rómskej populácie na Slovensku. *Verejné zdravotníctvo*, roč. VIII., č. 2. ISSN 1337-1789. [online]. [cit. 2014-09-09]. Dostupné z: <http://www.verejnezdravotnictvo.sk>

SOLOVIČ, Ivan a Jana ŠVECOVÁ, 2014. Svetový deň TBC 2014. [online]. [cit. 2014-10-10]. Dostupné na internete: <http://int.vhagy.sk/hagy/?q=analiza-situacie-tbc-na-slovensku>
Terénna sociálna práca. 2005. [online]. [cit. 2014-09-09]. Dostupné z: <http://www.ecim.sk/studium/upload/TSPdefinicie.pdf>

Úvod do štandardov terénnej sociálnej práce v obci s osobitným zreteľom na prácu s vylúčenými komunitami., 2009. Bratislava: Fond sociálneho rozvoja.

Kontakt na autorov

PhDr. Ingrid Mladá

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Filozofická fakulta, Katedra sociálnej práce

mlada.ingrid@gmail.com

doc. PhDr. Alena Bašistová, PhD.

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Filozofická fakulta, Katedra sociálnej práce

Výskyt nelátkových závislostí a možnosti ich prevencie u žiakov základných škôl

Tomáš Textoris, Vladimír Lichner, Dušan Šlosár (SR)

Abstrakt: Príspevok je zameraný na problematiku novodobých nelátkových závislostí, konkrétne na technologické závislosti u žiakov základných škôl. Autori sa primárne zamerali na zisťovanie miery závislosti na internete a na potenciálne problémové používanie mobilného telefónu ako jedno z nebezpečenstiev ohrozujúce žiakov základných škôl. Sekundárne sa autori zamerajú na zmapovanie realizovaných foriem prevencie nelátkových závislostí. Výsledky poukazujú na to, že nekontrolované používanie internetu a mobilného telefónu môže viesť k problematickému správaniu, ktoré môže byť charakterizované ako nelátková závislosť. V závere príspevku autori ponúkajú zhodnotenie výsledkov výskumu a ponúkajú v krátkosti odporúčania pre prax.

Kľúčové slová: Nelátkové závislosti. Internet. Mobilné telefóny. Prevencia.

Abstract: The paper is focused on the problems of modern non-substance addictions, namely technological addictions among primary school pupils. The authors are primarily focused on detecting the degree of dependence on the Internet and potentially problematic use of a mobile phone as one of the dangers threatening primary school pupils. Secondary, the authors have focused on mapping of completed forms prevention of non-substance addictions. Results showed that the uncontrolled use of the Internet and mobile phone can lead to the problematic behavior that can be characterized as non-substance addiction. In conclusion, the authors offer evaluation of research results and provide a brief recommendations for practice.

Key words: Non-substance addiction. Internet. Mobil phones. Prevention.

Úvod

Technológie ako počítač, internet a mobilný telefón sa stali súčasťou každodenného života. Sú zdrojom informácií, ponúkajú mnohé možnosti komunikácie, zábavy a pod. Nadmerné a nezdravé používanie týchto zariadení môže u dospievajúcich, ktorých psychika je nezrelá a viac zraniteľná v porovnaní s psychikou dospelého človeka, ľahšie vyvolať závislosť na danej činnosti a mať nežiadúci problematický vplyv na vývin jedinca. Preto je dôležité, aby bola realizovaná prevencia nelátkových závislostí a poskytovanie informácií o nelátkových závislostiach už na základných školách, kde žiaci pravidelne prichádzajú do kontaktu s počítačom a internetom, a tým aj s množstvom nástrah, ktoré tieto výdobytky techniky prinášajú.

Nelátkové závislosti

Existuje mnoho rôznych pomenovaní tejto skupiny porúch. „Okrem pojmu behaviorálne závislosti sa používajú aj názvy závislostné správanie, nelátkové závislosti, nedrogové závislosti, závislosti bez substancií alebo závislosti na procesoch“ (Vacek^a 2011). „Nelátkové závislosti môžeme vo všeobecnosti chápať ako nejakú činnosť, ktorej dotýčný venuje príliš veľa času a určitým spôsobom obmedzuje jeho normálne fungovanie, sociálne fungovanie môže dokonca prinášať nejaké problémy a zdravotné poruchy“ (Kusý, Bátoriová 2013 s. 11). Benkovič (2007) prirovnáva základné charakteristiky novodobých nelátkových závislostí k poruche návykov a impulzov – patologickému hráčstvu, ktoré má podobné charakteristiky ako charakteristiky látkových závislostí.

Všetky diagnózy z kategórie porúch návykov a impulzov (F63) majú rovnaké tri charakteristiky: a) neschopnosť odolať impulzu alebo pokušeniu vykonať niečo, čo je považované za nebezpečné, b) dotýčny si uvedomuje narastajúce napätie pred vykonaním činu, c) dotýčny popisuje stav vzrušenia alebo uspokojenia vo chvíli, keď vykonáva impulzívny čin (Smolík 2002).

Vasilescu (2012) uvádza spoločné znaky medzi závislosťou na psychoaktívnych látkach a nelátkových návykových chorobách:

- chorobné vzrušenie pri hazardných hrách je spojené s pôsobením dopamínu, ktorý hrá dôležitú úlohu aj pri rozvoji závislosti od návykových látok a alkoholu,
- spoločným prejavom pri oboch diagnózach je zhoršené sebaovládanie a pokračovanie v chorobnom správaní aj napriek nepriaznivým následkom, ktoré človek eviduje,
- prechod z jednej návykovej choroby do druhej je veľmi ľahký,
- telesné škody vznikajú pri oboch ochoreniach, prichádza k rôznym zdravotným komplikáciám, či už somatickým alebo psychickým.

Nelátkové závislosti sú odlišné od látkových svojím mechanizmom vzniku, ktorý prebieha bez návykovej látky avšak zdôrazňuje sa ich genetická a neurobiologická príbuznosť ako aj spoločné vyústenie do štádia debaklu a beznádeje (Ondrejko 2009).

Závislosť na internete

Pojem internetová závislosť vznikol so zvyšujúcim prenikaním internetu do domácností. Súčasná podoba internetu funguje približne od roku 1993. (Benkovič 2007) Internet je pre mnohých ľudí veľkým a často jediným zdrojom informácií a možnosťou komunikácie (Kopuničová 2012). Ľudia sa prostredníctvom internetu dostávajú do virtuálneho sveta a strácajú obavy z vlastného sebaodhalenia, majú pocit anonymity a vstupujú do virtuálneho sveta bez zábran (Benkovič 2007). S používaním internetu sa objavujú aj určité formy problémového správania. Patrí sem nadmerné hranie hier, chatovanie či posielanie e-mailov, nadmerné používanie stránok s pornografiou a iné (Benkovič 2007 in: Kopuničová 2012).

„Všeobecne sa závislostné správanie pri používaní internetu definuje ako používanie internetu, ktoré so sebou prináša do života jedinca psychologické, sociálne, pracovné alebo školské komplikácie“ (Beard, Wolf 2001, in: Vondráčková, Vacek 2009 s. 5). Preidentifikovanie závislosti na internete Beard a Wolf (2011 in: Kopuničová 2012) uvádzajú, že musia byť naplnené všetky tieto kritériá.

1. Zaujatosť internetom (premýšľa o online aktivitách).
2. Používanie internetu vo zvýšenom množstve času, aby bola dosiahnutá spokojnosť.
3. Opakované neúspešné pokusy kontroly, obmedzenia alebo skončenie používania internetu.
4. Nepokoj, podráždenosť, depresia, náladovosť pri obmedzení alebo prerušení používania internetu.
5. Nedokáže dodržiavať naplánovaný čas, ktorý strávi online.

Zároveň musí byť prítomný aspoň jeden z nasledujúcich príznakov:

- a) hrozí strata významného vzťahu zamestnania, vzdelania alebo pracovnej príležitosti kvôli internetu,
- b) klamanie členom rodiny, terapeutovi alebo iným v snahe zakryť nadmerné trávenie času na internete,
- c) používanie internetu ako spôsob úniku od problémov alebo snaha zbaviť sa nepríjemnej nálady (napr. pocity bezmocnosti, viny, úzkosti, depresie).

Medzi priame dôsledky nadmerného času stráveného online patrí narušenie denného rytmu, zanedbávanie hygieny a výživy, poruchy spánku, únava, bolesti hlavy a očí ako aj zhoršenie orientácie v čase (Brenner 1997, Young 1999, Wieland 2005).

Závislosť na mobilných telefónoch

Moderné mobilné telefóny disponujúce množstvom služieb ako napr. hranie hier, surfovanie na internete, počúvanie hudby či pozerať filmov dokážu nahradiť klasické médiá, ktoré tieto služby poskytujú.

Okrem činností, ktoré vyplývajú z iných médií Frouzová (2008) uvádza činnosti, ktoré u klientov pozorujú najčastejšie:

- neustále telefonovanie – jedinec nedokáže zostať sám sebou, telefonujúci nie je duševne prítomný,
- posielanie a prijímanie SMS správ – znižuje prítomnosť človeka v prirodzenom prostredí,
- sex po telefóne a iné platené služby – tým, že zjednodušujú uspokojovanie niektorých potrieb, umožňujú jednotlivcovi byť menej závislým od sociálneho okolia s väčšou závislosťou na telefóne.

Prostredníctvom mobilného telefónu ľudia nadobúdajú pocit, že nie sú sami, stáva sa pre nich reálnou bytosťou (Nešpor 2007 in: Vasilescu 2012). Troupová (2008) uvádza, že príčiny vzniku závislosti na mobilnom telefóne môžu byť dve: a) na vine môžu byť sociálne zábrany, ktoré človeku znemožňujú normálny medziľudský kontakt, b) potvrdenie vlastnej hodnoty od druhých ľudí je nedostatočné.

Výskum

V problematike výskytu závislostného správania na internete a mobilnom telefóne u žiakov základných škôl bol v roku 2014 realizovaný výskum zameraný na problémy spôsobené používaním internetu a problematické používanie mobilného telefónu u žiakov základných škôl v meste Rimavská sobota. Výskumnú vzorku tvorilo 104 žiakov jednotlivých ročníkov 2. stupňa základných škôl. Výskum sa zúčastnilo 65 chlapcov a 39 dievčat. Ako výskumná metóda bola použitá metóda dotazníka osobne administrovaného do škôl. Na realizáciu výskumu bol použitý štandardizovaný rozšírený 20-položkový dotazník Internet Addiction Impairment Index IAI, príp. udávaný pod názvom Internet Addiction test IAT, ktorý bol zameraný na zistenie miery závislostného správania na internete. Tento dotazník bol vytvorený Dr. Young v roku 1996. Dotazník bol doplnený o otázky zamerané na problematické používanie mobilného telefónu, na prevenciu nelátkových závislostí v škole, na preferenciu trávenia voľného času cez prestávky v škole a demografické otázky. Výsledky boli vyhodnotené s deskriptívnou štatistikou.

Miera závislosti na internete u žiakov základných škôl

Pomocou 20-položkového dotazníka, kde na 5-bodovej Likertovej škále respondenti označovali, ako často sa daná situácia v ich živote vyskytuje, sme zisťovali mieru závislostného správania. Hranicu 50 až 79 bodov už považujeme za závislostné správanie z dôvodu, že v živote jedincov už vyskytujú problémy spojené s používaním internetu. Z výsledkov uvedených v Tabuľke 1 môžeme vidieť, že až 29,50% respondentov má občasné alebo časté problémy spôsobené používaním internetu a 1 respondent, má vážne problémy spôsobené používaním internetu. Na základe zistených výsledkov je možné konštatovať, že miera závislosti je u žiakov základných škôl, ktorí sa nachádzajú vo fáze dospievania pomerne vysoká a môže to pre nich predstavovať problémy ako napríklad zhoršenie školského prospechu, rôzne problémy s telesným vývinom, ale aj problémy psychologického a sociálneho charakteru.

Tabuľka č. 1: **Miera závislosti na internete u žiakov základných škôl**

	Počet žiakov v ročníku		20 – 49 b.		50 – 79 b.		80 – 100 b.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
6. ročník	19	18,26	12	63,15	6	31,57	1	5,26
7. ročník	11	10,57	7	63,63	4	36,36	0	0
8. ročník	29	27,88	21	72,41	8	27,58	0	0
9. ročník	45	43,26	32	71,11	13	28,88	0	0
□	104	100%	72	69,23	31	29,80	1	0,96

20-49 b. priemerné používanie internetu, ktorému je sprevádzané problémami

50-79 b. občasné alebo častejšie problémy spôsobené internetom

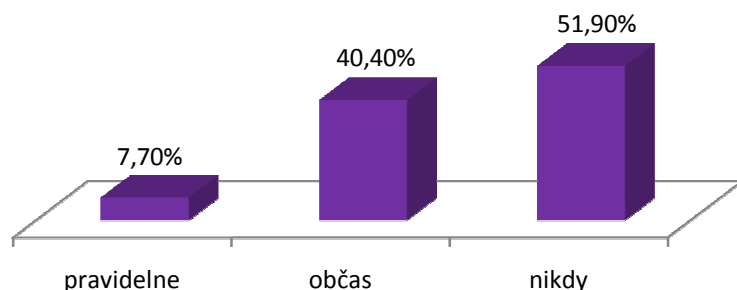
70-100 b. vážne problémy v živote jedincov spôsobené internetom

Výskyt problematického používania mobilného telefónu

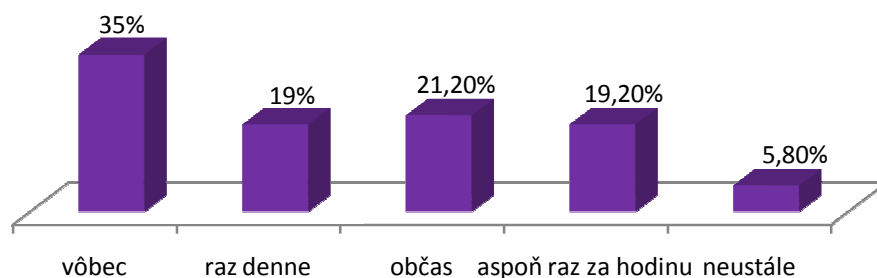
Jednotlivé výsledky ktoré môžeme vidieť na obrázkoch 1, 2 a 3 priniesli zistenia, že 51,90 % respondentov nikdy nevypína svoj mobilný telefón, 40,40% ho vypína občas a len 7,70% ho vypína pravidelne. Na základe získaných výsledkov je možné povedať, že respondenti majú potrebu byť neustále dostupný a málokedy si telefón vypnú. Väčšina (35%) respondentov nemá vôbec potrebu kontrolovať svoj telefón, za problematické, ale môže byť považované, ak majú respondenti potrebu kontrolovať telefón aspoň raz za hodinu (19,20%) alebo v horšom prípade neustále (5,80%). Ďalším problémom môže byť, ak respondent pociťuje prejavy nervozity (34,60%) alebo sa cíti zle a nevie sa sústrediť (4,80%), tieto dva prejavy sú považované za podobné prejavom baženia pri látkových závislostiach. Osobný kontakt preferuje 74% respondentov, 13,50% respondentov preferuje kontakt prostredníctvom mobilného telefónu a 12,50% iným spôsobom.

V konečnom zhodnotení je potrebné konštatovať, že u respondentov, ktorí nikdy nevypínajú mobilný telefón (51%) majú potrebu aspoň raz za hodinu (19,20%) alebo neustále (5,80%) kontrolovať mobilný telefón a prejavujú sa u nich nervozita (34, 60%), zlé pocity a znížená schopnosť sústredenia (4,80%), to môže byť považované ako problematické používanie mobilného telefónu.

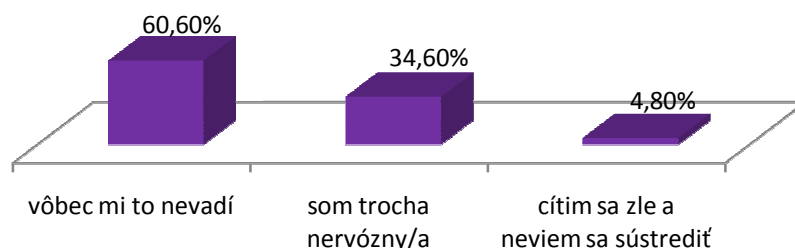
Graf č. 1: **Percentuálne znázornenie ako často respondenti vypínajú svoj mobilný telefón**



Graf č. 2: Percentuálne znázornenie ako často respondenti kontrolujú či im prišla SMS, alebo majú zmeškaný hovor



Graf č. 3: Percentuálne znázornenie ako sa cítiš, keď nemôžeš používať mobilný telefón



Realizovaná prevencia

Z Tabuľky č. 2 je možné vidieť, že len 36,5% respondentov uviedlo, že na ich škole bola realizovaná prevencia so zameraním na nelátkové závislosti. 14,4 % respondentov uviedla, že takáto prevencia na ich škole nie je alebo nebola realizovaná. Takmer polovica (49,10%) respondentov nevedela uviesť, či bola takáto prevencia realizovaná. Na základe zistených výsledkov je možné konštatovať, že respondenti neboli dostatočne informovaní o zameraní prevencie prípadne sa jej nezúčastnili. Respondenti, ktorí uviedli, že prevencia so zameraním na nelátkové závislosti bola realizovaná uviedli najčastejšiu formu prevencie ako diskusiu (27,90%) a prednášku (26,90%), ktoré môžu byť aj súčasťou kultúrneho podujatia (12,50%)

Tabuľka č. 2: Realizovaná prevencia nelátkových závislostí na základných školách

Realizovaná prevencia	áno		nie		neviem	
	n	%	n	%	n	%
	38	36,5	15	14,4	51	49,10

Záver

Predstavený príspevok sa zameriava na problematické využívanie internetu a mobilného telefónu v kontexte možného výskytu závislostného správania. Výsledky poukázali na pomerne vysokú mieru závislostného správania na internete, ktoré môže predstavovať pre jedinca rovnaké vážne bezpečenie ako látková závislosť. Prekvapivé boli výsledky týkajúce sa problematiek používania mobilného telefónu, ktoré poukazujú na to, že tento fenomén sa môže prejavovať rovnako ako iné závislosti, ale z dôvodu zlučiteľnosti jednotlivých funkcií telefónu s inými komunikačnými médiami je ťažko rozlíšiteľný. Z výsledkov výskumu vyplynulo, že primárna prevencia formou diskusie a prednášok o problematike nelátkových závislostí nemusí byť dostatočná.

Príspevok poukazuje na to, že novodobé fenomény ako internet a mobilný telefón môžu pri nekontrolovanom používaní spôsobovať rovnaké problémy v živote človeka ako akékoľvek iné závislosti, ktoré môžu mať ireverzibilný účinok. Preto je dôležité nepodceňovať nebezpečenstvo, ktoré so sebou prinášajú a klásť dostatočný dôraz na kvalitnú a efektívnu prevenciu. Pri realizovaní primárnej prevencie na školách by bolo dobré sa zamerať na poskytovanie prevencie nelátkových závislostí rovnako ako látkových. Je dôležité aby pubescenti poznali riziká, ktoré im môžu hroziť zozdanlivo neškodných činností. Koordinátor prevencie, ktorý na škole pôsobí by sa mal zamerať aj na komunikáciu s rodičmi a poskytnúť dospelým dostatok informácií ako internet alebo mobilné telefóny môžu ohroziť psychické zdravie. Pokiaľ rodičia nedokážu správne rozpoznať, či ich dieťa trávi pri počítači neprimerané množstvo času a neprimeraným spôsobom, nemusí byť prevencia v rámci školy efektívna. Je dôležité aby žiaci boli v škole, ale aj mimo školy vedení k zdravším formám trávenia voľného času. Hlavné je, aby samotní žiaci, ktorí si sami uvedomia, že majú nejaký problém, mali neustály prístup ku kvalifikovanému odborníkovi, sociálnemu pracovníkovi, ktorý im dokáže poskytnúť odbornú pomoc v rámci školy aj mimo nej a zabezpečiť potrebnú spoluprácu medzi školou a rodičmi.

Zoznam bibliografických údajov

- BACZEK, J. Nelátková závislosť – New addictions. In *Pedagogické rozhľady*. ISSN 1335-0404. 2009, roč. 18, č. 4, s. 17-19.
- BENKOVIČ, J. Novodobé nelátkové závislosti. In *Psychiatrie pro Praxi*. ISSN 1213-0508. 2007, roč. 8, č. 6, s. 250-253.
- FROUZOVÁ, M. Závislosť na procesech. In Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0, s. 237-251.
- KOPUNICOVÁ, V. Problematické používanie internetu a aktuálnosť v tejto oblasti. In Orosová, O a kol. *Základy prevencie užívania drog a problematického používania internetu v školskej praxi*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2012. 208 s. ISBN 978-80-7097-964-8, s. 170-198.
- KUSÝ, P. – BÁTORYOVÁ, D. Nebezpečenstvo nelátkových závislostí v 21. storočí. In *E-mental* [online]. 2013, no.1[cit. 2014-04-02]. Dostupné na internete: <http://sasap.sk/emental/e-mental_2013_1.pdf>. ISSN 1339-4614.
- ONDREJKOVIČ, P. a kol. Sociálna patológia. Bratislava: VEDA, 2009. 577 s. ISBN 978-80-224-1074-8.
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Praha: MAXDORF s. r. o., 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.
- TROUPOVÁ, M. Psychosociální dopady používání mobilních telefonů u dětí ve věku do 12 let. In *Prevence úrazů, otrav a násilí* [online]. 2008, č. 2 [cit. 2014-03-05]. Dostupné na internete: <<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/administrace/clankyfile/20120328110135953199.pdf>>. ISSN 1804-7858.
- VACEK, J. *Nelátkové závislosti: Behaviorální závislosti*. Praha: Centrum adiktologie, PK 1. LF UK v Praze, rok neuvedený. 30 s.
- VACEK^a, J. *Behaviorální závislosti* [online]. Praha: Klinika adiktologie, 1. L lékařská fakulta, Všeobecná fakultní nemocnice, Univerzita Karlova, 2011. [cit. 2014-03-02]. Dostupné na internete: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/566/3061/Behavioralni-zavislosti>>.
- VACEK^b, J. *Technologické závislosti* [online]. Praha: Klinika adiktologie, 1. L lékařská fakulta, Všeobecná fakultní nemocnice, Univerzita Karlova, 2011. [cit. 2014-03-02]. Dostupné na internete: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/566/3246/Technologicke-zavislosti>>.

VASILESCU, A. Eduktívnapríručkapre nelátkové závislosti. Trnava. Ambulantnékrízové centrum, Otvorené srdce o.z., 2012. 6 s. VASILESCU, A. *Eduktívnapríručkapre nelátkové závislosti*. Trnava. Ambulantnékrízové centrum, Otvorené srdce o.z., 2012. 6 s.
VONDRÁČKOVÁ, P. – Vacek, J. Závislostné správanie na internete. In *Sociálna prevencia*. ISSN 1336-9679. 2009, roč. 4, č. 2, s. 4-7.

Kontakt na autorov

Bc. Tomáš Textoris
Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach
Filozofická fakulta
Katedra sociálnej práce
tomastextoris@gmail.com

Mgr. Vladimír Lichner
Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach
Filozofická fakulta
Katedra sociálnej práce
vladimir.lichner@gmail.com

doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD
Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach
Filozofická fakulta
Katedra sociálnej práce
dusan.slosar@upjs.sk

Kyberšikana – rizikové chování středoškoláků v Moravskoslezském a Košickém kraji

Michal Panáček (ČR)

Abstrakt: Příspěvek přibližuje základní výsledky výzkumu kyberšikany u dospívajících v Moravskoslezském a Košickém kraji. Upozorňuje na vliv nových médií jako významného akceleratoru kyberšikany. Přináší také určitý předpoklad přístupu sociálního pracovníka ve vztahu k protagonistům kyberšikany.

Středoškoláci v Moravskoslezském kraji se stávají více svědky, oběťmi i agresory. Statistická významnost byla prokázána pouze u svědků kyberšikany.

Klíčová slova: Kyberšikana. Studenti středních škol. Psychosomatické problémy.

Abstract: The paper approaches the basic results research of cyberbullying in Moravian Silesian and Kosice region. The paper highlights of new media as an important accelerator of cyberbullying. This paper brings the certain premise of social worker in relation to the protagonists of cyberbullying.

High school students in Moravian Silesian region are becoming more and more witnesses, victims and aggressors. The statistical significance was demonstrated only in the witness cyberbullying.

Keywords: Cyberbullying. High school students. Psychosomatic disorders.

Úvod

Člověk je v dnešní době neustále pod vlivem médií, a to ať už jsme dospělými jedinci nebo dětmi, na které mají média daleko větší vliv. Pojem médium vyjadřuje jak prostředek nebo prostředníka, který něco zprostředkovává v prostředí, tak také osobu, která zprostředkovává nějakou informaci, nebo masové sdělovací prostředky (tištěné i elektronické).

Zaměříme-li se na význam slova médium jako sdělovacího prostředku, můžeme si pod pojmem média představit především tiskoviny (noviny a časopisy), rozhlas, televizní vysílání, ale také internet a jeho sdělení, stránky shromažďující různé obsahy (např. YouTube.com), blogy (internetové aplikace, které obsahují příspěvky jednoho autora), sociální sítě (např. Facebook, Twitter). Média zprostředkovávají určitý typ komunikace s vnějším prostředím. Můžeme je tedy zařadit pod skupinu informačních a komunikačních technologií (z anglického ICT – Information and Communication Technologies).

Negativní jevy nových médií souvisejí s jejich zneužíváním pro osobní prospěch jednotlivců či skupin. S rozvojem nových médií se ve společnosti začalo rozvíjet deviantní chování a sociálně patologické jevy jako zneužívání informací a šíření nepravdivých informací (poplašné zprávy, viry apod.), krádeže duševního vlastnictví, krádeže identity, krádeže a zneužívání osobních údajů, kybernetické násilí, které obsahuje cyberstalking, harassment, sociální vyloučení prostřednictvím nových médií, vydávání se za někoho, kyberšikanu apod.

Sofistikované technologie, jako je mobilní telefon, počítač, tablet nebo notebook připojený k internetu, sociální sítě apod., přizpůsobené každodennímu využití, používají především dospívající. Pro ně znamenají neustálé spojení s ostatními členy jejich sociální skupiny. Technologická důvtipnost nových médií spolu s možností být neustále online bez dohledu dospělé osoby může vést dospívající k vysoce rizikovému chování.

Nová média charakteristická vyšší úrovní interakce mezi dospívajícími a s vyšším vlivem na život nejen dospívajících přinášejí nové možnosti přenosu agresivního chování do

virtuálního prostoru bez hranic (Akbulut, Sahin, Eristi 2010) Nová média umožnila potencionálním agresorům rozšířit dosah jejich agresivního chování a jejich hrozby za fyzikální prostředí, kdy jsou technicky zdatní dospívající schopni obtěžovat ostatní 24 hodin denně. (Patchin, Hinduja 2006)

Na rozšíření nových médií např. ve školách můžeme demonstrovat dvojí vliv nových médií. Pozitivní vliv můžeme spatřovat v jejich přínosnosti ke vzdělání – usnadňují osvojení si učební látky, podporují interaktivitu ve výuce, možnost získávat množství informací. Na druhou stranu s sebou přinášejí také negativní vliv při jejich zneužívání, mohou při online a offline hrách zvyšovat úzkost, sociální krutost a násilí. (Harmon 2004, In Hoff, Mitchell, 2009)

Kyberšikana

Snadná dostupnost nových médií a jejich rozšířenost mezi dospívajícími s sebou přináší mimo jiné také kyberšikanu. Na základě rozšíření tohoto sociálně patologického jevu mezi dospívajícími vzniká potřeba vytvořit jednotný definiční rámec tohoto jevu.

Kyberprostor bez hranic a jeho technologie jako je internet, mobilní telefony, tablety sociální sítě, emaily, umožňují nejenom dospívajícím rychlou a snadnou komunikaci. Spolu s přizpůsobením se těmto novým způsobům komunikace se objevilo také významné nebezpečí pro dospívající – kyberšikana. (Stauffer, Heath, Coyne, Ferrin, 2012) „Kyberšikana probíhá v digitálním světě bez uzavřených hranic, ve kterém adolescent může využívat celou řadu technologií (email, mobilní telefon, komunikátory, osobní blogy a webové stránky, chat) pro kyberšikanu druhého.“ (Panáček 2012, s. 48)

Za kyberšikanu můžeme považovat především zasílání SMS a MMS zpráv s obsahem, který útočí na oběť, zesměšňuje ji, uráží ji, případně jí vyhrožuje a vyvolává u ní pocity méněcennosti, ohrožení, hnusu. Dalšími projevy kyberšikany jsou diskuse na diskusních fórech nebo blozích vedené opět s cílem ublížit oběti, zesměšnit ji, ponížit, případně vyloučit ji z virtuální komunity (s přesahem do reálného světa s cílem zdiskreditovat oběť v jejích sociálních skupinách, případně ji z těchto skupin vyloučit). Specifickou formou kyberšikany je zneužití fotografií, video a audio záznamů oběti, která agresor upravuje do podoby zesměšňující, vyjadřující nepravdivé aktivity oběti, případně zkreslující její sexuální orientaci. Kyberšikana jako projev sociální deviace je charakteristická spojením se sociálními sítěmi jako je Facebook, Libimseti a podobné servery. Na těchto sociálních sítích je agresorem vytvořen profil se jménem nebo přezdívkou oběti, s její fotografií a záměrně mylně uváděnými informacemi např. o zálibách, činnostech, sexuální orientaci anebo o cílech aktivit na sociální síti (např. u dívek často zneužívaná informace o nabízení sexuálního styku).

J. Fenaughty a N. Harré (2012) řadí kyberšikanu pod elektronické obtěžování, které zahrnuje využívání internetu a mobilních telefonů pro záměrné obtěžování jiné osoby. Kyberšikana je pak podmnožinou elektronického obtěžování a bývá různě definována, nejobecněji jako elektronické obtěžování, které se opakuje a zahrnuje nerovnováhu mezi obětí a agresorem v produkování kyberšikany (Tokunaga, 2010, Wolak, Mitchell, Finkelhor, 2007, Fenaughty, Harré, 2012). Nejobecnější definice kyberšikany hovoří o tom, že kyberšikana je záměrné a opakované chování s cílem poškodit jedince prostřednictvím elektronických médií. (Turan, et al., 2011)

Někteří autoři považují za kyberšikanu také projevy kybernetické kriminality (respektive kybernetického násilí). Nejčastěji skloňovanými pojmy jsou nevyžádaná sdělení (spamy, hoax – poplašné zprávy), obtěžování se sexuálním podtextem (harassment), pronásledování (cyberstalking), „veselé fackování“ (happy slapping – natáčení oběti v okamžicích, kdy je zesměšňována), změna identity za účelem sjednání si osobní schůzky vedoucí k obtěžování (cybergrooming).

Ať už kyberšikana či v odstavci výše zmíněné projevy kyberkriminality, bývají podpořeny rizikovým chováním dospívajících v kyberprostoru. Uvolněné mravy a absence norem a hodnot v tomto prostředí umožňuje dospívajícím sdílet vše, co je pro ně individuálně důležité. Vzhledem k charakteru kyberprostoru jsou pak věci na něj umístěné volně dostupné dalším uživatelům kyberprostoru. V těchto případech hovoříme o tzv. disinhibičním efektu. Disinhibice je definována jako uvolňování psychických bariér. Nízká úroveň psychologických bariér zapříčiňuje uvolňování blokováných niterných, soukromých myšlenek, pocitů a potřeb. (Chisholm, 2006, In Kwan, Skorić, 2012) Disinhibiční efekt virtuální komunikace spolu se snižováním zábran, konformity se společenskými normami může vést dospívajícího k rizikové komunikaci. Riziková komunikace se vyznačuje určitou neopatrností nebo pomíjením zásad komunikace v reálném prostředí. Dospívající může v rámci virtuální komunikace sdělovat svému komunikačnímu partnerovi svá citlivá osobní data, včetně rodného čísla, sdělovat intimní a velice osobní informace o vztazích, sexualitě, snech, sdílet intimní fotografie a případně sdělovat a umisťovat informace na internet o opuštění domova na delší dobu apod. Těmito aktivitami se dospívající vystavuje vysokému riziku deviantního chování ze strany jeho virtuálního komunikačního partnera nebo virtuálního komunikačního okolí. Za nejznámější a nejvíce rozšířené deviantní chování spojené s virtuálním prostředím a virtuální komunikací považujeme kybernetické násilí, pod které můžeme zařadit sexting (zasílání elektronických zpráv, fotografií nebo videa se sexuální tematikou), cyberstalking (pronásledování, sledování, vydírání a obtěžování pomocí nových médií), cybergrooming (agrese dospělého jedince vůči dítěti nebo dospívajícímu; vydávání se za jinou osobu a snaha o osobní kontakt s dítětem nebo dospívajícím s cílem ublížit, zneužít či jinak poškodit), impersonation (vydávání se za někoho jiného díky získaným informacím, také jako krádež identity), harassment (opakované, vtíravé obtěžování prostřednictvím nových médií – např. emailů, SMS zpráv) a cyberbullying (kyberšikana).

Kyberšikana – rizikové chování u studentů v Moravskoslezském a Košickém kraji

Vzhledem ke zvyšování zájmu o tuto problematiku jsem se i já v rámci disertační práce zabýval problematikou kyberšikany a to v porovnání středoškolských studentů Moravskoslezského a Košického kraje. V rámci výzkumu, který probíhal v roce 2013, jsem se pokusil odhalit souvislosti vybraných proměnných souvisejících s tímto fenoménem. Především smysl života protagonistů kyberšikany (obětí, svědků a agresorů) a jimi pociťované psychosomatické poruchy.

Výzkum byl uskutečněn prostřednictvím dotazníkové baterie složené z modifikovaného Ostravského dotazníku ke kybernetické šikaně (Vašutová a kol., 2010), Dotazníku smyslu života (PIL, Crumbaugh, Maholick, 1964) a Dotazníku psychosomatických poruch (Mausch, 2000).

V rámci výzkumného projektu byla oslovena celá populace, kterou tvořilo 141 zařízení z Moravskoslezského kraje s celkem 15 175 studenty v prvních ročnících a 73 zařízení z Košického kraje s 12 150 studenty v prvních ročnících.

Výzkumný soubor tvořilo celkem 18 zařízení s 1 483 respondenty. 15 zařízení z Moravskoslezského kraje s 1 225 respondenty (8,07 % studentů z populace) a 3 zařízení z Košického kraje s 258 respondenty (2,12 % studentů z populace). Z hlediska pohlaví bylo složení respondentů nevyrovnané, převažovaly ženy (938, 63,3 %) nad muži (545, 36,7 %). Podíváme-li se na rozložení respondentů podle krajské příslušnosti, převažovali respondenti z Moravskoslezského kraje (1225, 82,6 %) nad respondenty z Košického kraje (258, 17,4 %).

Z hlediska rizikového chování jsem také analyzoval činnosti, které studenti vykonávají ve svém volném čase na internetu. Více než 50 % respondentů několikrát denně navštěvuje sociální síť jako je Facebook, MySpace apod. (811 respondentů, 54,7 %) a prohlíží si webové stránky (753 respondentů, 50,8 %). 45,0 % respondentů (667) několikrát denně navštěvuje

chaty a diskusní fóra, 43,2 % respondentů (640) si několikrát denně prohlíží videa na internetu (Youtube) a 36,3 % respondentů (538) několikrát denně rozesílá SMS zprávy. Ostatní činnosti jako je čtení a odesílání emailů, hraní her na PC či po internetu, spravování vlastních stránek, využívání SKYPE či ICQ nebo posílání SMS zpráv přes internetové portály provádějí respondenti výrazně méně.

Z hlediska pohlaví vyplývá, že ženy významně častěji navštěvují sociální sítě (T-test, signifikance = 0,000), diskutují na chatech a diskusních fórech (T-test, signifikance = 0,000) a také významně častěji rozesílají SMS zprávy (T-test, signifikance = 0,000). Muži naopak hrají významně častěji hry na PC (T-test, signifikance = 0,000) i na internetu (T-test, signifikance = 0,000), spravují vlastní webové stránky (T-test, signifikance = 0,000) a využívají ICQ a SKYPE (T-test, signifikance = 0,000). Vezmeme-li v úvahu četnost aktivit respondentů na internetu, můžeme uvažovat nad širokým prostorem pro rizikové chování, ve kterém se mohou střetnout i s problematikou kyberšikany.

S kyberšikanou se setkala celkem 445 respondentů (30,0 %). Kyberšikanu pozorovalo 286 respondentů (19,3 %), obětí kyberšikany se stalo 22 respondentů (1,5 %), za agresora se označilo 18 respondentů (1,2 %). U protagonistů kyberšikany můžeme pozorovat také kombinace obětí a svědka (53 respondentů, 3,6 %), svědka a agresora (43 respondentů, 2,9 %), obětí a agresora (5 respondentů, 0,3 %) a v kombinaci oběť, svědek a agresor (18, 1,2 %). Za **svědka kyberšikany** se označilo celkem 400 respondentů (27,7 %). Z hlediska zastoupení pohlaví ve svědectví kyberšikany převažují svědkyně ženy (264 respondentek, 28,9 % žen) nad muži (136 respondentů, 25,7 % mužů). Tento rozdíl byl potvrzen jako statisticky významný na 1% hladině významnosti pomocí T-testu (signifikance = 0,007). Ze zjištěného rozdílu vyplývá, že ženy se významně častěji stávají svědkyněmi kyberšikany než muži.

Z hlediska krajské příslušnosti se nachází více svědků kyberšikany v Moravskoslezském kraji (356, 29,8 % respondentů z kraje) než v Košickém kraji (44 svědků, 17,7 % z kraje). Při posouzení významnosti rozdílů byl zjištěn statisticky významný rozdíl v zastoupení svědků kyberšikany v jednotlivých krajích na 1% hladině významnosti (T-test, signifikance = 0,000). Tento významný rozdíl indikuje skutečnost, že se dospívající v Moravskoslezském kraji významně více stávají svědky kyberšikany než v Košickém kraji. Je třeba však brát v potaz nižší zastoupení respondentů z Košického kraje. Zjištěný výsledek je třeba vnímat jako podklad pro další zkoumání na širším vzorku respondentů především v Košickém kraji.

Za **oběť kyberšikany** se označilo celkem 98 respondentů (6,8 %). Z hlediska pohlaví převažují oběti ženy (72 respondentek, 7,9 % žen) nad oběťmi muži (26, 5,0 %). Rozdíl mezi pohlavím byl pomocí T-testu prokázán jako statisticky významný na 1% hladině významnosti (signifikance = 0,001). Můžeme tedy říci, že ženy se významně častěji stávají oběťmi kyberšikany než muži.

Za **agresora kyberšikany** se označilo 84 respondentů (5,9 %). Převažují agresori muži (46, 3,2 % mužů) nad agresorkami ženami (38, 2,7 % žen). Rozdíl mezi muži a ženami byl prokázán jako statisticky významný na 1% hladině významnosti (T-test, signifikance = 0,000). Muži se významně častěji než ženy stávají agresory kyberšikany. Z hlediska krajů je více agresorů kyberšikany v Moravskoslezském kraji (72, 6,1 % z daného kraje) než v Košickém kraji (12, 4,9 % z daného kraje). Statisticky významný rozdíl však mezi jednotlivými kraji nebyl zjištěn (T-test, signifikance = 0,132). Stále je také třeba vnímat nižší zastoupení respondentů z Košického kraje, oproti respondentům z Moravskoslezského kraje. Je zřejmé, že kyberšikana je problém, se kterým se studenti na středních školách střetávají. Proto je důležité zaměřit pozornost odborníků také na prevenci.

Preventivní rámec kyberšikany s důrazem na zvyšování smyslu života protagonistů

Prevence může mít několik forem. Mezi základní formy můžeme zařadit vzdělávací semináře, konference, focus groups, tištěné informace, online informace, prezentace. Za specifickou formu preventivního opatření můžeme považovat terapii s dospívajícím, případně rodinnou terapii vedoucí ke zvyšování kvality života dospívajícího.

Jedním ze základních zdrojů prevence je distribuce textových zdrojů – ať už se bavíme o zdrojích textových na internetu nebo o letáčích. Ty by měly obsahovat základní informace o kyberšikaně, její definici, prevalenci, dopady na dítě či dospívajícího v oblastech psychiky, somatiky a sociálních vztazích, potažmo ovlivnění do budoucna (např. prohloubení krize ze ztráty smyslu života). Dále by měly obsahovat informace o tom, co vede dospívající ke kyberšikaně, jaké mohou být motivy, projevy, důraz na skrytost projevů a výhody anonymity kyberprostoru. Současně by textové zdroje měly obsahovat možnosti identifikace problému, nejčastější charakteristiky obětí a agresorů, včetně kontaktů na kvalifikované pracovníky (např. sociální pracovníky, školské poradce atd.), kteří jsou schopni s touto problémovou situací pomoci, či nasměrovat na další odborníky. (Willard 2007)

Současně ve všech materiálech a na všech fórech by měly být zdůrazněny etické a bezpečnostní problémy plynoucí z nadměrného využívání nových médií. Mezinárodní společnost pro technologie ve vzdělávání (ISTE) již v roce 2007 vytvořila pro USA Národní vzdělávací plán pro technologické standardy chování (NETS), které určují mimo jiné normy vztahující se ke kyberšikaně ve vztahu k tzv. digitálnímu občanství. Digitální občanství vyjadřuje účast člověka na kyberprostoru v jakékoli formě (ať už využívá pouze mobilní telefon, internet nebo celé spektrum možností, které nabízí nová média). Normy předkládané v rámci prevence kyberšikany vyžadují po dospívajících, aby lépe porozuměli pojmům, jako je lidskost, kulturnost, aby získali základní právní a etické chování. (Diamanduros, Downs, Jenkins, 2008)

Cílem prevence kyberšikany by měla být všeobecná edukace a podpora zainteresovaných osob k odstraňování nevhodných norem, hodnot a postojů společnosti ve vztahu ke kyberprostoru. Tento cíl je makrosociální – zaměřený na celospolečenské jevy. Mezosociálním cílem prevence kyberšikany by mělo být zvýšení povědomí odborníků a institucí o problematice kyberšikany, možnostech jejího odhalení a intervence. Na mikrosociální úrovni by mělo jít o edukaci konkrétních osob – dětí a dospívajících, včetně rodičů. V oblasti preventivních opatření můžeme spatřovat **čtyři významné oblasti**, na které by se prevence měla zaměřovat. Jde o oblast práce (najít význam a cíl pro svou pracovní/studijní aktivitu, víra v hodnotu toho co dělám, být motivován výzvami, které práce přináší), vztahů a intimity (jedná se o účast na společenském životě, dobrém vycházení s ostatními jedinci daných skupin, tvořit si vztahy plné důvěry, být altruistický a užitečný pro ostatní), náboženství a spirituality (zahrnuje osobní vztah s Bohem, víru v posmrtný život, přispívání k společenství víry), transcendence a generativity (znamená přesažení sebe sama a svého účelu, což zahrnuje přispívání společnosti a zanechání po sobě něco hodnotného). (Emmons, 2003)

R. W. Firestone, L. A. Firestone, J. Cattlet (2003) zdůrazňují mimo jiné oblast spirituality a posilování duchovní dimenze pro nalezení smyslu života. Právě osobní význam každého jedince je při hledání a nacházení smyslu života velice důležitý.

Závěr

Kyberšikana je jako významně rozšíření a stále se rozšiřující jev v současné dospívající populaci, proto je nutné mu věnovat významný prostor v odborných kruzích. Je však potřeba se zaměřit především na prevenci tohoto sociálně patologického jevu. Je tedy nutné pracovat s jedincem, ale také s vhodně složenými skupinami na posilování kompetencí, zvyšování altruismu i smysluplnosti života.

Zoznam bibliografických odkazov

- AKBULUT, Y., SAHIN, Y., L., ERISTI, B. 2010. Cyberbullying Victimization among Turkish Online Social Utility Members. In *Educational Technology and Society*, vol. 13, no. 4, p. 192 – 201.
- CRUMBAUGH, J. C. 1968. Cross-validation of Purpose-in-Life test based on Frankl's concepts. In *Journal of Individual Psychology*, Vol. 24, s. 74 – 81.
- DIAMANDUROS, T., DOWNS, E., JENKINS, S., J. 2008. The role of school psychologists in the assessment, prevention and intervention of cyberbullying. In *Psychology in the School*, vol. 45, no. 8, p. 1 – 17.
- EMMONS, R., A. 2003. Personal Goals, Life Meaning, And Virtue: Wellsprings of a Positive Life. In: KEYS, C., L., M., HAIDT, J. *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived*. American Psychological Association. 335 s. ISBN 978-1-4338-1486-0.
- FENAUGHTY, J., HARRÉ, N. 2012. Factors associated with young People's successful resolution of distressing electronic harassment. In *Computer and Education*. [online] [cit. 19. 2. 2013] doi: 10.1016/j.compedu.2012.08.004.
- FIRESTONE, R., W., FIRESTONE, L., A., CATLETT, J. 2003. *Creating a life of meaning and compassion: The wisdom of psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association, p. 377 – 385.
- HOFF, L., D., MITCHELL, S., N. 2009. Cyberbullying: causes, effects, and remedies. In *Journal of Educational Administration*, vol. 47, no. 5, p. 652 – 665.
- KWAN, G., CH., E., SKORIC, M. 2012. Facebook bullying: An extension of battles in school. In *Computers in Human Behavior*, vol. 29, no. 1, p. 16 – 25.
- Mausch, K. *Noopsycho-somatic disorders. Empirical study among the student sof pedagogy in Poland*. E-psychologie – Elektronický časopis ČMPS. Citováno dne 12.1.2010. Dostupné z URL <http://e-psycholog.eu/pdf/karol-mausch.pdf>. ISSN 1802-8853.
- PANÁČEK, M. *Vybrané komponenty životní smysluplnosti u protagonistů kyberšikany na ostravských středních školách*. Rigorózní práce. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2012. 249 s.
- PATCHIN, J., W.,– HINDUJA, S. 2006. Bullies move beyond the schoolyard: a preliminary look at cyberbullying. In *Youth Violence and Juvenile Justice*, vol. 4, no. 2, p. 148 – 169.
- STAUFFER, S., HEATH, M., A., COYNE, S., M., FERRIN, S. 2012. High school teachers' perceptions of cyberbullying prevention and intervention strategies. In *Psychology in the School*, vol. 49, no. 4, p. 353 – 367.
- TOKUNAGA, R., S. 2010. Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. In *Computers in Human Behavior*, vol. 26, p. 277 – 287.
- TURAN, N. et al. 2011. The new violence type of the era: Cyber bullying among university students, Violence among university students. In *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, vol. 17, no. 1, p. 21 – 26.
- VÁŠUTOVÁ a kol. 2010. *Proměny šikany ve světě nových médií*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě.
- WILLARD, N. E. 2007. *Educator's guide to cyberbullying: Addressing the harm caused by online social cruelty*. [online] [cit. 10.2.2013] Dostupné na internete: [http://www.asdk12.org/MiddleLink/AVB/bully topics/EducatorsGuide Cyberbullying.pdf](http://www.asdk12.org/MiddleLink/AVB/bully%20topics/EducatorsGuide%20Cyberbullying.pdf)
- WOLAK, J., MITCHELL, K., J., FINKELOR, D. 2007. Does Online Harassment Constitute Bullying? An Exploration of Online Harassment by Known Peers and Online-Only Contacts. In *Journal of Adolescent Health*, vol. 41, s. 51 – 58.

Kontakt na autora

PhDr. Michal Panáček, PhD.
Lumírova 28, Ostrava, 700 30
panacekmichal@seznam.cz

Kyberšikanovanie študentov vysokých škôl, ako jedno z najzávažnejších sociálnych rizík informačnej spoločnosti

Magdaléna Halachová, Eva Žiaková (SR)

Abstrakt: Predstavovaný príspevok sa zameriava na popis situácie kyberšikanovania u vysokoškolských študentov na Slovenských školách. Ide primárne o oblasti typov a prostriedkov kyberšikanovania, ako i pocitov, ktoré majú obeť pri kyberšikanovaní. Príspevok ponúka tak teoretickú rovinu, ako i empirickú, súčasťou ktorej je i autorský výskum zameraný na popisované oblasti. Z výsledkov výskumu vyplynulo, že najčastejšie dochádza ku kyberšikanovaniu prostredníctvom sociálnych sietí a to hlavne ohováraním a sexuálnym obťažovaním.

Kľúčové slová: Kyberšikanovanie. Adolescencia. Obeť. Agresor.

Abstract: Presented paper focuses on describing the situation of cyberbullying among university students in Slovak schools. This is the primary field types and means of cyberbullying, as well as feelings that are victims of cyberbullying in. Post offers both theoretical as well as practical, part of which is the author's research on the described area. The results of the research showed that the most frequently occurring of cyberbullying through social networks and especially calumny and sexual harassment.

Keywords: Cyberbullying. Adolescence. Victim. Aggressor.

K vývoju spoločnosti patrí aj veľmi rýchly životný štýl, ktorý sa v súčasnosti vyznačuje i rozmachom anonymity. Tá vychádza zo zrýchľovania a zvyšovania životných nárokov, ale aj prudkého rozvoja virtuálnych možností spájania sa ľudí bez nutnosti bližších osobných kontaktov. To samozrejme podporuje i rozvoj internetu, technológií mobilných telefónov či iných zariadení spájajúcich ľudí z celého sveta v jednom momente. S napredovaním doby prichádzajú i riziká virtuálneho prostredia a práve jedným z nich je kyberšikanovanie, ktorému bol príspevok venovaný.

Kyberšikanovanie je v našich podmienkach pomerne novým pojmom, ktorý nemá jednoznačne stanovené vymedzenie. Dokonca ani jeho označenie nemá ustálenú, jednotnú podobu. Možno sa s ním stretnúť ako s elektronickým šikanovaním, elektronickým týraním, e-šikanou, šikanovaním online, digitálnym šikanovaním, počítačovým šikanovaním, internetovým šikanovaním. Ale aj ako kybernetickou agresiou, online násilím, SMS-šikanovaním ako aj s inými rôznymi označeniami (Vašutová 2010). Breguet (2007) kyberšikanovanie definuje ako ďalšiu formu šikanovania, pri ktorej agresor volí formu obťažovania obeť prostredníctvom technologických zariadení. Môže byť úplne anonymné s minimom úsilia, vykonávané jednorázovo alebo opakovane. Besley (2009 in Tokunaga 2010) hovorí o využívaní informačných a komunikačných technológií na podporu úmyselného, opakovaného a nepriateľského správania jednotlivca alebo skupiny, ktoré má iných poškodiť.

V kontexte uvedeného bol v roku 2014 realizovaný autorský výskum zameraný na popis existencie a smeru vzťahov medzi mierou sebahodnotenia, sociálnej opory, spôsobu zvládania záťažových situácií a kyberšikanovaním ako novodobým sociálno-patologickým javom v súčasnej spoločnosti u študentov vysokých škôl. Zámerom výskumu bolo i zmapovanie súčasnej situácie kyberšikanovania na Slovensku u vysokoškolských študentov, práve ktoré bude v príspevku ponúknuté. Pre celý výskum bola využitá batéria dotazníkov

(sebhodnotenie- RSES *Rosenbergovu škálu sebahodnotenia* 1994, sociálna opora- MOS *Dotazník sociálnej opory* 2003, *Stratégie zvládania záťažových situácií* - SVF 78 *Stratégie zvládania záťažových situácií* 2003, autorské otázky zamerané na zisťovanie kyberšikanovania, psychosociálnych premenných a demografických údajov), ktorá bola respondentom osobne alebo sprostredkované administrovaná. Výber respondentov a respondentiek bol zámerný, nenáhodný, príležitostný a ich počet bol 657 (obete kyberšikanovania n= 198/ 30,1%; agresori kyberšikanovania n= 174/26,5%; súčasne obete aj agresori kyberšikanovania n= 99/15,1%). Výskumu sa zúčastnili študenti a študentky pomáhajúcich profesií dvoch slovenských verejných vysokých škôl a to Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach a Univerzity Komenského v Bratislave. Aktuálne budú pre potreby príspevku spracované čiastkové výsledky, z ešte stále prebiehajúceho výskumu. Potrebné je vopred uviesť, že pre potreby autorského výskumu bol za kyberšikanovaného jedinca pokladaný ten, ktorý bol za posledný rok opakovane kyberšikanovaný aspoň jeden krát mesačne (možnosť občas). Ďalšiu kategóriu tvorili jedinci, ktorí sa stretli s kyberšikanovaním. Do tejto kategórie boli zaradení jedinci, ktorý za posledný rok boli kyberšikanovaní zriedka (menej ako jeden krát mesačne).

Typy a spôsoby kyberšikanovania

Pri kyberšikanovaní je potrebné rozlišovať medzi prostriedkami, ktorými je kyberšikanovanie realizované (e-mail, mobilný telefón,...) a druhom správania, prenášaným prostredníctvom týchto prostriedkov, ktoré k nemu vedú. Willard (2007 in Kwan, Skoric 2013) ako prvá ponúkla niekoľko foriem (druhov správania) elektronického šikanovania: rozohňovanie, obťažovanie, ohováranie, krádež identity, odhalenie, podvod, vylúčenie, stalking. Následne boli k nim pridružené aj vydávanie sa na internete za iného, „facky pre zábavu“ a sexting. Aj keď je to z týchto druhov správania, ktoré môžu byť vykonávané prostredníctvom niektorého z množstva rôznych komunikačných prostriedkov zrejme, niektoré typy kyberšikanovania inklinujú viac k istým druhom ako ostatné. Napríklad pri flamingu je viac pravdepodobné, že bude vykonávaný v priebehu verejnej komunikácie, zatiaľ čo pri obťažovaní je pravdepodobnejšie, že bude sústredované do osobnej komunikácie ako je napríklad e-mail, SMS, telefonáty (Kowalski, Limber, Agatston 2012).

Tabuľka č. 1: Rozdelenie obetí a agresorov podľa spôsobov kyberšikanovania

	vôbec				zriedka				občas				často				veľmi často			
	obet'		agresor		obet'		agresor		obet'		agresor		obet'		agresor		obet'		agresor	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Zneužitie hesla	576	87,7	612	93,2	51	7,8	27	4,1	12	1,8	15	2,3	12	1,8	3	0,5	6	0,9	0	0
Zosmiešňovanie	531	80,8	540	82,2	81	12,3	96	14,6	39	5,9	18	2,7	6	0,9	3	0,5	0	0	0	0
Vylúčenie	621	94,5	645	98,2	18	2,7	12	1,8	15	2,3	0	0	3	0,5	0	0	0	0	0	0
Ohováranie	468	71,2	522	79,5	96	14,6	84	12,8	63	9,6	42	6,4	15	2,3	6	0,9	15	2,3	3	0,5
Zastrašovanie	594	90,4	630	95,9	39	5,9	15	2,3	15	2,3	12	1,8	9	1,4	0	0	0	0	0	0
Prenasledovanie	609	92,7	651	99,1	27	4,1	3	0,5	18	2,7	3	0,5	3	0,5	0	0	0	0	0	0
Krádež identity	615	93,6	648	98,6	24	3,7	9	1,4	15	2,3	0	0	3	0,5	0	0	0	0	0	0
Obťažovanie	540	82,2	636	96,8	78	11,9	18	2,7	30	4,6	0	0	6	0,9	3	0,5	3	0,5	0	0
Zverejnenie fotiek	585	89	639	97,3	36	5,5	18	2,7	24	3,7	0	0	6	0,9	0	0	6	0,9	0	0
Zverejnenie videa	630	95,9	651	99,1	15	2,3	0	0	9	1,4	6	0,9	3	0,5	0	0	0	0	0	0
Sexuálne obťažovanie	585	89	654	99,5	33	5	0	0	24	3,7	0	0	12	1,8	0	0	3	0,5	3	0,5

V predstavovanom autorskom výskume boli najčastejšie spôsoby, akými bola obeť kyberšikanovaná (Tabuľka 1) ohováranie, sexuálne obťažovanie, zneužitie hesla, zosmiešňovanie a obťažovanie. Agresori kyberšikanovania uviedli, že najčastejšie útočili na svoje obeť sexuálnym obťažovaním, ohováraním, zosmiešňovaním a zneužitím hesla.

Aj keď je kyberšikanovanie pomerne novým javom, pred pár rokmi bolo ešte možné diferencovať prostriedky kyberšikanovania na počítač a mobilný telefón. V súčasnosti je toto delenie neaktuálne, nakoľko v poslednom období je stále viac bežné vlastniť inteligentný telefón a internet v ňom býva už samozrejmosťou. (Slonje, Smith, Frisén 2013) Pre kyberšikanovanie môžu byť použité rozmanité druhy prostriedkov ako *rýchle správy*, programy pre zasielanie rôznych typov správ. *E-maily* s jednoduchosťou zakladania účtov, vedúce k možnosti nepretržitého zasielania šikanujúcich správ anonymne alebo s prevzatou identitou. *SMS* obvykle s výhrážnym obsahom v podobe opakovaného, vytrvalého zahlcovania obetí veľkým množstvom textových správ. *Sociálne siete* podporujúce vytváranie kontaktov, zobrazovanie údajov, zdieľanie fotografií a možnosti zábavy v podobe hier. *Chatovacie miesta* sú tak pozitívnym zdrojom sociálnej komunikácie a nadväzovania nových vzťahov, ako aj príležitosťou pre zastrašovanie a vyhrážanie. *Webové stránky*, s neobmedzenými možnosťami využitia, nanešťastie aj zneužitia, a to napríklad vytváraním blogov s hanlivým obsahom, alebo pre zastrašovanie obete.

Tabuľka č. 2: Rozdelenie obetí a agresorov podľa prostriedkov kyberšikanovania

	vôbec		zriedka		občas		často		veľmi často											
	obet'		agresor		obet'		agreso		obet'		agresor									
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%								
SMS, MMS	603	91,8	624	95	21	3,2	24	3,7	18	2,7	6	0,9	9	1,4	3	0,5	6	0,9	0	0
Telefonáty	555	84,5	621	94,5	69	10,5	21	3,2	18	2,7	15	2,3	6	0,9	0	0	9	1,4	0	0
Mobilné kom. apl.(Viber,...)	627	95,4	633	96,5	12	1,8	12	1,8	6	0,9	9	1,4	12	1,8	3	0,5	0	0	0	0
E-mail	603	91,8	627	95,4	30	4,6	15	2,3	12	1,8	9	1,4	6	0,9	6	0,9	6	0,9	0	0
Chat	558	84,9	618	94,4	51	7,8	18	2,7	36	5,5	18	2,7	9	1,4	0	0	3	0,5	3	0,5
Verejné diskusie na internete	606	92,2	609	92,7	21	3,2	33	5	18	2,7	9	1,4	12	1,8	6	0,9	0	0	0	0
Blogy	636	96,8	642	97,7	9	1,4	12	1,8	6	0,9	3	0,5	3	0,5	0	0	3	0,5	0	0
Sociálne siete	426	64,8	552	84	111	16,9	60	9,1	78	11,9	42	6,4	30	4,6	0	0	12	1,8	3	0,5
Webové stránky	630	95,9	651	99,1	9	1,4	6	0,9	9	1,4	0	0	3	0,5	0	0	3	0,5	0	0

Pri predstavovanom autorskom výskume obeť uvádzali, že jednoznačne najčastejšie boli kyberšikanované prostredníctvom sociálnych sietí. Podľa Balogovej (2011) rýchlosť expandovania sociálnych sietí možno pripodobniť na komparácii etablovania iných sietí. napr. aby menované siete dosiahli počet 150 miliónov používateľov potreboval: telefón 89 rokov; televízia 38 rokov; mobilný telefón 14 rokov; Facebook 4 roky. Podobný, no o čosi menej percentný výsledok uvádzajú i agresori kyberšikanovania. ďalej tiež uvádzajú e-mail, verejné diskusie a chat. Obete okrem sociálnych sietí v najväčšej početnosti hovoria o telefonátoch, mobilných komunikačných aplikáciách a chate. Zaujímavé je, že niektoré typy kyberšikanovania sú v komparácii s tradičnou formou šikanovania považované za menej škodlivé (napr.: urážky, hrozby,...), zatiaľ čo pri iných typoch elektronického násillia sú oveľa vážnejšie a rozsiahlejšie dôsledky (primárne tie, v ktorých sú využívané fotografie, videá, vydieranie) (Baran, Li 2007; Katzer et al. 2009; Patchin, Hinduja 2006 in Ortega 2012). Taktiež sa zistilo, že rôzne informačno-komunikačné prostriedky kyberšikanovania môžu vyvolávať rôzne emócie, ako napríklad pri mobilných telefónoch pociťujú obeť väčší strach,

bezmocnosť a depresie v porovnaní s internetovým šikanovaním (Ortega et al. 2009, in Slonje, Smith, Frisén 2013).

Obet'/ Agresor kyberšikanovania

V nasledujúcej časti je príspevok orientovaný na vymedzenie najdôležitejších špecifik a vlastností, ktorými je možné charakterizovať kyberšikanovaného a kyberšikanujúceho. Sú určité vlastnosti, ktoré sa vzájomne prekrývajú, no kyberšikanovanie je natoľko špecifický jav, že je potrebné zadefinovať práve rozdiely. V prípade kyberšikanovania ide o pomerne nový fenomén a táto oblasť nie je dostatočne preskúmaná, preto nie je možné konštatovať jednoznačné závery. Pre agresora kyberšikanovania je typická ľahostajnosť k obeti, nakoľko nevidí jej emočné reakcie. Preto sa v nižšej miere prejavujú emócie (smútok, hanba, strach, vina), ktoré sa bežne vyskytujú pri tradičnej forme šikanovania (Campfield 2006 in Slonje, Smith, Frisén 2013). V niektorých ohľadoch poskytuje kyberpriestor jedincovi lepší prístup k jeho sociálnym vzťahom a preto dospievajúci inklinujú k takejto komunikácii. Pri sociálnej interakcii prostredníctvom internetu nemajú bezprostrednú, hmatateľnú a emocionálnu odozvu, ktorá je vlastná interakcii tvárou v tvár. (Bauman, Cross, Walker 2013)

Tabuľka č. 3: **Protagonisti kyberšikanovania**

	n	%
obet'	201	30,6
agresor	174	26,5
súčasne aj obet' aj agresor	99	15,1

Veľa obetí kyberšikanovania je zároveň aj agresorom a naopak, mnoho agresorov sa stáva obeťami kyberšikanovania. Z autorského výskumu je zrejmé, že až 15% respondentov je súčasne i agresorom i obeťou (Tabuľka 3). Pri iných výskumoch sa tento fenomén dokonca objavuje až pri 30% jedincov zapojených do kyberšikanovania. Ako sme už spomínali, elektronické násilie volia prevažne tí, ktorí sú obeťami tradičnej formy šikanovania a ich primárnym cieľom je pomsta. Vo virtuálnom prostredí sa cítia byť chránení a informačno-komunikačné technológie im dovoľujú „vrátiť“ útok skoro okamžite. (Patchin, Hinduja 2012) Aj napriek tomu, obeťou kyberšikanovania sa môže stať ktokoľvek, kto bežne využíva informačno-komunikačné technológie, nakoľko neexistujú špecifické predpoklady pre to, aby bol jedinec kyberšikanovaný (Vaňkátová 2010). Obet' môže byť vybraná aj náhodným spôsobom (Vašutová 2010) (napríklad preto, že má pre agresora zaujímavé užívateľské meno, alebo ju agresor náhodne zahliadne na ulici, ...). V autorskom výskume je až 30% všetkých účastníkov výskumu kyberšikanovaných.

Obete kyberšikanovania, ktorými sa výskum zaoberal, označovali v dotazníku, aké pocity pri kyberšikanovaní prežívali (Tabuľka 4). Najčastejšie to boli hnev, obavy, smútok, ale aj bolesť a nesústredenosť. Nakoľko, ako už bolo spomenuté, za kyberšikanovaných boli pokladaní iba jedinci, ktorí vykazovali určité znaky opakovanosti kyberšikanovania, je zaujímavé dať ich výsledky do komparácie s výsledkami jedincov, ktorí mali iba skúsenosť s kyberšikanovaním. Je možné pozorovať ako exponenciálne narastajú percentuálne vyjadrenia prežívaných pocitov pri jedincoch so skúsenosťou s kyberšikanovaním, až ku obeťam kyberšikanovania, pri relatívne zachovanom poradí. Práve preto je nesmierne dôležité, aby bola táto patológia dostatočne skoro podchytená, aby bolo možné čo najskôr eliminovať jej možné dôsledky. Sociálna práca v tomto kontexte by mala ponúkať kvalitné preventívne programy, ktoré by sa zameriavali nielen na obeť kyberšikanovania, ale na mladých ľudí všeobecne, pretože ako je možné pozorovať na základe výsledkov výskumu, až 50% všetkých obetí je zároveň agresorom kyberšikanovania. Výskumy sa v prevažnej miere

venujú dôsledkom kyberšikanovania na obeť. V priekopníckom výskume autorky Willard (2006 in Toshack, Colmar 2012) bolo zistené, že nízke sebavedomie, úzkosť, ubližovanie ostatným a hnev korelovali s kyberšikanovaním. Súčasne bola zistená zvýšená tendencia k samovražde. Následné ďalšie výskumy (Baran, Li 2007; Katzer et al. 2009; Patchin, Hinduja 2006 in Ortega 2012) preukázali, že pri obetiach kyberšikanovania ako negatívne dôsledky korelujú hlavne so znížením školského výkonu, psychosociálnymi problémami (úzkosť, depresia), nízkou úrovňou sebaúcty. Baran a Li (2005 in Šléglová, Černá 2011) skúmali reakcie na kybernetické obťažovanie so zameraním na výskyt emócií a následné správanie obetí. Prevládali emócie ako hnev, smútok, úzkosť, rozpaky, plač, strach a sebaobviňovanie. Odhalili taktiež ďalšie, ku ktorým sa radia zhoršené sústredenie a absencie v škole. Autori sa prikláňajú k prepojeniu s teóriou sociálnej dominancie, pričom obeť majú pocit, že sú v podriadenom postavení vo vzťahu k agresorovi, ktorý im následne spôsobuje negatívne emócie a ovplyvňuje správanie obeť aj v školskom prostredí.

Tabuľka č. 4: Emocionálne prejavy obetí vyvolané kyberšikanovaním

	skúsenosť s kyberšikanovaním		obeť kyberšikanovania	
	n	%	n	%
obavy	42	9,2	72	35,8
hnev	81	17,8	129	64,2
otrávenosť	33	7,2	63	31,3
nechuť chodiť do školy	21	4,6	18	9
nechuť do jedla	9	2	18	9
smútok	42	9,2	66	32,8
somatická bolesť	15	3,3	30	14,9
nesústredenosť	21	4,6	30	14,9
pobavenie	21	4,6	15	3,3
problémy so spánkom	6	1,3	6	1,3
nechuť chodiť "vonku" s kamarátmi	6	1,3	6	1,3
ľahostajnosť	12	2,6	15	7,5

Záver

Zámerom príspevku bolo priblížiť situáciu kyberšikanovania u vysokoškolských študentov na Slovenských školách. Primárne sa zameriaval na oblasti typov a prostriedkov kyberšikanovania, ako i emocionálnych prejavov, ktoré majú obeť kyberšikanovania. Príspevok ponúkol tak teoretickú rovinu problematiky, ako i empirickú v podobe autorského výskumu zameraného na popisované oblasti. Výskumne bolo preukázané, že najčastejšie dochádza ku kyberšikanovaniu prostredníctvom sociálnych sietí a to hlavne ohováraním a sexuálnym obťažovaním. Taktiež, že u obetí kyberšikanovania boli najčastejšie emocionálne prejavy ako hnev, obavy, smútok, ale aj bolesť a nesústredenosť. Dôležité však je to, že kyberšikanovaní jedinci vykazovali v percentuálne vyššej miere silné, nepriaznivé emocionálne prejavy, ako jedinci, ktorí sa s kyberšikanovaním iba stretli. Práve preto sa v tejto oblasti otvára priestor pre sociálnych pracovníkov, ktorí by mali nastaviť účinnú a kvalifikovanú prevenciu pre tak rizikovú skupinu, akou adolescenti sú. Tým by sa podchytili skoré štádiá kyberšikanovania a nemuseli by prerastať do závažnejších, až fatálnych dôsledkov. Taktiež je potrebné zameriavať sa nielen na jedinca ako jednotlivca, ale súčasne i na jeho sociálny systém, ktorý môže byť v tomto kontexte pre neho tak protektívnym ako i rizikovým faktorom a práve jeho protektívnosť využiť v prospech vecí.

Zoznam bibliografických odkazov

- BALOGOVÁ, B., 2011. Bezpečný internet v knižnici ako prevencia proti kyberšikanovaniu a závislostiam u detí a dospelých. In *Košické dni sociálnej práce- prevencia sociálnej patológie v prostredí stredných škôl Košického samosprávneho kraja*. Košice: Technická univerzita. 65-71. ISBN 978-80-970978-9-9.
- BAUMAN, S., D.CROSS, and J. L. WALKER, 2013. *Principles of Cyberbullying Research: Definitions, Measures, and Methodology*. New York: Routledge. ISBN 978-0-415-89749-5.
- BREGUET, T. 2007. *Frequently Asked Questions About Cyberbullying*. York: The Rosen Publishing Group. ISBN 978-1-4042-0963-3.
- KOWALSKI, R., S. P. LIMBER, P.W. AGATSTON, 2012. *Cyberbullying: bullying in the digital age*. Wiley-Blackwell. [online]. XXV, 45-47. [cit. 2014-11-11]. Dostupné z: <http://pro.psychcentral.com/2010/cyber-bullying-recognizing-and-treating-victim-and-aggressor/00112.html>
- KWAN, G. Ch. E. and M. M. SKORIC, 2013. Facebook bullying: An extension of battles in schol. *Computers in Human Behavior*. 29, 16-25. ISSN: 0747-5632.
- ORTEGA, R. et al. 2012. The Emotional Impact of Bullying and Cyberbullying on Victims: A European Cross-National Study. *Aggressive Behavior*, 38, 342–356. ISSN 1098-2337.
- PATCHIN, J. W. and S. HINDUJA, 2012. *Cyberbullying prevention and response: Expert perspectives*. New York: Routledge. ISBN 978-0-415-89236-0.
- SLONJE, R., P. K. SMITH, and A. FRISÉN, 2013. The nature of cyberbullying, and strategies for prevention. *Computers in Human Behavior*, 29, 26-32. ISSN: 0747-5632.
- ŠLÉGLOVÁ, V. and A. ČERNÁ, 2011. Cyberbullying in Adolescent Victims: Perception and Coping. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*. [online]. 5(4). [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: <http://cyberpsychology.eu/view.php?cisloclanku=2011121901&article=3>
- TOKUNAGA, R. S., 2010. Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computers in Human Behavior*. 26. 277–287. ISSN: 0747-5632.
- TOSHACK, T. and S. A. COLMAR, 2012. Cyberbullying Intervention With Primary-Aged Students. *Australian Journal of Guidance and Counselling*. 22, (2), 268–278. ISSN 1037-291.
- VAŇKÁTOVÁ, E. 2010. Kyberšikanovanie ako jedno z rizík elektronickej komunikácie. *Sociálna prevencia – mediálna výchova*. 1, 6-9. ISSN 1336-9679.
- VAŠUTOVÁ, M. a kol. 2010. *Základy biodromální psychologie*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. ISBN 978-80-7368-934-6.

Kontakt na autorov

Mgr. Magdaléna Halachová
Katedra sociálnej práce
Filozofickej fakulty Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach,
Moyzesova 9, 040 59 Košice,
magdalena.halachova@gmail.com

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.
Katedra sociálnej práce
Filozofickej fakulty Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach,
Moyzesova 9, 040 59 Košice,
eva.ziakova@upjs.sk

Kyberšikanovanie adolescentov v kontexte sociálnej opory

Jana Plavnická, Magdaléna Halachová, Eva Žiaková (SR)

Abstrakt: *Príspevok je orientovaný na sociálnu oporu kyberšikanovaných adolescentov ako rizikovej skupiny. Primárne sa zameriava na rozdiely v miere sociálnej opory medzi kyberšikanovanými a ne-kyberšikanovanými adolescentmi konkrétne u rodičov, učiteľov, kamarátov a spolužiakov. Sekundárne sa zameriava na frekvenciu výskytu kyberšikanovania u študentov vysokých škôl. Výsledky ukazujú, že štatisticky významné rozdiely sa vyskytujú v miere sociálnej opory hlavne u rodičov. V závere príspevku predkladajú autorky navrhované odporúčania, ktoré sa týkajú zistenia potreby sociálneho pracovníka v prostredí vysokých škôl.*

Kľúčové slová: *Kyberšikanovanie. Adolescencia. Sociálna opora.*

Abstract: *This paper focuses on the social support of cyberbullying adolescents as a risk group. Primarily focuses on the differences in social support between cyberbullying and non cyberbullying adolescents specifically for parents, teachers, friends and classmates. Secondary focuses on the frequency of cyber bullied students of the university. The results show that there are significant differences in the level of social support parents. In the end of the article, the author presents the recommendations relating to the identified needs of social workers at the university.*

Key words: *Cyberbullying. Adolescence. Social support.*

Úvod

Spoločnosť sa neustále vyvíja a mení. Snaha uľahčiť prácu vo všetkých oblastiach života prináša mnoho pozitív, ale aj negatív. S progresom spoločnosti sa objavujú nové patologické javy, ktorým je potrebné venovať pozornosť. Jedným z takýchto fenoménov, ktorý sa neustále rozširuje je kyberšikanovanie. Vzhľadom k tomu, že jeho obeťou sa môže stať ktokoľvek a kedykoľvek, predstavuje záťažovú situáciu. Jedným zo spôsobov, ako je možné zvládnuť načrtnutú záťaž je dostatočná miera sociálnej opory, ktorá by mala byť poskytovaná, no i prijímaná predovšetkým od rodičov, učiteľov, spolužiakov či priateľov.

Kyberšikanovanie

S neustálym zväčšovaním virtuálneho sveta súvisí vznik negatívnych sociálno – patologických javov, ktoré sú realizované v kybernetickom priestore. Týmto pojmom sa rozumie komunikačné prostredie, v ktorom sú využívané počítačové, sieťové a digitálne médiá. S ich rozvojom významne súvisí kyberšikanovanie, ktoré predstavuje nebezpečné formy správania a ktorým je spoločnosť nútená čeliť a v rámci kybernetického priestoru vytvárať nové pravidlá. Kopecký (2007 in Hollá 2010, s. 10) definuje kyberšikanovanie ako „šikanovanie a ponižovanie jednotlivcov alebo skupín formou osobných útokov uskutočňovaných prostredníctvom kanálov elektronickej komunikácie, ako je napríklad e-mail, rýchle správy alebo krátke textové správy (SMS)“. Elektronické šikanovanie sa uskutočňuje prostredníctvom informačno – komunikačných technológií, ako sú mobilné telefóny, počítače, tablety, internet, e-maily, sociálne siete atď. K formám kyberšikanovania patria nevyžiadané správy (spamy, víry a iné), ohrozovanie, rozohňovanie, ktoré predstavuje hádku medzi dvoma alebo viacerými účastníkmi, ktorí používajú vulgárne slová a vyhrážky. Ďalej sem patrí ohováranie, obťažovanie, vydávanie sa za niekoho iného, odhalenie a podvod

(zverejňovanie intímnych údajov, ktoré by obeť nechcela zverejniť), vylúčenie z virtuálneho sveta, prenasledovanie a happy slapping, ktoré predstavuje zverejňovanie obrázkov alebo videonahrávok o napadnutí obeť (Hinduja, Patchin 2009, in Vašutová 2010). Dostatočne včas a hlavne efektívne zvládnuť kyberšikanovanie je pre jedinca nevyhnutné, nakoľko jeho dôsledky sú závažné. Podľa Gajdošovej (2011) sú to hlavne vyhýbanie, sociálna izolácia, nielen vo svete virtuálnom, ale závažnejšie je, že aj v tom reálnom, kedy sa jedinec izoluje od svojho sociálneho okolia. Taktiež k závažným dôsledkom patrí i zmena správania, kedy môže mať obeť napríklad zhoršenú koncentráciu v škole, zhoršený prospech, agresívne, resp. submisívne správanie voči spolužiakom a záškoláctvo. Nakoľko pri kyberšikanovaní je pre agresora obeť stále „dostupná“, ďalším závažným dôsledkom je strata pocitu bezpečia, ktorá je výraznejšia ako pri tradičnom type šikanovania. Tak ako pri iných jedinca ohrozujúcich patológiách, tak i pri kyberšikanovaní je jedným z obranných mechanizmov zástupná aktivita, ktorá môže byť napríklad v podobe, zvýšenej konzumácii alkoholu, drog, ale i prejedanie sa. Kyberšikanovaný jedinec môže vykazovať i somatické prejavy ako napríklad zmeny hmotnosti, nespavosť, bolesti hlavy, vyčerpanie organizmu, oslabená imunita, nevoľnosti nechutenstvo a iné. Dôsledkami môže byť aj sebapoškodzovanie či dokonca samovražda.

Sociálna opora

Vychádzajúc z úzkej prepojenosti jedinca a jeho sociálneho okolia popísanej napríklad v rámci ekologických teórií, musíme uvažovať o vzájomnej prepojenosti a súvislostiach i v predstavovanej problematike. Pri kyberšikanovaní je možné popísať niekoľko faktorov, kedy sociálne okolie vstupuje ako rizikový, no taktiež ako protektívny faktor. Z niekoľkých konceptov nás bude v ďalšej časti zaujímať sociálna opora, ktorá vychádza zo sociálneho prostredia jedinca. Sociálna opora je jedným zo spôsobov, ako účinne zvládnuť načrtávanú novodobú sociálnu patológiu. Kebza (2005) považuje za sociálnu oporu akýsi sociálny fond, z ktorého je v prípade potreby možné čerpať systém sociálnych vzťahov, ktoré pomáhajú človeku v snahe dosiahnuť ciele. Křivohlavý (2009) rozlišuje tri úrovne sociálnej opory: makroúroveň, mezoúroveň a mikroúroveň. Pri *makroúrovni*, ide o celospoločenskú formu pomoci (ekonomická a sociálna pomoc) tým, ktorí to potrebujú. Môže ísť o pomoc v rámci štátu alebo pomoc presahujúcu hranice štátu. Pri *mezoúrovni* ide o sociálnu oporu, ktorú poskytuje skupina ľudí jednému zo svojich členov (napr. pomoc spolupracovníkov svojmu kolegovi). V *mikroúrovni* sociálnej opory ide o pomoc a podporu, ktorú človeku poskytuje osoba, ktorá mu je najbližšia (napr. pomoc matky dieťaťu).

Pri tejto problematike sú dôležité hlavne zdroje sociálnej opory. Levická (2005) uvádza, že k týmto zdrojom patria *prirodzené* zdroje, kde zaradzuje najbližších príbuzných (rodičia, súrodenci, deti, manžel, manželka) a *komunitné* zdroje, kam zaradzuje inštitúcie, a to štátne a mimovládne. Rodičia sú najprirodzenejším zdrojom sociálnej opory pre dieťa, ktoré sa nachádza v záťažovej situácii. Pomáhajú mu zvládať problémy a nástrahy života. Rodina zmobilizuje svoje vnútorné zdroje, snaží sa pomôcť dieťaťu prekonať túto záťažovú situáciu a rodina takisto kontaktuje ľudí, inštitúcie, ktoré by mohli prispieť ku riešeniu. Problémy začínajú vtedy, ak sa záťažová situácia nezlepšuje a trvá dlho. (Mareš 2001) Škola, školské prostredie je prostredím, kde sa dospievajúci, okrem rodinného prostredia, najčastejšie pohybuje. Zdrojom sociálnej opory žiaka v škole je učiteľ. Ak má učiteľ poskytovať sociálnu oporu žiakovi a ak má dať žiak učiteľovi najavo, že sociálnu oporu potrebuje, musí medzi nimi vzniknúť špecifický vzťah. U učiteľa ide predovšetkým o sympatie k žiakovi, dostupnosť a spoľahlivosť učiteľa, cit pre žiaka a vzhľad do situácie. (Mareš 2003) Wills a Vaughan (1989 in Gecková, Pudelský 2000) predpokladajú trávenie voľného času adolescenta spoločnými aktivitami s takým rovesníkom, ktorého vníma ako významnú sociálnu oporu a preto môže nastať situácia, že bude náchylnejší tlak rovesníkov. Funkcia rovesníckych skupín môže byť prejavovaná sociálnou oporou, ktorá sa nemusí prejavovať len

v záťažových situáciách a je dôležitou súčasťou života adolescentov. Príkladom môže byť pomoc s prípravou na vyučovanie či spoločným trávením voľného času. (Krejčová 2011)

Výskum

V problematike sociálnej opory kyberšikanovaných adolescentov ako rizikovej skupiny bol realizovaný v roku 2014 autorský výskum, ktorý bol zameraný na sociálnu oporu kyberšikanovaných študentov Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach a Technickej univerzity v Košiciach (68 mužov, 132 žien; 40 kyberšikanovaných, 160 ne-kyberšikanovaných). Ako výskumná metóda bola použitá metóda dotazníka osobne administrovaného do škôl. Dotazník pozostával z otázok o kyberšikanovaní, sociálnej opore a demografických údajov. V časti sociálna opora bol použitý štandardizovaný dotazník - *Dotazník sociálnej opory pre deti a dospievajúcich* CASS. Autormi tohto dotazníka sú Malecki, Demaray a Elliott, ktorí ho vytvorili v roku 2002. Komárek, Ondřejová a Mareš v roku 2002 tento dotazník preložili a upravili. Reliabilita v pôvodnom dotazníku autorov CASS bola 0,81 a v dotazníku upravenom Marešom, Komárkom a Ondřejovou 0,95. V autorskom výskume bola reliabilita vyjadrená hodnotou 0,96. Následne sme výsledky štatisticky vyhodnotili s využitím T-testu pre dva nezávislé výbery.

Sociálna opora rodičov

Následne sa výskum orientoval na mieru sociálnej opory od rôznych poskytovateľov. Ako prvá bude predstavená miera sociálnej opory od rodičov, ktorá je práve v období adolescencie veľmi citlivou problematikou. V miere sociálnej opory u rodičov sa preukázali signifikantné rozdiely. Výsledky poukazujú na to, že ne-kyberšikanovaní adolescenti dostávajú vyššiu mieru sociálnej opory od rodičov ako kyberšikanovaní adolescenti. Predpokladáme, že sociálna opora rodičov v prípade kyberšikanovaných adolescentov sa mohla znížiť v dôsledku ich obáv z reakcie rodičov a možného radikálneho riešenia problému. Tiež je možné, že sociálna opora rodičov sa mohla znížiť aj v dôsledku toho, že sa adolescentom nedostalo očakávanej miery sociálnej opory.

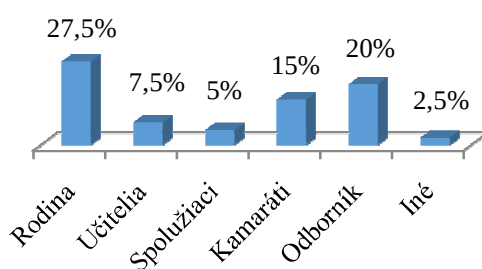
Tabuľka č. 1: Miera sociálnej opory rodičov

	n	X	S	t	p(α)	CI(95%)	
Kyberšikanovaní	40	3,912	1,343	-1,999	0,047*	-1,021	-0,006
Nekyberšikanovaní	160	4,426	1,049				

Ďalšie výsledky poukazujú na to, že rodičia sú pre adolescentov významným zdrojom sociálnej opory. Pri zisťovaní na koho by sa respondenti v prípade akýchkoľvek ťažkostí obrátili, najviac adolescentov (27,5%) uviedlo svojich rodičov. Výsledky uvádza Graf 1. Vzhľadom k tomu, že v adolescencii majú vzťahy s rodičmi pre adolescentov osobitný význam, môže sociálna opora rodičov pôsobiť protektívne.

Tieto výsledky autorského výskumu môžu byť komparované s výskumom Rerkovej a Šramkovej (2013) zameraného na kyberšikanovanie z pohľadu pubescentov (n=110). Z tohto výskumu takisto vyplýva, že väčšina respondentov (67,5%) by sa v prípade kyberšikanovania obrátilo na rodičov.

Graf č. 1: Rozdelenie kyberšikanovaných respondentov podľa preferovanej pomoci



Sociálna opora kamarátov

V období adolescencie zohrávajú taktiež významnú úlohu rovesníci. Na základe výsledkov neboli potvrdené štatisticky významné rozdiely v miere sociálnej opory kamarátov medzi kyberšikanovanými a ne-kyberšikanovanými adolescentmi. I keď ne-kyberšikanovaným adolescentom na základe meraného skóre je poskytovaná vyššia miera sociálnej opory ako kyberšikanovaným, ale aj napriek tomu je možné konštatovať, že priatelia poskytujú adolescentom vysokú mieru sociálnej opory. Výsledok prezentuje Tabuľka č. 2.

Tabuľka č. 2: Miera sociálnej opory kamarátov

	n	X	S	t	p(α)	CI(95%)	
Kyberšikanovaní	40	4,750	1,504	-0,401	0,693	-0,855	0,579
Nekyberšikanovaní	160	4,888	0,968				

Avšak aj napriek tomu, že kamaráti sú pre adolescentov významným zdrojom sociálnej opory, v prípade kyberšikanovania by sa skôr obrátili na rodinu (27,5%) alebo na odborníka (20%). Na svojho kamaráta by sa obrátilo len 15% adolescentov. Výsledok uvádza Graf č. 1.

Z už spomínaného výskumu Rerkovej a Šramkovej (2013) tiež vyplýva, že hneď po rodičoch by sa respondenti obrátili na kamarátov (33%). Aj napriek vekovému rozdielu medzi výskumnými vzorkami možno konštatovať, že rodičia a kamaráti poskytujú dostatočnú sociálnu oporu natoľko, že by sa na nich respondenti v prípade akýchkoľvek ťažkostí obrátili.

Autorský výskum sa zaoberal i požadovanou sociálnou oporou zo strany odborníka kompetentného kyberšikanovanie riešiť. Deskriptívne zobrazenie výsledkov je v podobe Grafu č. 2. Možno konštatovať, že mnoho adolescentov nepozná sociálneho pracovníka, nevie aké má kompetencie a s čím by sa na neho mohol v prípade kyberšikanovania obrátiť, preto respondenti označili v otázke, na koho by sa obrátili v prípade kyberšikanovania sociálneho pracovníka najmenej (5,5%). Keďže respondenti vo vyššej miere označili, že by sa obrátili na školského poradenského pracovníka (9,5%), je potrebné zdôrazniť potrebu pôsobenia školského sociálneho pracovníka v školách, ktorý by okrem poradenstva poskytoval študentom aj sociálnu oporu, ktorá by im pomohla ľahšie sa vyrovnáť so záťažovými situáciami, akým je aj kyberšikanovanie.

Graf č. 2: **Percentuálne znázornenie výberu profesionála**



V tejto problematike je dôležité zvyšovanie protektívnych faktorov ako prevencie kyberšikanovania, taktiež zvyšovanie informovanosti adolescentov, realizácia preventívnych programov na všetkých školách a hlavne zapájanie rodiny a rovesníkov ako zdrojov sociálnej opory pre ľahšie zvládanie kyberšikanovania. Je potrebné upriamiť pozornosť na dištančnú intervenciu takisto pôsobenie školského sociálneho pracovníka ako odborníka, ktorý by pôsobil ako dostupný sociálny poradca, zdroj sociálnej opory a v ktorého kompetenciách by bola oblasť prevencie, ale aj intervencie.

Záver

Predstavený príspevok prezentuje realizovaný výskum autoriek, ktorý bol zameraný na zisťovanie miery sociálnej opory kyberšikanovaných a ne-kyberšikanovaných adolescentov. Prvá časť príspevku charakterizovala kyberšikanovanie, jeho formy a taktiež aktérov, ďalej charakterizovala sociálnu oporu, jej úrovne a rôzne zdroje sociálnej opory. V druhej časti bol predstavený výskum autoriek zameraný na zisťovanie miery sociálnej opory rodičov a kamarátov medzi kyberšikanovanými a ne-kyberšikanovanými adolescentmi. Štatisticky významné rozdiely boli potvrdené iba v miere sociálnej opory u rodičov, čo znamená, že rodičia poskytujú rôznu mieru sociálnej opory obidvom skupinám respondentov. Taktiež bolo zisťované percentuálne zastúpenie sociálneho pracovníka v sociálnej opore pri adolescentoch s vyššou a nižšou mierou sociálnej opory.

V príspevku je ponúknutá i komparácia prezentovaného výskumu s výskumami iných autorov v rovnakej oblasti. Ďalej sú navrhnuté riešenia pre prax v troch oblastiach, a to v prevencii, intervencii a školskej sociálnej práci. V oblasti prevencie je potrebné zvyšovanie protektívnych faktorov v tejto problematike, zvyšovanie informovanosti prostredníctvom rôznych programov a zapájanie rovesníkov a rodičov ako dôležitého zdroja sociálnej opory. V oblasti intervencie bolo navrhnuté dištančné poradenstvo pre obeť a agresorov kyberšikanovania. Taktiež navrhujeme potrebu školského sociálneho pracovníka ako odborníka pri riešení sociálno – patologických javov v prostredí vysokých škôl.

Keďže kyberšikanovaným sa môže stať ktokoľvek, je náročné sa voči nemu brániť, hlavne ak o tomto negatívnom jave nemajú jedinci informácie. Význam sociálnej opory v prípade kyberšikanovania spočíva v prvom rade v uľahčovaní zvládania či prežívania tejto nepriaznivej situácie, takisto v poskytnutí morálnej podpory okolia, ktoré napríklad predstavuje posilňovanie pocitu istoty, zdieľanie problémov s niekým iným a pod. alebo spočíva v konkrétnej pomoci. Poskytnutie sociálnej opory umožňuje obetiam kyberšikanovania zachovať vlastnú identitu a získať stratenú psychickú rovnováhu. Pre sociálneho pracovníka je dôležité poznať aká miera sociálnej opory je poskytovaná kyberšikanovaným adolescentom, aby vedel zvoliť účinnú stratégiu jeho riešenia, znižovať

pôsobenie negatívneho stresora a posilňovať sebaúctu obete kyberšikanovania a tak napomôcť k lepšiemu zvládnutiu tejto situácie.

Zoznam bibliografických odkazov

- GAJDOŠOVÁ, J. 2011. *Zdravotní a psychické následky kyberšikany mezi dětmi a dospívající mládeží* [on line]. Olomouc: Centrum PRVoK PdF UP. [cit.2014-10-30]. Dostupné na internete: <http://www.e-bezpeci.cz/index.php/temata/dali-rizika/355-zdravotni-a-psychicke-nasledky-kyberikany-mezi-dtmi-a-dospivajici-mladei>
- GECKOVÁ, A. a M. PUDELSKÝ, 2000. Vplyv percipovanej sociálnej opory na správanie adolescentov súvisiace so zdravím. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. 35, (3) 233-241. ISSN 0009-062X.
- HOLLÁ, K. 2010. *Elektronické šikanovanie – nová forma agresie*. 1. vyd. Bratislava: Iris. ISBN 978-80-89256-58-7.
- KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
- KREJČOVÁ, L. 2011. *Psychologické aspekty vzdělávání dospívajících*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3474-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- LEVICKÁ, J. 2007. *Sociální práce I*. 1. vyd. Trnava: Olivia. ISBN 978-80-969454-2-9.
- MAREŠ, J. 2001. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus. ISBN 80-86225-19-4.
- MAREŠ, J. 2003. Učitel jako zdroj sociální opory pro žáky a studenty. In *Sborník prací filozofické fakulty brněnské univerzity*. Brno: Masarykova univerzita. 41-54. ISBN 80-210-3120-4.
- SNOPEK, M. a V. HUBLOVÁ. 2008. Sociální opora a její vztah k životní spokojenosti, sebehodnocení a osobností u adolescentů: rodové rozdíly. *Československá psychologie*. 52, (5) 500-509. ISSN 0009-062X.
- ŠRAMKOVÁ, M. a L. RERKOVÁ. 2013. Kyberšikanovanie z pohľadu pubescentov. *Prevenca*. 1-2. 33-39. ISSN 1336-3689.
- ŠRAMKOVÁ, M. 2014. Zdroje sociálnej opory u žiakov stredných škôl. In *Intervencia, terapia a resocializácia v systéme sociálnej pomoci*. Ružomberok: Verbum. 183-193. ISBN 978-80-561-0123-0.
- VAŠUTOVÁ, M. 2010. *Proměny šikany vo světě nových médií*. 1. vyd. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. ISBN 978-80-7368-858-5.

Kontakt na autorov

Bc. Jana Plavnická
Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach
Filozofická fakulta
Katedra sociálnej práce
j.plavnicka@gmail.com

Mgr. Magdaléna Halachová
Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach
Filozofická fakulta
Katedra sociálnej práce
magdalena.halachova@gmail.com

Prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc,
Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach
Filozofická fakulta
Katedra sociálnej práce
eva.ziakova@upjs.sk

Recenzie

Recenzia

Názov: Rizikové chováni v dospívání a jeho vztah ke zdraví

Autori: MUDr. Pavel Kabíček, CSc., PhDr. Ladislav Csémy, doc. MUDr. Jana Hamanová, CSc. a kolektiv

Vydavateľ: TRITON

Miesto vydania: Praha, 2014

Počet strán: 343

ISBN: 978-80-7387-793-4

Recenzent: Mgr. Lucia Ištvanová

Pracovisko recenzenta: Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ v Košiciach

Autori sa v prvej kapitole s názvom „*Dospívání*“ venujú obdobiu dospievania z rôznych hľadísk. Jednak charakterizujú toto vývojové obdobie v priebehu ľudskej histórie, poukazujú na najdôležitejšie vplyvy na adolescentov v jednotlivých obdobiach a predkladajú rozdiely medzi adolescentmi v minulosti a súčasnosti, kedy je dospievanie vnímané ako obdobie veľkej životnej zmeny. Dospievanie je špecifické telesným ako aj psychosociálnym vývojom, na čo sa autori tiež zameriavajú. V prvej kapitole sa objavuje *syndróm rizikového správania v dospievaní*, ako aj faktory, ktoré pôsobia na vznik syndrómu.

Druhá kapitola „*Syndrom rizikového chování v životě dospívajících*“ je rozdelená do viacerých tematických okruhov. Venuje sa už konkrétnym formám rizikového správania v období dospievania. V prvej časti autori rozoberajú návykové látky, drogy, tabakizmus, hazard, patologické hráčstvo nielen z pohľadu účinkov závislostí na adolescenta, telesných, psychických a sociálnych dôsledkov, ale podnecujú rodičov, školy, ľudí v oblasti pomáhajúcich profesií a samotných čitateľov k prevencii vzniku závislostí. Táto časť ponúka návod, ako odhaliť, že adolescent berie drogy a ponúka rôzne výskumy a štúdie v tejto oblasti.

Druhá časť približuje agresivitu, kriminálne správanie, šikanovanie, pri ktorom sa autori zameriavajú na definovanie šikanovania odborníkmi a odlíšenie šikanovania od agresivity a tiež sa orientujú na autoagresívne správanie dospievajúcich. Dnešných adolescentov možno považovať za internetovú generáciu, žijeme v internetovej dobe, a ani tejto problematike sa autori nevyhli. Pojednávajú o pôsobení virtuálneho sociálneho prostredia na identitu adolescentov, popisujú nové formy rizikového správania spojené s kyberpriestorom a prinášajú pohľad na adolescentov ako obeť, ale aj agresorov v kyberpriestore. Venujú sa tiež rodinnému prostrediu a významu rodiny, výchovy a komunikácii.

Autori v tretej časti informujú čitateľa o rizikovom správaní dospievajúcich v sexuálnej oblasti. Zaoberajú sa sexualitou, sexuálnymi emóciami, prinášajú prehľad sociálnopatologických javov v adolescencii v oblasti sexuality, prehľad pohlavných chorôb, možností antikoncepcie, pričom ich aj bližšie charakterizujú.

Časť publikácie sa týka rizikového správania v oblasti stravovania. Kult štíhlosti a médiá vplývajú na človeka najmä v období adolescencie. Rizikové správanie podľa autorov predstavuje rôzne druhy diét, vegetariánstvo, vegánstvo. Nespokojnosť s vlastným telom spôsobuje poruchy ako anorexiu, bulímiu, obsedantno-kompulzívnu poruchu a zároveň sa objavujú nové diagnózy ako patologická posadnutosť zdravou výživou, zneužívanie potravinových doplnkov, nahradzovanie potravy pitím kalorického alkoholu.

Rizikovému správaniu v oblasti pohybového režimu sa venuje posledná časť publikácie. Autori upozorňujú na nesprávne držanie tela, nadváhu, obezitu, zneužívanie steroidov, ako aj na riziká náročných tréningov a vrcholových športov.

V závere autori zdôrazňujú potrebu pristupovať k adolescentom a ich problémom individuálne, pretože prevencia, ktorá je cielená na užšiu skupinu je viac efektívna.

Autori publikácie prinášajú odborné poznatky z oblasti rizikového správania adolescentov, a to z pohľadu a praktických skúseností množstva odborníkov. Veľmi pozitívne hodnotím množstvo praktických návodov, výskumov, štúdií, kazuistík, ktoré v publikácii možno nájsť. Aj napriek tomu, že autormi sú odborníci, publikácia je písaná zrozumiteľne a prináša komplexný pohľad na túto problematiku. Nazerá na rizikové správanie z rôznych oblastí, publikácia nie je jednotvárna a prináša množstvo informácií nielen pre ľudí, ktorí sa problematike venujú, ale aj laikom, rodičom, učiteľom, ľuďom v pomáhajúcich profesiách, ktorí sa s takýmto správaním bežne stretávajú.

Publikáciu má pre mňa významný prínos, je zaujímavá nielen vďaka svojej odbornosti, aktuálnosti, šírky problematiky, ale prináša najmä pohľad z viacerých uhlov na problematiku rizikového správania u dospievajúcich. Sociálna práca sa zaoberá touto problematikou a informácie z publikácie možno využiť v oblasti prevencie, nakoľko sa autori venujú rôznym oblastiam rizikového správania a prinášajú aj rôzne odporúčania, ktoré v praxi možno využiť. Pre sociálnych pracovníkov prináša širší rozhľad a je motivujúca k realizácii rôznych výskumov v tejto oblasti.

Recenzia

Názov: Sebepoznání, sebeřízení a stres. Praktický atlas sebezvládnání. 3., doplněné vydání

Autor: RNDr. Jiří Plamínek, CSc.

Vydavateľ: Grada Publishing, a.s.

Miesto vydania: Praha

Počet strán: 192

ISBN: 978-80-247-4751-4

Recenzent: PhDr. Eva Gajdošová

Pracovisko recenzenta: Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ v Košiciach

Autor RNDr. Jiří Plamínek, CSc. je povolaním prírodovedec. Vyštudoval prírodné vedy na Univerzite Karlovej v Prahe a absolvoval dvojročný manažérsky program Johns Hopkins University v Baltimore. V osemdesiatych rokoch ho k riešeniu konfliktov inšpiroval zápas ťažko skúšanej prírody vtedy plánovaným hospodárstvom. Skúsenosti s ekologickými konfliktami po roku 1989 ho na pár rokov priviedli do štátnej správy, predovšetkým k štúdiu všeobecných zákonitostí riešení konfliktov a k zameraniu na meditáciu a zvládaniu konfliktov za účasti neutrálneho sprostredkovateľa. Začiatkom dvadsiatych rokov začal mediáciu používať v praxi a stal sa prvým československým mediátorom. K napísaniu publikácie s názvom *Sebepoznání, sebeřízení a stres* ho pôvodne doviedol takmer otrokársky vzťah niektorých českých manažérov k sebe samým. A to i takých, ktorí sú zjavne úspešní vo vedení iných ľudí. Dôraz je kladený na schopnosť rozumne riadiť čas a život, chrániť seba a svoje zdravie a pohodu. Kniha je prehľadne rozčlenená do deviatich kapitol, ktorých obsah korešponduje s hlavnými témami publikácie.

Autor v úvode poukazuje na to, že mnoho ľudí navliekne svojmu času a činom racionálnu uzdu, ktorá je síce užitočná, na druhej strane môže pustošiť kvalitu ich vlastného života a vzťahy k iným ľuďom. Zdôrazňuje, že ľuďom by namiesto neustáleho plánovania výrazne prospelo práve zamyslenie sa nad sebou a vlastným životom. Vo vzťahu k sebe a okoliu sa často spoliehame na prirodzený beh vecí, ale máme možnosť do svojho života aj racionálne a symetricky zasahovať. Máme slobodu voliť cestu.

Prvá kapitola *Zdroje v nás* sa venuje dosahovaniu úspechu, keď skutočnosť zodpovedá našim očakávaniam. Ďalej popisuje anatómiu úspechu a jeho predpoklady a podrobne analyzuje jednotlivé ľudské zdroje od neovplyvniteľných až po ovplyvniteľné. Hovorí o ľudskej práci, v rámci ktorej definuje pojem kompetencia ľudí. Uvádza model pyramídy osobnosti, ktorej pohyb od prvého k poslednému štvrtému poschodiu je podrobne vysvetlený v druhej kapitole *Zdedené zdroje* a v tretej kapitole *Osvojené zdroje*.

Štvrtá kapitola *Management zmeny* pojednáva o vzniku požiadaviek, požadovaných a „mäkkých“ schopnostiach, požadovaných postojoch, rozhodovaní o zmene a umenia možného. Definuje zdroje okolo nás a riadenie zmeny.

Management cieľov je názov piatej kapitoly, ktorá opisuje človeka v rôznych roliach a poukazuje na dôležitosť jednotlivých rolí.

Šiesta kapitola *Management času* sa zameriava na posudzovanie, premiestňovanie, výber a utriedenie činností a na distribúciu času. Autor uvádza vnútorné a vonkajšie faktory kvality času.

Siedma kapitola sa nazýva *Svet stresu* a rozlišujú sa v nej pojmy stres a záťaž. Kapitola sa zaoberá rozdielom medzi eustresom a distresom, prináša informácie o fyziológii a pôsobení stresu, psychológii a sociológii stresu a uvádza rôzne stresové situácie.

Ôsma kapitola s názvom *Zvládanie distresu* sa venuje cyklu zvládania distresu, jeho poznania, prevencie a ponúka veľmi praktické príklady a poučenia pre čitateľa.

V deviatej kapitole s názvom *Eustres a pokoj* sa autor zamýšľa nad hľadaním šťastia, rovnováhy, slobody, miery, synergie, zmyslu, kontextu, rozumu, hodnôt a nesmrteľnosti.

Ústrednou témou publikácie je sebariadenie, sebaopoznanie a stres. Sebariadenie predstavuje cieľavedomé riadenie seba samého vo vzťahu k vlastným potrebám, hodnotám, či záujmom. Práve sebariadením je možné vyhnúť sa stavu organizmu, kedy je tento organizmus vystavený rôznym stresorom. Sebaopoznaním a následne posilňovaním vlastného sebahodnotenia a sebadôvery sa človek učí úspešne zvládať náročné záťažové situácie a vhodne na ne reagovať. Táto užitočná kniha zrozumiteľne a jednoducho vysvetľuje zdroje v nás, ktorými dosahujeme naše úspechy. Predkladaná publikácia je písaná na vysokej odbornej úrovni, zrozumiteľným jazykom, s nápaditým spracovaním prostredníctvom tabuliek, ktoré sú následne v texte podrobne vysvetlené. Čitateľ tým získava ucelený prehľad o danej problematike. Prínosom publikácie vnímam to, že je obohatená o vlastné poznatky a skúsenosti autora, čím umožňuje čitateľovi vybrať si z množstva rád a skúseností autora a aplikovať ich vo svojom každodennom živote. Autor uvádza, že táto publikácia v sebe nesie názov *Dosahovanie úspechu*. Je preto určená laickej i odbornej verejnosti a prináša originálny pohľad na sebaopoznanie, sebariadenie ako na nástroj umožňujúci nielen dosiahnuť úspech, ale aj život zjednodušiť a vnieť do neho istotu, poriadok a stabilitu.

Recenzia

Názov: Partnerský a sexuálny život osob se zdravotním postižením

Autor: Mgr. Tomáš Drábek

Vydavateľ: Svaz tělesně postižených v České republice, o. s.

Miesto vydania: Praha, 2013

Počet strán: 99

ISBN: 978-80-260-5282-1

Recenzent: Mgr. Zuzana Šoltésová

Pracovisko recenzenta: Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach

Autor publikácie, Mgr. Tomáš Drábek, pracuje ako sociálny pracovník pražskej poradne pre osoby so zdravotným postihnutím a seniorov, ako aj v Klube vozíčkarov Petýrkova, kde participuje na zabezpečovaní služieb osobnej asistencie pre osoby s telesným postihnutím. To, že dlhé roky pôsobil ako osobný asistent pre osoby s ťažkým telesným postihnutím a postupne sa zoznamoval s osobami rôzneho veku, postihnutia a pohľadom na ich život, do ktorého neodmysliteľne patrí aj partnerská a sexuálna oblasť, ho priviedla k napísaniu tejto publikácie. Na 99 stranách prináša základné informácie o možnostiach pracovníkov, ktorí pôsobia v sociálnych službách, v oblasti podpory sexuality, ako aj partnerských vzťahov ľudí s rôznym zdravotným postihnutím. Publikácia je prehľadne štrukturovaná a autor ju člení do šiestich kapitol, pričom je prínosom nielen pre sociálnych pracovníkov a pracovníkov odborného sociálneho poradenstva, ktoré sa špecializuje na takto postihnuté osoby, ale aj pre všetkých tých, ktorí chcú nájsť potrebné informácie a nahliadnuť do tejto problematiky.

V prvej kapitole „*Lidská sexualita a partnerské vztahy*“ sa autor venuje dôležitosti edukácie sociálnych pracovníkov, týkajúcej sa problematiky ako sexuálneho, tak aj partnerského života osôb so zdravotným postihnutím. Zároveň zdôrazňuje nutnosť oboznámenia sociálnych pracovníkov nielen s ľudskou sexualitou, ale aj so špecifickými problémami, ktoré vznikajú v ich vzťahu ku zdravotnému postihnutiu. V kapitole sa zameriava aj na ľudské práva a čitateľa zaujímavým spôsobom oboznamuje s dôležitosťou partnerského vzťahu u osôb s postihnutím a s problémami, ktoré prináša ich život v osamelosti.

Druhá kapitola „*Sociální práce v souvislosti s partnerským a sexuálním životem lidí se zdravotním postižením*“ sa zaoberá dôležitosťou sociálnej práce, ktorá má v oblasti ľudskej sexuality možnosť ponúknuť a poskytovať špecifické služby, ktoré pracovníci iných pomáhajúcich odborov neposkytujú. Autor v tejto kapitole poukazuje na fakt, že celá oblasť partnerského a sexuálneho života ľudí s postihnutím si vyžaduje medziodborovú spoluprácu pomáhajúcich profesií, a preto je zaradenie sociálnych pracovníkov ako aj ďalších pracovníkov sociálnych služieb do tímu profesionálov, pre oblasť pomoci v partnerskom a sexuálnom živote ľudí s postihnutím, veľmi žiaduce.

Kapitola s názvom „*Vybraná východiska pro podporu sexuálního a partnerského života lidí se zdravotním postižením ve vztahu k sociální práci*“ ponúka základné pokyny ako pre organizácie, tak aj pre sociálnych pracovníkov. Zameraná je aj na základné princípy pre pomáhajúcich pracovníkov zaoberajúcich sa oblasťou partnerských vzťahov a sexualitou ich klientov. Dôraz je tu kladený na prekážky, ktoré pracovníci venujúci sa tejto oblasti, vnímajú. Kapitola sa zároveň venuje dôležitosti sebareflexie vlastného sexuálneho života, na nevyhnutnosť dodržiavania etického kódexu sociálnych pracovníkov a poskytuje určité stratégie a návody pre oblasť komunikácie.

Problemátike odborného sociálneho poradenstva, ale aj intervencii sa venuje štvrtá kapitola „*Možnosti pomoci a podpory v rámci odborného sociálního poradenství*“. Čitateľ sa

v tejto kapitole dozvedá, že základným cieľom pomoci je podporovať identitu a sebaúctu jedincov s postihnutím, znížiť u nich negatívny vplyv postihnutia či ochorenia na ich intímny život, posilňovať ich pozitívny vzťah k sexuálnemu životu, pričom základným nástrojom podpory by malo byť podávanie validných informácií a v prípade potreby spolupracovať aj s inými odborníkmi. Za ďalšiu z možností pomoci a podpory autor považuje konzultačnú činnosť, špecializované zoznamky pre ľudí so zdravotným postihnutím, internetové poradenstvo, využitie bibliografie a v neposlednom rade skupinovú sociálnu prácu.

V piatej kapitole *„Partnerské vzťahy a sexualita ľudí se zdravotním postižením“* autor upozorňuje na fakt, že u rôznych osôb, vzhľadom na ich vek, životnú situáciu, ako aj zdravotný stav, vyzerá sexualita „inak,, pričom slovo „inak,, neznamená horšie. Autor oboznamuje čitateľa o spoločných problémoch ľudí so zdravotným postihnutím a s tým, že tak ako existujú rovnaké problémy u osôb s postihnutím, tak zároveň sa podľa jednotlivého typu postihnutia tieto problémy líšia. Autor sa zameriava predovšetkým na problémy sexuálneho života u osôb s telesným, zmyslovým, mentálnym, interným, duševným postihnutím, ako aj problémy sexuálneho života seniorov, nakoľko v poslednej dobe považuje starobu čoraz viac ľudí za určitý handicap, aj keď sám o sebe nepatrí do kategórie zdravotného postihnutia.

Šiesta a zároveň posledná kapitola *„Možnosti dalšího vzdělávání“* informuje čitateľa o vzdelávacích programoch pre celoživotné vzdelávanie, ktoré sa na problematiku partnerských a sexuálnych vzťahov osôb s postihnutím zameriavajú. Okrem vzdelávania je dôležité, aby sociálni pracovníci pracujúci s touto cieľovou skupinou absolvovali základný kurz v oblasti sexuality, aby nadobudli dostatočné informácie o tom, akým spôsobom reagovať na rôzne otázky a problémy, a tiež je dôležité, aby bol vytvorený systém vzdelávacích akcií a doškoľovacích aktivít pre sociálnych pracovníkov a pracovníčky v sociálnych službách, čím by bol zaručený odborný prístup k sexualite užívateľov služieb. Autor ďalej ponúka prehľad vybraných vzdelávacích programov v Českej republike, ktoré sa zameriavajú na danú problematiku u postihnutých osôb. Ako poslednú možnosť ďalšieho vzdelávania profesionálov poukazuje na rôzne besedy, spoločné diskusie, nepravidelne prebiehajúce konferencie ako aj rôzne celoštátne kongresy.

Publikácia, ako celok, je veľmi zaujímavá a prínosná nielen pre sociálnych pracovníkov, ale aj pre všetkých ľudí zaujímajúcich sa o danú problematiku, nakoľko autor veľmi originálnym spôsobom informuje o negatívach, ale aj pozitívach sexuálneho a partnerského života osôb s postihnutím. Pozitívne hodnotím predovšetkým to, že je napísaná zrozumiteľne, a keďže v súčasnej dobe sa tejto problematike venuje ešte stále malá pozornosť a nielen verejnosť, ale aj pracovníci v sociálnych službách pred ňou zatvárajú oči, je obohatením a určitým návodom, na základe ktorého sa môžu sociálni pracovníci pracujúci s touto cieľovou skupinou oboznámiť ako im účinne, rýchlo a efektívne pomôcť a zároveň ako predchádzať strachu a hanblivosti pri riešení danej problematiky.

Recenzia

Názov: Sociálna náuka Cirkvi aplikovaná v sociálnej práci

Autor: Anton Lisnik

Vydavateľ: Verbum

Miesto vydania: Ružomberok, 2012

Počet strán: 115

ISBN: 978-80-8084-895-8

Recenzent: PhDr. Katarína Greňová

Pracovisko recenzenta: Katedra sociálnej práce, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach (externý doktorand)

Publikácia, ktorá slúži ako skriptá pre vysokoškolských študentov sa zaoberá témou sociálnej náuky Cirkvi a aplikovania jej zásad a princípov do oblasti sociálnej práce. Cieľom podľa autora bolo ponúknuť pohľad na spoločnosť zo zorného uhla tradície a učenia Cirkvi, prostredníctvom ktorej sa Cirkev podieľa na vytváraní spoločnosti, ktorá bude rešpektovať prirodzenosť človeka a napomáhať jeho všestrannému rozvoju.

Publikácia sa skladá z 8 kapitol, v ktorých autor postupne oboznamuje čitateľov s problematikou. Prvá kapitola sa venuje téme spoločnosti a sociálnej náuky Cirkvi. Autor približuje problematiku sociálnosti ako prirodzeného atribútu človeka, popisuje štát ako výsledok tejto sociálnosti, pričom upozorňuje na potrebu dodržiavania etiky trhového mechanizmu v spoločnosti a podrobne rozoberá jednotlivé princípy sociálnej náuky Cirkvi. V druhej kapitole sa autor zaoberá sociálnou politikou ako nástrojom, prostredníctvom ktorého štát realizuje svoje povinnosti voči občanom, vymedzuje pojem sociálna politika, základné črty a modely sociálnej politiky. Ďalšia kapitola je zameraná na sociálnu starostlivosť o členov spoločnosti, v jednotlivých podkapitolách sa venuje poskytovaniu pomoci od jej začiatkov až po súčasnosť. Definovaniu sociálneho systému a sociálneho zabezpečenia sa zaoberá štvrtá kapitola. Piata a šiesta kapitola podrobne rozoberajú systém sociálneho zabezpečenia v súčasnej slovenskej spoločnosti, pričom v podkapitolách sú detailne popísané piliere sociálneho zabezpečenia. Téma práce a odmeny za prácu je venovaná siedma kapitola, v ktorej je aj pohľad na zamestnávateľa a prácu z pohľadu učenia sociálnej náuky Cirkvi. Záverečná kapitola je zameraná na nezamestnanosť ako sociálny jav a zároveň ponúka aj pohľad Cirkvi na danú tému.

Kresťanské učenie ako jedna z teórií sociálnej práce je pre spoločenstvo každého štátu a ekonomického systému prínosom, keďže prináša pravdu a poznanie, ľudskosť a schopnosť pomáhať. Ak sú tieto zásady ponúknuté členom spoločnosti, zvyšuje sa šanca na dodržiavanie morálnych hodnôt, ktoré sú pre súčasnú globalizovanú spoločnosť potrebné, a ktoré prinášajú pokrok a solidárny rozvoj celého spoločenstva a ľudstva. Pretrvávajúca finančná kríza je podľa mnohých výsledkom krízy morálky, a preto je aj ponúknutie morálnych a kresťanských hodnôt vysokoškolským študentom prostredníctvom tejto publikácie prínosom. Keďže sociálna práca je práca s ľuďmi a pre ľudí, je dôležité, aby z vysokých škôl vychádzali absolventi nielen odborne, ale aj morálne kompetentní.

Publikáciu je možné odporučiť nielen študentom sociálnej práce, ale určite nájde uplatnenie i v ďalších študijných odboroch, ktoré pripravujú študentov na pomáhajúce povolania.

Recenzia

Názov: Vybrané kapitoly z Transakčnej analýzy

Autor: Jaroslav Barta

Vydavateľ: Jaroslav Barta

Miesto vydania: Námestovo

Rok vydania: 2013

Počet strán: 68

ISBN: 978-80-89602-13-1

Recenzent: PhDr. Ingrid Mladá

Pracovisko recenzenta: Katedra sociálnej práce, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach (externý doktorand)

Autor v publikácii predstavuje problematiku transakčnej analýzy, ako jednej z foriem humanisticky orientovanej terapie. Transakčnú analýzu vyvinul a rozpracoval psychiater Eric Berne v druhej polovici 20. storočia ako psychoterapeutickú metódu, našla však uplatnenie aj vo vzdelávaní, výchove, psychologickom poradenstve a ako terapeutická metóda aj v sociálnej práci.

Publikáciu tvorí šesť kapitol. V úvodnej kapitole sa autor venuje problematike sociálnych vzťahov. Druhá kapitola sa zaoberá témou udeľovania podpory a v jednotlivých podkapitolách približuje pozitívnu, negatívnu ako aj podmienenú a bezpodmienečnú podporu. V tretej kapitole je detailne popísaná analýza štruktúry osobnosti, „stavy Ja“, diagnostika „stavov Ja“, téma egogramu, vylúčenia a kontaminácie. Analýze transakcií – jednoduchej, skríženej i ukrytej je venovaná štvrtá kapitola. V piatej kapitole sa autor zaoberá štrukturalizáciou času. V podkapitolách sa venuje téme stiahnutia sa, rituálu, zábavy, aktivít, hrám a intrigám a intímnosti. Záverečná kapitola približuje analýzu životného plánu a hovorí o základných posolstvách, ktoré sú rozdelené na deštruktívne a konštruktívne.

Hoci sa autor v práci nevenoval problematike psychologických hier, ktoré ako uviedol, sú predmetom osobitných, rozsiahlych štúdií, je publikácia prínosom najmä pre vysokoškolských študentov, ktorí sa chcú venovať pomáhajúcim profesiám, keďže predkladá niekoľko základných tém transakčnej analýzy, ktorá našla svoje využitie tak v skupinovej, ako aj individuálnej psychoterapii, v psychologickom poradenstve, výchove a sebvýchove, v psychologickej práci v organizáciách i v sociálnej práci.

Publikáciu okrem študentov určite privítajú všetci, ktorí sa zaujímajú o problematiku psychológie a psychoterapie, pretože v nej nájdú kvalitne spracované vybrané témy z transakčnej analýzy.

Recenzia

Názov: Sociálne služby

Autor: Michal Oláh, Božena Igliarová, Nataša Bujdová

Vydavateľ: IRIS

Miesto vydania: Bratislava, 2013

Počet strán: 146

ISBN: 978-80-89238-97-2

Recenzent: Mgr. Dušan Bally

Pracovisko recenzenta: Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach

Publikácia „*Sociálne služby*“ sa zaoberá problematikou a možnými formami sociálnej pomoci pre ľudí, ktorí sa ocitli v pre nich neriešiteľnej situácii. Autori sa snažia, prostredníctvom piatich kapitol, adekvátne zhodnotiť dôležitosť právnych noriem s úzkym prepojením so študijným programom sociálna práca, pričom zdôrazňujú, že sociálne služby, ktoré sú u nás poskytované, sú nedostatočné a ani zďaleka nepokrývajú potreby občanov.

V prvej kapitole s názvom „*Kodifikácia a historický kontext sociálnych služieb*“ sa nám autori snažia načrtnúť stručný prehľad poskytovania sociálnych služieb v súvislosti s postojmi občanov na základe prístupov a modelov, ktoré sú v sociálnej práci nezanedbateľné. Taktiež sa zameriavajú na dôležité medzníky sociálnej práce, ktoré sú dôležitou súčasťou vývoja sociálnych služieb na Slovensku.

Cieľom druhej kapitoly „*Medzinárodné dokumenty tvoriace východiská k novému zameraniu sociálnych služieb*“ a tretej kapitoly „*Dokumenty Slovenskej republiky tvoriace východiská pre rozvoj sociálnych služieb*“ je priblížiť čitateľovi nevyhnutnosť a podstatu medzinárodných a slovenských dokumentov a paktov, ktoré sú prínosom v napredovaní sociálnych služieb od ich vzniku. Autori svoju pozornosť zameriavajú hlavne na princípy, ktoré sú základným pilierom vo vzťahu ku gerontom a na ľudské práva, ktoré sú obsiahnuté vo Všeobecnej deklarácii ľudských práv:

- základné ľudské práva,
- politické práva,
- ekonomické práva a
- sociálne práva.

Sociálnemu zabezpečeniu v Európskych dokumentoch autori venovali samostatnú podkapitolu, v ktorej bližšie rozoberajú možnosti riešenia poskytovaných sociálnych služieb.

Štvrtá kapitola „*Druhy a formy sociálnych služieb*“ je orientovaná na poskytovateľov sociálnych služieb, ktorí vo svojich zariadeniach poskytujú rôznorodé druhy a formy pomoci fyzickým osobám odkázaným na pomoc druhých ľudí. Formálna stránka ponúka širokú škálu možností sociálnej pomoci pre jednotlivcov, skupiny, komunity a pod.

Piata kapitola „*Financovanie sociálnych služieb, platba za poskytovanie sociálnych služieb a zmluva o poskytovaní sociálnych služieb (§71 - §74)*“ sa nevenuje formám a druhom sociálnych služieb, ale je orientovaná predovšetkým na zdroje, z ktorých sú sociálne služby financované. Ide hlavne o financie potrebné na tvorbu komunitných plánov, komunitného rozvoja, akreditáciu a rekvalifikáciu sociálnych pracovníkov. Autori bližšie špecifikujú podmienky, ktoré musia spĺňať jednotliví klienti pred prijatím do zariadenia sociálnych služieb. Taktiež sa zameriavajú na hodnotenie kvality poskytovaných sociálnych služieb, na ktoré majú všetci klienti nárok.

Publikácia slúži na lepšie zorientovanie sa v sociálnych službách pre sociálnych pracovníkov, ale aj pre ľudí, ktorí nemajú dostatočné vedomosti o danej problematike. Z tohto dôvodu ju odporúčam pre širokú verejnosť, nakoľko každý človek v priebehu života potrebuje niektorú z foriem sociálnej pomoci, či už je to pomoc pri odkázaní na pomoc inej osoby,

sociálne služby na podporu rodín a pod. Je prínosná taktiež popri štúdiu na vysokých školách so študijným programom sociálna práca a prináša nový pohľad na orientovanie sa v sociálnych službách.

Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou v rámci projektu VEGA č. 1/0332/12 Analýza vybraných rizikových faktorov klientskeho násilia v sociálnej práci s dôrazom na prevenciu klientskeho násilia a prípravu sociálnych pracovníkov - Národné zmapovanie výskytu násilia klientov voči sociálnym pracovníkom na Slovensku

**Rizikové správanie v teórii a praxi sociálnej práce
3. ročník Košických dní sociálnej práce**

konanej dňa 28. 11. 2014 v priestoroch **Sokrates**, Košice, Moyzesova 9

Vydal: Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ Košice

Zborník zostavila: Mgr. Soňa Lovašová, PhD.

Počet strán: 361

Rozsah AH: 18,05

ISBN: 978-80-8152-212-3

Vydanie: prvé

Nepredajné

Všetky práva vyhradené. Toto dielo ani žiadnu jeho časť nemožno reprodukovat', ukladať do informačných systémov alebo inak rozširovať bez súhlasu majiteľov práv.

Za odbornú a jazykovú stránku publikácie zodpovedajú autori jednotlivých príspevkov.

Rukopis neprešiel redakčnou ani jazykovou úpravou.

ISBN 978-80-8152-212-3