



Projekt Stratégia rozvoja marginalizovaných skupín Košického samosprávneho kraja,
reg. č. spisu 2005-OPZI-33-KE-0082, č. ITMS 11430300082, interné číslo P0041



PROJEKT JE SPOLUFINANCOVANÝ EURÓPSKOU ÚNIOU

Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou



Košice, 2008



*Projekt Stratégia rozvoja marginalizovaných skupín Košického samosprávneho kraja,
reg. č. spisu 2005-OPZI-33-KE-0082, č. ITMS 11430300082, interné číslo P0041*



PROJEKT JE SPOLUFINANCOVANÝ EURÓPSKOU ÚNIOU

Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou
konanej dňa 16.5.2008 v Košiciach

Stratégie

vo vzťahu k marginalizovaným skupinám

16. máj 2008

Konferencia sa konala pod záštitou:

JUDr. Zdenka Trebuľa, predsedu Košického samosprávneho kraja

Prof. PhDr. Jána Gbúra, CSc. dekana Filozofickej fakulty UPJŠ Košice

Odborní garanti konferencie:

Prof. ThDr. JCDr. Anton Fabián, PhD.

Doc. PhDr. Eva Žiaková, CSc.

Vedecký výbor konferencie:

Prof. PhDr. Anna Žilová, PhD. Katolícka univerzita Ružomberok

Prof. MUDr. Štefan Kovaľ, CSc. UPJŠ Košice

Prof. MUDr. Peter Kalanin, CSc. UPJŠ Košice

Editor:

JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD.

Recenzenti:

Doc. PhDr. Beáta Balogová, PhD.

PhDr. Ivana Pirohová, PhD.

Vydal: Košický samosprávny kraj, Košice Námestie maratónu mieru č. 1 a Univerzita
Pavla Jozefa Šafárika, Filozofická fakulta

Tlač: Košický samosprávny kraj

ISBN: 978-80-969932-1-5

EAN : 9788096993215

Obsah

FABIAN Anton <i>Svet utrpenia zobúdzá svet solidarity</i>	9
ŽIAKOVÁ Eva <i>Osamelosť ako sociálny problém. Štandardy sociálnej práce s osamelými matkami autistických detí</i>	15
Von Dr. Darius W. CWIEK <i>Die Roma Frage in Polen</i>	20
SEDLÁKOVÁ Mária <i>Sociálne postavenie človeka s postihnutím a jeho práva</i>	24
ŠLOSÁR Dušan <i>Chudoba a stratégie jej zvládania</i>	31
JANIGOVÁ Emília, ŠPÁNIKOVÁ Martina <i>Podstata a aplikácia alternatívnych trestov na Slovensku</i>	35
RÁCZOVÁ Beáta, BUJŇÁKOVÁ Stanislava <i>Analýza vplyvu starých rodičov k vnúčatám v adolescentnom veku a miera ich vplyvu</i>	41
ANTOLOVÁ Vladimíra, ŠTEFANOVÁ Lenka <i>Uplatnenie sociálnej práce, stratégie a postupov pri práci so žiadateľmi o azyl a azylantmi</i>	47
GALKOVÁ Silvia <i>Prežívanie sociálnej a emocionálnej osamelosti matiek s postihnutým dieťaťom</i>	53
HUROVÁ Jana <i>Stratégia prístupu k ľuďom s duševnými ochoreniami v regióne Michalovce</i>	60
KOTRÁDYOVÁ Katarína, KALANIN Peter <i>Slovensko v Európe a jeho bezpečnostné riziká vzhľadom na marginalizované skupiny obyvateľstva</i>	66
KOČIŠOVÁ Agnesa <i>Stratégie sociálnej inklúzie a podporovanie zamestnanosti Osôb so zdravotným znevýhodnením</i>	72
KRÁLIKOVÁ Viera <i>Využitie prístupov na báze zážitku a dobrodružstva pri práci s delikventnou mládežou</i>	82

KUBA František <i>Nebezpečí marginalizace v kontextu Ostravy</i>	85
KOLLÁROVÁ Jana, SCHNITZEROVÁ Eva, ONDRAŠIKOVÁ Františka <i>Realizácia Programu podpory zdravia znevýhodnených rómskych komunit v Kecerovsko – Olšavskom mikroregióne</i>	91
LEŠKOVÁ Lýdia <i>Chudoba v rómskych komunitách – spoločenský problém súčasnosti</i>	95
LOVAŠOVÁ Soňa <i>Verbálna agresia v praxi sociálneho pracovníka</i>	99
LUKÁČ Marek <i>Stručný vývoj vzdelanostnej úrovne rómskeho etnika na Slovensku</i>	100
MAJCHEROVÁ Katarína <i>Súčasný stav a formy riešenia šikanovania v našich školách</i>	109
ONDRUŠKOVÁ Ivica <i>Sociálna inklúzia dieťaťa so syndrómom ADHD</i>	116

Svet utrpenia zobúdzá svet solidarity

FABIAN Anton , SR

Abstrakt

Hoci utrpenie a choroba človeka marginalizujú, dôstojnosť jeho osoby zostáva nedotknutá. Je to dané spirituálnym rozmerom ľudskej bytosti. Práve z duchovného pohľadu možno objaviť v utrpení výzvu k osobnému dozrievaniu. Z pohľadu sociálneho je utrpenie výzvou k solidarite a tým aj k organizovaným formám pomoci. Náboženské motívy sociálnej činnosti tvoria pevný základ pre zmysluplné aktivity v rôznych oblastiach sociálnej sféry.

Kľúčové slová Utrpenie, choroba, dôstojnosť osoby, solidarita, samaritán, kresťanská služba blížnemu.

Prvá časť

Jednotlivec a spoločnosť v kontexte utrpenia

Choroba človeka marginalizuje

Vo chvíli, keď do ľudského života vstúpi utrpenie - a nikto sa mu nevyhne – mení sa kvalita určitých sociálnych vzťahov. Napr. prerušia sa pracovné vzťahy. Choroba človeka marginalizuje. Postupne i priatelia a rodinní príslušníci strácajú schopnosť udržať svoje vzťahy k chorému na predchádzajúcej úrovni, pretože chýba bezprostrednosť spoločných zážitkov. Pokiaľ chorý skôr staval vo svojom hodnotovom systéme na popredné miesto pracovné úspechy a spoločenský status, ťažko znáša, že sa jeho život dostáva na okraj záujmu spoločnosti. V sociálnom zmysle utrpenie prináša vážne zmeny, lebo človek sa musí vyrovnávať s osamelosťou, izolovanosťou a pocitom neužitočnosti.

Tieto pocity sú ovplyvňované tromi kľúčovými faktormi, ktorými sú:

1. Okolnosti utrpenia; pohlavie (ináč prežívajú chorobu muži, ináč ženy); druh choroby.
2. Vnútorne osobné zdroje: psychologické (poznatie seba samého, chovanie, povaha, sebadôvera, sila vôle, trpezlivosť, optimizmus); kultúrne (výchova a vzdelanie, literatúra, šport, umenie, príroda); medziľudské (priateľstvo, ochota k dialógu, solidárnosť, čestnosť, úprimnosť, altruizmus); duchovné (viera, Božie slovo, modlitba, atď).
3. Vonkajšia opora (rodina, priatelia, farnosť, pracovné prostredie, zdravotnícke zariadenia)¹.

Možno teda povedať, že zložitá sústava ľudských vzťahov, v ktorej sa jedinec rozvíja, je utrpením vážne zmenená, ohrozená a narušená. Vzniká potom otázka: znižuje sa tým aj dôstojnosť ľudskej osoby ?

¹ Porov. PANGRAZZI, A.: *Proč právě já?*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství 1997, s. 11.

Hodnota človeka ako osoby

Dôstojnosť ľudskej osoby nepochádza zo spoločnosti, ani z produktívnosti v zamestnaní, ale má svoje zakorenenie v prirodzenom práve na život a rozvoj vyplývajúcom z podstaty ľudskej bytosti, ktorá je stvorená na Boží obraz. Teda dôstojnosť človeka nie je podmienená faktickým prijatím jedinca do spoločnosti, ani skutočným rozvinutím jeho schopností. Spoločnosť teda nemôže stanoviť podmienky, za ktorých človek má byť považovaný za nositeľa práv ľudskej osoby. V minulosti existovali rôzne spoločenské zriadenia, ktoré nepriznali všetkým ľuďom hodnotu osoby, napr. Sparta, Staroveký Rím, otrokárske a novodobé totalitné zriadenia atď. Opierali sa o presvedčenie, že ľudské práva sú dané štátnym zákonom, a popierali prirodzený pôvod práva, ktorý štátny zákon má iba uznať a chrániť.

Utrpenie neznižuje dôstojnosť človeka

Z uvedeného vyplýva, že ľudský jedinec má hodnotu a dôstojnosť osoby aj vtedy, keď do jeho života vstúpi utrpenie. Má právo na kvalitnú zdravotnú starostlivosť i na zmiernenie utrpenia a bolesti. Chorí vyžadujú skutočne ľudskú a odbornú starostlivosť, aj keď ide o ľudí dementných, starých alebo ťažko chorých a umierajúcich. Princíp dôstojnosti ľudskej osoby je veľmi dôležitý nielen pre sociálne otázky, ale aj pre etiku, najmä ak ide o tak často dnes diskutované otázky ako sú: eutanázia, potrat, umelé oplodňovanie, klonovanie, genetické inžinierstvo a iné.

Spoločenské premeny

V ostatných sto rokoch sme boli svedkami veľkých spoločenských premien aj na Slovensku. V mene spravodlivej zdravotníckej starostlivosti o všetkých ľuďoch, ľavicovo orientovaní politici poštátnili majetok a nariadili odvody do zdravotných poisťovní. Za to sľúbili ľuďom lieky a nemocničné ošetrovanie zadarmo. Tým vznikla silná myšlienková infekcia, z ktorej sa spoločnosť dodnes nevie zotaviť. Prvú polovicu svojich ideí politickí a vládni činitelia aj splnili. Všetky doterajšie vlády spresňovali zákony o daniach a odvodoch. Žiadna vláda však nespĺnila prísľub spravodlivej starostlivosti o chorých. Následkom totalitárneho politického klamstva sme svedkami korupcie a škandálov, ako aj prehlbovania priepasti medzi chudobnými a bohatými, zdravými a chorými.

Vplyv prostredia

Na stav chorého človeka nevlplyva len choroba a zložitá sústava medziľudských vzťahov, ale aj prostredie a mentalita, v ktorej sa dnešný život odvíja. V súvislosti s vplyvom prostredia na ľudské zdravie sa v súčasnej dobe venuje zvýšená pozornosť ekologickým otázkam. Závažné škody na ľudskom zdraví spôsobujú: znečistené životné prostredie, pôda, voda a vzduch. Nezdravé sú aj mnohé návyky, týkajúce sa spôsobu stravovania, aktívneho pohybu, fajčenia, poprípade drogových závislostí. Silné slovo majú v spoločnosti masmédiá, lebo dnes sa považuje za dôležité to, o čom sa hovorí v rozhlase alebo televízii. O čom sa mlčí - čomu sa reklama nerobí - to sa považuje za nedôležité.

Orientácia na výkon, úspech a zisk

Bohužiaľ, súčasná spoločnosť orientovaná na výkon, úspech a zisk nedokáže znášať utrpenie, pretože v ňom vidí iba niečo negatívneho. Ideálom mnohých ľudí je: život bez bolestí. Vrásky na ľudskej tvári - znak stárnutia, ale tiež toho, čo kto pretrpel - sú neprípustné a preto sa odstraňujú. Predstiera sa večná mladosť bez bolesti. Mnohokrát aj mŕtvolky v rakve sú upravené make-upom, aby mali podobu kvitnúcej mladosti, akoby spali. Ako keby sa spoločnosť tichým spôsobom dohodla na hre, ktorá sa volá: sviežosť a mladosť za každú cenu. Slzy sú zakázané! Vzniká tak vzájomná hra masiek. Plakať v prítomnosti druhých sa pokladá za nevkusné a dobre vychovaný človek sa podľa toho aj riadi. Jedinou výnimkou sú pohreby. Tam sú slzy povolené. Inak sa plače iba v noci a potajomky. Mnohí skrývajú svoju chorobu pred rodinou, pracovným kolektívom i vlastným lekárom. Samozrejme, že v takejto ľadovej kultúre vzniká nová choroba, ktorá zasahuje oblasť sociálnu a spirituálnu.

Vytvorila sa určitá móda v myslení, podľa ktorej: utrpením sa nerastie, preto sa ono iba potláča. Ak sa to nedá ináč, tak pomocou tabletiiek alebo alkoholu. Ľudia sa snažia utrpeniu elegantne vyhnúť a nie pretvárať svoj život. Ak je napr. manželstvo nešťastné, tak sa mnohí nezamýšľajú nad tým ako ho ozdraviť, ale nad tým ako sa rýchlo a hladko rozvieť, aby z nepodareného vzťahu vznikli čím menšie jazvy. Nezaujímajú ich pri tom, či z toho vzniklo nejaké poučenie pre život. Za utrpenie sa vo všeobecnosti mnohí hanbia: ochrnutých, starých a umierajúcich odnášajú do ústavov, starobincov a nemocníc, aby sa na nich nemuseli pozeráť. Hoci sú na to aj iné dôvody - ako sú obmedzené bytové podmienky, pracovné povinnosti atď. - predsa len za tendenciou izolovať starých a nemocných treba vidieť na prvom mieste strach. Strach konfrontácie s vlastnou budúcnosťou, utrpením a umieraním. Človek ťažko znáša pred očami niečo, čo mu pripomína, čím bude. Oslobodzujúc sa však takýmto spôsobom od utrpenia, vzdaluje sa človek od skutočného života.

V spoločnosti, ktorá sa plánovito trpiacim vyhýba, šíri sa neschopnosť vnímať každé utrpenie, tak vlastné ako aj cudzie. Rastie chlad a ľadovosť. Nie náhodou v rozvinutých priemyselných krajinách je vysoký stupeň samovrážd. Neschopnosť trpieť je chorobou, ktorá ľudí pripravuje o miazgu a intenzitu života. Takže potom ani radosť ani šťastie sa neprežíva intenzívne. Stráca sa dimenzia hĺbky života, vzájomné vzťahy sú stále povrchnejšie, šíri sa prázdnota a nuda².

Druhá časť

Pri trpiacom je potrebný druhý človek

Po predchádzajúcom pohľade na človeka ako osobu, ktorá má svoju dôstojnosť, a na spoločnosť i prostredie, v ktorom sa nachádza, môžeme postúpiť teraz ďalej a zaoberať sa otázkou: ako môže spoločnosť i zdraví jednotlivci napomáhať zmierneniu utrpenia vo svete? Inými slovami: ako fenomén utrpenia zobúdzá v nás sociálne cítenie? V kresťanstve je modelom svedectvo a príklad Ježiša z Nazaretu.

Sociálne cítenie Ježiša z Nazaretu

Evanjeliá poskytujú množstvo správ, v ktorých Ježiš má dočinenia s chorými. Je to preto, lebo - ako píše Bernard Huhn - «chorí sú vývesným štítkom ľudskej biedy»³. Ježiš uzdravil mnohých. Díval sa však na človeka v súvislostiach vnútorného a

² Porov BRANTSCHEN, J. B.: *Proč nás dobrý Buh nechává trpět?*. Praha : Scriptum 1994, str. 34.

³ HUHN, B.: *Ježiš hovorí s ľuďmi*. Spišské Podhradie : Seminár J. Vojtašáka 1991, s. 40.

vonkajšieho života, čiže medzi telom a dušou. Toto psychosomatické nazeranie znamená, že za utrpením tela videl biedu duše, za chorobou vnútornú disharmóniu. Bernard Huhn spresňuje: «*Kedže Ježiš prišiel, aby človeka oslobodil, potom jeho vykúpenie je zamerané na hlbší neporiadok, nielen na telesný organizmus. Ježiš chce preklenúť priepasť medzi Bohom a človekom, ktorá tu je - biblicky povedané - od prvého pádu. Následky a dôsledky prvého pádu na telesnú oblasť, predstavujú tú priepasť, ktorá je medzi zdravím a chorobou. V tejto priepasti zjavuje Ježiš Otcovu slávu tým, že niektorých telesne lieči, ale všetkým ponúka vieru a nádej ako prostriedky na úplné ozdravenie*»⁴.

Vložiť sa do Božích rúk, odovzdať sa do jeho vôle a trpezlivou láskou prekrývať každodenné utrpenie, to je cesta človeka, na ktorej sa postupne odhaľuje zmysel bolesti a spôsob jej riešenia. Belgický teológ Luis Evely napísal: «*Ježiš neprišiel utrpenie odstrániť, ani ho vysvetliť, ani ospravedlniť. Prišiel ho na seba vziať a tak ho premeniť*»⁵.

Podobenstvo o milosrdnom Samaritánovi

Najkrajší príklad Ježišovho vyjadrenia na tému sociálneho cítenia nachádzame v podobenstve nazývanom Milosrdný Samaritán (Lk 10, 29). Ukazuje v ňom, aký má byť vzťah každého človeka voči trpiacim ľuďom. Ján Pavol II. v apoštolsko liste *Salvifici doloris* (ďalej Sd) píše: „*Zastavenie sa pri trpiacom nesmie byť zvedavosťou, ale ochotou pomôcť. Je to otvorenie vnútornej dispozície srdca... Milosrdný samaritán je každý, kto je citlivý na cudzie utrpenie, koho dojíma a zaujíma cudzie nešťastie... Preto je potrebné, aby sme pestovali onen cit srdca, ktorý svedčí o spolucítení s trpiacimi. Po čase sa toto spolucítenie stane hlavným výrazom našej lásky a solidarity s trpiacim blížnym*“ (Sd 28).

Spisovateľ Alexander Solženicin ilustruje túto pravdu na príbehu Jelizavety Anatolievnej, ktorá pracovala ako upratovačka na onkológii. Doživotné vyhnanstvo, odlúčenie od rodiny, ponižovanie a smrť dcéry urobili z nej starenu. Napriek tomu neprejavovala ani náznak zanevrenia alebo roztrpčenia a vo všetkom si zachovala dôstojnosť. Urobila totiž jeden objav: „*Čím viac človek myslí na utrpenie druhých, tým ľahšie znáša vlastnú bolesť*“.⁶ Dá sa povedať, že to je samaritánka XX. storočia.

Svet utrpenia prizýva svet ľudskej lásky

Milosrdný Samaritán v biblickom príbehu nezostáva iba pri dojatí a pocite spolupatričnosti. Udalosť je preňho inšpiráciou k činu, ktorý má za cieľ pomôcť zranenému. Vkladá do pomoci svoje srdce a neľutuje materiálne prostriedky. Ján Pavol II. píše: „*Utrpenie, ktoré je prítomné v našom ľudskom svete vo forme rôznych podôb, je tu aj preto, aby v človeku vzbudzovalo lásku: ono nezištné darovanie vlastného „ja“ v prospech iných, trpiacich. Svet utrpenia prizýva sústavne iný svet - svet ľudskej lásky. A za tú nezištnú lásku, vzbudenú v srdciach, človek vďačí utrpeniu*“ (Sd 29).

Jedným z mnohých príkladov milosrdnej lásky je Anna Kriťterová. Narodila v r. 1912 v Mulhouse vo Francúzsku s postihnutými nohami i rukami. V dospelosti si uvedomila, že napriek vlastnému postihnutiu môže: počúvať, milovať, a darovať úsmev. V r. 1952 vo francúzskom Elsasku založila organizáciu pre telesne postihnutých, vďaka

⁴ HUHN, B., *Ježiš hovorí s ľuďmi*, s. 41.

⁵ EVELY, L.: *Blažení, ktorí znášajú utrpenie*. Bratislava : CMBF - samizdat 1969, s. 22

⁶ Porov. SOLŽENICIN, A.: *Krebsstation II*, Neuwied-Berlin : Luchterhand Verlag 1969, s. 249.

ktorej sa uskutočnili mnohé autobusové zájazdy, konferencie, benifické večery a kultúrne výlety. Hovorievala: „*Nešťastie, ktoré nás v živote stretáva, nesmie nikdy prevýšiť to šťastie, ktoré nám bolo darované*“.⁷ Často sa jej pýtali: „Ako môže byť človek šťastný, keď je postihnutý?“ Jej odpoveď bola jednoduchá: „*Kristus mi dal spoznať pravdu, že láska, nežnosť, pokora a porozumenie môžu premeniť chorobu na úplný opak. Keď sa podelíte o svoju pomoc a o svoje priateľstvo s tými, ktorí to potrebujú, budete za to odmenení šťastným životom. Lebo keď človek dáva, dostáva. Sme šťastnejší vtedy, keď máme niečo, čo môžeme darovať, ako vtedy keď máme len to, čo si prajeme...*“

Organizované formy ľudskej solidarity

Sociálna činnosť v prospech „blížnych“ dostala v priebehu historického vývoja stáročiami organizované formy a ustanovizne. Už v staroveku, cez celý stredovek a novovek sa Cirkev usilovala prostredníctvom rehoľných komunít zriaďovať nemocnice, charitatívne ustanovizne, starobince a pod., v ktorých išlo o službu lásky. V súčasnosti sa tieto inštitúcie ešte viac zdokonalili a špecializovali. Vďaka masmédiám je súčasný človek viac informovaný o bolestiach druhých, a to ho núti stále viac ich pochopiť a predchádzať im. Pri pohľade na to všetko treba konštatovať s Jánom Pavlom II., že „*podobstvo o Samaritánovi sa stalo jedným zo základných kameňov všeludskej kultúry, morálky a civilizácie*“ (Sd 29).

Dôležité miesto v službe pre trpiacich ľudí majú aj dobrovoľníci, ktorí sa angažujú bezplatne v samaritánskej pomoci a venujú jej mnoho voľného času a sily. Ak sa takáto sociálna činnosť vykonáva z evanjeliových dôvodov a v súčinnosti s kresťanským spoločenstvom, možno ju nazvať apoštolátom (porov. Sd 29). Bez ohľadu na to, či je sociálna činnosť organizovaná alebo individuálna, platí o nej, že: pozitívne rozvíja základné morálne hodnoty: hodnotu ľudskej solidarity a kresťanskej lásky k blížnemu. Takýmto spôsobom sa formujú aj medzilidské vzťahy i spoločenský život a potláčajú sa rôzne prejavy nenávisťi, násillia, surovosti ako aj obyčajný nezáujem o človeka a jeho bolesť.

Náboženské motívy sociálnej činnosti

Náboženské motívy sociálnej činnosti sú stálym zdrojom inšpirácie a angažovanosti pre mnohých, ktorí sa cítia povolani vydávať svedectvo lásky. Ustanovizne sú veľmi dôležité a nezastupiteľné, ale ani jedna z nich nenahradí ľudské srdce, zúčastnenosť, lásku a iniciatívu, ktorá je potrebná zoči-voči utrpeniu. (porov. Sd 29). Potrebu aktivity, smerujúcej k odstraňovaniu utrpenia zo sveta, spečatil Ježiš z Nazaretu aj svojím podobenstvom o poslednom súde: „*Bol som hladný a dali ste mi jesť; bol som smädný a dali ste mi piť; bol som chorý a navštívili ste ma... Veru, hovorím vám, čokoľvek ste urobili jednému z týchto mojich najmenších bratov, mne ste urobili*“ (Mt 25, 40). Z aspektu večného života každého človeka je nesmierne dôležité, aby - podobne ako milosrdný Samaritán - „sa zastavil“ pri utrpení druhého, aby si ho všimol a aby napokon pomohol.

Na začiatku nášho storočia žil v talianskom meste Neapol lekár a bádateľ, Giuseppe Moscati, ktorého pápež Pavol VI. kanonizoval v r. 1975. Bol to človek s láskavým a súcitným srdcom, ktorý sa nezištne obetoval v sociálnej rovine. Zachoval sa

⁷ Porov. GASPARIOVÁ, A.: A přece jsem ráda na světě. In: *Svetlo*, 5, 1997, č. 9 (podľa VISION 2000 spracoval L. Štula).

list z r. 1924, v ktorom Moscati píše priateľovi nasledujúce slová: „Pravú dokonalosť možno dosiahnuť iba vtedy... keď človek žije Božou láskou, blíznym dáva dobrý príklad a modlí sa za nich...Na uzdravenie chorého tela poznáme mnoho spôsobov. Na uzdravenie chorého ducha, som sa vždy držal návodu z Evanjelia svätého Lukáša, príbehu o Márii a Marte, kde Ježiš chváli Máriu, lebo si zvolila lepší podiel, ktorý jej nebude odňatý...“⁸

Na nemocničnej posteli človek vytuší, že mu bude všetko odňaté. Ale Ježiš ponúka podiel, ktorý nebude odňatý. Táto pravda sa stala smernicou pre mnohých ľudí v oblasti sociálnej práce. Osvojili si Ježišov program oslobodenia, podľa ktorého - ako píše Ján Pavol II-: „utrpenie je vo svete na to, aby rodilo účinky lásky k blížnemu“ (Sd 30).

Záver

Z reflexie nad jednotlivcom a spoločnosťou v kontexte utrpenia, možno vyvodiť záver: svet utrpenia prizýva a zobúdzá svet ľudskej solidarity, aby sa v duchu samaritánskej služby a lásky rozvinula efektívna sociálna činnosť a minimalizovalo marginálne postavenie trpiaceho človeka.

Kontakt:

Fabian Anton
fabian.anton@rimkat.sk

⁸ PAPASOGLI, G.: *Svätý lekár*. Košice : Slovo 1991, s. 20.

Osamelosť ako sociálny a psychologický problém. Štandardy sociálnej práce s osamelými matkami autistických detí

ŽIAKOVÁ, Eva, SR

Úvod

Od doby, kedy Leo Kanner prvýkrát popísal detský autizmus, bolo publikovaných mnoho kníh, statí a odborných publikácií. Autizmus je hlboké a vážne postihnutie, ktoré si vyžaduje prispôsobenie fungovania celej rodiny, prostredia, spôsobu komunikácie. Zväčša sa výskumy sústreďujú na autistické deti a ich terapiu, no nemenej závažné problémy sa týkajú aj matky, ktorá je v podstate „odsúdená“ na sociálnu aj emocionálnu izoláciu, ak chce, aby jej dieťa bolo aj vo svojom svete šťastné.

Výskum, ktorého výsledky prezentujem v tomto príspevku, sa zameriavajú na problém prežívania emocionálnej a sociálnej osamelosti u matiek, ktoré majú svoje autistické dieťa doma resp. v špeciálnom zariadení s cieľom poukázať na rozdiely medzi týmito dvoma skupinami. Záver vyúsťuje do návrhu štandardov sociálneho pracovníka s takouto skupinou ľudí.

Teoreticko-metodologické východiská

Seligman (in Demir, Fisiloglu, 1999) opísal osamelosť ako jeden z najmenej porozumených fenoménov zo všetkých psychologických fenoménov. Napriek zvýšenej pozornosti zo strany psychológov v posledných desaťročiach, nedospelo sa ku konsenzu pri vymedzení tohto pojmu. Je zrejmé, že ide multidimenzionálny psychologický pojem, zahrňujúci v sebe rozmer „normality“, ale aj patológie. V prípade druhého významu sa to týka zložitého problému vzťahu medzi osamelosťou a depresiou. Je empiricky totiž dokázané, že tieto dva konštrukty sa často vyskytujú súčasne (Weeks, Michela, Peplau, Bragg in Chomová, 2003) a spory o tom, či ide o jeden konštrukt alebo o dva samostatne existujúce javy pretrvával až do konca sedemdesiatych rokov. Vtedy R. S. Weiss (in Chomová, 2003, s. 6) rozlíšil osamelosť a depresiu na základe pozorovaného správania sa jedincov. „Kým osamelý jedinec sa snaží o nadväzovanie nových kontaktov, aby zmiernil svoju úzkosť, depresívny jedinec kontakt odmieta a sťahuje sa do izolácie“. Východiskom z tejto situácie podľa nás by mohlo byť spojenie medzi schopnosťou resp. neschopnosťou vnímať svoj zmysel života v závislosti od toho, v akej situácii sa človek nachádza. Ako konštatuje Ewa Ryś „...vnímanie zmyslu života je závislé od stupňa v akom je človek schopný vnímať samého seba a nakoľko si dokáže odpovedať na otázku ako žiť“ (Ryś in Mausch, Ryś, 2007, s.17). Kto si myslí, že si neporadí s problémom, problém sa stane pre neho dominantný a človek nakoniec prepadne depresii. Karol Mausch z toho usudzuje, že depresia vo všeobecnosti znamená „stratu zmyslu života respektíve neschopnosť vnímať jeho zmysel a tým nadobúda existenciálny rozmer“ (Mausch in Mausch, Ryś, 2007, s. 33). Uvedené skutočnosti sa ukazujú ako dôležité pri skúmaní prežívania emocionálnej a sociálnej osamelosti u žien, ktoré sa ocitli v tak zložitej situácii, v ktorej napriek ich možnému osobnostnému nastaveniu, sú nútené na určitý druh sociálnej aj emocionálnej izolácie. Východiskom môže byť umiestnenie ich autistického dieťaťa v špeciálnom zariadení ako aktívna účasť na existenciálnej psychoterapii (Yalom, 2006).

Nemenej podstatným ostáva problém celej rodiny a jej emocionálneho vyrovnávania sa s rizikovými situáciami spojenými s postihnutím dieťaťa. Náročnej

skúške stability a zrelosti sú vystavené predovšetkým osobnostné kvality rodičov, ich vzájomný partnerský vzťah i schopnosť pružne reagovať na záťaž (Kročanová, 1999).

Metodológia výskumu

Cieľom výskumu bolo spoznať prežívanie matiek s autistickým dieťaťom, konkrétne ich prežívanie osamelosti a identifikovať sieť ich sociálnej opory. Zaujímalo nás pritom, či na uvedené premenné má nejaký vplyv to, kde je autistické dieťa umiestnené a koľko času trávi doma. Zamerali sme sa teda na dve skupiny matiek-matky autistických detí, ktoré sa o svoje dieťa starajú doma, pričom dieťa chodí do školy/materskej školy- či už špeciálnej, alebo je integrované v normálnej škole/materskej škole, a matky autistických detí, ktorých dieťa je umiestnené v špeciálnom zariadení a doma trávi len víkendy.

Predpokladali sme rozdiel v emocionálnom i sociálnom prežívaní osamelosti u matiek, ktoré sa o svoje autistické dieťa starajú samy doma v porovnaní s matkami, ktoré majú svoje dieťa sústavne doma. Vo výskume sme použili 4 metodiky, z ktorých sme vytvorili dve sady testov. Prvú sadu sme predložili matkám, ktoré sa starajú o svoje autistické dieťa doma (ale ich dieťa chodí do školy alebo materskej školy), druhú sadu matkám, ktoré majú svoje autistické dieťa v špeciálnom zariadení a doma trávi len víkendy. Nástroje, ktoré sme v tomto výskume použili, pozostávajú z metodík, ktoré sme si vytvorili sami aj z metodík, ktoré sú štandardne používané. Najprv respondentky vyplňali Škálu na meranie osamelosti NLS, potom odpovedali na 6 otázok týkajúcich sa osamelosti, ako tretie im boli predložené dva kruhy zaznamenávajúce sieť sociálnej opory a na záver vyplňali sociodemografické údaje.

Výskumnú vzorku tvorilo 48 matiek autistických detí, ktoré sme rozdelili do dvoch skupín. Prvú skupinu (24 žien) tvorili matky, ktoré sa o svoje autistické dieťa starajú samy doma, ale ich dieťa chodí do školy/materskej školy- či už špeciálnej, alebo je integrované v normálnej škole. Vekový priemer vzorky bol 35,94 rokov, pričom najmladšia účastníčka mala 24 rokov a najstaršia účastníčka 47 rokov. Matky majú v priemere 1,7 detí (minimum 1, maximum 4). Vekové rozpätie detí sa pohybovalo od 4 do 19 rokov a vekový priemer detí bol 9,5 rokov.

Matky druhej skupiny (24 žien) majú svoje autistické dieťa umiestnené v špeciálnom zariadení na týždenných pobytoch, pričom ich dieťa trávi doma víkendy. Vekový priemer vzorky bol 37,65 rokov, pričom najmladšia účastníčka mala 29 rokov a najstaršia účastníčka 49 rokov. Matky majú v priemere 2,1 detí (minimum 1, maximum 4). Vekové rozpätie detí sa pohybovalo od 5 do 19 rokov a vekový priemer detí bol 11,79 rokov.

Vybrané výsledky výskumu

Výsledky testu (Mann-Whitney U-test) potvrdili významnosť vzťahu medzi umiestnením autistického dieťaťa a emocionálnou osamelosťou. Matky autistických detí, ktoré majú svoje dieťa doma sa ukázali ako viac emocionálne osamelé a to na štatistickej významnosti 0,041.

Tabuľka č.1 Výsledky Mann-Whitney U-testu emocionálnej osamelosti NLS

	Matky- dieťa doma	Matky- dieťa v špeciálnom zariadení	U	Z	signifikancia
Emocionálna osamelosť NLS	28,63	20,38	189,000	-2,047	0,041

Predpokladali sme, že existuje rozdiel v prežívaní aj sociálnej osamelosti u matiek autistických detí, ktoré sa o svoje dieťa starajú samy doma a prežívaním sociálnej osamelosti u matiek, ktoré majú autistické dieťa umiestnené v špeciálnom zariadení.

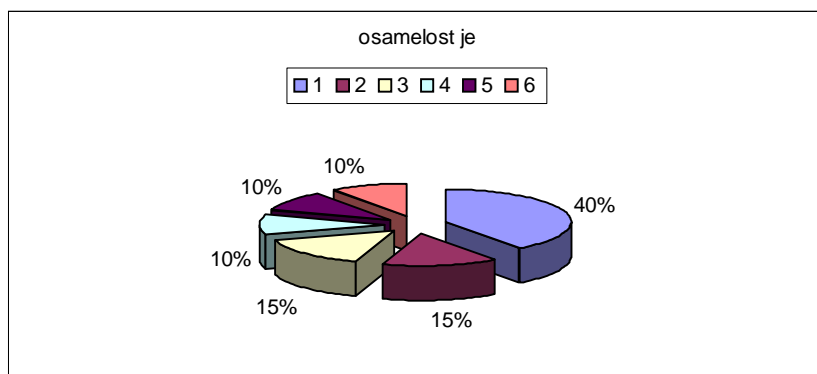
Výsledky testu (Mann-Whitney U-test) nepotvrdili významnosť vzťahu medzi umiestnením autistického dieťaťa a sociálnou osamelosťou ako to ukazuje tabuľka č.2.

Tabuľka č. 2. Výsledky Mann-Whitney U-testu sociálnej osamelosti NLS

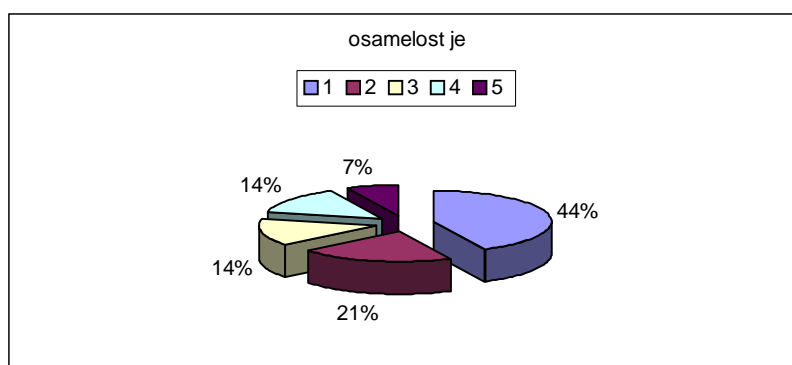
	Matky- dieťa doma	Matky- dieťa v špeciálnom zariadení	U	Z	signifikancia
Sociálna osamelosť NLS	24,75	24,25	282,000	-0,124	0,901

Vo výskume sme našim respondentkám položili aj otázky v rámci kvalitatívnej analýzy. Pre zaujímavosť uvádzame vybrané odpovede. Zastúpenie jednotlivých výrokov v kategórii znázorňuje nasledujúci graf s percentuálnym zastúpením odpovede.

Graf 1. Osamelosť podľa matiek, ktoré majú svoje dieťa doma



Graf 2. Negatívne prežívanie osamelosti matiek, ktoré majú dieťa v špeciálnom zariadení.



Nemenej zaujímavé boli aj zistenia emocionálneho i sociálneho prežívania matiek po predstave zmeny umiestnenia autistického dieťaťa. Ako napovedá tabuľka u väčšiny matiek dochádza pri tejto predstave k zhoršeniu prežívania, čo predpokladáme, že spôsobuje predstava zmeny zaužívaných spôsobov správania spojených so zabezpečovaním a uspokojovaním potrieb postihnutého dieťaťa.

Tabuľka č. 3 Zmena prežívania osamelosti po predstave zmeny umiestnenia dieťaťa

	Skupina matiek, kt. majú dieťa doma po predstave zmeny		Skupina matiek, kt. majú dieťa v špeciálnom zariadení po predstave zmeny	
	počet	percentá	Počet	percentá
1. Zhoršenie prežívania	9	40%	14	59%
2. Neodpovedalo	7	30%	5	21%
3. Zlepšenie prežívania	4	17%	2	8%
4. Nič by sa nezmenilo	0	0%	2	8%
5. Nevie si to predstaviť	3	13%	1	4%

V prípade zisťovania rozdielov v sieti sociálnej opory sa ako štatisticky významný rozdiel sa preukázal v premennej SPOLUPRACOVNÍCI. Postavenie spolupracovníkov ako zdroja sociálnej opory v sieti sociálnej opory u matiek, ktoré sa o svoje autistické dieťa starajú doma je štatisticky významne vyššie, keď si predstavia, že by ich dieťa bolo umiestnené v špeciálnom zariadení. Výsledok sa preukázal na štatistickej významnosti 0,042.

Rozdiely v umiestnení zdrojov sociálnej opory u matiek, ktoré majú svoje autistické dieťa v špec. zariadení po predstave, že by bývalo cez týždeň doma:

ŠPECIÁL. PEDAGÓG/-IČKA.....Štatistická významnosť **-2,032***
 OSOBNÝ ASISTENTŠtatistická významnosť **-2,555***
 ŠKOLA/DOM SOC.SLUŽIEB.....Štatistická významnosť **-2,032***

Postavenie špeciálneho pedagóga ako zdroja sociálnej opory je štatisticky významne nižšie. Postavenie osobného asistenta ako zdroja sociálnej opory je štatisticky významne vyššie, keď si predstavia že by ich autistické dieťa bývalo cez týždeň doma. Postavenie školy resp.Domu sociálnych služieb ako zdroja sociálnej opory je vyššie po predstave matiek, že by ich autistické dieťa bývalo cez týždeň doma.

Závery – úlohy sociálneho pracovníka pri intervencii u matiek s autistickými deťmi:

V práci s matkami pri zvládaní reakcií okolia

- ✚ Pri podpore aktívneho prístupu v hľadaní riešení ako sa so svojou situáciou vyrovnáť,
- ✚ Pomáhať pri lepšom pochopení rozumieť svetu ich dieťaťa,
- ✚ Tešiť sa aj z malých pokrokov v práci s ich dieťaťom,
- ✚ Podnecovať stretnutia a vytváranie spoločnosti iných rodičov detí s autizmom,
- ✚ Byť matkám tou správnu profesionálnou i ľudskou oporou.

V práci s verejnosťou - v oblasti osvety

- ✚ Spopularizovať a zviditeľniť túto časť obyvateľstva - matky, ktoré sa musia každý deň vyrovnávať s chorobou svojho dieťaťa, ale často aj s nepochopením okolia.
- ✚ Ukázať, že existujú v spoločnosti ľudia s autizmom,
- ✚ Informovať o špecifikách tejto poruchy aby verejnosť, týmto ľuďom lepšie rozumela.

Literatúra:

1. BALOGOVÁ, Beáta. 2005. *Seniori*. Prešov : Akcent Print, 1. vyd. 158 s. ISBN 80-969274-1-8.
2. BALOGOVÁ, Beáta. 2007. Suicidálnosť a jej eticko-sociálna nežiaducnosť. In *Kontexty a podoby morálky nedávnej minulosti*. V. GLUCHMAN (ed.). Prešov : FF PU, s. 358-364. ISBN 978-80-8068-648-2.
3. DEMIR, A., FISILOGLU, H. (1999). Loneliness and marital adjustment of Turkish couples. *The Journal of Psychology*. Provincetown: Mar 1999. Vol. 133, Iss. 2, pg. 230, 11 pgs
4. CHOMOVÁ, Zuzana. (2003). Sociálne charakteristiky prežívania pocitov osamelosti. Prešov: Diplomová práca FF PU.
5. KROČANOVÁ, Ľudmila. (1999). Psychická záťaž v rodinách so sluchovo postihnutým dieťaťom. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 34. 1999. č. 3. s. 245-249
6. MAUSCH, Karol.(2007) Depresja czyli wyczerpanie duszy. Czy depresja może mieć sens egzystencjalny. In MAUSCH, Karol, RYŚ, Ewa. (2007. *Patologia społeczna. Wybrane zagadnienia*, Szczecin. ISBN 978- 83-751801-8-3.
7. RYŚ, Ewa. (2007). Zaburzenia poczucia sensu życia w sytuacji zmiany społecznej. Studium empiryczne na przykładzie nauczycieli województwa zachodniopomorskiego In MAUSCH, Karol, RYŚ, Ewa. 2007. *Patologia społeczna. Wybrane zagadnienia*, s. 55, Szczecin. ISBN 978- 83-751801-8-3.
8. YALOM, Irvin D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.

ŽIAKOVÁ, Eva, Doc. PhDr., CSc.
Filozofická fakulta UPJŠ
Katedra sociálnej práce v Košiciach
Email: eva.ziakova@gmail.com

Die Roma Frage in Polen

Von Dr. Dariusz W. Cwiek, PL

Die Zahlen von Rom innen heutzutage wird Polen in der ziemlich grossen Strecke entsprechend unterschiedlichem festgestellt Quellen. Die Zählung in 2002 Erscheinen wenig über 13 000 Leuten, die erklärten selbst als Rom. Im gleichen Jahr jedoch mit dem Bilden des Zustandes Programm für die Rom Bevölkerung, die allgemeine Zahl des Roms in Polen ist festgestellt, 20 750 Leute zu sein. Andere Quellen, einschließlich die Rom Organisationen zeigen Sie Zahlen über 30-35 000 und glätten Sie 50 000 Rom in Polen. Verglichen mit vollständige Zahl der Bevölkerung in Polen (ungefähr 38.2 Million in 2002) ihm ist löschen Sie, daß der Prozentsatz von Rom bedeutungslos ist (verglichen mit dem anderen Länder von Osteuropa).

Rom in Polen werden in einige Hauptunterteilungen geteilt. Das zahlreichste und das älteste Siedleren im polnischen Land sind Polska Rom, das Phasen zerstreut während Land, hauptsächlich in den Städte. Ihre wesentlichen Bestandteile sind das Sasitka Rom (i.e. Deutsches Rom) und Haladitka Rom (i.e. Ruska Rom), benannt wie dieses Übereinstimmen zu den Gegenden, in denen sie einmal lebten und reisten. Verhältnismäßig neuer Wanderer vom historischen Gesichtspunkt sind das wenige Kelderara und das Lovara, das vereinbart in Polen während der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, kommend von den Ländern vom heutzutage Rumänien. Eine kleine Gemeinschaft ist auch das sogenannte Galitsiyaki (i.e. Galitsiyan Rom). In Südpolen hauptsächlich in der Malopolska Provinz Leben Bergitka Rom (i.e. Berg Rom) oder Karpatenrom, das vereinbart werden vor dort sehnen Sie Zeit (ungefähr seit 16. Jahrhundert). Teil von ihnen Phasen in a Dutzend lokalisierte Regelungen (das sogenannte osiedla oder das osady) nahe den Dörfern, und andere leben als Arbeitswanderer in den Städte und im industriellen Regionen. Ausgenommen Rom in Polen leben wenig (einige Dutzende Familien) Sinti.

Als Ganzes Rom in Polen sind Katholische. Entsprechend ihren Unterteilungen sprechen sie durchaus unterschiedliche Dialekte von Romanes.

Zwecks verstehen Sie die zeitgenössische Sozial- und ökonomische Situation von Rom in Polen und ihr Platz im Arbeitsmarkt ihre internen Unterteilungen und unterschiedlich ethno-kulturelle Traditionen sollten im Verstand gehalten werden. Mit Ausnahme von Bergitka Rom, alle Rest Rom Gemeinschaften war aktive Nomaden in gewesen hinter, bebauen die meisten ihnen oben 60es des 20. Jahrhunderts. Nach ihrem sedentarisation sie stellen sich in den Städte her, und heutzutage beschäftigen sie privates Geschäftstätigkeiten und Kleinbetrieb, i.e. in ihrem sehr großen Teil werden sie nicht angestellt Arbeitskräfte und sie hängen nicht vom Zustand ab, um ihr Einkommen zu sichern und Fülle.

Die Situation mit Bergitka ist Rom völlig unterschiedlich. Für Jahrhunderte lebten sie innen vereinbart unterschiedliche Regelungen (osiedla oder osady häufig genannt) nahe den Dörfern, hauptsächlich das Blacksmithing, Musik und unqualifizierte angestellte Arbeit beschäftigen. Nachher das Teil des zweiten Weltkrieges von ihnen Anfänge, zum an zu arbeiten Flaggschiff sozialistische Projekte mögen die Nowa Huta Stahlerzeugungindustrie im Bezirk nahe Krakau und vollständige Familien bewegt auf die nahen Regionen mit entwickeltem Kohlenbergbau Industrie. Nachdem die Änderungen im 90es, resultierend aus Massenentlassung von Arbeiter in diesen Einrichtungen und im Schließen der Gruben die meisten ihnen werden gelassen ohne Job. Das links in "osadas" Rom heutzutage haben auch ihren dauerhaften Job von den Zeiten von so verloren benannter sozialismus (unqualifizierte angestellte Arbeit) und

heute in 10 Gemeinschaften von Malopolska Provinz, 75% des Roms (und in etwas Gemeinschaften 95% sogar) sind Arbeitslose und leben von der Sozialunterstützung.

Diesbezüglich Situation ist es, das logisch, welches die Zustandpolitik in Richtung zum Rom angeschlossen wird hauptsächlich mit der schwierigen Situation von Bergitka Rom, überwiegend innen lebend Malopolska Provinz. Resultierend aus den Arbeiten erledigt durch die Transport Abteilungsverbindung Büro auf nationalen Minoritäten im März 2000, Vorbereitungsarbeiten wurden eingeleitet, das sollten im Verursachen des Regierungsprogramms für das Rom helfen Gemeinschaft in der Malopolska Provinz in den Jahren 2001-2003. Das wesentliche folgern Sie für das Versuchsregierungsprogramm für die Rom Gemeinschaft innen verursachen die Malopolska Provinz war die schwierige Situation von 3.5 tausend Leute von das Bergitka (Karpaten) Rom, das diese Gegenden bewohnt. Auf dem 13. von Februar 2001 wurde das Programm durch den Schrank angenommen. Die Auflösung für das Einführen des Programms kam in das Leben auf März 1. 2001. Das Programm war durch das Ministerium des Innerens und der Leitung zusammen verursacht worden mit Zusammenarbeit zwischen anderen Abteilungen. Die Rechtsanwälte auf den Rom Angelegenheiten Arbeiten in den Strukturen von Self-government sowie die Rechtsanwälte gewählt durch lokale Rom Gemeinschaften wurden im Zeichnen und in die Anordnung von diesem miteinbezogen Programm. Diese Arbeiten waren auf eine breite Skalamitarbeit von vorangegangen worden Abteilungself-governmentwesen und die nicht Regierungsorganisationen einschließlich Rom Organisationen.

Die Direktion Ziel des Programms war, nach das Rom zu geben, welches die Malopolska Provinz bewohnt gleiche Wahrscheinlichkeit für volle Teilnahme am Sozialleben des Landes, auszugleichen die Unterschiede, die diese Gruppe vom Rest der Gesellschaft und überwinden teilen ihr Sozialausschluß und Armut. Gleichstellung der Niveaus von Ausbildung, Beschäftigung, Gesundheit, Hygiene, Gehäusebedingungen und Fähigkeiten von das Arbeiten in der polnischen Gesellschaft galt als besonders wichtig. A besondere Aufmerksamkeit mit der Realisierung des Programms ist an ungefähr zahlend 200 Rom Kursteilnehmer, die in Dutzend sogenannt studierten Rom Kategorien, verursacht nach 1991 mit der Hoffnung zu helfen sich zu erhöhen das Ausbildungsniveau unter Rom, mit den überwindensprachenproblemen und mit dem Helfen der Anpassung der Kinder zur Schulumgebung und mit hoffen Sie, Durchgefallenen oder Zicklein zu helfen, die Probleme an der Schule wegen ihres hatten Familie Situation oder schlechte Grade. Diese Rom Kategorien, jedoch führte nicht zu den erwarteten Effekt und eher das Gegenteil, sie verschlechtern Sie die pädagogischen Resultate und zusammen mit diesem führen sie, um sogar zu senken Grad Sozialintegration der Kinder. Wegen nachgewiesen Unwirtschaftlichkeit dieser pädagogischen Annäherung der Version unterschiedlich aber Gleichgestelltes im Versuchsprogramm einen Kurs in Richtung zu schulen das stufenweise Schließen der getrennten Rom Kategorien und fahren zu Mischausbildung fort von Rom und nicht wird Rom Kinder aufgenommen. Die professionelle Qualifikation und requalification von Rom wird verhältnismäßig weniger, hauptsächlich durch Kurse von abgedeckt professionelles Training.

Während Augustes 2002 das Innenministerium bereiteten das nationale Programm für polnisches Rom innen vor Mitarbeit mit provinziellen Gouverneuren, Romani Aktivisten und nichtstaatlichen Organisationen. Der Staatsangehörige Programm basiert auf den Erfahrungen des Versuchsprogramms, das eingeführt wurde in der Malopolska Provinz. Die Regierung angenommen an August 2002 ein Entwurf-nationales Programm für polnisches Rom für die Jahre 2004-13. Das Programm wird erwartet, um zu kosten ca. 100 Million Zloty (\$25.7 Million). Das Programm für die Rom

Gemeinschaft ist Gehen, auf der Gegend des gesamten Landes in den Jahren durchgeführt zu werden 2004-2013, aber eine Möglichkeit von sie im folgenden wenn notwendig fortsetzen Jahre wird auch betrachtet. Es gibt zahlreiche Elemente des Programms: Ausbildung Verbesserung, Mit.einbeziehen der Rom Unterstützung in schulenden Prozeß, mißt gegen Arbeitslosigkeit Arbeitstraining, Verbessern des Gesundheitszustandes, lebend Bedingungen, einschließlich das Lösen von Wohnungsnot, das Konservieren und die Förderung von die Rom Kultur, kämpfend benachteiligt gegen Rom durch Verteilung von Wissen über sie Innere die polnische Gesellschaft, Verteilung des Bewußtseins von Verbesserungen, die in Polen unter dem Rom stattfinden.

Bedeutende Unterstützung für Verbesserung der Situation von Rom gibt Bevölkerung EU durch PHARE Programm.

In Polen bestehen heutzutage ungefähr 20 Rom Organisationen; die meisten ihnen Tat auf regionalem und lokales Niveau, obwohl viele von ihnen wie sich feststellen national. Diese Organisationen sind: Der zentrale Rom Rat (Bialystok), Verbindung von das Rom in Polen (Oswiecim), der kulturellen Mitte des Roms in Polen und KulturellSozialverbindung (Tarnow), die nationale Minorität der Zigeuner RP "Solidarnosc" Verbindung (Kielce), Die Nationale Minorität-Verbindung vom Rom "Rom Anschluß" (Wloclawek), die Verbindung des Roms Bezirk Nowy Sacz (Lackowa), die Sozial-Kulturelle Verbindung des Roms innen Republik von Polen in Kedzierzyn-Kozle, die polnische Rom Verbindung innen Szczecinek, das Raten und die Informationszentrale für das Rom in Polen (Lodz), Malopolskie Verbindung des Roms in Andrychow, das "neue Römische "Verbindung (Lublin), die Verbindung der Rom Frauen in Polen (Krakau), Die Verbindung des Rom Kultur- und Traditionförderung "Kohls Jakha "(Krakau), die Krakau Verbindung des Roms, "Czierchan" Verbindung des Roms in Polen (Bytom), "Familia" Verbindung der Rom Gemeinschaft in Tarnow, die Verbindung vom Rom in Stalowa Wola, die "Gitano" Verbindung für Rom Kultur (Olsztyn), die Verbindung der Schöpfer und Freunde von Zigeunerkultur (Gorzow Wielkopolski). Fast alle Rom Organisationen (ohne die Verbindung des Roms in Polen) trennen Sie ihre Repräsentanten innen ab ein beratender Rat am Ministerrat von Polen, wo die ganze die Zustandtätigkeiten, die mit Rom betroffen werden, werden mit Übereinstimmung besprochen und genehmigt.

Zeitgenössische Inland Migrationen und die Arbeitsmobilität von polnischem Rom sind ziemlich begrenzt, aber andererseits sind die Kreuzrandmigrationen allgemein. Während der zweiten Hälfte des 90es der grossen Teile des 20. Jahrhunderts von Rom in Polen wandern aus dem Land aus und häufig wünschen (und empfangen) politischer Flüchtlingstatus als Opfer der rassistischen Verfolgungen im Westen Europäische Länder, hauptsächlich in Schweden und in Großbritannien (zum Beispiel während 1998 1300 Leute, Bürger von Polen, hauptsächlich Rom, bitten um politischen Flüchtling Status in Großbritannien). Die genauen statistischen Daten bezüglich dieses emigrational bewegen wellenartig fehlen Sie, aber noch können einige Vermutungen gebildet werden in dieser Richtung und vorbei sie die abfallende Zahl von Rom in zeitgenössischem Polen könnte erklärt werden. Aber die Mobilität wird nicht nur auf das Asylsuchen begrenzt. Viele von polnischem Rom, meistens von der Gruppe von Lovara und von Kelderara haben Sie nahen Familie Anschluß mit Verwandten Leben in den westeuropäischen Ländern, die ihnen helfen, Grenz zu entwickeln Handel.

Äußeres Polen sind häufig auch einige Teile von Bergitka Rom und traditionsgemäß beschäftigen Musik, wer in Richtung zu den Städte der reichen europäischen Länder reisen, in denen sie bilden ihr Leben als Straße Musiker. Sie jedoch wandern nicht dauerhaft ab, ihre Spielräume hat eher den Buchstaben von Saisonarbeitstätigkeiten.

Heutzutage innen Vergleich mit dem 80es des 20. Jahrhunderts, wirklich die Zahl von Rom innen Polen (Polen Bürger) hat mit fast einer Hälfte vermindert (mindestens entsprechend die amtlichen Daten). Aber heute in Polen Phasen (alle der Zeit oder für einiges Zeitabschnitte) neu Rom Wanderer. Masseninvasion von Rom von Rumänien in Polen fährt vom Anfang des 90es und dann ab ihre Zahlen wurden unterschiedliche informierende Agenturen übereinstimmend, um zu sein geschätzt ungefähr 50.000-100, 000 sogar ungefähr 200 Tausenden Leute. Heutzutage ihre Zahlen hat erheblich vermindert, ihr Gesetz ist unklar (sie sind häufig wie registriert Touristen oder vorübergehend Besuchspersonen), beschäftigen sie hauptsächlich kleinen Handel (Kreuz einiger Male Rand). Es kann mit einer großen Menge Vertrauen, das heutzutage gesagt werden Zahl von neu Rom Wanderer in Polen (hauptsächlich kam aus Rumänien und in wenig Umfang von Bulgarien) übersteigt jetzt und innen ziemlich grosse Menge die Zahl lokales Rom (i.e. die, die polnische Bürger sind).

Bibliographie

- Bartosz, A.: 1975, Les Tsiganes dans les Carpates Polonaises, in: Etüden Tsiganes, 21, 4. pp.. 11-13.
- Bartosz, A.: 1976, I Casolari Fuori Del Villagio. Un contributo Al problema della tutela enges Tal edilizia tradizionale zingara, in: Lacio Drom, 4-5, pp.. 11-15.
- Bartosz, A.: 1978, Ekonomiczne I kulturene uwarunkowania cyganskiego zebractwa, in: Lud, Tom 61, pp..177-185.
- Bartosz, A.: 1978, Studio dell'arte Della Lavorazione Del Ferro fragli Zingari nello Spisz polacco, in: Lacio Drom, 1, pp.. 31-51.
- Bartosz, A.: 1981, Karpatenzigeuner und die landwirtschaftliche Gemeinschaft, in: Ethnologia Polona, Vol.. 7. pp.. 27-33.
- Bartosz, A.: 1982, Zigeunersmithing in der Spisz Region, in: Journal der Zigeunerüberlieferung Gesellschaft, 5. ser. Vol.. II, Nr. 1, pp.. 1-31.
- Bartosz, A.: 1985, die Zigeuner auf den Photographien von Ignacy Krieger, in: Reisender Ausbildung, 20, pp.. 44-48.
- Bartosz, A.: 1985, das Bild des Zigeuners in den Dorf-Gewohnheiten und die künste, in: Reisender Ausbildung, 20, pp.. 40-44.
- Gerlich, M. G.: 1997, die Zigeuner oder der Romany, in: Szczepanski, M. S. (ED) ethnisch Minoritäten und ethnische Majorität. Soziologische Studien der ethnischen Relationen innen Polen. Katowice, pp.. 257-270.

SOCIÁLNE POSTAVENIE ČLOVEKA S POSTIHNUTÍM A JEHO PRÁVA

SEDLÁKOVÁ Mária, SR

Abstrakt

Príspevok sa venuje problematike ľudí so zdravotným postihnutím z hľadiska ich postavenia v spoločnosti. Predkladá charakteristiku človeka s postihnutím ako prijímateľa sociálnej pomoci a poukazuje na nevyhnutné črty poskytovateľa sociálnej pomoci. V závere prináša informácie o sociálnych právach zakotvených v niektorých medzinárodných dokumentoch i v slovenských právnych predpisoch.

Kľúčové slová: Zdravotné postihnutie. Nezávislý život. Prijímateľ sociálnej pomoci. Poskytovateľ sociálnej pomoci. Základné ľudské práva. Sociálne práva.

Úvod

Podľa odhadov Svetovej zdravotníckej organizácie tvoria ľudia so zdravotným postihnutím 10 % svetovej populácie. V rámci Európy je to približne 80 miliónov ľudí. (REPKOVÁ, POŽÁR, ŠOLTĚS, 2003, s. 8).

Toto vysoké číslo, ale aj osud každého jednotlivca, nás núti zaoberať sa problémom zdravotného postihnutia. Práva ľudí so zdravotným postihnutím plnohodnotne sa zúčastňovať na verejnom a spoločenskom živote patria k otázkam našej doby. Je veľmi dôležité vychovávať a vzdelávať novú generáciu odborníkov a dobrovoľníkov pre angažovanie sa v oblasti sociálnej práce.

Problematika zdravotného postihnutia patrí k jednému z fenoménov s najširšou relevanciou v súvislosti s otázkami verejného zdravia. Odborníci Amerického národného inštitútu pre otázky výskumu zdravotného postihnutia a rehabilitácie vychádzajú z toho, že ľudia sa vo svojom živote „dotýkajú“ zdravotného postihnutia z rozličných uhlov pohľadu. Niektorí majú sami zdravotné postihnutie (od narodenia, ako výsledok úrazu v mladosti, choroby z povolania, ako výsledok starnutia, či z inej príčiny), iní opatrujú svojich najbližších so zdravotným postihnutím alebo poskytujú osobnú asistenciu iným ľuďom so zdravotným postihnutím. (KOVÁČ, 1985, s. 27).

Odborná literatúra informuje o viacerých modeloch zdravotného postihnutia. Kým spočiatku sa na tento problém hľadelo len ako na medicínsky, postupne sa zdravotné postihnutie začalo veľmi správne chápať zo sociálneho hľadiska. Zástancovia tohto modelu lokalizujú hlavné príčiny „tragédie“ ľudí so zdravotným postihnutím nie do nich samotných, ale do sociálnych a kultúrnych bariér, ktoré znásobujú pôsobenie samotného postihnutia. Dalo by sa povedať, že ľudia s nejakou poruchou sa stávajú postihnutými „vďaka“ spoločnosti, ak ich ona diskriminuje v aktívnej účasti na živote. Takýmito príčinami sociálneho vylúčenia môžu byť: neprístupnosť prostredia z hľadiska architektonických a senzorických bariér, nedostatočná perspektíva v oblasti zamestnanosti, nedostatočný prístup k informáciám, prezentácia negatívneho obrazu o človeku a posilňovanie jeho imidžu závislosti a redukovanie sociálnych kontaktov. Možno teda diferencovať medzi tým, keď „má človek zdravotné postihnutie“ a keď „sa stáva postihnutým“, teda keď ho postihnutým robí spoločnosť. (REPKOVÁ, POŽÁR, ŠOLTĚS, 2003, s. 35).

Z pohľadu psychologickej etiky nemôže obstať pojem „postihnutý človek“, nakoľko v takomto prípade by bolo postihnutie jeho dominantnou vlastnosťou. Preto za oveľa

etickejšie, ale predovšetkým pre psychológiu vlastnejšie, sa považuje hovoriť o „jednotlivcovi (indivíduu, človeku) s postihnutím“. (KOVÁČ, 1985, s. 23).

Považujeme to za významný etický a psychologický aspekt novodobého prístupu, ktorý si aj v slovenskej či v zahraničnej sociálnej legislatíve našiel za posledné obdobie svoje trvalé uplatnenie, keď sa namiesto spojenia „starostlivosť o zdravotne postihnutých občanov“ začalo presadzovať spojenie „pomoc občanom so zdravotným postihnutím“, namiesto spojenia „zdravotne postihnutý občan/človek“ sa začalo preferovať spojenie „občan/človek so zdravotným postihnutím“. (REP KOVÁ, POŽÁR, ŠOLTÉS, 2003, s. 18).

V dejinách ľudskej spoločnosti sa aj potreby ľudí vyvíjali a diferencovali. Vytvárali sa podmienky zabezpečovania životných potrieb tých skupín občanov, ktoré sú vo vzťahu k bežným podmienkam znevýhodnené a hľadali sa efektívne spôsoby ich uspokojovania. Aby sa toto dosiahlo, je nevyhnutné dobre porozumieť obom stranám: prijímateľovi i poskytovateľovi pomoci.

Prijímateľ sociálnej pomoci

Bežnou súčasťou nášho života sú aj ľudia so zdravotným postihnutím, ktorí nemajú v živote rovnaké východiskové pozície ako zdraví jedinci. Bariéry, ktoré zdraví prekonávajú s ľahkosťou a aj samozrejmosťou, pre nich znamenajú často neprekonateľné prekážky, znamenajú pre nich odrezanie od sveta, znemožňujú im integráciu, čo im často spôsobuje uzatváranie sa do seba. (LEŠKOVÁ - LEŠKO, 2006, s. 188).

Človek so zdravotným postihnutím nemá špecifické potreby, ktoré by sa líšili od potrieb zdravých ľudí. Rovnako ako zdraví, chce mať možnosť voľne sa pohybovať, dostať sa, kam potrebuje, dorozumieť sa so svojím okolím, mať primeranú prácu, bývanie a možnosť naplňovať svoje vzťahy kontaktovaním sa s okolitým svetom. Rozdiel je len v spôsobe uspokojovania potrieb, pri ktorom majú nezastupiteľné miesto zdraví. (REP KOVÁ, MPSVaR, roč. III, 1995, č. 10, s. 7-8).

Ľudia so zdravotným postihnutím „sú rovnocennými ľuďmi, rovnako užitočnými, ako sú ľudia bez telesného postihnutia“. (ŠMÍDOVÁ, 1998, s.7).

Nemenej dôležité, ako poznať potreby praktického života ľudí s postihnutím, je porozumieť psychickej stránke, t. j. prežívaniu postihnutia vo všeobecnosti a tiež individuálnemu, osobnému prežívaniu.

Handicap môže, ale nemusí človeka sprevádzať počas jeho života, závisí to od jeho okolia, ale i jeho samotného, ako sa so svojím postihnutím vyrovná. (REP KOVÁ, POŽÁR, ŠOLTÉS, 2003, s.35). Je preto veľmi dôležité zaoberať sa celou osobnosťou postihnutého, pretože práve ona môže byť rozhodujúcim činiteľom pri kompenzácii postihnutia. Často je oveľa dôležitejšie to, u koho, u akej osobnosti sa postihnutie prejavuje, ako samotný druh a stupeň postihnutia. (POŽÁR, 1996, s. 3).

Prevládanie vedúceho motívu uchovania života sa prejavuje na celom psychickom živote chorých, zanecháva svoju pečať na osobitostiach vnímania sveta, mení sa celý systém životných hodnôt. Chorí sami hovoria, že „všetko sa zmenilo“, „teraz mám ku všetkému iný vzťah“. To, čo predtým robilo chorému radosť, čo ho pripútavalo, zdalo sa dôležitým, stráca teraz svoju prítlačivosť, stráca význam. Spolu s tým sa začínajú objavovať záujmy, ktoré chorý predtým neprejavoval, ako je zvýšená egocentrická fixácia na seba, istá ľahostajnosť voči blízkym, zúženie okruhu javov, ktoré sú schopné zainteresovať chorých, upútať ich pozornosť. (POŽÁR, 1996, s. 56).

Mení sa sociálny status chorých. Prechádzajú na invaliditu, odtrhávajú sa od kolektívov a skupín, na ktoré si zvykli. Pritom sa zužuje okruh kontaktov, narúšajú sa osobné

a rodinné plány, znemožňuje sa dosiahnutie určitých cieľov (napríklad profesionálnych), mení sa zvyčajný spôsob a štýl života. (POŽÁR, 1996, s. 54).

Aj človek s postihnutím túži byť nezávislým. Pri napĺňaní fyzickej a fyziologickej nezávislosti mu môže byť nápomocná spoločnosť poskytovaním rozličných náhradných, kompenzačných prostriedkov a pomôcok. Existuje však ešte dôležitejšia nezávislosť, ktorá je určujúca pre život človeka. Ide o chuť, vôľu byť nezávislým, rozhodovať o svojich vlastných potrebách. O takúto vnútornú nezávislosť sa musí človek usilovať sám. Ale ako píše Repková, človek s postihnutím sa stane nezávislým nie stiahnutím sa do úzadia, aby nebol na ťarchu, ale manažovaním svojho života. (REPKOVÁ, 1999, s. 3.) Toto všetko sa musí zohľadňovať pri poskytovaní sociálnej pomoci.

Z hľadiska postavenia osoby so zdravotným postihnutím má zaujímavý význam aj teória tzv. prekompenzácie, v zmysle „čo ma neničí, to ma robí silnejším“. Túto tézu formuluje W. Stern a poukazuje pritom na to, že zo slabosti vzniká sila, z nedostatkov vznikajú schopnosti. Podľa G. Dobrotku ide o „prestrelený“ adaptačný pokus organizmu (a osobnosti) vybalancovať nedostatok v jednej funkčnej oblasti aktiváciou v inej ako v deprimovanej oblasti. Každé poškodenie alebo škodlivé pôsobenie na organizmus vyvoláva zo strany organizmu ochranné reakcie, ktoré sú oveľa energetickejšie, ako tie, ktoré sú potrebné na paralyzovanie bezprostredného nebezpečenstva. Organizmus človeka dokáže veľa krát nielen kompenzovať poškodenie, ale produkovať nadbytok síl, ktoré mu pomôžu zvládnuť utrpenú ujmu. (POŽÁR, 1996, s. 30 - 31).

Poskytovateľ sociálnej pomoci

Prístup okolia a celej spoločnosti k ľuďom s postihnutím má veľký vplyv na ich sebahodnotenie. Zvládanie svojej situácie nezávisí len od osobných vlastností človeka s postihnutím. Spoločnosť je povinná oboznamovať sa so svetom ľudí s telesným postihnutím, lebo len tak bude schopná zaujať správny postoj a poskytnúť pomoc. Jej prístup môže spočívať v akceptácii, odmietnutí alebo ľahostajnosti. Zaiste možno súhlasiť s Arnoldovou, ktorá považuje za negatívny jav v spoločnosti aj „intoleranciu a ľahostajnosť voči všetkému, čo sa nás bezprostredne netýka“. (ARNOLDOVÁ, 2000, s.164). Lenže ani akceptovanie ľudí s postihnutím nemusí stačiť, ak zostane len pri tolerovaní ľudí s postihnutím, ľútosť nad ich postihnutím, ba dokonca pri sebarealizácii na úkor ľudí s postihnutím. (ŠMÍDOVÁ, 1998, s.63). Ten, kto poskytuje sociálnu pomoc, by sa mal oslobodiť od pocitu výnimočnosti a na druhej strane od falošného pocitu ľútosť.

Ozajstný vzťah k človeku s postihnutím musí byť založený na úcte k jeho osobnosti. Okrem toho je nutné si uvedomiť, že „ľudská osoba je v každom okamihu svojho života integráciou viacerých rozmerov, mikrokozmom, syntézou zmyslového i nadzmyslového sveta“. (ŠKODA, 1991, s. 16). A tak prístup k človeku s postihnutím musí byť celostný. Ako píše Štefan Koval, „holistický prístup k človeku v každej životnej fáze by mal obsahovať aj transcendentné hľadisko, prameniace z kresťanského pohľadu na človeka. To umožňuje pochopiť nielen zmysel života a utrpenia, ktorým človek prechádza v starobe a chorobe, ale najmä zachovávanie jeho dôstojnosti a úcty k životu“. (KOVAL, 2001, s. 125).

Pri uvažovaní o skutočnostiach, ktoré je nutné mať na zreteli pri poskytovaní sociálnej pomoci, nemožno vynechať nasledujúce dve: nezostať len pri poskytnutí servisu a komunikovať s prijímateľom. Poskytnúť servis, len konkrétnu službu alebo kompenzačnú pomôcku, je z určitého hľadiska tým najjednoduchším riešením. Ale

určite nie takým nápomocným ako partnerský prístup: sociálny pracovník, ktorý vie, čo klient potrebuje, privedie ho k zodpovednosti za seba a k využitiu svojich schopností.

Človek je predovšetkým bytosťou, ktorá oslovuje a ktorá je oslovovaná. Cieľom nie je, aby ten, kto má postihnutie, bol ako ja, nie za každú cenu ho naučiť to, čo viem ja, je to obmedzujúce. Ale prijímať ho, dozvedieť sa, čo by robil rád, o čom by sa rád rozprával, čo potrebuje vypovedať, v čom je pre neho život ťažký a v čom sa z neho teší. (ŠMÍDOVÁ, 1998, s.66).

Sociálne práva

Právna regulácia sociálneho zabezpečenia je nutná po prvé kvôli formulovaniu spoločenských záujmov i potrieb, po druhé na garantovanie životných a sociálnych istôt občanov. So sociálnymi istotami súvisia aj sociálne práva. Sú základnými nástrojmi realizácie cieľov sociálnej politiky a aj výsledkom tejto politiky. (MATLÁK, BARANCOVÁ, MACKOVÁ, 1995. s. 21).

Sociálne práva sú legislatívne upravené a štátom garantované nároky občanov; ich cieľom je uspokojenie špecifických sociálnych potrieb, ako sú napríklad „verejné služby pre rodiny s deťmi, finančná podpora rodín s maloletými deťmi, daňové úľavy rodičom alebo krytie sociálnych rizík, ako sú napríklad strata zamestnania, choroba, materstvo, invalidita alebo staroba“. (KVAPILOVÁ, 2001).

Dosiaľ neexistuje všeobecne akceptovaná vedecká formulácia sociálnych práv. (GAJDOŠÍKOVÁ, Prešov, 1997). Niektoré všeobecné vymedzenia chápu sociálne práva ako práva jednotlivcov požadovať od štátu plnenie, smerujúce k zabezpečeniu ich základných materiálnych a duchovných potrieb, resp. k zabezpečeniu základných existenčných podmienok. Je nutné ústavné zakotvenie týchto práv v nadväznosti na medzinárodné dokumenty a tiež bližšia úprava v jednotlivých zákonoch.

Ako vyplýva z predchádzajúceho, poskytovanie sociálnej pomoci je vo vzťahu k právu v dvojakom vyjadrení: 1.vychádza zo základných ľudských práv a slobôd a 2. je právnymi predpismi upravené.

Medzinárodné dokumenty

Všeobecná deklarácia ľudských práv prijatá Valným zhromaždením OSN 10.12.1948 (<http://www.vop.gov.sk/>) garantuje základné ľudské práva pre každého človeka. Nasledujúce sú tie, ktoré sa osobitne týkajú osôb so zdravotným postihnutím:

„Každý má všetky práva a všetky slobody... bez hocikákeho rozlišovania... alebo iného postavenia“ (čl.2).

„Všetci majú právo na rovnakú ochranu proti hocijakej diskriminácii“ (čl.7).

„Každý človek má ako člen spoločnosti právo na sociálne zabezpečenie a nárok, aby mu boli... zaistené ... sociálne ... práva, potrebné k jeho dôstojnosti a k slobodnému rozvoju jeho osobnosti“ (čl. 22).

„Každý pracujúci má právo na spravodlivú a dostačujúcu odmenu, ktorá by zaisťovala jemu samému a jeho rodine živobytie, odpovedajúce ľudskej dôstojnosti a ktorá by bola doplnená, keby to bolo potrebné, inými prostriedkami sociálnej ochrany“ (čl. 23).

„Každý má právo na takú životnú úroveň, ktorá môže zaistiť jeho zdravie a blahobyt a zdravie jeho rodiny... ako aj potrebné sociálne opatrenia; má právo na zabezpečenie v nezamestnanosti, v nemoci, pri neschopnosti k práci...alebo v iných prípadoch straty zárobkových možností, ktoré nastanú okolnosťami nezávislými na jeho vôli“ (čl. 25).

Východiskovým dokumentom, zabezpečujúcim v súčasnosti účinnú ochranu ekonomických a sociálnych práv ľudí, je Európska sociálna charta z roku 1961. (www.radaeuropy.sk). Medzi osemnástimi článkami ESCH sú tie, ktoré zaručujú bez diskriminácie právo na ochranu zdravia, právo na sociálne zabezpečenie, na sociálnu a lekársku pomoc a právo na sociálne služby. V článku 15 je osobitne vymedzený obsahový rámec ich ochrany u občanov so zdravotným postihnutím:

„Fyzicky a mentálne postihnuté osoby majú právo na odborné vzdelanie, rekvalifikáciu a znovu zaradenie sa do spoločnosti.“

V roku 1996 došlo k revidovaniu ESCH, čo je evidentné aj na spomínanom článku 15, keď sa už používa termín „právo osôb s postihnutím na nezávislosť, sociálnu integráciu a na účasť na živote spoločnosti“.

Z medzinárodných dokumentov sú pre ďalšie rozpracovanie dôležité Štandardné pravidlá na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím, ktoré vyhlásila OSN v roku 1993. (REPKOVÁ, 1998, s. 156). V dvadsiatich dvoch pravidlách načrtávajú rozhodujúce aspekty sociálnej politiky v oblasti zdravotného postihnutia, ako odporúčania pre jednotlivé vlády k prijímaniu opatrení, zabezpečujúcich realizáciu idey integrácie vo všetkých oblastiach života. Napríklad:

Pravidlo 6. Vzdelávanie. „Štáty by mali uznať princíp rovnakých možností na získanie základného, stredného a vysokoškolského vzdelania pre zdravotné postihnuté deti, mládež a dospelých v integrovanom prostredí. Mali by zabezpečiť, aby vzdelávanie osôb so zdravotným postihnutím bolo pevnou súčasťou výchovno-vzdelávacieho systému.“

Pravidlo 15. Legislatíva. „Štáty nesú zodpovednosť za vytvorenie právneho základu na opatrenia na dosiahnutie úplnej integrácie a rovnosti osôb so zdravotným postihnutím.“

Pravidlo 19. Zaškolenie personálu. „Štáty zodpovedajú za zabezpečenie adekvátneho vyškolenia personálu, ktorý sa zaoberá plánovaním a realizáciou programov a služieb pre osoby so zdravotným postihnutím na všetkých úrovniach.“

Tieto štandardné pravidlá sa stali základom vytvorenia Európskeho fóra zdravotného postihnutia, ktoré začalo svoju činnosť v r. 1997. Ideologickým základom Fóra je presadzovanie ľudských práv a rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím. (REPKOVÁ, 1998, s. 29).

Neopomenuteľnou je Madridská deklarácia vyhlásená v roku 2002 účastníkmi Európskeho kongresu zdravotného postihnutia. Obsahuje základné výzvy pre ďalšie kroky v otázkach podpory nezávislosti, rovnosti príležitostí a sociálnej inklúzie ľudí so zdravotným postihnutím na začiatku tretieho tisícročia. V nej je možné vidieť výrazný a významný rozdiel medzi starými a novými víziami:

Od prístupu založenom na vnímaní ľudí so zdravotným postihnutím ako objektov charity... k ľuďom so zdravotným postihnutím ako držiteľom práv.

Od prístupu založenom na vnímaní ľudí so zdravotným postihnutím ako pacientov... k ľuďom so zdravotným postihnutím ako k nezávislým občanom a spotrebiteľom.

Od rozhodnutí, prijímaných profesionálmi v mene ľudí so zdravotným postihnutím... k odstráneniu bariér, revízií sociálnych noriem, politík, kultúry a k zlepšeniu podporujúceho a prístupného prostredia.

Od prístupu založenom na vnímaní ľudí so zdravotným postihnutím ako závislých a nezamestnateľných... k zdôrazňovaniu ich schopností a potrebe prijímania aktívnych podporných opatrení.

Od modelovania ekonomického a sociálneho procesu pre niektorých... k tvorbe flexibilného sveta pre mnohých (všetkých).

Od nežiaducej segregácie vo vzdelávaní, zamestnávaní a v ostatných sférach života... k integrácii ľudí so zdravotným postihnutím do hlavného diania.

Od politiky zdravotného postihnutia ako špecifickej otázky, týkajúcej sa jednotlivých (osobitných) ministerstiev... k inkluzívnej politike zdravotného postihnutia ako všeobecnej zodpovednosti vlády. (REPKOVÁ, POŽÁR, ŠOLTÉS, 2003, s. 55).

Legislatíva Slovenskej republiky

Ústavným zákonom č. 23/1991 Zb. boli do právneho poriadku Slovenskej republiky prevzaté - okrem iných - aj sociálne základné ľudské práva z Listiny základných práv a slobôd. Okrem tohto predpisu, sa sociálne práva nachádzajú v základnom zákone štátu – v Ústave SR – Úst. zák. č. 460/1992 Zb. v znení neskorších predpisov. V oboch dokumentoch majú nasledujúce znenie:

„Ľudia sú slobodní a rovní v dôstojnosti i v právach. Základné práva a slobody sú neodňateľné, nescudziteľné, nepremľateľné a nezrušiteľné“ (Čl. 1 Listiny a čl. 12 Ústavy).

„Každý má právo získavať prostriedky na svoje životné potreby prácou. Občanov, ktorí toto právo nemôžu bez vlastnej viny vykonávať, štát v primeranom rozsahu hmotne zabezpečuje; podmienky ustanoví zákon“ (Čl. 26 Listiny).

„Občania majú právo na prácu. Štát v primeranom rozsahu hmotne zabezpečuje občanov, ktorí nie z vlastnej viny nemôžu toto právo vykonávať“ (Čl. 35 Ústavy)

„Ženy, mladiství a osoby zdravotne postihnuté majú právo na zvýšenú ochranu zdravia pri práci a na osobitné pracovné podmienky. Mladiství a osoby zdravotne postihnuté majú právo na osobitnú ochranu v pracovných vzťahoch a na pomoc pri príprave na povolanie“ (Čl. 29 Listiny a čl. 38 Ústavy).

„Občania majú právo na primerané hmotné zabezpečenie v starobe a pri nespôsobilosti na prácu, ako aj pri strate živiteľa. Každý, kto je v hmotnej núdzi, má právo na takú pomoc, aká je nevyhnutná na zabezpečenie základných životných podmienok“ (Čl. 30 Listiny a čl. 39 Ústavy)

Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon (Čl. 40 Ústavy).

Legislatívna úprava sociálnych práv občanov so zdravotným postihnutím v rámci národného zákonodarstva sa nachádza predovšetkým v Zák. NR SR č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci, v znení neskorších predpisov, v Zák. NR SR č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Úprava sociálnych práv je riešená aj trinástou novelou zákona o sociálnej pomoci v Zák. NR SR č. 365/2004 Z.z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou, tzv. antidiskriminačnom zákone, na základe ktorého sa zaručujú v súlade so zásadou rovnakého zaobchádzania v sociálnom zabezpečení práva ustanovené týmto zákonom rovnako všetkým občanom.

Záver

Nestačí, ak spoločnosť bude hoci všetko vedieť o problematike zdravotného postihnutia, rozumieť problémom, nestačí, ak práva uzákoní dostatočne a správne vo svojej legislatíve. Prístup spoločnosti a sociálna práca musí vychádzať z poznania, že ľudia so zdravotným postihnutím nie sú nijako menejcennými a okrem konkrétnej sociálnej služby im treba pomôcť cítiť sa rovnocennými, chcenými a potrebnými.

Literatúra:

ARNOLDOVÁ, A., 2000: *Vybrané kapitoly ze sociálneho zabezpečení*. Praha : Karolínium.

GAJDOŠÍKOVÁ, E., 1997: Sociálne práva na Slovensku. In: *Sociálna práca a ľudské práva. Zborník referátov z vedeckej konferencie*. Prešov.

KOVÁČ, D., 1985: *Teória všeobecnej psychológie*. Bratislava : Veda.

KOVAL, Š., 2001: *Antropologický rozmer epidemiológie staroby*. Košice : Pont.

KVAPILOVÁ, E., 2001: Sociálne práva žien. In: *Nerovné cesty k rovnosti*. Bratislava : MŠ SR.

LEŠKOVÁ, L., LEŠKO, L., 2006: Osobná asistencia poskytovaná občanom s ťažkým zdravotným postihnutím ako nástroj podpory ich nezávislého života. In: *Proměny klienta služeb sociální práce – Social Work Client Metamorphoses*. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie. Hradec Králové : Gaudeamus.

MATLÁK, J., BARANCOVÁ, H., MACKOVÁ, Z., 1995: *Právo sociálneho zabezpečenia*. Bratislava : Vydavateľské oddelenie Právnickej fakulty UK.

REPKOVÁ, K., 1995: Potreby zdravotne postihnutých občanov a východiská ich uspokojovania. In: *Práca a sociálna politika*. Bratislava : MPSVaR, roč. III, č. 10.

REPKOVÁ, K., 1998: *Občan so zdravotným postihnutím v procese spoločenskej integrácie*. Bratislava : Epos.

REPKOVÁ, K., 1999: Manažment života so zdravotným postihnutím. In: *Práca a sociálna politika*. Bratislava : Výskumný ústav práce, sociálnych vecí a rodiny a MPSVaR SR, ročník VII, č. 4.

REPKOVÁ, K., POŽÁR, L., ŠOLTÉS, L., 2003: *Zdravotné postihnutie v kontexte novodobej sociálnej politiky*. Bratislava : Informačná kancelária Rady Európy.

POŽÁR, L., 1996: *Psychológia osobnosti postihnutých*. Bratislava : UK.

ŠKODA, F., 1991: *Základy katolíckej sociálnej náuky*. Košice : HKR.

ŠMÍDOVÁ, M., 1998: *Prístup k deťom s telesným postihnutím*. Trnava : Universitas Tyrnaviensis.

http://www.vop.gov.sk/ochrana_prav/legislativa/deklaracia/ Prevzaté 15. 06. 2006.

<http://www.radaeuropy.sk/?1207> Prevzaté 15. 06. 2006.

Kontakt: **pravo@netkosice.sk**

Chudoba a stratégie jej zvládania

ŠLOSÁR Dušan SR

Abstrakt: Chudoba je jedným zo základných problémov. Jej riešenie je nevyhnutným predpokladom pre riešenie ďalších marginalizačných činiteľov, ktoré s chudobou priamo alebo nepriamo súvisia.

Kľúčové slová: chudoba, sociálne vylúčenie, stratégie riešenia chudoby

Samotný výraz chudoby nebol na Slovensku dlho legislatívne zakotvený. Podľa Romana Džambazoviča (2004,s.47) sa za synonymá chudobného obyvateľstva považovali: sociálne slabí obyvatelia, nízkopříjmové domácnosti a ľudia žijúci v hmotnej núdzi. V štatistických materiáloch sa využívalo označenie „ľudia v hmotnej núdzi či sociálne odkázaní“. Spočiatku sa za chudobného pokladal ten, kto žil zreteľne v zlých životných podmienkach a mal problém s fyzickým prežitím v súčasnosti prevláda v európskych krajinách širšie vymedzenie chudoby podľa Rady Európy z decembra 1984, kde „chudoba označuje osoby, rodiny alebo skupiny osôb, ktorých zdroje (materiálne, kultúrne a sociálne) sú natoľko limitované, že ich vylučujú z minimálne akceptovaného životného štýlu štátov, v ktorých žil“.

V každej spoločnosti existuje určitá skupina ľudí ohrozených chudobou v európskych pomeroch sa vyskytuje relatívna chudoba. Relatívna chudoba má u nás všetky znaky a to, že je multidimenzionálna, premenlivá v závislosti od prostredia, v ktorom sa pohybuje, vyčleňuje človeka na okraj spoločnosti a zasahuje do jeho spoločenského života. Chudobný je každý, kto nedosahuje relatívne štandardy, závislé od bohatstva spoločnosti. Ide teda o problém chudoby v bohatej, ale nerovnosťou sa vyznačujúcej spoločnosti.

Medzinárodná organizácia práce definuje (P. Sika, 2004, s. 95) chudobu podľa stratégie, ktorá má smerovať k uspokojovaniu „základných potrieb“ obyvateľov každej krajiny a definovala, že tieto základné potreby sa musia skladať z dvoch prvkov:

- mali by obsahovať minimálne požiadavky rodiny na osobnú spotrebu, t.j. adekvátne jedlo, bývanie a oblečenie, ako aj určité vybavenie domácnosti,
- mali by zahŕňať základné služby, ako je doprava, vzdelávanie, kultúra.

Na Slovensku je hranica chudoby explicitne definovaná, domnievame sa však, že ju vyjadruje životné minimum. Podľa Ivety Radičovej (1998, s.13) a platnej legislatívy, je „taký súbor statkov a služieb, ktorý umožňuje základnej spotrebnej jednotke (spoločne hospodáriacej domácnosti určitej veľkosti a zloženia) uspokojovať potreby v miere uznanej spoločnosťou v danom časovom období za minimálne nevyhnutné náklady pre udržanie primeranej úrovne spotreby a zapojenia do normálneho života spoločnosti.“ Životné minimum tak pozostáva z výdavkov na bežné potreby (výživa, ostatné základné osobné potreby, výdavky spojené s prevádzkou domácnosti) a vylučuje výdavky spojené s nákupom a obnovou predmetov strednodobej a dlhodobej spotreby.

Spravidla sa v odbornej literatúre rozlišujú dve úrovne životného minima existenčné a sociálne minimum. Niektorí autori nazývajú sociálne minimum tiež spoločenským minimom. Existenčné minimum je vždy nižšie ako sociálne minimum a vyjadruje hranicu chudoby pre ktorú sa používa výraz absolútnej alebo extrémnej chudoby pri nedosiahnutí ktorej by došlo k ohrozeniu zdravia a života. Znamená úhradu minimálnych nákladov na základné životné potreby človeka, ktorý vykonáva alebo vykonával najjednoduchší v danej spoločnosti ešte považovaný druh práce. Sociálne minimum vyjadruje spoločensky minimálnu úroveň životného štandardu a zaručuje na

minimálne spoločenský prijateľnej úrovne a minimálnymi nákladmi uspokojovanie životných potrieb bežných v danej spoločnosti na určitom dosiahnutom stupni hospodárskeho a spoločenského vývoja. Hladina sociálneho minima súčasne vyjadruje spodnú hranicu pásma všeobecne prijateľného štandardu. Domácnosti, ktoré nedosahujú tento životný štandard sa označujú termínom chudobní. Chudoba určená na základe sociálneho minima sa označuje ako relatívna chudoba.

V Európskej únii boli v súčasnosti identifikované dve najrizikovejšie skupiny ohrozené chudobou. Sú nimi starí ľudia a ľudia s nižším vzdelaním. Nízku vzdelanosť má na Slovensku prevažne rómske obyvateľstvo, ktoré výrazne prepadá chudobe. Veľká časť slovenskej nerómskej populácie vníma chudobu Rómov ako chudobu zapríčinenú samotnými Rómami. Jej príčiny spája veľká časť majority s lenivosťou, s voľbou nesprávnych životných stratégií, nesprávnym hospodárením rómskych rodín a domácností.

Starí ľudia sú ohrozenou skupinou hlavne z dôvodu, že sú vylúčení z trhu práce z hľadiska veku. Chudoba dôchodcov vyplýva z poklesu príjmov v súvislosti so zámenou mzdy za dôchodok, z pokročilého veku. V európskych krajinách je prevažná väčšina starých ľudí zabezpečená na starobu zo systémov sociálneho poistenia, alebo systémov sociálneho zabezpečenia. Táto časť populácie je chránená pred chudobou štátom. Aj v Slovenskej republike je zabezpečená valorizácia dôchodkov pre túto časť populácie, avšak táto valorizácia nie je postačujúca. Vyšší životný štandard dosahujú pracujúci dôchodcovia. Situácia dôchodkov v krajinách Európskej únie je oveľa lepšia, nakoľko pomer dôchodku k priemernej mzde je oveľa vyšší ako v Slovenskej republike. Dôchodcov každoročne pribúda a väčšina štátov vrátane Slovenska preto mení svoje dôchodkové systémy. Zvyšuje sa tiež veková hranica ľudí odchádzajúcich do dôchodku. Aj Slovenská republika sa snaží zmeniť systém tak, aby si človek šetрил na svoju penziu už počas svojho života a aby sa teda oňho v starobe nemusel starať iba štát.

K chudobou ohrozeným skupinám nesporne patria aj neúplné rodiny s deťmi a viacdetné rodiny. Slovensku domácnosť s jedným dieťaťom prekračuje priemernú mieru rizika chudoby a toto riziko stúpa priamo úmerne s počtom detí v rodine. Chudoba najviac ohrozuje neúplné rodiny, ktoré vznikajú ako dôsledok rozvodov, alebo sú to slobodní rodičia. Významné riziko chudoby je v neúplných rodinách a v rodinách s väčším počtom detí, pričom toto riziko stúpa priamo úmerne s počtom členov rodiny. Neúplné rodiny na Slovensku vznikajú predovšetkým v dôsledku rozvodovosti. Na Slovensku sa deti rodia hlavne v manželstvách a slobodní rodičia nepredstavujú výraznú tendenciu. Vysokú pravdepodobnosť ohrozenia chudobou majú deti. Peter Jusko (2002, s. 90) hovorí, že „chudoba sa netýka len nezaopatrených maloletých, ale aj mládeže, ktorá je z hľadiska uplatnenia sa v spoločnosti jednou z rizikových skupín.“ Detská chudoba je viditeľná najmä v rómskych segregovaných osadách, kde žije najchudobnejšie obyvateľstvo Slovenskej republiky, väčšinou ho tvoria deti. Znevýhodnenie týchto detí sa prejavuje na ich zaostávaní, nízkej úrovni vzdelania, nedostatočnej hygiene atď. Detská chudoba je nedostatočne zviditeľnená, pretože štatistiky prezentujú chudobu hlavne v domácnostiach alebo v rodinách, kým deti sa odsúvajú do úzadia. Viacerí autori upozorňujú, že nejestvuje minimálny životný štandard pre dieťa. Celkovo podiel chudoby medzi deťmi narastá. Hlavnou príčinou chudoby detí v rodinách je nezamestnanosť rodiča/čov. V mnohých prípadoch je nezamestnanosť rodičov spojená ďalšími negatívnymi faktormi, ako je nízke vzdelanie, zhoršené zdravie, bývanie v regióne s nedostatkom pracovných príležitostí atď. Na Slovensku z aspektu vekovej štruktúry prevažuje detská chudoba. Až v 95% chudobných obciach presahuje detská populácia 30%.

Súčasťou spoločnosti sú aj evidentne chudobné skupiny obyvateľstva, ktoré nie sú štatisticky vykazované, pretože sú nepostihnuteľné. Ide predovšetkým o bezdomovcov, na ktorých sa vzťahuje definícia chudoby, či už z hľadiska príjmu alebo sociálnej exklúzie. V minulosti sa za bezdomovcov považovali ľudia, ktorí v minulosti obývali lacné ubytovne, alebo slobodárne a svoju rodinu či príbuzných videli len málokedy. Dnes však ide o ľudí, ktorí nemajú kde spať a často prebývajú na ulici, alebo v charitatívnych útulkoch, staniaciach atď.

Z hľadiska príslušnosti z dôvodu rešpektovania ľudských práv má Slovensko i etnickú chudobu ide najmä o chudobu rómskeho etnika. Rómske etnikum je koncentrované predovšetkým v segregovaných osadách na okraji spoločnosti, kde žije v chudobe a biede. Hlavnou príčinou rómskej chudoby, ale hlavne ich nepriaznivej sociálnej situácie je už dlhodobo vysoká miera nezamestnanosti najmä však dlhodobá závislosť od dávok sociálneho systému, nízka úroveň vzdelania a bývania. K tomu sa samozrejme pridávajú aj iné špecifické faktory, akými sú etnická diskriminácia, alebo sociálne patologické javy. Sociálna situácia v tejto komunite je odrazom ich prístupu k životu, zamestnanosti a situácie v rodinnom prostredí.

V deväťdesiatych rokoch bola chudoba prezentovaná ako nevyhnutná súčasť sociálnych nákladov transformácie. V tomto období bola vytvorená aj keďže sa predpokladalo, že nezamestnanosť a jej prípadne iné sociálne dôsledky budú len prechodným javom na ceste k udržateľnej prosperite. V Slovenskej republike sa v dôsledku transformácie spoločnosti mení aj postavenie jednotlivých subjektov sociálnej politiky (štát, obec, tretí sektor, medzinárodné organizácie). Transformácia, ako proces, sa ešte neskončila i napriek tomu sa zmenilo poradie zodpovednosti subjektov za sociálnu situáciu jednotlivca, a tak súčasné poradie je:

- zodpovednosť nesie v prvom rade samotný **občan**,
- ak on nemôže, nastupuje jeho **rodina**,
- **obec**,
- až posledný je zodpovedný **štát**.

Transformácia vo všeobecnosti znamená zmenu, premenu. Podľa Šímu (In: Beáta Balogová, 2006, s. 25) sa zásadné zmeny v oblasti sociálnej politiky týkali týchto úloh:

- radikálne skončiť s podceňovaním sociálnej politiky, s amaterizmom,
- vybaviť sociálnu politiku kvalitnejšou koncepčnou–systémovou a teoreticko-vedeckou argumentačnou bázou,
- prepojiť našu sociálnu politiku na medzinárodnú sociálnu politiku,
- preniesť ťažisko sociálnej politiky zo sociálno-zabezpečovacej a charitatívno-kuratívnej stránky na sociálno-rozvojovú a aktivizačnú stránku, spojenú s účasťou všetkých ľudí, ktorí chcú a vedia pracovať na tvorbe národného bohatstva,
- venovať zvýšenú pozornosť pluralite subjektov sociálnej politiky a kvalite ich práce,
- venovať pozornosť legislatíve v sociálnej oblasti,
- špecifickú pozornosť venovať funkčnosti a kompetentnosti sociálnej politiky štátu a odborov,
- mimoriadnu pozornosť venovať programovaniu riadenia sociálneho rozvoja.

Literatúra:

BALOGOVÁ, Beáta. 2006. Úvod do sociálnej práce pre sociálnu a charitatívnu službu. Prešov: PU PBF , 75 s. ISBN 80 – 8068 – 504 – 5.

DŽAMBAZOVIČ, Roman., GERBERY, Daniel. 2005. Od chudoby k sociálnemu vylúčeniu. s. 143 – 176. In Sociológia, Ročník 3/2005. č. 2, ISSN 0049 – 1225.

DŽAMBAZOVIČ, Roman. 2006. Chudoba v slovenskej spoločnosti a vzťah slovenskej spoločnosti k chudobe. Bratislava. Zborník príspevkov z konferencie UNESCO MOST. Sociologický ústav SAV. STRANY. ISBN 80 – 85544 – 43 – 1.

KONEČNÝ, Stanislav. 2001. Sociálna pomoc a sociálna práca v legislatíve SR a vo svete. s. 2 – 4 In Práca a sociálna politika, Ročník 9/2001, č.11, ISSN 1210 – 5643.

RADIČOVÁ, Iveta. 1995. Pre ľudí a o ľuďoch, Otázky formovania sociálnej politiky na Slovensku In Zborník vedeckej konferencie v Bratislave 20.3.1995. Bratislava : S.P.A.C.E., 207 s. ISBN 80 – 967403 – 0 – x.

TOKÁROVÁ, Anna a kolektív. 2003. Sociálna práca - kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce. Prešov : Akcent Print , FFPu v Prešove, 537 s. ISBN 80 – 968367 – 5 – 7.

Kontakt:

JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD.

Slosar.dusan@kosice.rečgionet.sk

Podstata a aplikácia alternatívnych trestov na Slovensku

JANIGOVÁ Emília – ŠPÁNIKOVÁ Martina, SR

Abstrakt

Nárast sociálnych problémov v spoločnosti vyvoláva potrebu zmien nielen v oblasti sociálnej, psychologickéj a ekonomickej, ale i v legislatívnej. Prijatím nových právnych noriem - Trestného zákona č. 300/2005 Z. z., Trestného poriadku č. 301/2005 Z. z., Zákona č. 528/2005 Z. z. o výkone trestu povinnej práce sa na jednej strane vytvára priestor na aplikáciu novej formy alternatívnych trestov, na druhej strane vzniká veľká skupina nezodpovedaných otázok pre teóriu a prax penitenciárnej a postpenitenciárnej sociálnej práce.

Kľúčové slová: Alternatívne tresty. Trest povinnej práce. Poskytovatelia práce.

Prizonizácia. Probačný a mediačný úradník.

Úvod

Prostredie a kultúra odsúdených osôb vo výkone nepodmienečných trestov odňatia slobody sa vyznačuje špecifickými modelmi správania, ktoré vychádzajú z netolerance, negácie všetkých pozitívnych zmien, vykorisťovania, kriminálnych hodnôt, symbolov a vzorov. K spomínaným asociáciám sa pridružuje nedobrovoľný pobyt klientov v relatívne izolovanom priestore. Ďalej treba pripomenúť, že tento model správania ovplyvňuje nielen odsúdených ale i širšie sociálne skupiny ako sú rodina, susedia, spolupracovníci. Negatívne vplyvy na výkon trestu na osobnosť označujeme pojmom prizonizácia⁹. Podľa Ketteho práca Donalda Clemera „The prison community“ bola vydaná už pred viac ako 60 rokmi a jeho štúdie na proces resocializácie sú dodnes aktuálne (Bačík, 2007). S cieľom zmierniť účinky prizonizácie sa zavedenie alternatívnych trestov javí ako jeden z najvhodnejších a najúčinnějších spôsobov resocializácie.

1 Základná charakteristika alternatívnych trestov

Od 1. januára 2006 vstúpili do platnosti dve právne normy, ktoré tvoria trestný kódex, a to Trestný zákon č. 300/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov a Trestný poriadok č. 301/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov, ktoré zavádzajú aj nové druhy trestov – alternatívnych trestov:

⁹ Spolužitie odsúdených vytvára možnosť vzájomného ovplyvňovania a vedie k utvrdzovaniu kriminálnych sklonov a antisociálnych postojov. Často sa taktiež hovorí o procese *prizonizácie*, čo je vlastne proces psychickej adaptácie väzenskému životu. Prizonizácia so sebou nesie stratu vlastnej iniciatívy, preferenciu „cesty najmenšieho odporu“, prijímanie hodnôt príznačných pre väzenskú subkultúru, adaptabilitu na umelé prostredie väzenia a zároveň zníženie adaptability na civilný život mimo väzenia. Zločinecké sklony väzňa sa utvrdzujú a väzeň sa stáva voči konvenčným spoločenským normám relatívne imúnny. Hlavne u dlhodobějších trestov môže byť pôsobenie väzenskej subkultúry značné. Čím dlhšiu dobu strávi odsúdený vo väzení, tým je väčšia šanca, že sa vráti ku kriminálnym aktivitám. (Matoušek, Kroftová, 2003) Proces prizonizácie podstatne znižuje pravdepodobnosť znovuintegrácie odsúdeného do spoločnosti po prepustení. (Netík a kol., 1997)

- » trest odňatia slobody s podmieneným odkladom výkonu trestu odňatia slobody s probačným dohľadom, o ktorom pojednáva § 51 - § 52 Trestného zákona,
- » trest domáceho väzenia, ktorého sa týka § 53 Trestného zákona,
- » trest povinnej práce, o ktorom pojednáva § 54 a § 55 Trestného zákona a vykonávací zákon č. 528/2005 Z. z. o výkone trestu povinnej práce.

2 Postup realizácie trestu povinnej práce

Po právoplatnosti rozsudku, ktorým bol uložený trest povinnej práce a následnej výzve predsedu senátu, aby sa odsúdený dostavil v lehote siedmich dní od doručenia samotnej výzvy k probačnému a mediačnému úradníkovi, nasledujú tieto činnosti, ktoré realizuje probačný a mediačný úradník (PaMÚ):

» prejednanie podmienok výkonu trestu povinnej práce s odsúdeným

Túto etapu možno považovať za kľúčovú, pretože by nemalo dochádzať zo strany PaMÚ k určitému podceňovaniu, predovšetkým v oblasti získavania relevantných informácií o odsúdenom, najmä o jeho zdravotnom stave, aby PaMÚ zistil, či odsúdený nemá obmedzenia, ktoré by boli kontraproduktívne pri hľadaní poskytovateľa práce. Záležitosti závažnejšieho charakteru musia byť podložené lekárskou správou. Dôležité je identifikovať obmedzenia na určitý druh činností, tiež poznatky o jeho ekonomickej – finančnej situácii, za účelom možnej dochádzky u tých odsúdených, ktorí bývajú v odľahlých častiach, resp. nechcú vykonávať trest povinnej práce v mieste svojho bydliska. Nezanedbateľnou je aj vzdelanostná úroveň, aké má odsúdený zručnosti, schopnosti, špeciálne znalosti, v akom obore je vyučený a pod. Ide predovšetkým o poskytnutie poskytovateľovi práce takého odsúdeného, ktorý bude prínosom, nie „trestom“ pre poskytovateľa práce. Na ilustráciu možno uviesť prípad Mestského úradu v Žiline, ktorý v úlohe poskytovateľa riešil opakovane situáciu, keď abstinénčné príznaky narkomana boli v niektorých fázach už na hranici únosnosti.

Taktiež sú dôležité informácie, či odsúdený je zamestnaný alebo nezamestnaný, či je študent, či cestuje za prácou na týždňovky, či nepracuje v zahraničí a pod.

» vyhľadanie, zabezpečenie vhodného poskytovateľa práce

Na základe už získaných poznatkov o odsúdenom, o jeho schopnostiach, zručnostiach, resp. aj obmedzeniach je možné flexibilnejšie postupovať v oslovovaní možných poskytovateľov práce, aby okrem počtu hodín, ktoré má odsúdený odpracovať, bolo poskytnuté poskytovateľom práce čo najviac poznatkov o odsúdenom.

» uzatvorenie písomnej dohody medzi poskytovateľom práce a súdom

V tejto etape je už známy vhodný poskytovateľ práce, ktorému vyhovujú podmienky a taktiež ostatné znalosti, schopnosti, ktorými disponuje odsúdený na vybraný druh pomocných prác, ktoré potrebuje zabezpečiť, zrealizovať poskytovateľ práce. Dohodu medzi poskytovateľom práce a súdom sprostredkúva PaMÚ.

» správa pre predsedu senátu, ktorá obsahuje najmä :

- a) výsledok prejednaných podmienok s odsúdeným,
- b) druh, rozsah a miesto vykonania trestu povinnej práce,

V tejto časti sa spracovávajú pre sudcu poznatky, ktoré sú získané prejednaním podmienok s odsúdeným a následným spracovaním dohody s poskytovateľom práce, kde stručne a heslovite je uvedený druh, rozsah a miesto vykonania trestu povinnej práce.

» **nariadenie predsedu senátu okresného súdu, v obvode ktorého odsúdený má vykonať trest povinnej práce (uznesenie)**

Na základe takto spracovaných podkladov, správy, sudca vydá „Uznesenie a nariadenie výkonu trestu povinnej práce“, kde je už presne špecifikovaný druh, miesto a rozsah práce, ktorú bude odsúdený u poskytovateľa vykonávať v dohodnutom voľnom čase.

Pri kontrole podmieneného odkladu výkonu trestu odňatia slobody s probačným dohľadom sa postupuje podľa § 51 a § 52 Trestného zákona.

» **nástup trestu povinnej práce**

Túto etapu je možné rozdeliť na :

- a) kontrolná činnosť PaMÚ,
- b) dodržiavanie dohody, záväzku poskytovateľom práce,
- c) dodržiavanie minimálneho odpracovaného času za mesiac (min. 20 hod.),
- d) dodržiavanie povinností a obmedzení odsúdeným (§51 Trestného zákona).

» **ukončenie trestu povinnej práce**

- a) sumarizácia dokladov, relevantných z pohľadu ukončenia práce,
- b) spísanie úradného záznamu s poskytovateľom práce alebo s odsúdeným, ak došlo k porušeniu dohody a trest nebol vykonaný.

» **záverečná správa pre predsedu senátu**

- a) záverečná správa pre predsedu senátu o priebehu výkonu trestu (do 30 dní od doručenia oznámenia od poskytovateľa práce) zahŕňa dohodu s poskytovateľom o zabezpečení trestu povinnej práce a evidenciu odpracovaných hodín trestu povinnej práce.
- b) záverečná správa pre predsedu senátu o nevykonaní trestu povinnej práce, predloženie úradného záznamu, prečo trest nebol alebo nemohol byť vykonaný.
(Cehlár, 2007)

3 Poskytovatelia práce

Úrady práce sociálnych vecí a rodiny (ÚPSVaR) majú v zmysle Zákona č. 528/2005 Z. z. o výkone trestu povinnej práce povinnosť najmenej jedenkrát za kalendárny mesiac písomne informovať na účely trestu povinnej práce Okresný súd, v obvode ktorého majú sídlo, o ponuke voľných pracovných miest u realizátorov aktívnej činnosti, ktoré nie je možné obsadiť uchádzačmi o zamestnanie. Tu sa však PaMÚ stretávajú s nemalými problémami, pretože len málokteré ÚPSVaR túto svoju povinnosť v praxi realizujú aj napriek tomu, že im to nariaďuje zákon.

K ďalším problémom pri prvom kontakte s organizáciou, ktorá splňa kritériá na výkon trestu povinnej práce a ktorá je oslovená pre poskytnutie práce pre odsúdeného je to, že často nesúhlasí s poskytnutím práce pre odsúdeného, lebo je to „zločinec“. Ide tu o zlú informovanosť poskytovateľov práce o treste povinnej práce.

Odsúdení môžu vykonávať trest povinnej práce v prospech štátu, vyššieho územného celku, obce alebo inej právnickej osoby, ktorá sa zaoberá činnosťou nevykonávanou na účely dosiahnutia zisku (§ 2 zák. č. 528/2005 Z.z. o výkone trestu povinnej práce), to znamená vzdelávaním, kultúrou, školstvom, ochranou ľudských práv, rozvojom vedy, rozvojom telesnej kultúry, ochranou pred požiarimi, ochranou zvierat, sociálnou pomocou, sociálnymi službami, zdravotnou starostlivosťou, ekologickou činnosťou, náboženskou činnosťou, humanitárnou činnosťou, charitatívnou činnosťou a pod.

Žilinský samosprávny kraj (ŽSK) patrí medzi organizácie, ktoré sa aktívne zapojili ako potenciálni zamestnávateľia do aplikácie jedného z alternatívnych trestov – trestu

povinnnej práce. Tak dostali šancu niektorí odsúdení vykonať svoj alternatívny trest zamestnaním sa priamo na Úrade ŽSK a v jednom zo zariadení sociálnych služieb, ktorého zriaďovateľom je ŽSK. (Pauková, 2007)

Súčasní poskytovatelia práce v okrese Žilina:

Žilinský samosprávny kraj, Domov dôchodcov a domov sociálnych služieb pre dospelých Terchová, Mestský úrad v Žiline, Charitatívno-sociálne centrum v Žiline (SKCH), Mestský úrad v K. N. Meste, Obecný úrad Súľov, Obecný úrad Nesluša, Obecný úrad Mojš, Obecný úrad Stráňavy, Domov dôchodcov a domov sociálnych služieb pre dospelých K. N. Mesto, Základná škola ul. E. Lániho Bytča, ŠK Juventus Žilina. (Cehlár, 2007)

4 Súčasný stav aplikácie trestu povinnej práce na Slovensku

Problematika alternatívnych trestov predstavuje súčasť modernizácie trestnej politiky v demokratických krajinách.

Výhodou alternatívnych trestov oproti klasickým trestom je jednoznačne finančná stránka, pretože napríklad jeden rok nepodmienečného trestu odňatia slobody stojí u jedného odsúdeného tento štát asi 350.000,-Sk. Nezanedbateľným je aj zachovanie rodinných väzieb¹⁰ a sociálneho zabezpečenia rodiny, nakoľko pokiaľ je odsúdený vo výkone trestu odňatia slobody nepodmienečne a jeho rodina sa dostane do stavu hmotnej núdze, štát ju podporuje formou štátnych dávok. Pri výkone alternatívnych trestov si odsúdený zachováva sociálne a pracovné väzby. Prijatie odsúdeného na výkon trestu povinnej práce je pre poskytovateľa práce finančne výhodné, pretože si na výkon činností, ktoré vykonáva odsúdený nemusí najímať súkromné firmy, čím šetrí finančné prostriedky.

Skúsenosti po poldruharočnej účinnosti trestných kódexov a s tým spojených nových alternatívnych trestov sú rôzne. Súdny k týmto druhom trestov zaujali rôzne postoje. Niektoré ich začali ukladať už v prvej polovici roku 2006, niektoré na prelome rokov 2006 – 2007, niektoré ich do dnešného dňa neukladajú vôbec. Problémom je to, že z dôvodu ekonomicko – technického zatiaľ nebol dostatočne zabezpečený a vytvorený priestor na kontrolu alternatívnych trestov, predovšetkým trestu domáceho väzenia. Z toho dôvodu je komplikovaná objektívna kontrola nad odsúdeným zo strany probačného a mediačného pracovníka.

Tabuľka 1 Alternatívne tresty uložené v roku 2006 na Slovensku

Druh trestu	spolu	%
Probačný dohľad	425	10,8
Podmienečné odsúdenie	3 455	87,8
Trest povinnej práce	43	1,1
Trest domáceho väzenia	11	0,3
Spolu	3 509	100

Výsledky uvedené v tabuľke 1 dokumentujú zatiaľ minimálne využívanie alternatívnych trestov za rok 2006. Prehľad za rok 2007 zatiaľ nie je k dispozícii, ale predpokladá sa iba mierne zlepšenie stavu.

¹⁰ Obmedzenie prípadne pretrhnutie rodinných väzieb na dlhšie časové obdobie z dôvodu výkonu trestu člena rodiny (najčastejšie hlavného živiteľa) podľa viacerých štúdií často vedie k zvýšenému riziku vzniku domáceho násillia (Špánik, 2008).

5 Záver

V závere nášho príspevku uvádzame niekoľko podnetov do diskusie:

» možnosť preškolenia poskytovateľov práce, ktorí priamo zabezpečujú s odsúdeným samotnú realizáciu trestu,

» možnosť realizácie sociálnych výcvikov prostredníctvom odborníkov, ktorí majú akreditáciu na túto činnosť. Financovanie zabezpečiť:

a) Okresným súdom na základe dohody o vykonaní práce s poskytovateľom týchto služieb,

b) Prostredníctvom zdravotnej poisťovne, (za predpokladu, že sa zrealizuje aj právna úprava príslušných zákonov tak, ako to je napr. pri ambulantnom protialkoholickom liečení),

c) Z finančných prostriedkov, ktoré získajú PaMÚ v rámci mediácií §220 ods.1 písm.c) a § 224 ods.2 Trestného poriadku, t.j. z peňažnej sumy určenej na pomoc poškodeným. V tomto prípade vlastne štát pomôže poškodeným tým spôsobom, že bude prostredníctvom sociálneho výcviku minimalizovať negatívne vzorce správania u odsúdeného a tým sa dosiahne to, že poškodeným sa zlepší kvalita života a pod. (za podmienok, že sa taktiež upraví príslušná legislatíva),

d) Bez finančných prostriedkov je možné zrealizovať sociálne výcviky a s malou legislatívnou úpravou v prípade, ak by túto činnosť vykonávali psychológovia a špeciálni pedagógovia, ktorí pôsobia v Zbore väzenskej a justičnej strážie (ZVJS). (Potrebné by bolo túto činnosť odborne odprezentovať GR ZVJS, aká je predstava, že táto činnosť by bola vykonávaná v rámci pracovnej doby. Ide predovšetkým o výhody najmä s prihliadnutím na tú skutočnosť, že títo odborníci majú značné skúsenosti s takouto rizikovou skupinou, s prácou odsúdeného v odpore a pod. Hlavným cieľom sociálnych výcvikov by bolo minimalizovanie negatívnych vzorcov správania, ktoré boli, napr. spúšťačom páchania trestnej činnosti a pod.. Jednotlivé programy sociálnych výcvikov by boli, o.i. zamerané na upevnenie pozitívnych a vôľových vlastností, k motivácii a k prestavbe hodnotovej orientácie, postojov, návykov, nácvik sebapoznania a asertívneho správania a pod.)

» nutnosť venovať väčšiu pozornosť občanom po výkone trestu v spoločných projektoch „Partnerstiev sociálnej inklúzie“. V projektoch najčastejšie patria medzi sekundárne cieľové skupiny (sem patria aj projekty pre osoby pripravujúce sa na návrat z väzby a z výkonu trestu odňatia slobody). V lokálnych partnerstvách jednotlivé ÚPSVaR plnia funkciu tzv. strategických partnerov¹¹.

Alternatívne tresty znamenajú príležitosť pre ľudí, ktorí sice zlyhali, no majú snahu zmeniť sa a podieľať sa na zodpovednosti a na riešení problémov, ktoré zavinili.

Literatúra:

BAČÍK, J. 2007. *Kultúrna diverzita väzenského prostredia*. In: Zborník príspevkov zo VII. doktorandskej konferencie Aplikovaná antropologie 2007. Univerzita Palackého v Olomouci. Olomouc, 2007. s. 76-81. ISBN 978-80-244-1862-9.

CEHLÁR, V. 2007. *Uplatňovanie trestu povinnej práce na Okresnom súde v Žiline*. In: Zborník zo seminára Alternatívne tresty v praxi. Konzultačné a informačné centrum

¹¹ porovnaj napr. SLAMENČÍKOVÁ, E. : *Lokálne partnerstvá majú zelenú*. In. : Sociálna politika a zamestnanosť. Roč. 2, 2005, č. 2, s. 5, 8. ISSN 1336-5053.

- EDUKOS v Dolnom Kubíne. Dolný Kubín, 2007. s. 41-49. ISBN 978-80-969885-0-1
- MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A. 2003. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-771-X.
- NETÍK, K., NETÍKOVÁ D., HÁJEK, S.: *Psychologie v právu*. Praha: C.H.Beck, 1997. ISBN 80-7179-177-6.
- PAUKOVÁ, M. 2007. *Žilinský samosprávny kraj a alternatívne tresty*. In: Zborník zo seminára Alternatívne tresty v praxi. Konzultačné a informačné centrum EDUKOS v Dolnom Kubíne. Dolný Kubín, 2007. s. 50-51. ISBN 978-80-969885-0-1.
- SLAMENČÍKOVÁ, Ľ. : *Lokálne partnerstvá majú zelenú*. In. : Sociálna politika a za-
mestnanosť. Roč. 2, 2005, č. 2, s. 5, 8. ISSN 1336-5053.
- ŠPÁNIK, M. : *Domáce násilie a pohľad okolia na možnosti pomoci obetiam násilia v rodine*. In. : Zborník z medzinárodného ekumenického vedeckého sympózia „Rodina-
nádej budúcnosti“, 6.máj 2008, Teologická fakulta Katolíckej univerzity (v tlači).
- Trestný zákon č. 300/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov
- Trestný poriadok zák. č. 301/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 528/2005 Z. z. o výkone trestu povinnej práce a o doplnení zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Adresa:

PhDr. Ing. Emília Janigová – Ing. Bc. Martina Špániková
Katedra sociálnej práce PF KU v Ružomberku
034 01 Ružomberok, Nám. A. Hlinku 56
e mail: janigova@fedu.ku.sk, spanikova@fedu.ku.sk
tel.: 0907 103 461, 0905 885 892

Analýza vzťahov starých rodičov k vnúčatám v adolescentnom veku a miera ich vplyvu.

RÁCZOVÁ Beáta, SR
BUJŇÁKOVÁ Stanislava, SR

***Abstrakt:** Cieľom štúdie bolo objasniť kvalitu vzťahu medzi adolescentami/kami a ich starými rodičmi, zistiť či sú starí rodičia adolescentným vnúčatami vnímaný ako zdroj sociálnej opory a odhaliť možný vplyv starých rodičov na prežívanie zmysluplnosti ich života. Na získanie potrebných údajov bol vytvorený výskumný dotazník inšpirovaný dotazníkom SSAS autorov Peeka a Lina, ďalej bola použitá Škála životnej zmysluplnosti autora Halamu). Výsledky, zistené na vzorke 192 študentov/iek stredných škôl (108 dievčat a 84 chlapcov) poukazujú na to, adolescenti/ky prežívajú zmysluplnosť svojho života približne rovnako bez ohľadu na to, či vnímajú svojich starých rodičov ako súčasť svojej sociálnej siete alebo nie. Štúdia priniesla informácie o tom, že adolescenti/ky považujú svojich rodičov za zdroj inštrumentálnej a emocionálnej opory a považujú ich v takom prípade za dôležitých. Veríme, že i ďalšie dodatočné informácie týkajúce sa povahy vzťahu medzi vnúčatami a starými rodičmi prispeli k celkovému objasneniu problematiky marginalizovaných vzťahov.*

Kľúčové slová: zmysel života, adolescencia, starorodičovstvo

Starorodičovstvo

V súčasnosti nie je prekvapivé hovoriť o starnutí populácie (Gee, 1987, in Rosenthal a Gladstone, 2000), pričom sa čoraz väčšie percento ľudí dožíva seniorského veku. Tento fakt vypovedá o tom, že v súčasnej spoločnosti, bude mať taktiež čoraz viac ľudí potenciálnu šancu stať sa starým rodičom a to vzhľadom na dĺžku ich života. Taktiež z toho môžeme usudzovať, že pre súčasnú populáciu detí a dospelých to znamená, že doba, ktorú môžu reálne žiť spolu so svojimi starými rodičmi sa oproti minulosti výrazne predĺžila.

Starorodičovstvo ako nová rola, stavia pred seniorov ďalšie životné výzvy. Na pozadí toho, ako prebieha ich biodromálny vývin osobnosti, na pozadí ich osobnej histórie ale aj histórie celej rodiny sa táto rola môže realizovať úspešne, menej úspešne, či neúspešne. Šimová (2002) chápe starorodičovstvo ako výbornú šancu pre oboch participantov tohto vzťahu, no musí byť splnená podmienka optimálneho priebehu starnutia v zmysle Eriksonového ponímania dozretia osobnosti do integrity. Ak to človek dokáže a pochopí, že jeho život je práve v období staroby zavíšením jeho doterajšej existencie, príjme aj rolu starorodičovstva ako možnosť naplniť vlastnú generativitu.

Z pohľadu fungovania rodinného systému je potrebné vnímať funkciu starých rodičov s dôrazom na ich komplementaritu, pričom vykonávajú funkciu akejsi „psychosociálnej poistky. Vzťah medzi starými rodičmi a ich vnukmi, či vnučkami nadobúda svoje špecifické kvality. Existuje viacero perspektív, ktoré približujú vplyv starých rodičov na života vnukov a vnučiek. Langmeier a Krejčířová (1998) uvádzajú, že starí rodičia predstavujú významný zdroj pokračujúcej socializácie dieťaťa. Taktiež sú zdrojom odlišnej sociálnej skúsenosti a iný druh spätnej väzby (Vágnerová, 2007; Šimová, 2002). Zvyčajne nie sú v časovej tiesni a venujú viac času načúvaniu, pozorovaniu maličkosti, týkajúcich sa života ich vnúčat (Hillman, 1999; Kornhaber, 1996, in Ochiltree, 2006). Nezanedbateľný je aj fakt, že starí rodičia sú

sprostredkovateľmi histórie, vedomostí o kultúre, tradícií, rodinných a sociálnych hodnôt, vystupujú ako dôverníci, validátori (Rosenthal, Gladstone, 2000).

Starí rodičia v sociálnej sieti vnúčať (adolescentov/tiek) a ich vzájomný vzťah

V období adolescencie, v súlade s Eriksonovou koncepciou, dochádza ku kumulácii najväčšieho počtu vývinových úloh, no centrálnou úlohou je nájdenie si vlastnej identity. Hoci mnohé výskumy potvrdzujú, že na zvládnutie spomínaných úloh je dôležitá sociálna sieť adolescentov/iek, ktorá je bohatá a zastúpená mnohými vzťahmi (Gecková a kol., 2001, Rešovský a kol., 2000 in Šímová, 2002), vyvstáva otázka kvality týchto väzieb. V prípade, že kvalita vzťahu k primárnym kontaktným osobám nemusí spĺňať očakávania, v jeho sociálnej sieti sa môžu vyskytovať ďalšie osoby, a teda aj starí rodičia, ktoré môžu tento nedostatok kompenzovať. Gecková a kol., (2003) v svojom výskume uvádzajú, že štvrtina (25,4%) adolescentov/iek zaradila starých rodičov do svojej sociálnej siete. U týchto adolescentov/iek sa súčasne potvrdilo, že mali vyššiu mieru sebaúcty, boli celkovo zdravší, prežívali vyššiu mieru dlhodobej subjektívnej pohody. Štúdia kanadských autorov Boona a Brussoniho (1996, 1998 in Rosenthal a Gladstone, 2000) priniesla poznanie, že čím viac vnuci a vnučky veria, že zdieľajú silné, emocionálne naplnené vzťahy s ich najbližšími starými rodičmi, tým viac vnímajú týchto svojich starých rodičov ako významne vplývajúcich na ich životy.

Je zrejmé, že sociálna interakcia medzi adolescentami a ich starými rodičmi je ovplyvňovaná mnohými faktormi. Z doteraz napísaného je však možné odvodiť predpoklad, že starí rodičia môžu zohrávať svoju rolu pri vnímaní zmysluplnosti života adolescentov/iek a to v prípade, že budú súčasťou podpornej sociálnej siete, ktorá je potrebná pre splnenie vývinovej úlohy nájsť odpovede na existenciálne otázky a v konečnom dôsledku pomôžu vytvoreniu a prežívaniu zmyslu vlastného života.

Prežívanie zmyslu života u adolescentov/tiek v kontexte mikroprostredia

Zmysel života je dynamický konštrukt. Je to nepretržitý proces interpretácie a reinterpretácie života a životných udalostí, ktorý prebieha na pozadí osobnej individuálnej histórie, na pozadí vývinových zmien a to počas celého života jedinca (Halama, 2000a). Yalom (2006) uvádza, že typy životného zmyslu sa v priebehu života menia a až splnením vývinových úloh môže dôjsť k vývoju zmyslu.

Mnoho výskumov, venujúcich sa problematike zmysluplnosti života už dlhú dobu potvrdzuje, že práve pocit zmysluplnosti a jej prežívanie sa stáva dôležitou súčasťou vývoja osobnosti mladého človeka a vplýva tak na jeho zdravie a kvalitu života (Görlitz, 2006; Ventegodt, 2003, in Tavel, Kanálik, 2008).

Halama (2000b) v tejto súvislosti uvádza, že práve adolescencia je obdobím zvýšeného záujmu a konfrontácie s existenciálnymi otázkami života. Tento jav Halama (2000b) nazýva *fenoménom existenciálneho prebudenia*.

Mikroprostredie, ktorého súčasťou je jedinec počas dospievania predstavuje významný činiteľ, ktorý sa podieľa na vzniku atribútov podmieňujúcich prežívanie zmysluplnosti života. Starí rodičia ako súčasť mikroprostredia môžu byť v rámci rodinných väzieb aj v období adolescencie pretrvávajúcimi zdrojmi istôt a opory pri zvládaní vývinových úloh tohto obdobia. Môžu byť mediátorom vzťahu medzi adolescentom a jeho rodičmi a podieľať sa tak na zdravom fungovaní rodiny.

Cieľ výskumu:

Cieľom nášho výskumu bolo odhaliť kvalitu vzťahov medzi adolescentami/kami a ich starými rodičmi a zistiť možný vplyv prítomnosti starých rodičov v sociálnej sieti adolescentov/iek na ich vnímanie zmysluplnosti života.

Hypotézy:

H1 Predpokladáme, že adolescenti/ky, ktorí/é uviedli, že starí rodičia v ich sociálnej sieti figurujú, budú prežívať svoj život ako zmyslupnejší v porovnaní s adolescentmi/kami, ktorí/é do svojej sociálnej siete starých rodičov nezahrnuli.

H2 Predpokladáme, že adolescenti/ky, ktorí/é uviedli, že starí rodičia v ich sociálnej sieti figurujú, budú vnímať zvoleného starého rodiča ako celkovo dôležitejšieho v ich živote, v porovnaní s adolescentmi/kami, ktorí/é do svojej sociálnej siete starých rodičov nezahrnuli.

Výskumná vzorka:

Výskum sme realizovali na vzorke stredoškolských študentov (gymnázium a oodborné školy). Išlo o 192 adolescentov/tiek, z toho 108 dievčat a 84 chlapcov. Priemerný vek celej skupiny bol 16,63 rokov. V meste žilo 42 dievčat a 41 chlapcov, na dedine žilo 66 dievčat a 43 chlapcov.

Metodiky a spracovanie údajov:

Použitou metodikou bol dotazník, zhotovený pre účely výskumu, ktorý obsahoval na úvod položené základné demografické otázky a tri ďalšie hlavné časti:

časť A - zameraná na mapovanie celkovej vnímanej sociálnej opory.

časť B - pozostávala z otázok (použitých vo výskumnej štúdii Höpflingera a kol., 2006; Blockovej, 2002) zisťujúcich faktory, ktoré môžu pomôcť pri odhalení a popísaní povahy vzťahu s jedným konkrétnym, adolescentom vybratým starým rodičom.

časť C - predstavovala Škála životnej zmyslupnosti od autora Halamu (2002).

Získané údaje sme spracovali pomocou štatistického programu SPSS (neparametrická štatistika a metódy deskriptívnej štatistiky a konfiguračno-frekvenčnú analýzu).

Výbrané výsledky a ich interpretácia:

Hypotéza H1 predpokladala, že adolescenti/ky, ktorí do svojej sociálnej siete starých rodičov zahrnuli, budú prežívať svoj život ako zmyslupnejší v porovnaní s tými, ktorí ich do svojej sociálnej siete nezahrnuli. Dá sa konštatovať, že u oboch skupín je prežívanie zmyslupnosti života približne rovnaké ($U = 1270,5$, $n = 192$, $p = 0,188$). Hypotéza sa nám teda nepotvrdila. Tento výsledok možno chápať v súlade s poznatkami, týkajúcimi sa adolescencie ako vývinového obdobia, v ktorom sa kladie dôraz na kontakty s rovesníkmi a priateľmi, zatiaľ čo rodinné väzby postupne strácajú na svojej pevnosti. Podobný výsledok sme získali v prípade zisťovania percipovania starých rodičov ako zdroj inštrumentálnej a emocionálnej opory. Výsledky sú uvedené v tabuľke č.2 a č.3.

Tabuľka č.2: Rozdiel v prežívaní zmyslupnosti života medzi adolescentmi vnímajúcimi starých rodičov ako zdroj inštrumentálnej sociálnej opory a tými, ktorí ich ako takýto zdroj nevnímajú

starý rodič ako zdroj inštrum.SO	N	Mean Rank	U	Asymp. Sig.
áno	161	93,69	2043,5	,110
nie	31	111,08		
spolu	192			

Tabuľka 3: Rozdiel v prežívaní zmyslupnosti života medzi adolescentmi vnímajúcimi starých rodičov ako zdroj emocionálnej sociálnej opory a tými, ktorí ich ako takýto zdroj nevnímajú

starý rodič ako zdroj emoc. SO	N	Mean Rank	U	Asymp. Sig.
áno	128	95,09	3915,5	,619
nie	64	99,32		
spolu	192			

V hypotéze H2 sme predpokladali, že adolescenti, ktorí uviedli, že starí rodičia v ich sociálnej sieti figurujú, budú vnímať svojho zvoleného starého rodiča ako celkovo dôležitejšieho, v porovnaní s adolescentmi, ktorí do svojej sociálnej siete starých rodičov nezahrnuli. Výsledky uvádzame v nasledujúcej tabuľke č.4..

Tabuľka č. 4: Rozdiel vo vnímaní celkovej dôležitosti starého rodiča medzi adolescentmi so starými rodičmi v sociálnej sieti a bez starých rodičov v sociálnej sieti.

starý rodič v soc. sieti	N	Mean Rank	U	Asymp. Sig.
áno	18	134,53	881,50	,002
nie	174	92,57		
spolu	192			

Analýza potvrdila predpokladaný rozdiel vo vnímaní celkovej dôležitosti starého rodiča ($U = 881,50$, $n = 192$, $p = 0,002$) medzi adolescentami/kami, ktorí do svojej sociálnej siete starých rodičov zahrnuli ($M = 134,53$) a adolescentmi, ktorí ich do svojej siete nezahrnuli ($M = 92,57$). Hypotéza sa nám teda potvrdila. Toto zistenie vypovedá o tom, že adolescenti, ktorí vnímajú sociálnu oporu poskytovanú ich starými rodičmi považujú aj svojich starých rodičov za viac dôležitých v ich živote. Výsledky teda naznačujú, že aj keď starí rodičia nie sú pravdepodobne primárne prítomní pri procese formovania adolescentovho vnímania života ako zmysluplného, ich miesto v živote dospelujúceho má svoju nepochybnú významnú úlohu.

Doplňujúce zistenia

Zo zozbieraných dát sme získali mnoho informácií, ktoré napomáhajú objasneniu skúmanej problematiky.

Zistili sme, že medzi chlapcami a dievčatami nie je rozdiel vo výbere najbližšieho starého rodiča. Taktiež sa potvrdilo, že najčastejšie voleným starým rodičom bola stará mama z matkovej strany (55,2%), nasledovala stará mama z otcovej strany (31,3%).

V ďalšej časti spracovávania dát sme sa pokúsili na základe vybraných charakteristík bližšie opísať povahu vzťahu adolescenta/ky s jeho/jemu najbližším žijúcim starým rodičom:

a) Vek vybraného starého rodiča - 67,7% adolescentov/tiek uviedlo, že má starého rodiča vo veku 60-70 rokov. 26% adolescentov/tiek uviedlo, že vek zvoleného starého rodiča je viac ako 75 rokov. 12% adolescentov/tiek malo starého rodiča mladšieho ako 60 rokov.

b) Zdravotný stav starého rodiča - 65,6% adolescentov/tiek považuje zdravotný stav starého rodiča za dobrý, 19,3% ho vníma ako zlý, 12% adolescentov/iek ho považuje za veľmi dobrý a 3,1% za veľmi zlý.

c) Geografická vzdialenosť - len malá časť adolescentov/iek (11,5%) býva v relatívne väčšej vzdialenosti (iný okres) a však ostatní adolescenti žijú relatívne blízko (susedstvo, to isté mesto/dedina, ten istý okres). 19,3% adolescentov v našej vzorke žije so starým rodičom v jednej domácnosti.

d) Frekvencia a spôsob kontaktu so zvoleným starým rodičom – väčšina adolescentov/iek uvádza ako najčastejší kontakt so starými rodičmi osobný kontakt 1x

týždenne a viac (59,9%), nasleduje osobný kontakt min 1x mesačne (27,6%) a telefonický kontakt viac ako raz za týždeň (23,4%). Zriedka alebo nikdy sa vnuci a vnučky kontaktujú mobilom, SMS správami, prostredníctvom e-mailu a poštou.

e) Želané množstvo kontaktov so zvoleným starým rodičom - 72,4% adolescentov/iek je s aktuálnym stavom spokojných. Štvrtina adolescentov vyslovila túžbu mať so svojim starým rodičom viac kontaktov a 2,6% adolescentov si želalo mať s ním menej kontaktov.

f) Posúdenie vlastností starých rodičov adolescentami - výsledky uvádzame v nasledujúcej tabuľke č.6.

Tabuľka č.6: Adolescentami vnímané vlastnosti zvoleného starého rodiča

vlastnosť:	%		%
štedrý	90,7	dynamický/živý	71,9
milý/milujúci	94,3	prísny/striktný	34,9
spoločenský/pohostinný	93,2	netrzeplivý	26,5
vtipný/zábavný	80,2	staromódny	55,9
tolerantný	83,3	lakomý	10,4

g) Komunikácia – v minime prípadov boli starí rodičia volení ako výluční komunikační partneri. Najčastejšie sú takto uvádzaní pri diskusiách o vzťahoch s rodičmi. Často sú starí rodičia uvádzaní spolu s ostatnými komunikačnými partnermi. V tejto pozícii je témou diskusie hlavne škola a taktiež novinky a aktuality. Najmenej spoločne diskutovanými témami sú otázky týkajúce sa intimity a sexuality. Viac ako polovica adolescentov/tiek v našej vzorke vyjadrila názor, že starí rodičia dokážu vždy, resp. často udržať predmet ich vzájomného rozhovoru v tajnosti, že ich počúvajú, ak hovoria o svojich vnútorných pocitoch.

h) Dôležitosť vzťahu so starým rodičom - 49,5% adolescentov z našej vzorky považuje tento vzťah za veľmi dôležitý. 35,4% ho vníma ako dôležitý. Pre 14,1% adolescentov je tento vzťah menej dôležitý, pre 1% adolescentov nie je tento vzťah dôležitý.

Záver

Výsledky poukazujú na nasledovné zistenia:

1. Starí rodičia sú adolescentami/kami vnímaní ako zdroj inštrumentálnej opory - uviedlo ich približne 84% adolescentov/tiek (161) a ako zdroj emocionálnej opory ich uviedlo približne 67% adolescentov/tiek (128) z celkového počtu 192.
2. Adolescenti/ky prežívajú svoj život približne rovnako zmysluplne bez ohľadu na to, či svojich starých rodičov považujú za súčasť svojej sociálnej siete alebo nie, bez ohľadu na to, či svojich starých rodičov považujú alebo nepovažujú za jeden zo zdrojov emocionálnej, resp. inštrumentálnej sociálnej opory.
3. Adolescenti/ky, ktorí/é vnímajú svojich starých rodičov ako zdroj sociálnej opory považujú svojich starých rodičov vo svojom živote za dôležitých. Výsledky teda naznačujú, že aj keď starí rodičia nie sú pravdepodobne primárne prítomní pri procese formovania adolescentovho vnímania života ako zmysluplného, ich miesto v živote dospelujúceho má svoju nepochybne významnú úlohu.
4. Medzi chlapcami a dievčatami nie je rozdiel vo výbere najbližšieho starého rodiča. Najčastejšie voleným starým rodičom je stará mama z matkovej strany.
5. Väčšina adolescentov/tiek (67,7%) uviedlo, že má starého rodiča vo veku 60-70 rokov, taktiež väčšina považuje zdravotný stav starého rodiča za dobrý (65,6%).
6. Väčšina adolescentov/tiek býva relatívne blízko svojich starých rodičov (69,2%), prípadne v spoločnej domácnosti (19,3%). Potvrďuje sa fakt, že v našich podmienkach

majú novovzniknuté rodiny tendenciu ostať v geografickej blízkosti aspoň jednej z pôvodných rodín.

7. Väčšina adolescentov/tiek (59,9%) sa so svojimi starými rodičmi osobne stretávajú minimálne raz za týžden a viac, pričom 72,4% adolescentov/tiek v našej vzorke je s aktuálnym množstvom kontaktov spokojných.

8. Starí rodičia sú svojimi vnukmi/čkami vnímaní pozitívne a považujú ich za štedrých, milujúcich, spoločenských pohostinných, zábavných, dynamických, ale i staromódnych. V menšej miere aj ako netrpezlivých a prísnych.

9. Starí rodičia väčšinou nie sú vnímaní ako primárni a výluční komunikační partneri. Najčastejšou témou sú diskusie týkajúce sa vzťahov s rodičmi, škola a taktiež novinky a aktuálny. Najmenej spoločne diskutovanými témami intimita a sexualita. Taktiež väčšina opýtaných je presvedčená o diskretnosti starých rodičov.

10. Vzťah k starým rodičom považuje za dôležitý väčšina adolescentov/iek (84,9%) z našej vzorky.

Literatúra:

1. Šimová, E. (2002): Rodina a starnutie. In: Bačová, V.(ed.): Psychológia rodiny a psychológia starnutia. (zborník z konferencie) FFPU. [CD-verzia]. Prešov.

2. Matějček, Z., Dytrich, Z. (1997): Radosti a strasti prarodičů aneb když máme vnoučata. Praha: Grada Publishing.

3. Gecková, A., Pudelský, M., Dijka J. P. (2001): Vplyv percipovanej sociálnej opory na zdravie a socio-ekonomické rozdiely v sociálnej opore adolescentov. Československá psychologie, 55, 1, 7- 18

4. Gecková A., a kol. (2003): Starí rodičia ako zdroj sociálnej opory. Československá psychologie, 47, 1, 31-41

5. Halama, P. (2000a): Teoretické a metodologické prístupy k problematike zmyslu života. Československá psychologie, 54, 3, 216-236

6. Halama, P. (2000b): Zvládanie existenciálnej úzkosti adolescentov pomocou utvárania zmyslu života. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 35, 3, 222-232

7. Langmeier, J., Krejčířová, D. (1998): Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing

8. Ochiltree, G. (2006): The changing role of grandparents. In.: AFRC Briefing. No.2, 2006. [Online]. Australian Family Relationships Clearinghouse. Australian Institute of Family Studies. [citované 28.1.2008]. Dostupné na:

<<http://www.aifs.gov.au/afrc/pubs/briefing/briefing2.html>>

9. Rosenthal, C. J., Gladstone, J. (2000): Grandparenthood in Canada. [Online]. The Vanier Institute of the Family. [citované 28.1.2008]. Dostupné na:

<http://www.vifamily.ca/library/cft/grandparenthood.html>

10. Tavel, P., Kanálik, T. (2008): Praktické možnosti psychologické práce s témou zmyslu života u detí a mládeže. In.: E-psychologie [online]. 2 (1), 36-46 [15.1.2008]. Dostupné na: <<http://e-psycholog.eu/pdf/tavel-et-al.pdf>>

11. Yalom, I. D. (2006): Existenciální psychoterapie. Praha. Portál

Adresy autoriek:

Beáta Ráciová, Katedra psychológie, FF UPJŠ Košice, SR beata.raczova@upjs.sk

Stanislava Bujňáková, Katedra psychológie, FF PU Prešov, SR

Uplatnenie sociálnej práce, stratégie a postupov pri práci so žiadateľmi o azyl a azylantmi

ANTOLOVÁ Vladimíra, SR
ŠTEFÁKOVÁ Lenka, SR

Abstrakt

Práca sa zaoberá problematikou žiadateľov o azyl a azylantov, ich pobytom na území SR, rizikovými oblasťami, ktorými musia v procese adaptácie prechádzať. V snahe zabezpečiť plynulú adaptáciu utečencov poukazujeme na opodstatnenosť pozície sociálneho pracovníka v azylových zariadeniach, jeho kompetencie a činnosti, potrebu zainteresovania aj sociálnych pracovníkov ostatných štátnych orgánov a inštitúcií. Oplyvňovanie verejnej mienky, multikultúrna výchova môže prispieť k pozitívnejšiemu prijímaniu utečencov zo strany majoritnej spoločnosti.

Kľúčové slová: žiadateľ o azyl, azylant, azylový proces, migrácia, sociálna práca, verejná mienka, multikultúrna výchova,

Globalizácia výrazne ovplyvňuje dianie vo svete vo všetkých oblastiach života. Na jednej strane vytvára situácie a podmienky, ktoré zvyšujú tlak a zosilňujú túžbu migrovať ako: extrémna chudoba, kolabovanie národných ekonomík, narastajúce ekonomické rozdiely, enviromentálne problémy, etnický a náboženský fundamentalizmus, konflikty a vojny (Papantoniou, Peschke, Moritz, 2004). Na druhej strane možno vidieť napätie medzi globálnou tendenciou voľného pohybu ľudí a reštriktívnymi opatreniami štátov. Vlády jednotlivých štátov prísne kontrolujú nežiaduce pohyby obyvateľstva. Tým rastie aj ilegálna migrácia a naliehavá potreba riešenia (Divinský, 2005). Disparity v ekonomikách sveta, v prírastku obyvateľstva vytvárajú tlak na medzinárodnú migráciu. Podľa odhadov až 150 miliónov ľudí pracujúcich v iných krajinách bolo donútených k migrácii následkom ekonomických dôsledkov globálnej ekonomiky.

Na migráciu obyvateľstva sa vždy musíme pozerat' v celosvetovom kontexte. Približne 550 miliónov ľudí zarába menej ako 1 dolár denne, 850 miliónov ľudí trpí podvýživou (z toho každé tretie dieťa), miliarda ľudí nemá prístup k pitnej vode a všetky tieto alarmujúce faktory sú ovplyvnené rýchlym populačným rastom rozvojových krajín (Koser, 2007). Prevažná väčšina konfliktov prebieha v rozvojových krajinách. Keby sme chceli preskúmať príčiny vojnového násillia, došli by sme k záveru, že zvýšený počet vojen a s tým spojené aj migračné pohyby sú priamo úmerné so stagnáciou až rozpadom spoločenského vývoja (Bade Klaus, 2004).

1 Stručne o migračnej situácii v Slovenskej republike

Slovenská republika nepatrí medzi vyslovene multikultúrne krajiny, aj keď po vstupe do Európskej únie mobilita najmä ekonomických migrantov má stúpajúcu tendenciu a príliv cudzincov do našej republiky vzrástol.

V roku 2004 bol rozdiel medzi vyst'ahovanými a prisťahovanými osobami do Slovenskej republiky 2874. V roku 2007 bol počet prisťahovaných 8624 osôb (Štatistický úrad SR, 2008). Podľa údajov štatistického úradu SR až 80-90 % všetkých

evidovaných prisťahovalcov do SR tvorili imigranti z Európy, ale od roku 2002 neustále rastie podiel migrantov z Ázie a USA (Štatistický úrad SR, In: Divinský, 2005, s. 47). Významným fenoménom je nelegálna migrácia a utečenectvo. Žiadatelia o azyl prichádzajú v počtoch priamo závislých na medzinárodnej bezpečnostnej ale aj ekonomickej situácii v jednotlivých štátoch. Príčiny ich úteku sú rôzne. Dôvodom môže byť perzekúcia, vojnový konflikt, porušovanie základných občianskych, politických, sociálnych práv, ale aj extrémne biedne životné podmienky. Najvyšší počet dosiahla nelegálna migrácia v rokoch 2001 a 2002, kedy bolo zachytených na našom území za obidva roky viac ako 20 tisíc osôb (www.unhcr.sk).

Situácia sa kvalitatívne zmenila najmä pristúpením SR k medzinárodným záväzkom ako je aj Schengenská dohoda, Dublinský dohovor, účinkom ktorých sa počet nelegálnych migrantov obmedzil.

Môžeme teda povedať, že Slovenská republika sa stáva prechodným, niekedy trvalým domovom pre skupinu cudzincov a tomu je potrebné prispôbiť štátnu politiku, legislatívu, prijímanie medzinárodných dohovorov, opatrení na miestnej úrovni v oblasti zamestnania, vzdelania, sociálnej pomoci, zdravotnej starostlivosti, bytovej otázky. Tým nechceme povedať, že opatrenia by mali byť prioritne orientované na cudzích štátnych príslušníkov, ale túto skutočnosť by mali zohľadňovať. Slovenská republika už nie je len tranzitnou krajinou, ale pre mnohých cudzincov sa stáva aj krajinou cieľovou.

2 Problematika žiadateľov o azyl, azylantov a navrhované stratégie riešenia

Žiadatelia o azyl a azylanti predstavujú zraniteľnú skupinu z hľadiska ich kultúrnej odlišnosti, dôvodov ich úteku, zdravotného a psychického stavu, diskriminácie vo viacerých oblastiach spoločenského života. Ich počet postihuje najmä oblasti, kde sú situované záchytné a pobytové tábory, v ktorých sú žiadatelia o azyl umiestnení.

Osobitnú skupinu cudzincov tvoria maloleté deti bez sprievodu/odlúčené deti, ktoré prichádzajú na naše územie ako cudzinci bez sprievodu rodičov alebo akýchkoľvek zákonných opatrovníkov (Save the children, UNHCR, 2005). Tie sú v rámci kapacitných možností umiestňované v jedinom špecializovanom Detskom domove pri Trenčíne v Hornom Orechovom. V tomto kontexte sa vynímajú najmä otázky: aká je legislatívna ochrana zo strany SR, je možné ich zlúčenie s rodinou, prípadne návrat do krajiny pôvodu, ako je zabezpečená ich školská dochádzka, aké sú ich sociálne väzby a adaptácia v SR, ako je ošetrovaný ich stav po dovŕšení plnoletosti?

Pri práci s cieľovou skupinou utečencov je dôležité určiť motiváciu, príčiny a dôvody opustenia krajiny pôvodu. Či sa jedná o osoby, ktoré SR považujú len za tranzitnú krajinu a svoj pobyt obmedzia na nevyhnutnosť, alebo majú skutočný záujem o usadenie a opodstatnené dôvody k získaniu azylu. Tieto skutočnosti majú význam pri následnej práci so žiadateľmi o azyl.

Azylový proces začína vyhlásením cudzinca, že žiada o azyl na príslušnom mieste, po ktorom je následne umiestnený do záchytného tábora najdlhšie po dobu 30 dní (počas karanténneho obdobia). Už v tejto fáze by mala mať svoje miesto sociálna práca. V súčasnosti už je interným pracovníkom zariadenia aj sociálny pracovník. Je dôležité formulovať rozsah jeho činnosti, aká je jeho úloha v období, keď žiadateľ prichádza do neznámeho prostredia veľakrát plný negatívnych emócií podporených strachom, traumou, desivými zážitkami.

Sociálny pracovník môže byť pre žiadateľa o azyl sprevádzajúcou osobou, poskytovateľom informácií, obhajcom klientových práv, terapeutom, niekedy aj právnym poradcom a sprostredkovateľom kontaktu so spoločenským prostredím. Pri vstupe žiadateľa do azylového zariadenia by mal byť sociálny pracovník prvou osobou, ktorá sa ho ujme. Považujeme za nevyhnutné, aby pri prijímaní procese bol prítomný aj tlmočník, ktorý vysvetlí v materskom jazyku žiadateľovi dôvody jeho pobytu v zariadení, dĺžku pobytu, oboznámi ho s táborovým poriadkom, režimom dňa, jeho právami a povinnosťami. Keďže sa poskytujú všeobecné informácie, prítomnosťou tlmočníka nebude postihnutá „intimita vzťahu“ sociálny pracovník – klient. Klientovi by mal zodpovedať na všetky doplňujúce otázky, aby sa eliminoval pocit neistoty a opustenosti. Keďže pobyt v záchytnom tábore je obmedzený na nevyhnutný čas, tomu sa prispôsobujú aj táborové aktivity. Je pochopiteľné, že sa s klientom nebude vypracovávať dlhodobý plán sociálnej práce. Netreba však zanedbať zaznamenanie sociálnej anamnézy. V niektorých prípadoch je potrebné psychologické poradenstvo, ktoré by mal sociálny pracovník zabezpečiť. Tu je ale otázka vhodnosti tlmočenia – bude narušený vzťah prítomnosťou tretej osoby?

Žiadatelia majú v tomto období pomerne veľa voľného času, keďže gro činností sa vykonáva až v pobytovom tábore, ktorý predstavuje miesto dlhodobiejšieho pobytu žiadateľa a tým aj priestor pre mnohé aktivity ale aj formy a činnosti sociálnej práce. Skutočnosť, že žiadateľ v záchytnom tábore je (aj keď len krátky čas), netreba podceňovať a pripraviť plán práce, ktorý by plynule pokračoval aj v pobytovom tábore. Je tu priestor pre sociálneho pracovníka ako kultúrneho sprievodcu a uvádzateľa do novej slovenskej kultúry. Informuje žiadateľa o azylovom procese, mimovládnych organizáciách pôsobiacich v danej oblasti, právnych poradcov, realizuje športové aktivity, čítanie literatúry, výučbu slovenského jazyka.

Podľa prieskumov Ekumenickej rady SR (2007) medzi najčastejšie problémy žiadateľov o azyl patrí:

- zdĺhavý priebeh azylovej procedúry,
- depresia a pocity zúfalstva,
- rozpad denného režimu a zlé využitie prebytku voľného času,
- nestabilita táborej komunity (v dôsledku vysokej fluktuácie obyvateľov),
- rozpad pôvodnej sociálnej siete, strata rodinných a komunitných väzieb,
- rozpad tradičného systému hodnôt,
- jazyková bariéra – medzi žiadateľmi a zamestnancami ako aj medzi rôznymi skupinami žiadateľov,
- osobné a skupinové konflikty, aj násilnej povahy,
- materiálna nezabezpečenosť a závislosť na systéme podpory.

Tieto problémy sa najčastejšie objavujú v pobytovom tábore, kde je žiadateľ počas celého azylového procesu. Sociálny pracovník by si mal byť vedomý rizikových faktorov a predchádzať im. Samozrejmosťou by sa mala stať pravidelná supervízia sociálnych pracovníkov.

V pobytovom tábore má byť primárnou úlohou účasť žiadateľov na kurzoch slovenského jazyka. Ovládanie slovenského jazyka je nevyhnutný predpoklad úspešnej integrácie azyllanta, čo je potrebné zdôrazňovať už žiadateľovi o azyl. Žiadatelia, u ktorých nebolo právoplatne rozhodnuté o priznaní alebo nepriznaní azylu do 1 roka od podania žiadosti majú povolené zamestnať sa (Zákon NR SR č. 480/2002 Z.z. o azyly). Čas, keď žiadatelia čakajú na rozhodnutie o svojej žiadosti je pre nich

stresujúci proces a môže trvať veľmi dlhú dobu. Sociálny pracovník by mal byť všímavý k zmenám správania sa žiadateľa a vedieť rozpoznať rizikové procesy. Pri sociálnom probléme je dôležité zistiť príčinu sociálnej udalosti, jej závažnosť, stanoviť diagnózu a plán sociálnej terapie. Všetky opatrenia musia byť prekonzultované s klientom a s jeho súhlasom aj s iným odborníkom.

Utečenci majú svoje základné ľudské potreby akými sú (Matoušek, O. a kol., 2005):

- Sebestačnosť: potreba utečenca samostatne rozhodovať o vlastnom živote. Pocit závislosti môže vyvolať zúfalstvo, hnev
- Rešpektovanie ľudskej dôstojnosti
- Identita: zachovanie vlastnej identity a pocit spolupatričnosti v spoločnosti
- Komunikácia: neznalosť jazyka spôsobuje vážnu komunikačnú bariéru
- Rodinný život: každý človek má potrebu žiť vo svojej rodine, starať sa o jednotlivých členov, v nej si naplňovať svoje potreby. Utečenci chcú tiež žiť vo svojej rodine a vychovávať deti podľa svojich hodnôt a kultúrnych tradícií
- Zamestnanie: sebarealizácia je predpokladom telesnej a psychickej pohody

3 Zainteresovanie štátnych orgánov

Sprevádzanie utečenca je potrebné na začiatku jeho pobytu v cudzom štáte. Nie je to však nesamostatná bytosť, má právo participovať na svojom živote, rozhodovať o opatreniach, ktoré sa ho týkajú. Toto právo má aj maloleté dieťa.

Na nevyhnutnosť pomoci najzraniteľnejším skupinám (imigrantom, azylantom, maloletým bez sprievodu...) poukazujú aj oficiálne dokumenty (napr. Národný akčný plán sociálnej inklúzie 2004-2006) pričom priznávajú, že tieto skupiny jedincov sa často dostávajú do situácií, ktoré si vyžadujú operatívne a adresné riešenie (Porubánová, 2005). Národný akčný plán určuje za prioritnú úlohu zabezpečenie uceleného prístupu k riešeniu špecifických integračných problémov migrantov.

Identifikácia hlavných problémov adaptácie azylantov (MVO, 2002)

- Ubytovanie
- Zamestnanie
- Vzdelanie a jazyková vybavenosť
- Intolerancia majoritnej spoločnosti

K spolupráci na integrácii azylantov by mali byť prizvaní aj pracovníci miestnych úradov práce sociálnych vecí a rodiny, ktorí by mali byť vyškolení na poradenstvo pre žiadateľov o azyl a azylantov a to poskytovaním relevantných informácií o zamestnanosti v jednotlivých regiónoch Slovenska, informovaním o aktuálnych voľných pracovných miestach, poradenstvo pri uplatnení sa na trhu práce, získanie zručností na špecifické pracovné pozície, ponukou rekvalifikačných kurzov. Zákonom o službách zamestnanosti (Zákon NR SR č. 5/2004 Z.z.) sa aj žiadatelia o azyl a azylanti zaradili medzi zraniteľné skupiny na trhu práce, čím nastal posun vo vnímaní ich postavenia.

Sociálni pracovníci ÚPSVaR by mali pôsobiť aj ako asistenti pri sprevádzaní klienta na jednotlivých oddeleniach úradu, tiež môžu sprevádzať klienta pri vybavovaní žiadostí v iných štátnych inštitúciách. Činnosť štátnych úradníkov sa musí pretransformovať do roviny terénnej a tým aj pôsobiť bližšie pri klientovi. Získanie sebavedomia klienta, posilneného pracovníkom úradu pri vybavovaní svojich žiadostí umožní väčšiu

samostatnosť a aktivitu v budúcnosti. Prínosom je realizácia kurzov na lepšiu sebaaprezentáciu klienta, ktoré už uskutočnili MVO.

Podobnými kompetenciami by mali byť vybavení aj sociálni pracovníci mestských úradov, obecných úradov, VÚC a iných štátnych orgánov. Byť v prvom rade pre klienta, musí platiť aj vo vzťahu k cudzincovi.

Na školách je nevyhnutné uplatňovať integráciu s prvkami osobitného prístupu. Ak dieťa ovláda slovenský jazyk na zrozumiteľnej úrovni, dokáže absolvovať rozsah učiva s pomocou a intenzívnejším vedením učiteľa, alebo asistenta (mentora).

V oblasti ubytovania je základnou úlohou zmeniť stratégiu ponúkajú bytov v lokalitách s vysokou nezamestnanosťou. Ideálne riešenie je pomôcť azylantovi zabezpečiť byt za prijateľnú cenu v oblasti, kde si už zamestnanie našiel, alebo má väčšiu možnosť získať zamestnanie. Ministerstvo vnútra môže cielenejšie pôsobiť na predstaviteľov samospráv a motivovať ich možnosťou získať príspevok na zaobstaranie ubytovania alebo príspevok na rozvoj infraštruktúry pri zabezpečení ubytovania pre azylanta (Zákon č.480/2002 Z.z. o azyle).

4 Ovpływňovanie verejnej mienky, multikultúrna výchova

V roku 2007 sa uskutočnil výskum verejnej mienky vo vzťahu k ľudským právam (SNSLP, 2007). V odpovediach respondentov prevládala obava z ekonomických a sociálnych dôsledkov prílevu prisťahovalcov na Slovensku. Ukázalo sa, že zdrojom obáv je predstava o spojení prisťahovalectva s rastom kriminality a vytlačáním obyvateľstva z trhu práce. S tým, že prisťahovalci prispievajú k rastu kriminality vyjadrilo súhlas 43,2 % respondentov. S tým sa stotožnili najčastejšie starší ľudia (52,6 % respondentov nad 60 rokov).

Existuje teda príklon verejnosti vnímať prisťahovalcov cez filter negatívnych vzorcov správania. Nepriamo to potvrdila aj nízka miera súhlasu s tvrdením o pozitívnom prínose prisťahovalcov v oblasti nových myšlienok a kultúry (18,4 %). K takémuto názoru sa odmietavo postavila približne tretina respondentov (34,3 %).

Človek, ktorý je odlišný sa stretáva s nepochopením, čo vyvoláva neistotu, nízke sebavedomie a iné negatívne pocity. Ak vznikajú problémy, tak sú to problémy dané pôsobením iných sociokultúrnych vplyvov, inou formou socializácie (SNSLP,2007a).

Na obyvateľstvo štátu je nutné pôsobiť cielene a komplexne. Vzájomné spolužitie viacerých etnických, národných skupín vyžaduje veľkú mieru tolerancie a akceptácie. Multikultúrna výchova a vzdelávanie v oblasti utečeneckej problematiky a rešpektovaní ľudských práv sa javí ako nevyhnutné medzi obyvateľmi SR. Väčšinová spoločnosť sa musí aspoň čiastočne prispôbiť a to z dôvodu základnej možnosti existencie danej minority.

Práca s verejnou mienkou nie je iba preventívnou prevenciou formovania rasistických a xenofóbnych názorov, ale prispieva k zmene zaužívaných negatívnych postojov voči azylantom a migrantom. S týmto cieľom sú realizované viaceré projekty mimovládnych organizácií (Mosty k tolerancii, Pozitívne ovplyvňovanie verejnej mienky majoritnej spoločnosti v záujme uľahčenia integrácie azylantov a migrantov do spoločnosti, Právo na azyl, znamená právo na život, realizované v rokoch 2004-2007).

K tomuto cieľu jednoznačne prispieva aj multikultúrna výchova, ktorá by mala byť zaradená do učebných osnov už základných škôl, pričom určité aktivity by mohli byť realizované už v materských školách.

Cieľom multikultúrnej výchovy je schopnosť (Mistrík, E. a kol, 1999):

- chápať vzťahy vlastnej kultúry s inými kultúrami,
- včleniť a chápať úlohu jednotlivých kultúr a spoločenstiev v historickom kontexte, prekonať egocentrický pohľad na svet,
- vidieť a chápať vzájomnú komunikáciu a dynamiku kultúr v histórii,
- viesť dialóg s inými kultúrami, prípadne snahu otvoriť sa a vstúpiť do aktívneho tvorivého dialógu s inými kultúrami,
- chápať aj obmedzenia vlastnej kultúry,
- byť tolerantný a empatický k iným kultúram a starať sa aj o iné kultúry.

Žiadatelia o azyl a azylanti majú znevýhodnené postavenie vyplývajúce z ich kultúrnej odlišnosti, sociálnej izolácie, nestabilného ubytovania, nezamestnanosti a určitého opovrhovania majoritnou spoločnosťou. Činnosť sociálnych pracovníkov, štátnych zamestnancov príslušných odborov, cielené pôsobenie na verejnú mienku môže zlepšiť postavenie utečencov aj v Slovenskej republike.

Literatúra

Bade Klaus, J. 2004. *Evropa v pohybu. Evropské migrace dvou staletí.* Praha: Nakladatelství lidové noviny,2004,s.102

Divinský, B. 2005. *Zahraničná migrácia v Slovenskej republike.* Bratislava: Fridrich Ebert Stiftung a Výskumné centrum Slovenskej spoločnosti pre zahraničnú migráciu,2005,s.16

Koser, K. 2007. *Intenational migration,A very short introduction.*Oxford: Oxford university press. s.30

Matoušek, O. a kol. 2005. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi.* 1.vyd. Praha: Portál, 352s.

Mistrík, E., Haapen, S., Heikkinen, H., Jazudek, R., Ondrušková, N., Räsänen,R. 1999. *Kultúra a multikulúrna výchova.* Bratislava: IRIS.

Mimovládne organizácie (BJS, SHR, SLDV). 2002. *Parciálna štúdia Evalvácie Ex-Ante Európskej iniciatívy „EQUAL“ v SR*

NR SR: Zákon č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti v znení neskorších predpisov

NR SR: Zákon č.480/2002 Z.z. o azyle v znení neskorších predpisov

Papantoniou, K.A., Peschke,D., Moritz,M. 2004. *Europe Africa dialogue programme Globalisation and migration some reflections on the connection between two inter-related global phenomena.*Council of Europe, 2004,s.2

Porubánová, S. 2005. *Imigračný fenomén v kontexte sociálnej inklúzie.* Bratislava: Stredisko pre výskum práce a rodiny,2005,s.21

Save the children, UNHCR: *Vyhlásenie o vhodnom postupe,*2005

Slovenské národné stredisko pre ľudské práva. 2007. *Záverečná správa projektu Reprezentatívny výskum vnímania ľudských práv a zásady rovnakého zaobchádzania u dospelaj populácie v SR*

Adresa:

PhDr. Vladimíra Antolová, vladimira.antolova@fedu.ku.sk

PhDr. Lenka Štefáková, lenka.stefakova@fedu.ku.sk

Katolícka Univerzita v Ružomberku

Pedagogická fakulta

Nám. A. Hlinku 56

034 01 Ružomberok

Prežívanie sociálnej a emocionálnej osamelosti matiek s postihnutým dieťaťom

GALKOVÁ Silvia, SR

Abstrakt:

Príspevok sa zaoberá prežívaním sociálnej a emocionálnej osamelosti (ako negatívneho fenoménu v živote človeka) u matiek (rodiny) s postihnutým dieťaťom. Príspevok je zameraný na život s postihnutým dieťaťom – a to na jeho rodinnú výchovu a ústavnú výchovu s dôrazom na stratégiu vzájomného kvalitného života matky (rodiny) s postihnutým dieťaťom. Príspevok približuje problematiku postihnutia – jeho ovplyvňujúce činitele, adaptačný proces naň. Autorka v príspevku poukazuje na niektoré skutočnosti, týkajúce sa vzájomných vzťahov členov rodiny s postihnutým dieťaťom.

Kľúčové slová: *postihnutie, sociálna opora, osamelosť, rodinná a ústavná výchova postihnutého dieťaťa, stratégia vzájomného kvalitného života matky (rodiny) s postihnutým dieťaťom*

Úvod

Problematika rodín s postihnutým dieťaťom bola v minulosti skôr na okraji záujmu odborníkov, ktorí sa sústreďovali len na dieťa a jeho postihnutie. Na základe nových poznatkov o rodine v druhej polovici 20. storočia sa čoraz viac sústreďuje záujem aj o rodičov (rodinu) postihnutého dieťaťa - reprezentujúcich určitý jedinečný rodinný systém so zložitou štruktúrou a prepojením.¹ Každá rodina s postihnutým dieťaťom má svoju jedinečnú vnútornú stavbu a štruktúru (vzťahov, komunikácie a pod.), osobitú atmosféru, pravidlá a tradície spolužitia – teda každý člen rodiny má určitý vplyv na ostatných členov rodiny a sám je pod ich vplyvom.

Charakteristika postihnutia

Pojem postihnutie nie je jednotný a neustále sa vyvíja. Najznámejšie a najčastejšie používané sú tieto niektoré súhrnné názvy, označujúce objekt starostlivosti v špeciálnej pedagogike:

- znevýhodnené, handicapované deti
- chybné, postihnuté, obmedzené deti
- fyzicky-psychicky poškodené deti
- anomálne deti.

Pestrá škála používanej domácej i zahraničnej terminológie sa komplikuje aj vplyvom niektorých rezortných označení, napr. „invalidný jedinec“ (vžitý hlavne v rezorte práce, sociálnych vecí a rodiny), „poškodený jedinec“, „defektný jedinec“ i „zdravotne postihnutý jedinec“ (frekventované v oblasti zdravotníctva).²

Sociálna opora (u dieťaťa s postihnutím)

Sociálna opora (social support) je súhrnné vyjadrenie presvedčenia jednotlivca o tom, že si ho ostatní ľudia vážia, stoja o neho a v prípade potreby sú mu ochotní poskytnúť pomoc a starostlivosť.

Z hľadiska analýzy môže byť **štrukturálna sociálna opora** – jedná sa o rozsah sociálnej siete (v zmysle blízkych a známych ľudí) jednotlivca, alebo **funkcionálna sociálna opora** – jedná sa o jednotlivcom vnímanú emocionálnu s inštrumentálnu pomoc poskytovanú mu okolím.³

Najprirodzenejším prostredím pre život a výchovu postihnutého dieťaťa (s akýmkoľvek postihnutím) je jeho rodina – je to najlepšia sociálna opora z hľadiska jeho emocionálnej stability, kvality a množstva podnetov pre ďalší rozvoj postihnutého dieťaťa.

Narodenie postihnutého dieťaťa je považované za veľmi traumatizujúcu skutočnosť. Rodina s postihnutým dieťaťom (v zmysle jeho sociálnej opory) môže prežívať určitú osamelosť najmä pri plnení svojich funkcií. J. Prevendárová uvádza, že:

- pri **ekonomickej funkcii** rodiny – je známe, že postihnutie dieťaťa má výrazný vplyv na rodinný rozpočet a je veľmi problematické kompletne uspokojovať všetky potreby a záujmy členov rodiny.
- pri **funkcii telesnej starostlivosti** - zabezpečovanie tejto funkcie je mimoriadne ťažké najmä v rodine, kde žije postihnuté dieťa bez základných samoobslužných návykov a zručností.
- pri **odpočinkovej a regeneračnej funkcii** rodiny – opatera a starostlivosť (najmä matiek) o postihnuté dieťa je vyčerpávajúca a časovo náročná, takže je tu nedostatok príležitostí na aktívny či pasívny odpočinok.
- pri **socializačnej funkcii** rodiny – ide tu o vzťah postihnutého dieťaťa k rodičom, k súrodencom. Narušenie tejto funkcie je časté najmä v rodinách s nízkym sociokultúrnym statusom, kde sa u postihnutých detí objavujú navyše sekundárne dôsledky postihnutia – a to v sociálnej, emocionálnej, ale aj kognitívnej oblasti.
- pri **sebadefinujúcej funkcii** - v rodine človek nadobúda poznanie a utvrdenie svojej identity. Postihnuté dieťa len veľmi ťažko nachádza vlastnú identitu a rodičia postihnutého dieťaťa sú ohrození vo svojej identite v zmysle rodičovskej roviny.
- pri **funkcii citového zázemia** – v rodine s postihnutým dieťaťom je ťažké docieľiť zdravú citovú rovnováhu (v zmysle zvládania pocitov viny, nepokoja či bolesti), na druhej strane však postihnutie dieťaťa môže zlepšiť kohéziu (emocionálnu) rodiny.
- v súvislosti s **vodcovskou a poradenskou funkciou** – vodcom a radcom pre postihnuté dieťa býva zdravý súrodenec, ale aj naopak – postihnuté dieťa môže naučiť súrodencov mnohým užitočným návykom.
- v zmysle **výchovnej a výukovej funkcie** – ide tu o recipročný charakter výchovných vplyvov: deti (aj postihnuté) sa mnohému učia od svojich rodičov no zároveň sú prameňom poučenia pre nich samotných.
- pri **príprave na povolanie** – postihnutie dieťaťa do značnej miery determinuje možnosť jeho profesionálneho uplatnenia (v rámci jeho vlastných možností a limitov spoločnosti).⁴

V zmysle **vzťahov rodičov postihnutého dieťaťa – manželov** postihnuté dieťa zasahuje štruktúru manželstva štyrmi rozličnými spôsobmi:

1. u oboch rodičov vzbudzuje silné emócie a koncentruje maximum pozornosti na seba (rodičia sa natoľko identifikujú so svojou rodičovskou rolou, až sa potlačí ich manželská/partnerská rola)
2. postihnuté dieťa často predstavuje pre rodičov symbol ich zlyhania (obviňujúce úvahy typu „*možno s iným partnerom by sa tak nestalo*“)
3. postihnuté dieťa narúša organizáciu a chod domácnosti (únava a vyčerpanie viac angažujúceho sa rodiča pri starostlivosti o postihnuté dieťa, zvyčajne sa jedná o matku)
4. opatera a starostlivosť o postihnuté dieťa je živnou pôdou pre manželský/rodičovský konflikt (zvýšená finančná a časová záťaž a pod.)

V zmysle **vzťahov rodičov k svojmu postihnutého dieťaťu** tieto ovplyvňuje množstvo faktorov, najmä:

- samotné postihnutie dieťaťa
- vek rodičov
- zloženie rodiny
- úroveň komunikácie (miera otvorenosti a úprimnosti vo vzťahoch, spôsob, akým sa o problémoch hovorí)
- výchovný štýl rodiny (z výskumu výchovných štýlov J. Prevendárová, ktorá vychádza z Pilkiewicza, sumarizuje, že:
 - výchovný štýl rodičov voči postihnutým deťom a ich zdravým súrodencom je odlišný v miere požiadaviek a miere kontroly
 - je značný rozdiel vo výchovnom štýle otcov a matiek
 - u matiek postihnutého dieťaťa prevláda nadmerne ochraňujúci výchovný štýl, kým
 - u otcov je tento zriedkavejší a voči zdravým deťom sa prakticky nevyskytuje vôbec
 - u matiek postihnutého dieťaťa je pomerne frekventovaný voči postihnutým aj nepostihnutým deťom demokratický výchovný štýl
 - do výchovného štýlu matiek voči postihnutým deťom sa častejšie premieta orientácia
 - na úspech, u otcov je menej bežná
 - najčastejší výchovný štýl otcov je liberálny a zanedbávajúci
 - prejavy zavrhujúcej výchovy boli zaznamenané len výnimočne
- životný štýl rodiny.
- medzipohlavné rozdiely (existuje špecificky materský a špecificky otcovský prístup k deťom ovplyvnený tiež pohlavím dieťaťa).

J. Prevendárová ďalej uvádza, že v súčasných slovenských rodinách pretrváva **tradičná dominantná pozícia matky**, ktorá poskytuje (najmä postihnutému dieťaťu) viac emocionálne pozitívnych stimulov, väčšiu citovú istotu, viac pochvaly a častejšiu pomoc než otec. Vzťah otca k postihnutému dieťaťu je odlišný ako vzťah matky. Otcovia sú náchylnejší nevyjadrovať svoje city navonok a prejavujú sa k svojim deťom zdržanlivejšie. Tiež sa ich viac dotýka vonkajší výzor dieťaťa, ak je stigmatizovaný v dôsledku postihnutia. Pohlavie dieťaťa je faktor zvlášť významný v súvislosti s otcami - ak je dieťa mužského pohlavia, otec si idealizuje rolu, ktorú by zohrával pri výchove dieťaťa a je pre neho ťažké nevyžadovať od svojho postihnutého dieťaťa výkon a neporovnávať ho so zdravým. Otcovia v bežných rodinách zastávajú prevažne klasickú rolu živiteľov, ochrancov a vodcov, v rodinách s postihnutým dieťaťom nezohrávajú takmer žiadnu, alebo len okrajovú rolu (cítia sa vyčlenení a nepoužiteľní pri práci s postihnutým dieťaťom, hoci by chceli viac, než len poskytovať emocionálnu podporu svojim manželkám).

Čo sa týka **vzťahu postihnutých detí k svojim rodičom** – tu sú názory rôznych autorov protichodné – jedni tvrdia, že emotívna zložka tohto vzťahu je v prevažnej miere pozitívna, iní zastávajú názor, že vzťah postihnutých detí žijúcich od útleho detstva v ústavoch k svojim rodičom sa časom (najmä v období puberty a adolescencie) narušuje.

V zmysle **súrodeneckých vzťahov v rodine s postihnutým dieťaťom** - čo sa týka súrodeneckej konštelácie, zväčša starší súrodenec býva pre postihnuté dieťa v rodine jeho ochrancom a príležitostným opatrovateľom. Súrodenci postihnutých detí bývajú na

svoj vek zrelší, zodpovednejší, tolerantnejší a ochotnejší pomáhať iným. No niekedy sa u nich prejavujú aj negatívne povahové črty a nepriateľstvo (skôr intrapsychického ako extrapersonálneho charakteru) voči postihnutému súrodencovi (najmä v prípadoch, keď rodičia priveľmi preferujú postihnuté dieťa). V rodine s postihnutým dieťaťom je časté pravidlo, že zdravý musí ustúpiť.⁵

Osamelosť (u matky postihnutého dieťaťa, u dieťaťa s postihnutím)

Každý človek z času na čas prežíva určitú osamelosť. Osamelosť nie je to isté, čo samota. **Samota** je objektívny stav, zvonka ľahko pozorovateľný.

Osamelosť sa týka vnímania sociálnych interakcií (dôležitá je kvalita existujúcich vzťahov). Má tri znaky:

1. je to subjektívny zážitok z interpretácie udalostí. Nemožno ju odhaliť len pozorovaním.
2. je výsledkom percipovania istej nedostatočnosti v interpersonálnych vzťahoch.
3. je nepríjemná.

Jej prežívanie môže vyplývať z rôznych okolností a situácií, do ktorých sa ľudia vo svojom živote dostávajú (napr. narodenie postihnutého dieťaťa).

Rozlišujeme dva typy osamelosti:

1. **emocionálna osamelosť** – je výsledkom chýbajúceho, dôverného vzťahu s jedným konkrétnym človekom.
2. **sociálna osamelosť** – je výsledkom absencie priateľov a známych, resp. nedostatkom sociálnych väzieb, kde sú spoločne zdieľané aktivity a záujmy.⁶

Rodinná výchova alebo ústavná výchova postihnutého dieťaťa?

Narodenie postihnutého dieťaťa zastihne väčšinou obidvoch rodičov nepripravených - nevedia a nechápu (úplne presne) čo sa s ich dieťaťom stalo - ako bude jeho vývoj pokračovať a čo všetko ho v živote čaká, ako s dieťaťom zaobchádzať a jednať - ako ho vychovávať.

Aby sa rodičia dokázali so vzniknutou situáciou vyrovnáť, je dôležité, aby boli o postihnutí (zdravotnom stave) svojho dieťaťa vhodne, pravdivo a plne informovaní. K objektívnemu poznaniu svojho postihnutého dieťaťa (hlbky a povahy jeho postihnutia, jeho vývojových možností, úrovne jeho schopností) rodičia potrebujú kvalifikovanú odbornú pomoc. Existuje niekoľko pomáhajúcich profesií s blízkym vzťahom k poradenskej a terapeutickej práci s rodinou – psychológovia, psychiatri, špeciálni a liečební pedagógovia i sociálni pracovníci. Ide tu o pomoc rodine (ako celku ale i jej jednotlivým členom) najmä v lepšej orientácii a zvládnutí svojej špecifickej životnej situácie – v oblasti diagnostickej, etiologickej, prognostickej, genetickej i liečebnej.

Pre špecificky zdravý vývoj postihnutého dieťaťa je veľmi dôležité, aby sa rodičia dokázali vyrovnáť so všetkými zmenenými okolnosťami a zaujali k nemu pozitívny postoj. Postihnuté dieťa (najmä v raných etapách svojho vývoja) potrebuje citové zázemie rodiny, citlivú starostlivosť a individuálny prístup, trpezlivé výchovné vedenie. „*Nedostatok lásky pociťuje i slabomyselné dieťa ...*“.⁷ Ak v rodine jeden z rodičov odmieta postihnuté dieťa (zväčša častejšie otec, než matka), situácia nebýva perspektívna a často vedie i k rozpadu rodiny. Ak zostane jeden z rodičov s postihnutým dieťaťom osamotený, môže sa starostlivosť o neho stať úlohou nad jeho sily (v týchto

prípadoch je často nevyhnutná ústavná starostlivosť o postihnuté dieťa). Starostlivosť o postihnuté dieťa v rodine kladie totiž vysoké nároky na obidvoch rodičov.

Domov je pre zdravý vývoj detí (špecificky aj postihnutých detí) - nenahraditeľný a unikátny - jeho hodnota ako útočisko i východisko, ako miesto pospolitosti rodiny a rozvoja individuality.⁸ Otcovská a materinská láska – teda rodičovská láska inšpiruje a usmerňuje všetku konkrétnu výchovnú činnosť a obohacuje ju hodnotami jemnosti, vytrvalosti, dobra, služby, nezištnosti, obetavosti.⁹

Ak sa však obaja rodičia nedokážu vyrovnat' s postihnutím svojho dieťaťa – odmietajú ho (určitým špecifickým spôsobom, napr. zanedbávajú ho a pod.), majú spravidla tendenciu umiestniť ho do ústavnej výchovy. Tento prístup je možné ľudsky pochopiť, ale z hľadiska postihnutého dieťaťa nie je vhodný.¹⁰ Ústavná výchova je odporúčaná vtedy, ak je evidentne zrejmé, že samotnému postihnutému dieťaťu by viac vyhovovalo iné ako rodinné prostredie.

Stratégia vzájomného kvalitného života matky (rodiny) s postihnutým dieťaťom

Aby sme porozumeli situácii matky (rodiny) s postihnutým dieťaťom - musíme rozumieť hlavne tejto špecifickej situácii. Naše otázky sú teda asi tieto: „Ako prežíva dieťa svoje postihnutie?“, „Ako prežíva rodina postihnutie svojho dieťaťa?“, „Čo prispieva k tomu, že sa dieťa i rodina so svojím postihnutím vyrovnávajú dobre a čo pôsobí nepriaznivo?“.

O. Matějček uvádza tieto **činitele ovplyvňujúce postihnutie**, ktoré sú vo vzájomnej súhre a zdôrazňujú individualitu každej rodiny s postihnutým dieťaťom:

1. **výchovný postoj rodičov**
2. **vek dieťaťa**
3. **rozsah postihnutia**
4. **samotná osobnosť postihnutého dieťaťa.**¹¹

J. Prevedárová hovorí, že každé postihnutie ovplyvňuje dieťa aj jeho rodinu špecifickým spôsobom, ktorý súvisí s **časovým faktorom** (t. j. dobou, v ktorej došlo k postihnutiu, resp. jeho rozpoznaníu a so zmenami rozsahu postihnutia v čase), s **druhom a stupňom postihnutia** (viacerí autori podotýkajú, že prežívaná závažnosť postihnutia nie je zväčša priamo úmerná jeho reálnej závažnosti, t. j. stupeň postihnutia dieťaťa na jednej strane a frustrácia a sklamanie rodičov postihnutého dieťaťa na druhej strane nemusia byť priamo úmerné), s **príčinami jeho vzniku** (viacerí autori poukazujú na to, že vrozený, najmä hereditálne podmienený defekt negatívne ovplyvňuje spolužitie rodiny – vyvoláva pocit viny, sebaobviňovanie sa i vzájomné obviňovanie členov rodiny, čo súvisí s pretrvávajúcim princípom viny a trestu – to znamená, že všetko zlé (teda aj postihnutie dieťaťa) musí mať nejakého „vinníka“. Prvoradý patoplastický činiteľ však môže byť aj pôsobenie osobnostne nevyrovnaných, neurotických rodičov na svoje postihnuté dieťa a neraz je príčinou jeho dočasného či trvalého psychického a emocionálneho poškodenia).¹²

Z hľadiska emocionálneho a sociálneho prežívania matky (rodiny) v zmysle vyrovnania sa s postihnutím svojho dieťaťa je určitý adaptačný proces :

Podľa O. Matějčka je prvou fázou **otras** – t. j. poznanie, že s dieťaťom nie je niečo v poriadku a pravdepodobne ani naďalej nebude. Matka (rodina) prežíva tieseň, úzkosť, beznádej. Dĺžka trvania tejto fázy je rôzna – od niekoľkých hodín až po niekoľko mesiacov.

Potom nasleduje druhá fáza, a to **obrana proti úzkosti**. Je to zdravý mechanizmus v rôznych formách. Jednou z foriem je popretie skutočnosti, napr. „*To musí byť omyl!*“ a pod. Ďalšou formou je hľadanie viny a vinníka. Je tu prvok agresie prejavenej navonok, napr. „*Za postihnutie dieťaťa môže lekár...*“, alebo prejavenej dovnútra, napr. prežívanie vlastnej viny a sebaobviňovania a pod.

Až po tejto obrannej fáze prichádza tretia fáza, teda **vyrovnanie**. Aby k tejto fáze došlo čo možno najskôr a aby prebiehala čo možno najúspešnejšie, je potrebné porozumieť individuálnej zostave a súčinnosti priaznivých a nepriaznivých síl v rodine postihnutého dieťaťa.¹³

J. Prevendárová identifikuje tieto tri fázy:

1. fáza **emocionálnej dezorganizácie**
2. fáza **reintegrácie**
3. fáza **zrelej adaptácie**.¹⁴

Z hľadiska prevencie prežívania pocitov osamelosti pri špecifikách tejto životnej situácie v zmysle kvalitného vzájomného spolužitia matky (rodiny) s postihnutým dieťaťom je vhodná nasledovná stratégia (t. j. súhrn zámerov a činností na dosiahnutie cieľa):

Pozitívne prijať skutočnosť postihnutia svojho dieťaťa

- ide o to, čo všetko môžu (nie čo nemôžu) rodičia postihnutého dieťaťa urobiť pre jeho otvorenú budúcnosť

Spoluprácu širšej rodiny a spoločnosti

- matka (rodičia) postihnutých detí v snahe brániť sa zraňovaniu a neprimeraným nárokom spoločenského okolia sa uzatvára „do vlastnej ulity“ - izoluje sa. Aby rodina mohla žiť so svojim postihnutým dieťaťom nie ako „s ťažkým bremenom“ - ale aby v rámci svojich možností a schopností mohli viesť kvalitný - vzájomne zmysluplný a obohacujúci život – je vhodná spolupráca širšej rodiny, verejnosti a využitie rôznych humanitárnych (nadácie, občianske združenia a zväzy) či charitatívnych organizácií, využitie rozsiahlej ponuky služieb (osobná asistencia, opatrovateľská služba, prevoz postihnutých detí do špeciálnych škôl a zariadení a pod.) až po široký sortiment rehabilitačných a kompenzačných prostriedkov a pomôcok (rehabilitačno-rekreačné pobyty pre rodiny s postihnutým dieťaťom, bezbariérovosť a pod.). Významné sú aj rôzne svojpomocné skupiny - kde spájajúcim faktorom je práve postihnutie dieťaťa.

Pravda – ale s perspektívou!

- pri informovaní rodičov o postihnutí ich dieťaťa je nutné im naznačiť ďalší pravdepodobný vývoj, čiže stanoviť prognózu. I s bolestnou skutočnosťou sa ľudia ľahšie vyrovnávajú, ak sa veci dejú podľa očakávania. Poznajú tak svoju rolu v tímovom úsilí o optimálny vývoj svojho postihnutého dieťaťa.

Nie nešťastie, ale úloha!

- ak matka (rodina) vníma postihnutie svojho dieťaťa ako nešťastie, z tohto postoja vyplýva pasivita. Ak matka (rodina) vníma postihnutie svojho dieťaťa ako úlohu (množstvo konkrétnych činov) – mobilizuje vnútorné sily k zvládnutiu úlohy.

Dieťa samo netrpí!

- samotné dieťa prežíva len výnimočne svoje postihnutie ako fyzickú bolesť. Nepříjemné psychické zážitky postihnutia dieťaťa je možné pri vhodnej interakcii minimalizovať. Ľudia citovo zaangažovaní (najmä matky) k postihnutému dieťaťu majú tendenciu prejavovať k okoliu i dieťaťu svoje negatívne emocionálne prežívanie postihnutia svojho dieťaťa, napr. „*To nešťastné chúd'atko*“, „*Aby sa mu vynahradiło jeho trápenie*“, „*Čo on skúsi*“ a pod. Dôležitejšie, než postihnuté dieťa ľutovať je pomáhať mu k šťastnému životu. V tejto súvislosti je aj pre matku (rodinu) niekedy

veľmi ťažké prekonávať samotné prežívanie smútku, úzkosti alebo neistoty nad zdravotným stavom svojho postihnutého dieťaťa.¹⁵

Zoznam bibliografických odkazov:

1. bližšie: PREVENDÁROVÁ, J. 1998. *Rodina s postihnutým dieťaťom*. Nové Zámky : Psychoprof, s. 9. ISBN 80-967148-9-9
2. bližšie: PREVENDÁROVÁ, J. 1998. *Rodina s postihnutým dieťaťom*. Nové Zámky : Psychoprof, s. 12-14. ISBN 80-967148-9-9
3. bližšie: VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. 2001. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha : Grada Publishing, s. 113, s. 120. ISBN 80-247-0042-5
4. PREVENDÁROVÁ, J. 1998. *Rodina s postihnutým dieťaťom*. Nové Zámky : Psychoprof, s. 29-32. ISBN 80-967148-9-9
5. PREVENDÁROVÁ, J. 1998. *Rodina s postihnutým dieťaťom*. Nové Zámky : Psychoprof, s. 33-52. ISBN 80-967148-9-9
6. bližšie: VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. 2001. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha : Grada Publishing, s. 121-123. ISBN 80-247-0042-5
7. MALÝ, T. 1973. *Výchova v rodine*. Rím : náboženská edícia Kresťanská akadémia, s. 17.
8. bližšie: SOBOTKOVÁ, I. 2001. *Psychologie rodiny*. Praha : Portál, s. 94. ISBN 80-7178-559-8
9. bližšie: FITTE, H. 2007. *Teológia a spoločnosť. Prvky sociálnej morálnej teológie*. Bratislava : Lúč, s. 137. ISBN 978-80-7114-617-9
10. bližšie: ŠVARCOVÁ, I. 2006. *Mentální retardace*. Praha : Portál, s. 157-158. ISBN 80-7367-060-7
11. bližšie: MATĚJČEK, Z. 1987. *Rodičovství a zdravotne postižené dítě*. Praha: Horizont, s. 24-32. 40-011-87
12. bližšie: PREVENDÁROVÁ, J. 1998. *Rodina s postihnutým dieťaťom*. Nové Zámky : Psychoprof, s. 18-24. ISBN 80-967148-9-9
13. bližšie: MATĚJČEK, Z. 1987. *Rodičovství a zdravotne postižené dítě*. Praha: Horizont, s. 33-35. 40-011-87
14. bližšie: PREVENDÁROVÁ, J. 1998. *Rodina s postihnutým dieťaťom*. Nové Zámky : Psychoprof, s. 62-65. ISBN 80-967148-9-9
15. MATĚJČEK, Z. 1987. *Rodičovství a zdravotne postižené dítě*. Praha: Horizont, s. 36-46. 40-011-87

Kontakt:

PhDr. Silvia GALKOVÁ
Hlavná 35
032 02 Závažná Poruba, okres Liptovský Mikuláš
tel.: 0903/155 864, mail: silviagalkova@pobox.sk

Stratégia prístupu k ľuďom s duševnými ochoreniami v regióne Michalovce

HUROVÁ Jana, SR

Abstrakt:

Svetová zdravotnícka organizácia v poslednom období venuje značnú pozornosť oblasti duševného zdravia v Európe. V Akčnom pláne pre oblasť ochrany duševného zdravia pre Európu sa uvádza, že duševné zdravie je významné pre ľudský, sociálny a ekonomický kapitál národov. Dobré duševné zdravie je dôležitým prostriedkom pre jednotlivcov, rodiny, komunity a národy, je nevyhnutné pre lepšiu kvalitu života ľudí, umožňuje človeku vnímať život ako zmysluplný a zároveň byť kreatívnym a aktívnym občanom. Príspevok popisuje jednu z možností zlepšenia duševného zdravia spoločnosti. Integra, o. z. využíva za týmto účelom model tetralógu – vzájomného dialógu štyroch strán – profesionálov, klientov – užívateľov – ich príbuzných a verejnosť. Len vzájomnou komunikáciou všetkých účastníkov oblasti duševného zdravia je možné prekonať existujúce bariéry v procese transformácie zdola nahor. V rámci multidisciplinárneho tímu Integra rieši individuálne situácie jednotlivých klientov a spolu s klientmi na partnerskej úrovni vypracováva ich individuálne plány.

Kľúčové slová: duševné zdravie, integrácia, destigmatizácia, tetralóg

Svetová zdravotnícka organizácia definuje duševné zdravie ako „stav pohody, v ktorom jednotlivec môže uskutočniť svoje schopnosti, vie zvládať stresové situácie bežného života, vie produktívne pracovať a vie prispievať do života spoločnosti“.

Čo predstavuje duševné ochorenie? Stav, ktorý človek prežíva, môže byť pre okolie nepochopiteľný alebo ťažko zrozumiteľný. Človek môže byť oslabený a zraniteľný neistotou a strachom, prestáva komunikovať s najbližším okolím, prehľbuje sa sociálna osamelosť, rastie pocit bezmocnosti. Duševná choroba vôbec nie je takou vzácnosťou, ako si väčšina ľudí myslí. V správe „Duševné poruchy vo svete“ (WHO, 2000) sa uvádza, že asi 10 – 20 % detí má aspoň jednu z duševných porúch alebo z porúch správania. V priebehu života sa duševné poruchy manifestujú u 20 až 25 % ľudí, t. j. zo štyroch – piatich jedincov jeden trpí duševnou poruchou. V súčasnosti má vo svete duševné poruchy asi 450 miliónov ľudí, čím sa duševné choroby dostali na popredné miesto chorobnosti a invalidity. Napríklad na depresiu trpí vo svete asi 121 miliónov ľudí závislých od alkoholu je 70 miliónov ľudí, so schizofréniou 24 miliónov. Depresia a schizofrénia sú zodpovedné za asi 60 % dokonaných samovrážd.

V takejto situácii každý potrebuje podporu. Môže to byť podpora od profesionálov i seberovných, ktorí z vlastných skúseností vedia, čo znamená mať blízkeho človeka trpiaceho duševnou chorobou. Len otvorená komunikácia o ľuďoch a s ľuďmi, ktorí ochoreli na duševnú chorobu, pomôže pochopiť ich problémy. Práve toto sa stalo v novembri 1994 podnetom pre založenie organizácie na podporu ľudí s duševným postihnutím v našom regióne - Integry.

Integra je mimovládnu organizáciou, ktorá v Michalovciach realizuje reformu v oblasti starostlivosti o duševné zdravie jednak zdola nahor – a to v spolupráci s organizáciami užívateľov a príbuzných, aj zhora nadol – v spolupráci s vládou, regionálnou a miestnou samosprávou. Našou cieľovou skupinou sú dospelí ľudia s ťažkými duševnými ochoreniami prevažne z okresom Michalovce a Sobrance.

Poslaním Integry v Michalovciach je podpora ľudí s duševnými ochoreniami dôstojne žiť a nachádzať možnosti seberealizácie v spoločnosti.

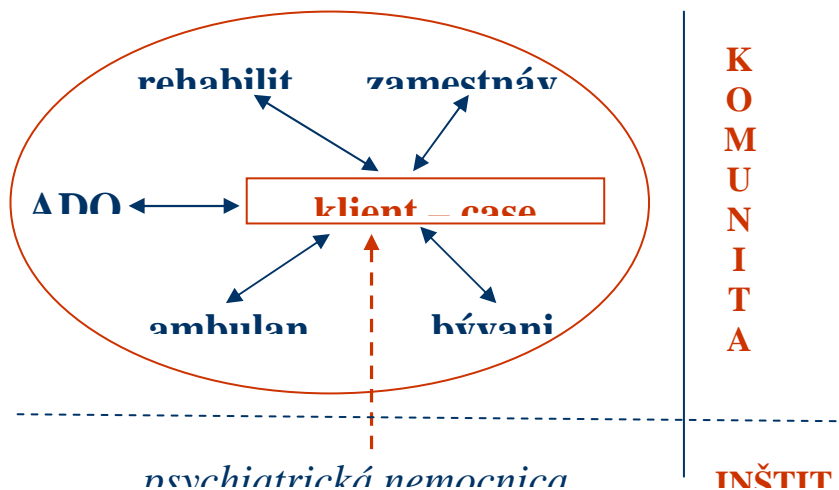
Integra, o. z.:

- združuje ľudí, ktorí zažili duševné ochorenie, ich príbuzných, psychiatrov, psychologov, zdravotných a sociálnych pracovníkov, terapeutov a ďalších pracovníkov a dobrovoľníkov
- poskytuje komplexné odborné sociálne a zdravotné služby v neústavných podmienkach
- obhajuje práva a záujmy ľudí s dlhodobými duševnými ochoreniami
- spolupracuje s rodinou klienta
- presadzuje legislatívne a iné zmeny v oblasti psychiatrie a sociálnych služieb
- informuje o problematike duševného zdravia a duševných ochorení
- pripravuje akcie pre verejnosť
- propaguje otvorený prístup k tolerancii k ľuďom s duševnými problémami
- usporadúva stretnutia mládeže s ľuďmi, ktorí sa liečili na psychiatrii
- aktívne podporuje vytváranie regionálneho a národného systému starostlivosti o duševné zdravie.

Poskytuje:

1. Rehabilitačné stredisko - vytvorené v r. 1997, s kapacitou pre 20 klientov;
2. Chránené bývanie – vytvorené v r. 1997, rozšírené v rokoch 2003 a 2008 s kapacitou pre 16 klientov;
3. Chránené zamestnávanie – vytvorené v r. 2003, ktoré zamestnáva 10 klientov prostredníctvom novej vytvorenej organizácie Pro Mente, n. o.,
4. Špecializovaná Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (case manažment) – vytvorená v r. 2003, s kapacitou pre 90 klientov;
5. Psychiatrická ambulancia – vytvorená v roku 2005

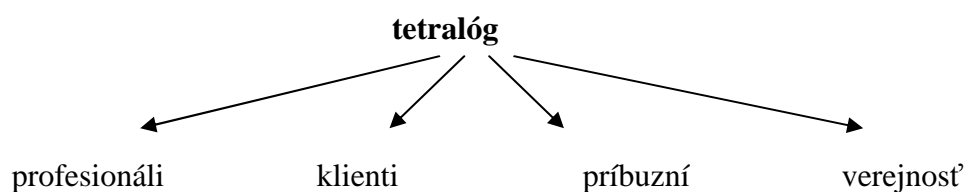
Obr.: Model fungovania starostlivosti o ľudí s duševným ochorením v Michalovciach



Zdroj: autor

Integra, o. z. využíva pri plnení svojho poslania model tetralógu – vzájomného dialógu štyroch strán – profesionálov, klientov – užívateľov – ich príbuzných a verejnosť. Len vzájomnou komunikáciou všetkých účastníkov oblasti duševného zdravia je možné prekonať existujúce bariéry v procese transformácie zdola nahor.

Obr.: Model tetralógu



Zdroj: autor

Významné postavenie v komunitnej starostlivosti našej organizácie zastávajú dve sociálne služby, ktoré Integra, o. z. prevádzkuje v súlade so zákonom č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci – rehabilitačné stredisko a zariadenie chráneného bývania.

Rehabilitačné stredisko

Rehabilitačné stredisko Integry poskytuje starostlivosť klientom s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorí trpia duševnou poruchou, v pracovných dňoch.

Činnosti v rehabilitačnom stredisku sú zamerané na obnovu najvyššie dosiahnuteľného individuálneho stupňa osobnostného vývinu a fyzickej výkonnosti. Pri práci s klientmi pracovníci strediska vychádzajú zo súčasnej situácie klienta a z jeho silných stránok. Klienti navštevujúci toto zariadenie majú vypracované individuálne plány, v ktorých si stanovili svoje dlhodobé a krátkodobé ciele podľa vlastných potrieb, nie podľa potrieb inštitúcií. Tieto plány sú pravidelne prehodnocované a v prípade potreby upravované. Klienti tak majú možnosť vidieť svoje napredovanie v rámci rehabilitácie tak sociálnej ako i pracovnej a zdravotnej.

Zdravotný stav klientov je, okrem návštev klienta u ambulantného psychiatra, pravidelne konzultovaný aj v rámci stretnutí multidisciplinárneho tímu Integry s psychiatrom a ďalšími pracovníkmi, a to v týždenných intervaloch. O všetkých konzultáciách sú vedené písomné záznamy.

Plán činnosti rehabilitačného strediska je vypracovávaný na základe požiadaviek klientov. Činnosti pre klientov sú zamerané na zlepšovanie pracovných schopností, na jemnú motoriku rúk, na cvičenie pozornosti, na osvojovanie si praktických zručností a denného režimu, na zvyšovanie sebavedomia a sebaistočnosti. Pracovné zručnosti si osvojujú v umelecko-keramickej dielni, kde pracujú s hlinou, prírodnými materiálmi a farbami, v krajčírskych dielni je činnosť zameraná na výrobu patchworkových vankúšov a prikrývok, a šitie jednoduchých hračiek. V rámci činnosti v tejto dielni sa klienti učia vyrábať šablóny a pracovať so šijacím strojom. V dielni kuchyňa sú návštevy zamerané na hygienu stolovania, na prípravu stolovania, na varenie polievok, jednoduchých jedál, písanie receptov.

Sociálna činnosť je zameraná na individuálnu a skupinovú prácu. V individuálnej práci je poskytované poradenstvo a podľa potrieb je poskytovaná pomoc pri riešení rôznych životných situácií a problémov. V skupinovej práci prevládajú témy, ktoré si klienti sami navrhovali a to: hospodárenie s peniazmi, spoločenské správanie, príroda, liečivé byliny, komunikácia, zdravý životný štýl a p. Podľa potreby sú stretnutia s psychologičkou, psychiatrom, právnikom, príp. iným odborníkom. Počas celého roka prebieha v týždenných intervaloch skupina svojpomoci a vzájomnej pomoci, ktorej hlavnou myšlienkou je vzájomná podpora a porozumenie problémov. Klienti sa tak učia jeden od druhého a jeden s druhým, vymieňajú si svoje skúsenosti, odbremeňujú sa, povzbudzujú sa a osvojujú si spoločné schopnosti, ktorými môžu lepšie zvládnuť každodenný život.

Obr.: Ukážka výrobkov



Zariadenie chráneného bývania

- je sociálnou službou s celoročným pobytom pre klientov s duševnou poruchou, ktorí sú schopní viesť samostatný život s pomocou inej osoby. Služba je poskytovaná v rodinnom dome na Ul. Krasku, kde bývajú 5 klienti a v štvorizbovom byte na Ul. Hollého, kde bývajú 3 klienti a v dome, kde bývajú 8 klienti. Táto forma bývania podporuje ich autonómiu, samostatné vedenie vlastného života, dáva klientom priestor riešiť bežné životné situácie za podpory pracovníčky dohľadu.

Klienti žijú v chránenom bývaní bežným životom pripomínajúcim rodinnú atmosféru. Dochádzajú do rehabilitačného strediska alebo do chránených dielní i do normálneho zamestnania. Pracovníčky im podľa individuálnych potrieb pomáhajú pri zvládaní pravidelného užívania liekov, domácich prác, hygieny, varení, pečení, hospodárení s financiami a pod. Svojpomocne si zabezpečujú upratovanie vlastných izieb, spoločných priestorov a okolia bývania. Voľný čas využívajú individuálne alebo spoločne napr. pri grilovaní, pri pestovaní zeleniny v záhradke, pri práci na počítači resp. mimo bývania podľa záujmov.

Obr.: Priestory chráneného bývania



Špecializovaná Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti pre psychiatrických pacientov (Case manažment) a psychiatrická ambulancia

Špecializovaná Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej ADOS) pre ľudí s duševnými ochoreniami vznikla v Michalovciach na základe výnimky udelenej Ministerstvom zdravotníctva SR. Pôvodná myšlienka začatia tejto činnosti vychádzala z potreby komplexného riešenia starostlivosti ľudí s duševnými ochoreniami po ich odchode z psychiatrických liečební a nemocníc, ktorý by vychádzal z ich individuálnych potrieb a bol by poskytovaný priamo v teréne s využitím riadenia konkrétneho prípadu tzv. case manažmentu.

Case manažment (t. č. špecializovaná ADOS) poskytuje zdravotno–sociálnu starostlivosť v domácom prostredí ľuďom s problémami duševného zdravia, ktorá vychádza z ich prirodzenosti a odzrkadľuje individualitu človeka. Hlavným cieľom zavedenia tejto služby bolo zvýšenie kvality života a sociálneho fungovania ľudí s dlhodobou duševnou chorobou s dôrazom na ich prirodzené prostredie a prepojenie už existujúcich zdravotných i sociálnych služieb v rámci spoločnosti. Cieľovou skupinou sú nároční pacienti, ktorým je služba poskytovaná takým spôsobom, aby sa ich stav čo najskôr stabilizoval a mohli fungovať ako plnohodnotné ľudské bytosti. Zameriava sa na špecifické skupiny pacientov, ktorí: vyžadujú multidisciplinárnu starostlivosť; sú problémoví v kontakte s lekárom a svojím okolím; sú u nich známe alebo predpokladané riziká liečby; ich liečba je dlhodobá a finančne náročná. Vzťah medzi terénnym pracovníkom a klientom je vždy na partnerskej úrovni tak, aby čím viac intervencií zodpovedalo klientovým skutočným potrebám. Činnosť pracovníkov tímu spočíva v dvoch základných typoch starostlivosti o klienta: zdravotnej terénnej starostlivosti a sociálnej terénnej starostlivosti.

Pri vypracovávaní individuálneho plánu starostlivosti u klientov vychádzame z materiálov USA (Kennedyho os), pričom sa tu hodnotí 6 oblastí života: psychologické postihnutie, sociálne schopnosti, násilie, pracovné zručnosti, zneužívanie látok, medicínske postihnutie, pridružené postihnutie. Takto získané údaje sú podkladom pre vypracovanie individuálneho plánu, ktorý vychádza z potrieb klienta, jeho silných stránok a problémových oblastí. Neexistuje žiadny minimálny objem dát, ktoré je potrebné získať pred začatím plánovania. Niekedy postačí zistenie, že klient má problémy a už to je dostatočným dôvodom, aby sa začalo s pomocou. Súčasťou individuálneho plánu boli dlhodobé a krátkodobé ciele, ktoré si klient stanovil.

Výhody, ktoré prinášal case-manažment:

- *dostupnosť starostlivosti* – case-manažér môže kontaktovať klientov, ktorí nedokážu samostatne vyhľadávať psychiatrické služby,
- *kontinuita starostlivosti* – dlhodobý styk klienta s case manažérom umožňuje včas zachytiť začínajúce relapsy klienta a zvoliť najefektívnejší spôsob riešenia,
- *koordinácia starostlivosti* – case manažér vyhľadáva pre klienta vhodné služby, ktoré mu pomôžu naplniť jeho požiadavky,
- *prispôsobenie služieb klientovi* – case manažment ponúka klientovi individuálny prístup, ktorý reaguje na jeho aktuálne a dlhodobé potreby,
- *výkonnosť, efektívnosť* – služba je efektívna, keď sa využívajú prostriedky na krytie potrieb klientov a šetrí sa na aktivitách, ktoré nie sú nevyhnutné.

Psychiatrická ambulancia Integry ľuďom s duševnými problémami ponúka: úzke prepojenie na špecializovanú Agentúru domácej ošetrovateľskej starostlivosti pre ľudí s duševnými ochoreniami jedinú na Slovensku; komplexnú liečbu a starostlivosť v domácom komunitnom prostredí; prepojenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti; ošetrovanie v neštandardnom čase.

Záver

Práve tento model starostlivosti o duševné zdravie bol podnetom pre prípravu prvého slovenského dokumentu na národnej úrovni Národného programu duševného zdravia Slovenskej republiky, ktorý bol prijatý Vládou SR v roku 2004 a jeho realizáciu zabezpečuje Rada duševného zdravia zriadená na Ministerstve zdravotníctva SR, ktorej členovia sú tvorení zástupcami jednotlivých rezortov, psychiatrickou spoločnosťou, zástupcami mimovládnych organizácií pracujúcimi v danej oblasti i organizácií bývalých psychiatrických pacientov.

Literatúra:

Heretik, A. sr., Heretik, A. jr., Novotný, V., Pečeňák, J., Ritomský, A.: *Epidemiológia depresie na Slovensku*. Psychoprof, Nové Zámky, 2003

Interný materiál Integry, o. z. Michalovce za rok 2007

Národný program duševného zdravia SR. www.health.gov.sk

Nawka, P., Tomovčík, S. a kol.: *Regionálny plán integrovanej starostlivosti o duševné zdravie*. Integra, o. z. Michalovce, 2004. ISBN: 80-969163-4-3

Stuchlík, J.: *Asertivní komunitní léčba Case Management*. Fokus Praha 2001

World Health Organization, Regional Office for Europe, European health for all database (HFA-DB). <http://www.euro.who.int/hfadb>

Kontakt:

Ing. Jana Hurová – Integra, o. z., Pri mlyne 1430 Michalovce, 056/6421714

Slovensko v Európe a jeho bezpečnostné riziká vzhľadom na marginalizované skupiny obyvateľstva

KOTRADYOVÁ Katarína - KALANIN Peter, SR

Abstrakt

Medzi bezpečnostné riziko Slovenska ako členského štátu EÚ patrí predovšetkým to, že Slovensko sa stáva tranzitnou krajinou pre žiadateľov o azyl a pre obchodníkov s ľuďmi. Nežiaducim spoločenským javom a bezpečnostným rizikom Slovenska v rámci EÚ je aj nedostatočná integrácia marginalizovanej skupiny rómskeho etnika do spoločnosti. Vstupom SR do EÚ a otvorením Schengenského priestoru vyplynuli pre SR a jej obyvateľov síce nehmateľné, ale zároveň aj veľmi silné bezpečnostné pozitíva, ktoré môžeme chápať ako hmatateľnú výhodu pre bežných ľudí, pretože otvorenie vnútorných hraníc medzi členskými štátmi Únie umožňuje slobodné cestovanie bez toho, aby občania podliehali pasovej kontrole. Sloboda pohybu totiž znamená dať každému a všade v EÚ tú istú ochranu a ten istý prístup k spravodlivosti.

Kľúčové slová: migrácia, integrácia, azyl, Róm, prevencia, sloboda.

Obchodovanie s ľuďmi

Európski občania majú všade v Európskej únii nárok na slobodný život bez strachu, prenasledovania, rasizmu, xenofóbie a násillia. Predsa však občanov Európy v súčasnosti trápi, okrem stále sa zväčšujúcej sa hrozby terorizmu, otázka zväčšujúceho a rozširujúceho sa obchodovania s ľuďmi. Slovensko je známe vysokým počtom neintegrovaneho rómskeho obyvateľstva, ktoré nemalým podielom prispieva k páchaniu aj tejto trestnej činnosti. V krajinách západnej Európy sú to obyvatelia „Tretieho sveta“, ktorí vďaka ústretovej azylovej politike EÚ hľadajú v krajinách západnej Európy lepšie životné podmienky, no často sa prepádajú do veľkej biedy a ich integrácia do spoločnosti je málo úspešná, čo často vedie k delikvencii a kriminalite, teda k podobným sociálno – patologickým javom, s ktorými už dlhšiu dobu zápasí aj Slovensko. Voľné cestovanie do všetkých štátov Európskej únie totiž nesmierne pomáha obchodníkom s ľuďmi .

Nelegálny obchod s ľuďmi je totiž po drogách a zbraniach najvýnosnejšou a najrozšírenejšou kriminálnou činnosťou. Podľa odhadov predajú vo svete na prostitúciu, nútené práce alebo ilegálne adopcie ročne 700-tisíc až 2,5 milióna ľudí. Za posledný rok na Slovensku zaevidovali 11 obetí takejto činnosti. Odhaduje sa však, že ročne predajú zo Slovenska do zahraničia niekoľko stoviek ľudí, najmä žien. Z evidovaných obetí išlo v jednom prípade o predaj na nútenú prácu, ostatné ženy museli predávať vlastné telo. Všetky pochádzali zo sociálne slabého prípadne marginalizovaného prostredia z východu Slovenska. Obchodníci ich nalákali najčastejšie na falošné ponuky práce.

Mladé a nielen rómske dievčatá po skončení povinnej školskej dochádzky vyhládávajú slušné zárobky a stávajú sa ľahkou korisťou organizovaných skupín zaoberajúcich sa prostitúciou. Ich neľahký návrat domov je často spojený s neznalosťou cudzieho jazyka, ale aj so strachom o vlastný život. Takáto životná skúsenosť často poznačí ich ďalší život. Svoje miesto v spoločnosti si ťažko hľadajú a dostávajú sa na okraj priepasti z ktorej už veľakrát niet návratu. A vtedy je už často neskoro, pretože páchajú rôzne

trestné činy a sú poznačení delikventným spôsobom života. Východisko vidíme predovšetkým v prevencii a osвете, ktorá by mala začať už na základných školách.

Migrácia obyvateľstva a azylová politika

Migrácia obyvateľstva je jav, ktorý má celosvetový charakter a stal sa neoddeliteľnou súčasťou aj súčasnej vývojovej etapy Slovenskej republiky. Jej príčinou je najmä útek občanov z krajiny pôvodu alebo posledného trvalého pobytu pred prenasledovaním najmä z dôvodov rasových, náboženských, národnostných, politických, ako aj pred dôsledkami vojnových konfliktov a etnických čistiek. Veľkú skupinu tvoria aj cudzinci, ktorých dôvodom migrácie sú nepriaznivé ekonomické a životné podmienky. Migrácia nie je javom novým. Z hľadiska historického môžeme konštatovať, že tento problém je spätý s dejinami ľudstva od ich prvopočiatku. Stanovenie konkrétnych zásad pomoci utečencom prinieslo až prijatie Ženevskej dohody z roku 1951 a Newyorského protokolu z roku 1967 o právnom postavení utečencov, akceptovaním ktorých sa vlády signatárskych krajín zaviazali uplatňovať ich vo svojej zahranično-politickej orientácii.

Slovenská republika je tranzitnou krajinou, ktorá je zaujímavá z hľadiska pohybu migrantov – žiadateľov o azyl a nelegálnych prisťahovalcov. Do krajín Európskej únie (ďalej len EÚ) prichádza ročne okolo 500 000 nelegálnych migrantov hlavne z ázijských krajín.

Súčasný smer nelegálnej migrácie a doba pobytu cudzincov na území Slovenskej republiky (ďalej len SR) potvrdzujú, že SR je pre väčšinu nelegálnych migrantov najmä z krajín Ázie nie štátom cieľovým, ale zostáva naďalej štátom tranzitným. Európa je hrdá na svoju humanitárnu tradíciu pri prijímaní cudzincov s otvorenou náručou, ako aj na ochotu poskytovať azyl utečencom, ktorí sú v nebezpečenstve alebo sú prenasledovaní. Vlády EÚ musia v súčasnosti čeliť otázke, ako zvládať rastúci počet legálnych i nelegálnych imigrantov v oblasti bez vnútorných hraníc.

Vlády EÚ sa dohodli, že budú harmonizovať svoje pravidlá, aby sa žiadosti o azyl mohli spracúvať v súlade so základnými zásadami rovnako uznávanými v celej EÚ. V roku 1999 si členské krajiny stanovili cieľ prijať spoločné postupy v oblasti azylovej politiky a udeliť osobám, ktoré získali azyl, rovnaké postavenie v celej Únii. Prijali sa niektoré technické opatrenia, napr. minimálne podmienky, ktoré musí spĺňať žiadateľ o azyl a aby mu mohol byť udelený štatút utečenca.

Založenie Európskeho fondu pre utečencov s rozpočtom 114 miliónov EUR ročne bolo začiatkom veľkoplošnej spolupráci medzi štátmi EÚ, no skutočná azylová a imigračná politika spoločná pre celú EÚ sa zatiaľ nerozbehla.

Integrácia rómskeho obyvateľstva

V súčasnosti sa Rómovia ako národ nachádzajú vo veľmi zložitej situácii vlastnej emancipácie a identifikácie. Sú bez spoločného územia, bez vlastného štátu, a tak sa u nich čoraz intenzívnejšie prejavuje potreba nájsť svoju „kolísku“, územie svojich predkov, aj keď sa o tradíciách a kultúre nedozvedeli v škole, ale len tradovaním od predchádzajúcich generácií¹². V žiadnej krajine, kde žijú početnejšie skupiny Rómov

¹² VAŠEČKA M. a kol.: *Súhrnná správa o Rómoch*, IVO, Bratislava 2002

sa doteraz k spokojnosti majoritného i minoritného obyvateľstva nepodarilo celkom vyriešiť problémy Rómov. Celou históriou t.j. od odchodu importantnejšej časti Rómov z pravlasti až po usídlenie sa v súčasných teritóriách, možno sledovať najrôznejšie snahy (organizované z rôznych úrovní - panovníkov, vladárov, úradníkov, vedcov, učiteľov, osvetových pracovníkov, duchovných ... ale aj samotných Rómov a i.), zamerané na riešenie „rómskeho problému“, alebo pomoci Rómom.

Stručne uvádzame a zároveň zavrhuje štyri integračné stratégie.

- **materialistický filantropizmus** vychádza z dogmy, že bytie je nadradené vedomiu a zmena bytia nevyhnutne povedie ku zmene vedomia. Stačí umiestniť Rómov do nových bytov, dať im dobré materiálne podmienky a celý ich život sa rázom zmení. Skúsenosti ukázali, že táto stratégia je pomýlená. (Např. Luník IX.- Košice a celé obdobie tzv. „starostlivosti socialistického štátu o Cigánov“.) Výsledky tejto stratégie nevedli Rómov k definitívnej zmene spôsobu života, iba k jeho provizórnemu materiálnemu zlepšeniu, ktoré navyše nie vždy bolo Rómami chápané ako skvalitnenie života.
- **agresívny rasizmus** posilňuje predurčenosť danosti človeka podľa rasy, ku ktorej prináleží. Tvrdí, že Rómovia, ako menejcenní, nekultúrni, nebezpeční a asociálni nemôžu mať rovnaké práva ako Nerómovia. Túto tézu do praxe presadzujú násilím : politickým, psychologickým, alebo dokonca fyzickým (Kuklux-klan, skíni, fašizmus, ale i celé obdobie, keď Cigánom neumožnili ani len dočasne usídliť sa.) Např. učiteľ, ktorý sa riadi touto tézou, považuje za samozrejmé, že rómsky žiak má najhoršie známky, že ho nehodno nechať sedieť vedľa Neróma. Ak sa niečo stratí a je v blízkosti prítomný Róm, považuje sa za samozrejmé, že on je zlodejom. Zdôvodňovať nemorálnosť rasizmu iste nie je potrebné, postulát odsúdenia je v ňom samotnom.
- **charitatívny filantropizmus** predpokladá, že byť Rómom je nešťastie a preto treba týmto ľuďom pomáhať ako postihnutým, tolerovať ich chyby a presvedčať ich dobrým slovom. Např. učiteľ vyznávajúci túto stratégiu, klasifikuje rómske deti miernejšie a nabáda k charitatívnosti aj ostatných žiakov triedy. Zamestnanci rôznych profesií sa snažia ospravedlniť zaostalý spôsob života Rómov, prehliadať a zľahčovať páchanie nezákonnosti a pod. v zmysle zdôrazňovania "veď oni nemôžu za to, že sú takí, veď aj oni sú len dietky božie a pod.. Napriek tomu, že uvedený filantropizmus, či lepšie povedané rómotropizmus je spojený s ušľachtilými citmi, jeho podstata je rasistická. Pre charitatívneho filantropa nie je Róm partnerom, ale objektom. Partnerom mu je agresívny rasista, ktorého stratégiu neguje, ale iba v rámci rasistickej tézy o menejcennosti Rómov.
- **pštroší separatizmus** hlása, že obe komunity - rómska i nerómska majú spôsoby života a preto najvýhodnejšou formou ich spolužitia je ich recipročná izolácia. Ľudovo povedané - keď sa nám nedarí žiť vedno, rozíďme sa a žime osve, každý po svojom, tak to bude najlepšie. Např. téza o vybudovaní izolovaného rómskeho školstva, alebo budovanie izolovaných rómskych sídlisk a usadlostí (osád) je koncipovaná presne v duchu tejto stratégie. V čom je nedostatok pštrošieho separatizmu? Predovšetkým v tom, že rezignuje na problém, odmieta hľadať východiská a snaží sa nahovoriť si, že optimálne riešenie interakcie spočíva v jej odmietnutí. Uvedomujeme si, že táto téza je nerealizovateľná aj preto, že jedinec snáď môže utiecť pred problémom do

vlastnej izolácie, ale celá societa to urobiť nemôže. Keby sa o to pokúsila, nasledujúce generácie by na túto chybu veľmi doplatili¹³.

Tieto integračné teórie ako sme uviedli sú neakceptovateľné. Patrilo by sa predložiť piatu, akceptovateľnú. Netrúfame si však podať takúto stručnú stratégiu v hotovej forme. Uvediem však niekoľko importantných charakteristík takej stratégie:

- ⇒ nevyhnutná je aktívna účasť na procese integrácie samotných Rómov,
- ⇒ zmeny je potrebné realizovať nie na báze separatizmu ale interakcie,
- ⇒ *občiansky princíp rovnosti prístupu k riešeniu problémov je potrebné realizovať u zaostalo žijúcej časti obyvateľstva v zmysle pozitívnej stimulácie adresnosťou a diferencovanosťou,*
- ⇒ *snahou celej spoločnosti musí byť nevyhnutne zbavenie sa predsudkov či už rasistických alebo filantropických voči rómskej minorite a v interakcii vystupovať zásadne partnersky,*
- ⇒ nevyhýbať sa riešeniu konfliktov rasovej polarity, ale riešiť ich vecne s cieľom znížiť sociálne napätie,
- ⇒ vo vzájomných vzťahoch vždy hovoriť pravdu, nazývať veci pravými menami, nebáť sa získať, hodnotiť a zverejňovať presné údaje o vzájomnom súžití,
- ⇒ podporovať v rómskej komunite ten hodnotový systém, ktorý je vlastný dnes európskemu spoločenstvu,
- ⇒ usilovať sa o vytvorenie silnej rómskej inteligencie a od nej žiadať partnerský vzťah pri riešení vzájomných problémov.

Pri styku s jednotlivcami a skupinami, ktoré nie sú súčasťou väčšinovej komunity obyvateľstva, hrajú úlohu rôzne faktory majúce vplyv na príslušné skúsenosti, očakávania a kontakty. Bude účelné a dôležité identifikovať tieto faktory, lebo len tak nadobudneme hlbší pohľad do medzikomunitných vzťahov.¹⁴

Problematiku rómskeho obyvateľstva treba analyzovať nielen na úrovni politickej, ekonomickej a legislatívnej, ale aj na úrovni sociálno-psychologickej. Nejasnosť práve v tomto smere býva základnou príčinou neúspechu riešenia problému. Nosným problémom, ktorý býva buď obchádzaný, alebo riešený iba v emotívnej polohe je otázka interakcie rómskeho a nerómskeho obyvateľstva. Presnejšie: treba analyzovať a zhodnotiť rôzne stratégie, s ktorými do interakcie Róm - Neróm vstupuje každá z partnerských strán. Bez riešenia tejto otázky nemôžu byť úspešne riešené ani partikulárne úlohy, napr. školské, kultúrne, sociálne, zamestnania, bývanie, kriminality a pod¹⁵. Problém marginalizovaných rómskych skupín je potrebné riešiť na báze multikultúrnej integrácie, pričom je potrebné aby negatívne prvky jednej kultúry postupne zanikli a boli nahradzované novou reálne kvalitnejšou formou. Na druhej strane je potrebné pozitívne prvky rómskej kultúry vyzdvihnúť a zachovať, pretože aj

¹³ MIKUŠ P.: *Riešenie problémov rómskej menšiny PPZ-359-5/OKO-1999*, interný materiál Prezídia Policajného zboru, Bratislava 1999

¹⁴ WATKINS, R. a kol. *Projekt zlepšovania vzťahov medzi políciou Slovenskej republiky a menšinovými komunitami*. Bratislava, 1995

¹⁵ TAKÁCS P.: *Kriminalita ako sociálno-patologický jav v rómskych komunitách*, diplomová práca, UKF v Nitre, Nitra 2004

rómska kultúra má svoje krásne a svetlé stránky a pokiaľ na ňu budeme nazerať ako na niečo nové a možno aj obohacujúce je tu cesta ako vyriešiť niektoré závažné problémy.

Bezpečnostné pozitíva

Bezpečnostné pozitíva chápeme ako hmatateľnú výhodu pre bežných ľudí, pretože otvorenie vnútorných hraníc medzi členskými štátmi Únie umožňuje slobodné cestovanie bez toho, aby ľudia podliehali pasovej kontrole. Sloboda pohybu totiž znamená dať každému a všade v EÚ tú istú ochranu a ten istý prístup k spravodlivosti. Bezpečnostné pozitíva Slovenska ako členského štátu EÚ v rámci migrácie, integrácie a obchodovania s ľuďmi vidíme aj v práci Migračného úradu a Ministerstva školstva.

Migračný úrad prijímal v jednotlivých rokoch konkrétne úlohy na preventívne pôsobenie pri zamedzovaní trestnej činnosti žiadateľov o priznanie postavenia utečencov. Spolupracuje pritom so zástupcami Úradu Vysokého komisára OSN pre utečencov a humanitárnymi mimovládnyimi organizáciami. Vo vzťahu k verejnosti sa prostredníctvom masmediálnej politiky, ako aj v spolupráci s miestnou štátnou správou a samosprávami ovplyvňovala verejná mienka s cieľom odstraňovania prejavov netolerancie, rasizmu a xenofóbie voči cudzincom žiadajúcim o priznanie štatútu utečenca.

Medzi najdôležitejšie aktivity rezortu Ministerstva školstva Slovenskej republiky patrili aktivity zamerané na oblasť formovania právneho a občianskeho vedomia, ako aj na oblasť ľudských a detských práv. Vo výchovno-vzdelávacom procese základných a stredných škôl je problematiky etiky, ľudských práv, formovania právneho a občianskeho vedomia a etických noriem, rozpracovaná v tematických celkoch predmetov občianska náuka, náuka o spoločnosti, etická výchova a náboženská výchova. Základné a stredné školy poriadali semináre, besedy, súťaže, výstavy a iné podujatia zamerané na oblasť ľudských práv, demokraciu, zvýšenie tolerancie, predchádzanie všetkým formám diskriminácie a rasizmu, xenofóbie a antisemitizmu.. Aktívna ochrana detí a dodržiavanie medzinárodných dohovorov Deklarácie práv dieťaťa a Dohovoru o právach dieťaťa v školách a školských zariadeniach sú vymedzené vo všeobecnej časti Pedagogicko-organizačných pokynov Ministerstva školstva Slovenskej republiky pre školy a školské zariadenia a orgány štátnej správy v školstve v Slovenskej republike na školský rok 2000/2001. Úlohy prevencie v rezorte školstva plní referát oddelenia starostlivosti o učiteľa a spoločných úloh škôl a školských zariadení sekcie základných a stredných škôl a školských zariadení.¹⁶

Zoznam použitej literatúry

WATKINS, R. a kol. 1995. *Projekt zlepšovania vzťahov medzi políciou Slovenskej republiky a menšinovými komunitami*. Bratislava, 1995.

TAKÁCS, P. 2004. *Kriminalita ako sociálno-patologický jav v rómskych komunitách, diplomová práca*, UKF v Nitre, Nitra 2004.

MIKUŠ P. 1999. *Riešenie problémov rómskej menšiny*, interný materiál Prezídia Policajného zboru, Bratislava, PPZ-359-5/OKO-1999.

¹⁶ Šinka, F.: a kol.: *Aktuálne informácie z prevencie kriminality – III*. Ročník, Sekretariát Rady vlády SR pre prevenciu kriminality, Bratislava, 2002

ŠINKA, F. a kol. 2002. *Aktuálne informácie z prevencie kriminality – III.* Ročník, Sekretariát Rady vlády SR pre prevenciu kriminality, Bratislava, 2002

VAŠEČKA M. a kol. 2002. *Súhrnná správa o Rómoch*, IVO, Bratislava, IVO, ISBN 80-88935-41-5.

Mgr. Katarína Kotradyová

Teologický inštitút

Spišské Podhradie

č.t. 0905 258 909

Prof. Mudr. Peter Kalanin, Phd.

Katolícka univerzita

Katedra sociálnej práce a zdravotníctva

Námestí A. Hlinku

Ružomberok

Stratégie sociálnej inklúzie a podporovania zamestnanosti osôb so zdravotným znevýhodnením

KOČIŠOVÁ Agnesa, SR

Abstrakt: *Príspevok sa venuje sociálnej inklúzii osôb so zdravotným znevýhodnením, ich možnostiam zapájania sa do života spoločnosti v zmysle získavania primeranej spoločenskej akceptácie a komplexnej občianskej, ekonomickej, sociálnej a politickej integrácie. Pojednáva o zdravotnom znevýhodnení ako o významnej okolnosti, ktorá ovplyvňuje život jednotlivca a kladie naňho i na jeho okolie značné nároky; vedľa zdravotných prípadne duševných problémov so sebou často prináša i sociálne a ekonomické znevýhodnenie, pretože bráni človeku vykonávať niektoré aktivity a žiť bežným spôsobom života. Autorka príspevku zdôrazňuje potrebu vytvárania vhodných podmienok vo všetkých oblastiach spoločnosti pre dosiahnutie čo možno najvyššieho stupňa sociálnej integrácie a sociálnej samostatnosti osôb so zdravotným znevýhodnením.*

Kľúčové slová: osoby so zdravotným znevýhodnením, sociálna inklúzia, podporovanie zamestnanosti, chránené dielne, chránené pracoviská, sociálna ekonomika, sociálne podniky

Úvod

Zmeny v spoločenskom systéme po roku 1989 výrazne zasiahli jednotlivcov, jednotlivé spoločenské skupiny ako aj spoločenské procesy a celé spoločenské prostredie na Slovensku. Uvedené spoločenské zmeny majú na život ľudí mimoriadny vplyv. V týchto súvislostiach podľa Heleny Hnilicovej (2005) história ukazuje, že vďaka rýchlym a podstatným sociálnym zmenám zákonite vzniká v určitých vývojových etapách na jednej strane skupina ľudí „winners“ (vyhrávajúci), ktorí vo svojom individuálnom živote pociťujú skôr pozitívne prínosy, a teda v novej dobe zmenami získavajú, na druhej strane sa však vytvára skupina ľudí „losers“ (strácajúci), ktorí z rôznych dôvodov zmenami skôr strácajú. Obdobie veľkých sociálnych zmien po roku 1989 prinieslo podľa autorky na jednej strane zavedenie politickej slobody, tržnej ekonomiky, prílivu zahraničného kapitálu a rozvoja slobodného podnikania; na druhej strane bankroty firiem, vznik nezamestnanosti a predtým nebývanej sociálnej nerovnosti, kedy sa objavil nový typ bohatstva a chudoby ako negatívne fenomény spôsobujúce nespravodlivosť.

Napriek tomu, že sa všeobecne situácia vo vzťahu k ľuďom so zdravotným znevýhodnením uberať pozitívnym smerom (zvyšuje sa prístup ku vzdelaniu, zvyšuje sa kvalita služieb a pod.), naďalej pretrvávajú v spoločnosti s ohľadom na celkový vývoj v globalizujúcom sa svete, tendencie vedúce k marginalizácii a sociálnemu vylúčeniu tejto zraniteľnej skupiny obyvateľov. V oblasti zabezpečovania životných potrieb svojich členov si každá spoločnosť vytvára vlastnú filozofiu a systém odborných zásahov súvisiacich predovšetkým s jej historickým dedičstvom, s aktuálnym hospodárskym a politickým usporiadaním, ale i so životnými skúsenosťami, potrebami a morálnou vyspelosťou jej členov. V súčasnosti môžeme byť svedkami toho, ako na Slovensku sociálna politika, sociálna práca i sociálne služby prechádza komplikovaným procesom transformácie, ktorý výstižne popisuje Ján Gabura (in Slavomír Krupa et al., 2000, s. 8): „*Predchádzajúci administratívno-byrokratický prístup v sociálnej práci satureoval iba základné biologické potreby človeka. Klienta degradoval na pasívnu bytosť plne závislú od „úradov“, ktoré rozhodovali o jeho potrebách bez možnosti jeho*

aktívnej participácie. Transformácia by mala priniesť kvalitatívny obrat v sociálnej oblasti. Základnou filozofiou sociálnej práce by sa mal stať aktívny záujem o človeka pri zachovaní jeho sebaúcty, dôstojnosti, možnosti spolurozhodovať o svojom osude a pri akceptácii i podpore jeho schopnosti prevziať zodpovednosť za seba, i svojich blízkych.“

Osoby so zdravotným znevýhodnením a možnosti zvyšovania ich kvality života

Ľudia so zdravotným postihnutím tvoria významnú skupinu občanov Slovenskej republiky; na základe štatistických údajov sa jedná približne o 10 % obyvateľov SR. Zdravotné znevýhodnenie ako také sa však priamo dotýka omnoho vyššieho počtu obyvateľov, pretože väčšina ľudí so zdravotným znevýhodnením žije v rodinách, ktoré sú bezprostredne zasiahnuté dôsledkami postihnutí vo sfére psychologickú, sociálnu, ekonomickú a inu. Podľa Lenky Krhutovej (2005, s. 21) je v zmysle Dôvodovej správy Európskej únie k prijatí Rozhodnutia Rady Európy o Európskom roku osôb so zdravotným postihnutím 2003 v súčasnosti v Európskej únii približne 38 miliónov osôb so zdravotným znevýhodnením, čiže každý desiaty Európan všetkých vekových kategórií.

Pod sociálnu inklúziu zdravotne znevýhodnených osôb rozumieme proces ich zapájania do života spoločnosti a to v zmysle získavania či znovunadobudnutia primeranej spoločenskej akceptácie a komplexnej občianskej, ekonomickej, sociálnej a politickej integrácie tak, aby mohli slobodne participovať na živote spoločnosti. Jan Jandourek (2007, s. 107) definuje inklúziu ako vyšší stupeň integrácie postihnutých alebo znevýhodnených jednotlivcov do spoločnosti a jej inštitúcií (napr. tzv. inkluzívne vzdelávanie). Pri inklúzii sa pripúšťa, že integrovaný ťažko postihnutý jedinec nebude ani pri zvláštnych opatreniach schopný dosahovať rovnakú mieru fungovania alebo výkonu ako jedinec zdravý, rozhodujúcim dôvodom pre inklúziu je subjektívny prínos plynúci z nej pre postihnutého. Podľa autora sa požaduje zmena pohľadu od „aj odlišných ľudí sme povinní brať medzi seba“ k novému postojú „každý z nás je nejaký odlišný, každý potrebuje a má právo na individuálny prístup“.

Ľudské zdravie je závislé od mnohých faktorov; vykonané skúmania, literárne pramene, ale i prax jednoznačne svedčia o význame biologických, psychických, sociálnych i ďalších činiteľov pri rôznych ochoreniach. Dnes už polstoročia stará a bežne používaná definícia zdravia WHO hovorí, že „zdravie nie je len absenciou choroby, ale je to komplexný stav telesnej, duševnej a sociálnej pohody“. Podľa Dunovského (1999) sa neskôr objavuje vo výzve WHO „Zdravie pre všetkých do roku 2000“ definícia nová, ktorá staršie vymedzenie nenahrádza, ale skôr dopĺňa: „Zdravie je schopnosť viesť sociálne a ekonomicky produktívny život“.

V súvislosti so zdravím priťahuje odbornú verejnosť posledných tridsať rokov pojem *kvalita života*, pod ktorým rozumieme multidimenzionálny pojmový konštrukt zložený z fyzickej, psychickej a sociálnej dimenzie. Pojem kvalita života je práve pre svoju komplexnosť výrazne ovplyvňovaný rôznorodými faktormi, hlavne medicínskymi, demografickými, psychosociálnymi a mnohými ďalšími. V roku 1993 vytvorila WHO Pracovnú skupinu pre kvalitu života, ktorej členovia definovali kvalitu života ako „*vnímanie vlastnej pozície v živote v kontexte kultúry a hodnotových systémov so zreteľom na životné ciele, očakávania, štandardy a záujmy*“ (Vladislav Zikmund, 2001, s. 5-7). WHO ďalej vymedzila kvalitu života ako „*dojem (perception) jednotlivcov alebo skupín, že sa vychádza v ústrety ich potrebám a že sa im neupierajú možnosti, aby dosiahli šťastia a naplnenia*“ (WHO, 1993, cit. in Peter Holčík, 1996). V súvislosti s problémom indikátorov kvality života reagovala Európska komisia OSN systematizáciou sociálnych indikátorov kvality života do ôsmich skupín: zdravie,

kvalita pracovného miesta, nákup tovarov a služby, možnosti naplnenia voľného času, pocit sociálnej istoty, šance rozvoja osobnosti, kvalita životného prostredia, možnosť účasti na spoločenskom živote.

Pri skúmaní kvality života existujú v zásade tri rôzne prístupy; iné aspekty sú zdôrazňované v psychológii, iné v sociologických výskumoch, a od týchto sa výrazne líši hodnotenie kvality života v medicíne. Ako uvádza Helena Hnilicová (2005, s. 209): „*psychologické poňatia kvality života a relevantné výskumy sa vzťahujú ku snahe postihnúť subjektívne prežívanú životnú pohodu a spokojnosť s vlastným životom ako takým*“. Pri zisťovaní životnej spokojnosti sa hľadajú odpovede na otázky, čo činí ľudí spokojnými, aká je štruktúra faktorov, ktoré ku spokojnosti prispievajú, a tiež ako jednotlivé spoločenské inštitúcie ovplyvňujú spokojnosť ľudí. Ďalej ide o prežívanú subjektívnu pohodu (subjective well-being) a šťastie (happines, flow), kde sa kladie dôraz na všeobecné hodnotenie kvality života. V sociologickom poňatí kvality života sú naopak zdôrazňované atribúty sociálnej úspešnosti, ako sú status, majetok, vybavenie domácnosti, vzdelanie, rodinný stav. Sociologický charakter majú tiež štúdie, kde sa sleduje dopad jednotlivých sociálnych alebo sociálno-zdravotných programov na kvalitu života obyvateľov určitej oblasti. Autorka uvádza, že v poňatí sociologickej organizácie *Medzinárodná spoločnosť pre štúdium kvality života* sa pod kvalitou života rozumie „*produkt súhry sociálnych, zdravotných, ekonomických a enviromentálnych podmienok, ovplyvňujúcich rozvoj ľudí*“. V medicíne sa termín kvalita života používa od 70. rokov a postupne v priebehu 80. rokov sa začína stále častejšie používať v klinických štúdiách. V medicíne a v zdravotníctve je ťažisko skúmania kvality života posunuté do oblasti psychosomatického a fyzického zdravia. Najčastejšie sa potom operuje s pojmom *kvalita života ovplyvnená zdravím (health related quality of life)*. Podľa H. Hnilicovej (2005, s. 211) je možné tento pojem špecifikovať ako „*subjektívny pocit životnej pohody, ktorý je asociovaný s chorobou či úrazom, liečbou a jej vedľajšími účinkami*“. Konkrétne to znamená, že vedľa klinických ukazovateľov úspechu či neúspechu nasadenej terapie sa sledujú subjektívne a objektívne údaje o fyzickom a psychickom stave pacienta, ako sú prítomnosť bolesti, zvládanie chôdze po schodoch, intenzita únavy, schopnosť sebaobsluhy, prevažujúci typ emócií či prežívaná miera úzkosti a napätia.

Štatistiky vypracované OSN a SZO uvádzajú, že na svete žije asi 500 miliónov ľudí so zdravotným znevýhodnením. Jedná sa zhruba o každého desiateho človeka (Oldřich Matoušek, 2005, s. 90). Zdravotné postihnutie je významnou okolnosťou, ktorá výrazne ovplyvňuje život jednotlivca a kladie na neho i na jeho okolie značné nároky. Vedľa zdravotných a duševných ťažkostí so sebou často prináša i sociálny handicap, pretože človeku bráni vykonávať niektoré aktivity, žiť bežným spôsobom života a v konečnom dôsledku môže viesť až k sociálnej izolácii. V štandardných pravidlách na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím sa uvádza, že zdravotné postihnutie zahŕňa veľké množstvo rôznych funkčných obmedzení, ktoré sa vyskytujú v každej populácii vo všetkých krajinách sveta. Najčastejšie sa stretávame s delením, ktoré rozoznáva *postihnutie telesné, mentálne a duševné, zrakové, sluchové, rečové*. Ďalšími skupinami, na ktoré sa obvykle zabúda, sú *občania s kombinovaným postihnutím a občania postihnutí civilizačnými chorobami*.

V našej i zahraničnej odbornej literatúre sa môžeme stretnúť s rôznymi vymedzeniami a definíciami zdravotného postihnutia. Štefan Strieženeč (1996, s. 158) vymedzuje zdravotné postihnutie ako „*ujmu spôsobenú telesnou alebo duševnou poruchou alebo ich kombináciou*“. Pre potreby sociálnej práce a intervencií sociálneho pracovníka, podľa Kvetoslavy Repkovej, (in Eva Žiaková et al., 2005, s. 139) vyplýva z najširších odborných kontextov rámec, v ktorom môžeme pracovne definovať

zdravotné postihnutie „ako znevýhodnenie, ktoré má človek s dlhodobou alebo trvalou telesnou alebo duševnou poruchou v štandardne usporiadanom životnom a sociálnom prostredí a ktoré je potrebné minimalizovať intervenciami v rámci sociálnej politiky a práce“. Pavel Hartl (2000, s. 442) uvádza, že postihnutie je „akákoľvek porucha duševná alebo telesná, dočasná, dlhodobá alebo trvalá, alebo handicap, ktorý jednotlivcovi bráni účinne sa prispôbovať bežným nárokom života“. V súvislosti s občanmi so zdravotným postihnutím uvádza Beata Balogová (2006, s. 37): „V minulosti vplyvom nevhodnej sociálnej politiky došlo k izolácii týchto ľudí. Základným princípom súčasného prístupu je „filozofia nezávislého života“, tento človek chce žiť nezávisle, rozhodovať o vlastnom osude. Základné podmienky pre občanov so zdravotným postihnutím sú: - dostupnosť bývania, bezbariérovosť, - dostupná preprava, - potrebné kompenzačné pomôcky, - pomoc pri činnostiach, ktoré si občan nemôže vykonať sám“.

Jednotný štandardizovaný rámec na opis a popísanie zdravia populácie poskytuje Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia (MKF), ktorú vydala Svetová zdravotnícka organizácia v roku 2001. V uvedenom dokumente sú obsiahnuté aj možnosti účasti jednotlivcov so zdravotným postihnutím na spoločenskom a pracovnom živote. Podľa MKF vytvárajú celkový kontext života jednotlivca (MKF, slovenské vydanie, 2003, s. 149-151) rôzne kontextové faktory, pričom rozlišujeme: *osobné, osobnostné faktory* (vek, pohlavie, rasa, životný štýl, výchova, vzdelanie, spoločenské postavenie, životné skúsenosti, vzorce správania) a *enviromentálne faktory*, ktoré tvoria fyzický svet, ostatní ľudia (domov, pracovisko, škola), spoločenské systémy a služby, komunitné aktivity, politické línie, nariadenia, zákony, postoje a ideológie.

Prekážky a nemožnosť realizovať samozrejmé, bežné ľudské potreby často vedú zdravotne postihnutého k frustrácii, kognitívnej, citovej i výkonovej deprivácii a môžu tak trvale negatívne ovplyvňovať jeho integritu a narúšať harmonický vývoj jeho osobnosti; zdravotne postihnutý človek vzhľadom ku svojim prekážkam potrebuje v individuálnej miere určitú pomoc či kompenzáciu pri uspokojovaní ľudských potrieb. Pomoc je súborom opatrení, ktoré vedú ku sprístupneniu možnosti realizovať či naplňať jeho bežné a celkom prirodzené potreby (napríklad vzdelania, pracovného uplatnenia, kultúrneho vyžitia) alebo vyrovnávania príležitostí (napríklad sebarealizácie, spoločenského uplatnenia). V súvislosti s poskytovaním sociálnych služieb pre ľudí s postihnutím v ČR rozoznáva Oldřich Matoušek nasledovné služby: - služby chráneného bývania, - denné prípadne týždenné stacionáre, - podpora samostatného bývania, - opatrovateľská služba, - respitná starostlivosť (odľahčovacie služby), - sprievodcovské a predčitateľské služby, - osobná asistencia, - sociálno terapeutické dielne, - sociálno aktivačné služby, - zriaďovanie poradenských centier pre zdravotne postihnutých. Podľa autora sú významným druhom podpory aj svojpomocné skupiny; obyčajne sa zameriavajú na psychickú pomoc pri spracovávaní sociálnych a iných dôsledkov postihnutia. Tieto skupiny však v niektorých prípadoch môžu i presadzovať záujmy postihnutých ľudí voči iným subjektom.

V záujme zdravotne postihnutých by mala sociálna práca vytvárať podmienky pre dosiahnutie čo najvyššieho stupňa sociálnej integrácie a sociálnej samostatnosti zodpovedajúce charakteru postihnutia, individuálnym potrebám postihnutého jednotlivca a spoločenským podmienkam. Dôležitými činiteľmi sociálnej integrácie zdravotne postihnutých sa zaoberajú Martina Kvarčáková, Marek Schneider (in Karel Paulík et al., 2005, s. 111-120), pričom zároveň vymedzujú nasledovné potreby zdravotne postihnutých, ktorým je potrebné venovať nevyhnutnú pozornosť:

- predovšetkým potreba funkčného rodinného zázemia,
- potreba integrácie,

- potreba samostatnosti a nezávislosti,
- potreba porozumenia a taktu,
- potreba sebarealizácie,
- potreby vytvárania spoločenských hodnôt,
- možnosť sociálnej upotrebitelnosti,
- potreba pomoci pri uspokojovaní základných životných potrieb,
- potreba emocionálnych zážitkov.

Potreba integrácie, zapojenia sa jednotlivca do spoločnosti, ako do komunity jednotlivcov s podobným problémom, tak do bežnej populácie, je podmienená akceptovaním spoločenských noriem a pravidiel, vytváraním a formovaním pozitívnych vzťahov a postojov. Integračné mechanizmy by mali byť smerované k rozvíjaniu samostatnosti, nezávislosti a optimálnej miere sebavedomia jednotlivca, vyrovnanosti sa s postihnutím a nerozvíjania defektivity. V prípade nedostatočného vedenia k samostatnosti jednotlivca môže dôjsť k pasivite, externalistickému prístupu, pocitom zbytočnosti, znižovaniu sebavedomia, človek sa stáva bezbranným a spolieha sa na pomoc druhých. K ďalšiemu uplatneniu postihnutého v spoločnosti môžeme napomôcť správnym podchytением a programovým rozvíjaním tých vlôh a schopností handicapovaného človeka, ktoré nie sú obmedzené alebo deformované defektom, chorobou, či úrazom. Zdravotne postihnutí sú v individuálnej miere vybavení výraznými vlohami pre špecifické činnosti, ktoré môžu využiť v rodinách, školách, upravených či chránených pracoviskách, ústavoch sociálnej starostlivosti a ďalších zariadeniach, ale aj na spoločensky žiadúcich pracovných miestach.

Podporovanie zamestnávania osôb so zdravotným znevýhodnením

Forma zamestnania osôb so zdravotným znevýhodnením sa nemusí stotožňovať s bežnými a zákonom danými formami zamestnania. Pracovnú dobu a tempo práce je nutné individuálne prispôbiť možnostiam daného jednotlivca. Bežný či skrátený úväzok v rámci zamestnaneckého pomeru je pre radu postihnutých nevhodný alebo priamo nereálny.

Jednou z najvýznamnejších foriem podpory zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím v Slovenskej republike, ktorú upravuje *Zákon NR SR č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti*, je možnosť zriaďovania chránených dielní a chránených pracovísk, ako aj priame finančné príspevky poskytované na podporu zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím. Chránené dielne a chránené pracoviská sú určené predovšetkým na pracovné uplatnenie občanov so zdravotným postihnutím, ktorým zamestnávateľ nemôže poskytnúť vhodné zamestnanie na iných pracoviskách. V chránenej dielni alebo na chránenom pracovisku môžu pracovať aj občania, ktorým sa poskytuje získanie odborných zručností, a zamestnanci, ktorí pre ohrozenie zdravia nie sú dočasne spôsobilí vykonávať doterajšie zamestnanie, ak pre nich zamestnávateľ nemá iné vhodné zamestnanie. Vyššie menovaný zákon vymedzuje tiež pôsobenie agentúry podporovaného zamestnávania pri zamestnávaní občanov so zdravotným postihnutím. Agentúra podporovaného zamestnávania je podľa § 58 uvedeného zákona právnická osoba alebo fyzická osoba, ktorá poskytuje služby občanom so zdravotným postihnutím, dlhodobo nezamestnaným občanom a zamestnávateľom zamerané na uľahčenie získania zamestnania alebo na udržanie zamestnania alebo na uľahčenie získania zamestnanca z radov občanov so zdravotným postihnutím a dlhodobo nezamestnaných občanov. Agentúra podporovaného zamestnávania vykonáva pre občanov so zdravotným postihnutím najmä tieto činnosti (Peter Demek, 2005, s. 279):

- poskytovanie odborného poradenstva zameraného na podporu a pomoc pri získaní

a udržaní si pracovného miesta, poskytovanie pracovnoprávneho a finančného poradenstva pri riešení nárokov občanov so zdravotným postihnutím vyplývajúcich z ich zdravotného postihnutia;

- zisťovanie schopností a odborných zručností občanov so zdravotným postihnutím vzhľadom na požiadavky trhu práce;
- vyhládavanie vhodného zamestnania pre občana so zdravotným postihnutím a jeho sprostredkovanie, ako aj ďalšie činnosti podobného zamerania.

Podľa Gabriely Korimovej (2007a, s. 57) si riešenie globálneho rastu nezamestnanosti, chudoby a sociálnej exklúzie vyžaduje aj nové nástroje verejnej politiky, verejnej ekonomiky a sociálnej ekonomiky. Súhlasíme s autorkou, ktorá uvádza (2007b, s. 3) : „*problematika sociálneho vylúčenia a chudoby patrí aj na začiatku tretieho milénia k hlavným spoločenským témam v celom globalizujúcom sa svete*“. Ľudstvo za dlhé stáročia nedokázalo odstrániť tieto negatívne javy spoločnosti, ba v informačnej a modernej spoločnosti konca 20. storočia až do súčasnosti rastie počet jednotlivcov a skupín, ktoré sú z rôznych objektívnych, ale aj subjektívnych dôvodov generačne chudobné či sociálne exkludované. Podľa autorky „*je to dôsledok zlyhávania ľudského faktora v trhovom prostredí, a to tak v oblasti súkromného sektora, ako aj v prostredí politického trhu ako trhu verejného sektora*“. Z uvedených dôvodov sa hľadajú nové modely a sociálno-ekonomické nástroje, ktoré by eliminovali tieto nedokonalosti trhového mechanizmu a vedľajšie účinky trhu. Podľa autorky nadväzuje Európska únia na tradíciu solidarity a filantropie a prostredníctvom moderného modelu sociálneho štátu, postaveného prioritne na subsidiarite, motivácii, aktivizácii jednotlivca a sociálne trhovej ekonomike, chce profesionálne riešiť sociálne problémy spoločnosti. Preto sa už niekoľko rokov na rôznych európskych a národných vedeckých i praktických úrovniach formulujú ciele a princípy sociálnej ekonomiky a sociálneho podnikania, ktoré by podporovali rozvoj sociálnych podnikov. Sociálna ekonomika pri akceptovaní svojich základných sociálnych predpokladov (medzi ktoré autorka zaraďuje socializáciu, sociálnu spravodlivosť a sociálnu rovnosť), napomáha zmierňovať a odstraňovať nezamestnanosť, chudobu a sociálnu exklúziu. Sociálna ekonomika je tvorená sociálnymi podnikmi a organizáciami nezávislými na verejnej správe, ktoré pri produkcii tovarov a služieb prioritizujú sociálne ciele: - prácu pred kapitálom, - verejný záujem pred ziskom, - demokratickú participáciu svojich členov a zamestnancov na rozhodovaní bez ohľadu na majetkový podiel v podniku, - reinvestovanie prípadného zisku na sociálne a rozvojové účely. S rozvojom sociálnej ekonomiky a sociálnych podnikov a ich uplatnením sa môžeme stretnúť vo viacerých krajinách Európskej Únie, v prvom rade v Taliansku, ďalej v Nemecku, vo Veľkej Británii, Švédsku, Belgicku, Francúzsku a pod. (V SR v súvislosti so *Zákomom č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti* vydalo Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR Vyhlášku 157 a Vyhlášku 158 z 18. apríla 2008 (dotýkajú sa chránených dielní, príspevkov na prevádzku chránených dielní, príspevkov na zriadenie chránených dielní, príspevkov na podnikanie, príspevkov na pracovného asistenta, príspevkov na udržanie v zamestnaní); ďalšie zmeny v slovenskej legislatíve sa v tejto oblasti očakávajú v priebehu najbližších mesiacov).

V súvislosti s ďalšími možnými odbornými zásahmi v sociálnej práci Eva Žiaková a Júlia Čechová (2001, s. 155) uvádzajú: „*Intervencia sociálneho pracovníka u nás posilňuje sociálne zmeny a pomáha hľadať nové kvality života tam, kde je to potrebné. Pri tejto činnosti sociálny pracovník využíva zdroje spoločnosti, intervenuje v oblastiach, kde ľudia vstupujú do vzťahov so svojím okolím. V prípade, že ide o zdravotné postihnutie (po určení miery funkčnej poruchy), pomocou kompenzácie pomáha vytvárať porovnateľné podmienky s ostatnou populáciou. Akceptuje práva*

a kompetencie klienta (už nie pacienta, ale aktívny subjekt) v jeho slobodnom rozhodovaní o vlastnej kvalite života.“

V nedávnej dobre prijatá Charta základných práv Európskej únie uznáva, že pre dosiahnutie rovnoprávnosti zdravotne postihnutých osôb je nezbytné, aby bol zákaz diskriminácie doplnený o právo na podporu a pomoc. Zdravotné postihnutie a jeho nositelia predstavujú oprávnený objekt cielej spoločenskej solidarity. Efektívnymi opatreniami zameranými na rozvoj ľudských zdrojov i v tejto oblasti je možné do budúcnosti dosiahnuť zvýšenie účasti občanov s postihnutím na tvorbe spoločenského bohatstva. Podľa autorov si doteraz plne neuvedomujeme, že na pasívnu podporu politiky zamestnanosti vynakladáme miliardové čiastky. Vytvorenie niekoľko desiatok tisíc miest napr. v sociálnych službách preto nie je len aktom štátneho milosrdenstva, ale najmä zodpovedným nástrojom aktívnej politiky zamestnanosti. Tento komplexný prístup bol určujúcim princípom Madridského kongresu, na ktorom sa v marci roku 2002 zišlo viac ako 400 účastníkov. V súlade s Madridskou deklaráciou (2002) a v súvislosti so súčasným postavením osôb so zdravotným znevýhodnením Lenka Krhutová et al. (2005, s. 36-39) konštatujú:

- zdravotné postihnutie je otázkou ľudských práv a osoby so zdravotným znevýhodnením majú rovnaké ľudské práva ako ostatní občania;
- zdravotne postihnuté osoby požadujú rovnaké príležitosti a nie charitu;
- bariéry v spoločnosti vedú k diskriminácii a sociálnej exklúzii;
- zdravotne postihnuté osoby sú občania, na ktorých sa často zabúda;
- zdravotne postihnuté osoby predstavujú rôznorodú skupinu;
- zákaz diskriminácie a pozitívne akcie povedú k sociálnej inklúzii.

Uvedomenie si súčasného stavu a jeho príčin je nezbytným predpokladom vyhodnotenia efektivity a prípadných zmien či úprav všetkých spoločenských systémov, ktoré život občanov so zdravotným znevýhodnením ovplyvňujú.

Záver

V zmysle základných práv a slobôd Ústavy SR čl. 12 sú ľudia slobodní a rovní v dôstojnosti i v právach; základné práva a slobody sú neoddeliteľné, nescudziteľné, nepremlčateľné a nezrušiteľné. V rámci hospodárskych, sociálnych a kultúrnych práv deklaruje Ústava SR v čl. 38 pre osoby zdravotne postihnuté právo na zvýšenú ochranu zdravia pri práci a osobitné pracovné podmienky, ďalej právo na osobitnú ochranu v pracovných vzťahoch a na pomoc pri príprave na povolanie. Podľa Kvetoslavy Repkovej (2005, s. 28) „*sa spoločnosť zvyčajne považuje za rozvinutú vtedy, keď sa dokáže postarať o svojich najslabších členov (deti, starých a chorých, ľudí so zdravotným postihnutím)*“. Podľa autorky plynula zraniteľnosť tejto skupiny z predstavy jej neschopnosti sama sa zabezpečiť a rozhodovať o zásadných veciach; preto sa jej v minulosti ani neposkytovali príležitosti na rozvoj schopností ovplyvňovať dianie okolo seba a zapájať sa do verejných záležitostí. Avšak v zmysle novších prístupov sa rozvinutosť spoločnosti začala posudzovať podľa toho, ako dokáže v ľuďoch podporovať a rozvíjať tieto schopnosti. V súčasnosti sa principiálny dôraz kladie na uplatňovanie zásady rovnosti šancí pre všetkých, ako aj na odstraňovanie novej diskriminácie a nerovnakého zaobchádzania z dôvodu veku, pohlavia, vierovyznania, rasy či iných dôvodov, vrátane zdravotného postihnutia. Stotožňujeme sa s tvrdením Oldřicha Matouška (2005, s. 92): „*Princíp rovnakých práv znamená, že potreby každého jednotlivca sú rovnako dôležité, že tieto potreby musia byť v spoločnosti základom pre plánovanie. Všetky zdroje musia byť dostupné každému. Osoby so zdravotným znevýhodnením sú predovšetkým občanmi a majú právo žiť vo*

svojej pôvodnej komunite. Mali by dostávať takú podporu, akú v rámci štandardných štruktúr vzdelávania, zdravotnej starostlivosti, zamestnávania a sociálnych služieb potrebujú“. V sociálnej práci so zdravotne postihnutými sa opätovne ozývajú ďalšie výzvy, je potrebné neustále hľadať nové prístupy, metódy a formy sociálnej práce - v záujme zvyšovania ich kvality života, čo podľa Jána Gaburu (in Slavomír Krupa et al., 2000, s. 8) predpokladá „predovšetkým sociálne citlivých a odborne pripravených ľudí, ktorí sú nositeľmi týchto nových trendov a sú schopní uplatňovať ich vo svojej každodennej praxi“.

Literatúra

- BALOGOVIÁ, Beáta (ed.). 2006. *Úvod do sociálnej práce pre sociálnu a charitatívnu službu*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, PBF. 75 s., ISBN 80-8068-504-5.
- BRATSKÁ, Mária. 2001. *Zisky a straty v záťažových situáciách alebo príprava na život*. Bratislava: Práca, 2001., 325 s., ISBN 7094-292-4.
- DEMEK, Peter. 2005. *Právne nástroje podpory zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím*. Zborník z vedeckej konferencie: Determinanty sociálneho rozvoja – sociálne podnikanie III. ISBN 80-8083-109-2, s. 270-283
- DUNOVSKÝ, J. et al. 1999. *Sociální pediatrie – vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-254-9.
- ERNST, Brigitte et al. 1992. *Ärzte und Selbsthilfengruppen – Wege zu einem konstruktiven Dialog*. Köln: Verlag Brendan-Schmittmann-Stiftung, ISBN 0141-83-86.
- HOLČÍK, Jan. 1996. *Evropská cesta ke zdraví. Základní informace o evropské zdravotní strategii a o možnostech jejího využití v České republice*. Praha, Škola veřejného zdravotnictví IPVZ.
- HNILICOVÁ, Helena. 2005. Dopad spoločenských zmien po roce 1989 na kvalitu života v ČR. In: PAYNE, Jan et al.: *Kvalita života a zdraví*. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
- HORŇÁKOVÁ, Marta. 1999. *Liečebná pedagogika*. Bratislava: PERFEKT. 187 s., ISBN 80-8046-126-0.
- JANDOUREK, Jan. 2007. *Sociologický slovník*. Praha: Portál. 288 s. ISBN 978-80-7367-269-0.
- KAPLAN, Robert M. et al. 1996. *Zdravie a správanie človeka*. Bratislava: SPN. 450 s., ISBN 80-08-00332-4.
- KRUPA, Slavomír et al. 2000. *Kvalitné sociálne služby I*. Košice: Vydavateľstvo Vienala v spolupráci s Radou pre poradenstvo v sociálnej práci. ISBN 80-88922-17-8.
- Kolektív autorov, 2003. *Kvalitné sociálne služby II*. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. ISBN 80-968586-5-3.
- KOČIŠOVÁ, Agnesa, WAGNEROVÁ, Mária. 2007. Psychosociálne aspekty zvyšovania kvality života onkologických pacientov. In *Acta Chemotherapeutica*, časopis Slovenskej chemoterapeutickej spoločnosti. ISSN 1335-0579, ročník 17, č. 1-2/2007, s. 56-64.
- KORIMOVÁ, Gabriela et al. 2006. *Determinanty sociálneho rozvoja. Sociálne podnikanie IV. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie*. Banská Bystrica: EF UMB. 388s. ISBN 80-8083-280-3.
- KORIMOVÁ, Gabriela. 2007a. Determinanty rozvoja sociálnej ekonomiky. In *Verejná správa a spoločnosť*. ISSN 1335-7182, ročník VIII., č. 1/2007, s. 57-68.
- KORIMOVÁ, Gabriela et al. 2007b. *Sociálne podnikanie*. Banská Bystrica : Kopernikus. 202 s. ISBN 978-80-89288-14-4.
- KRHUTOVÁ, Lenka et al. 2005. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*.

- Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1168-7.
- KOVÁČ, Damián. 2001. Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Československá psychologie*. ISSN 0009-062X, Ročník XLV, s. 34-44.
- KOVÁČ, Damián. 2003. Quality of life – A paradigmatic challenge to psychologists. *Studia psychologica*, ISSN 0039-3320, 45, 2, s. 81-101.
- KOVÁŘOVÁ, Mária et al., 1998. *Význam sociálnej pomoci pre kvalitu života trpiacich chronickou invalidizujúcou chorobou*. In: Zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie o vzdelávaní v ošetrovatel'stve. Martin, 11.-12. 9. 1998.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2001: *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 278 s., ISBN 80-717-8774-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002: *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-0179-0.
- MATOUŠEK, Oldřich et al. 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 312 s., ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, Oldřich et al. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. 384 s., ISBN 80-717-548-2.
- MATOUŠEK, Oldřich et al. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. 352 s., ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, Oldřich et al. 2007. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia*. Slovenské vydanie, 2003. Asociácia organizácií zdravotne postihnutých občanov SR. Bratislava: EKO VYS. 198 s., ISBN 80968689-1-8.
- MORRISON, Val, BENNETT, Paul. 2001. *An Introduction to Health Psychology*. Pearson. ISBN 0-13-099408-1.
- PAULÍK, Karel et al. 2005. *Uplatnění věd o člověku v sociální práci*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta., s. 208, ISBN 80-7042-690-X.
- PAYNE, Jan et al. 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. 629 s., ISBN 80-7254-657-0
- REPKOVÁ, Kvetoslava. 1998. *Občania so zdravotným postihnutím v procese spoločenskej integrácie*. Bratislava: Ing. Miroslav Mračko. 192 s., ISBN 80-8057-005-1.
- REPKOVÁ, K., POŽÁR, L., ŠOLTÉS, L. 2003. *Zdravotné postihnutie v kontexte novodobej sociálnej politiky 1*. Bratislava: Informačná kancelária Rady Eutópy. ISBN 80-89141-03-X.
- REPKOVÁ, Kvetoslava. 2005. Rozkvet ústavnej starostlivosti. Sociálne zabezpečenie zdravotne postihnutých po roku 1945. *História Revue o dejinách spoločnosti*. 5/2005. ISSN 1335-8316.
- SEIFERT, G. (Ed.), 1992: *Lebensqualität in unserer Zeit – Mödebegriff oder neues Denken*. Göttingen: Vandenhoeck and Ruprecht.
- SCHAVEL, Milan et al. 2006. *Sociálna práca vo verejnej správe*. Trnava: Trnavská univerzita. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce. 136 s., ISBN 80-8082-065-1.
- STRIEŽENEC, Štefan, 1996. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava: AD Trnava. ISBN 80-967589-O-X.
- TOKÁROVÁ, Anna et al. 2001. *Kvalita života a ľudské práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých*. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, konanej v dňoch 3. a 4. apríla 2001 v Prešove. Prešov: FF PU, 605 s., ISBN 80-8068-088-4.
- TOKÁROVÁ, Anna et al. 2002. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky*

sociálnej práce. Prešov: FF PU. 572 s., ISBN 80-8068-086-8.

UNGER, Felix, 2004. *Health is Wealth. Strategic Visions for European Healthcare at the Beginning of the 21st Century*. Salzburg: Springer. ISBN 3-540-22313-4.

ZIKMUND, Vladislav, 2001. Kvalita života a medicína. *Medicínsky monitor*, ISSN 1335-0951, 1/2001. s 5-7.

ZIKMUND, Vladislav, 2002. Pacient-osobnosť zabudnutá za chorobou. *Medicínsky monitor*. ISSN 1335-0951, 1/2002, s. 12-14.

WHOQOL, 1997. *Measuring Quality of Life*. Geneve: World Health Organization.

ŽIAKOVÁ, Eva, ČECHOVÁ, Júlia, KREDÁTUS, Jozef. 2001. Psychosociálne aspekty sociálnej práce. Prešov: FF PU., 191 s., ISBN 80-8068-060-4.

ŽIAKOVÁ, E., ŠKULINKOVÁ, M. 2002. Pozícia kvalifikovanej psychologickkej pomoci v sieti sociálnej podpory dlhodobo chorých pacientov. In *Lekársky obzor*, ISSN 0457-42114, roč. 51, č. 1, s. 4-8.

ŽIAKOVÁ, Eva (Eds.). 2005. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. Prešov: Pavol Šidelský – AKCENT PRINT, Prešov. 232 s., ISBN 80-969274-2-6.

Zákon NR SR č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti v znení neskorších noviel a predpisov.

Kontakt:

Mgr. Agnesa KOČIŠOVÁ
Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach
Fakulta verejnej správy
Popradská 66, 041 32 Košice, SR
Tel.: 055 / 788 36 17
E-mail: agnesa.kocisova@upjs.sk

Využitie prístupov na báze zážitku a dobrodružstva pri práci s delikventnou mládežou.

KRÁLIKOVÁ Viera, SR

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá využitím programu na báze dobrodružstva a zážitku pri práci s rizikovou a delikventnou mládežou ako jednou z terapeutických metód. Zdôraznené sú dôvody, prečo zvoliť práve zážitok a dobrodružstvo k formovaniu a rozvíjaniu mladého človeka a jeho príprave na plnohodnotný život. Zároveň odkrýva základné princípy uplatňované v dobrodružných programoch a ozrejmuje súčasný stav využitia prístupov na báze dobrodružstva a zážitku u nás a v zahraničí.

Kľúčové slová: Dobrodružstvo, zážitok, prístupy na báze dobrodružstva a zážitku, delikventná mládež

Súčasný stav využitia prístupov na báze dobrodružstva a zážitku

Výchova pomocou zážitku nie je z historického pohľadu žiadnym novým objavom. Dobrodružstvo a zážitok majú pre život človeka často rozhodujúci zmysel. Sila dobrodružstva a netradičného zážitku sa v mnohých podobách využíva aj v rozličných formách sociálnej a psychologickej intervencie na celom svete. Prístupy na báze dobrodružstva a zážitku majú široké uplatnenie. Tento smer je i veľmi rozšíreným predmetom ale i študijným odborom na vysokých školách pripravujúcich budúcich psychológov, sociálnych pracovníkov, pedagógov a iných odborníkov, ktorí využívajú vo svojej práci prístupy na báze zážitku a dobrodružstva.

Existuje množstvo organizácií ponúkajúcich najrôznejšie programy na báze dobrodružstva, od rekreačných až po terapeutické, integrujúce v rôznej miere princípy Outward Bound, zážitkového učenia, terapeutických a skupinových techník.

Spoluprácu medzi európskymi krajinami v tejto oblasti zastrešuje Európsky inštitút dobrodružnej výchovy v prírode a skúsenostného učenia. Na Slovensku a v Čechách existuje množstvo organizácií, ktoré sa svojím poslaním približujú prístupom využívajúcim princípy na báze dobrodružstva a zážitku. Na aktivity s mládežou a výchovu podľa tradičných spoločenských a duchovných hodnôt, morálnych zásad sa zameriava skautské hnutie. Učí mladých ľudí samých vytvárať svoj hodnotový rebríček zdolávaním rôznych výziev a zažívaním formujúcich zážitkov. V roku 1978 bola založená Prázdninová škola Lipnice zameraná na prípravu a realizáciu viacdenných zážitkových kurzov a seminárov. Na Slovensku poskytuje programy na báze zážitku Štúdio zážitku – Outward Bound, ktoré funguje ako vzdelávacia organizácia. Rozvíjať osobnosť človeka pri využití podnetného prostredia hôr je poslaním organizácie s názvom Muraria – Krajina nádychu, ktorá koncipuje vzdelávacie, výchovné a terapeutické programy na báze tradičných horských aktivít. Okrem spomínaných organizácií existuje na Slovensku a Česku mnoho iných komerčných organizácií pracujúcich na podobných princípoch, organizujúcich rôzne kurzy, akcie podporujúce vzdelávanie, rozvoj ľudských zdrojov, zamerané na teambuildingy, a i..

Využitie dobrodružstva a zážitku v terapeutickom programe

Autori Priest a Gass (1997) pre označenie terapeutických programov na báze dobrodružstva a zážitku používajú termín „therapeutic adventure programming“. Sú zamerané na zmenu disfunkčných vzorcov správania. Pri tomto type programov je možné dosiahnuť zmenu ľudského správania poukázaním na vplyv negatívneho

správania a ponúknutím výhodného alternujúceho správania, učením nových stratégií riešenia konfliktov. „Zdraví“ mladí jedinci sú odvážni pri riešení problémov, ktoré nastanú v ich životoch. Mnohokrát sú schopní posúdiť problém, určiť alternatívne riešenie, vybrať si najlepšie riešenia a usporiadať si prostriedky nevyhnutné na ich uskutočnenie. Účastníci terapeutických programov sú vystavení situáciám, kde musia pracovať v skupine pri riešení problému. Dostávajú do takých problémových situácií, ktorých riešenie si vyžaduje veľké nasadenie jednotlivcov i celej skupiny.

Významnými atribútmi takýchto terapeutických programov sú prirodzené prírodné prostredie, náročné výzvy, emocionálne podfarbená atmosféra, spolupráca v skupine a taktiež princíp hry. „Zážitky a skúsenosti z programu sú podporované reflexiou, kritickou analýzou a syntézou. Vyžadujú od účastníka iniciatívu, rozhodnosť a prijatie zodpovednosti za výsledky svojho konania. Mladí človek je aktívne zapojený do procesu. Do riešenia problémov je vtiahnutý intelektuálne, emocionálne, sociálne, duševne i telesne“ (Jan Neuman, 2004, s. 44).

Základné princípy využívané v dobrodružných programoch

Prístupy využívajúce dobrodružstvo nefungujú len vďaka zábave a hrám v lese alebo aktivitám ponúkajúcim riziko. Gass (Priest, Gass, 1997) identifikoval sedem princípov programov využívajúcich dobrodružstvo, ktoré tvoria teoretický základ a zdôvodnenie využívania dobrodružného zážitku s úmyslom zmeny u mladého človeka. Tieto princípy zahŕňajú : 1. proces zameraný na činnosť, 2. neznáme prostredie, 3. atmosféra zmeny, 4. diagnostický potenciál, 5. podporný proces vo vývoji malých skupín, 6. zameranie na úspešné riešenie a 7. zmeny v roli terapeuta.

Podstatou je fyzická aktivita, skúsenosť, neverbálne interakcie, vytrhnutie zo známeho prostredia a vrhnutie do situácií, ktoré sú nové, jedinečné a majú menej predsudkov a očakávaní. Účastníci sú motivovaní, aby využili schopnosti na riešenie problémov, rovnako ako i dôveru, spoluprácu, komunikáciu. Vďaka projekcie svojich vzorcov správania, osobnosti, štruktúry a interpretácie do dobrodružných aktivít, „líder“ programu získava z ich činnosti množstvo informácií, môže prispôbiť ciele programu, procesy zmeny. Pracuje sa s malou skupinou, čo je faktorom pre zmenu správania, zažitá situácia poskytuje možnosť stretnúť sa navzájom, ovplyvňovať jeden druhého, poskytnúť si navzájom spätnú väzbu a navzájom sa konfrontovať. Naskytuje sa tu výzva k prekročeniu nimi vnímaného obmedzenia a k objaveniu doteraz nepoznaných zdrojov a nových síl. Neformálne prostredie dobrodružného programu môže odstrániť mnoho bariér, obmedzení v interakcii. Pri zachovaní jasných a vhodných hraníc sa terapeut môže stať prístupnejším a vytvoriť bohatšie interakcie s účastníkmi programov, čo prispieva k dosiahnutiu celkovej zmeny u mladého človeka (Priest, Gass, 1997).

Dôležitou súčasťou foriem práce v prístupoch na báze dobrodružstva a zážitku sú metódy a techniky facilitovania, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť dosiahnutia ich cieľov.

Zážitok a dobrodružstvo ako možný prostriedok v terapeutickom programe pre rizikovú a delikventnú mládež

Prebiehajúce zmeny v spoločnosti vyvolávajú mnoho otázok ako efektívne pristupovať a pracovať s mladými ľuďmi, aké nové postupy zvoliť k ich úspešnej príprave na svoj „dospelácky“ život.

Mladí ľudia túžia po nových zážitkoch, dobrodružstve. Dôvodov prečo je to tak, prečo je človek motivovaný k tomu, aby podstúpil nebezpečenstvo a riziko je mnoho. Ľudia potrebujú určitú dávku stresu vo svojom živote pre udržanie úrovne vylučovania endorfínov, ktoré organizmus očakáva. Niektorí ľudia majú dostatok stresu v ich každodennom živote, ostatní potrebujú viac a často naplňujú ich túžby vedomým

vyhľadávaním stimulácie prostredníctvom dobrodružstiev s prvkami rizika. Ak nie je uspokojovaná ich potreba po vzrušení a výzvach, môže sa to prejavovať v delikventnom správaní. Mnoho mladých ľudí je vyradených z učenia a spoločnosti, nemôžu dosiahnuť úplný rozvoj potenciálu, dostávajú sa do rizikových postavení, čo so sebou prináša zneužívanie drog, kriminálne činy či trvalé vylúčenie zo spoločnosti. Takto poznačení mladí ľudia sú väčšinou ľudia s poškodenou identitou, s nízkou sebadôverou, s veľmi malým sebarešpektom, s negatívnym sebaobrazom. Majú obmedzenú dôveru voči ostatným, nedokážu požiadať o pomoc, nezvládajú svoje emócie, obávajú sa odmietnutia, sú uzavretí do seba predstierajúc, že je všetko v poriadku.

V posledných rokoch sa stále viac využívajú programy založené na aktivitách v prírode pre ich terapeutický účinok. Mnoho z týchto programov je zameraných predovšetkým na rizikovú a delikventnú mládež. Väčšina programov pre delikventnú mládež využíva prvky dobrodružnej výchovy v prírode k vytvoreniu pocitu zodpovednosti za vlastné rozhodnutia a spolupatričnosť so skupinou, k zvyšovaniu pociťovania vlastnej hodnoty. Získanie týchto vlastností môže prispieť k eliminácii asociálneho správania. Dobrodružná aktivita môže nahradzovať potrebu rizika, ktoré je objektívne príliš vysoké či spoločensky neprijateľné a často spojené s trestnou činnosťou. Programy pre delikventov sú organizované tak, aby napomáhali k návratu k sociálne prijateľnému správaniu cestou zmeny správania. (Neuman et al., 2000). Aktivity sú zamerané predovšetkým na rozvoj zodpovednosti, sebadôvery, schopností a vôle k spolupráci, posilňovaniu rešpektu a tolerancie k druhým. Zážitky z dobrodružných aktivít môžu motivovať týchto ľudí, rozvíjať u nich sociálne schopnosti a pomáhať im nájsť vzťahy k učeniu a k ich komunite. Taktiež rozvíjajú zodpovednosť, sebadôveru, schopnosť a vôľu k spolupráci, posilňujú rešpekt a toleranciu k druhým. Okrem iného tieto aktivity podporujú aktívny a zdravý štýl života, ktorý je prospešný pre jednotlivca i spoločnosť.

Literatúra

- BERMAN, S. Davis. – BERMAN Davis J. 1995. Adventure as psychotherapy: A mental health perspective. In *Journal of Leisureability*, vol. 22, No. 2. Dostupné na WWW: <http://www.lin.ca/resource/html/Vol22/v/n/a4.htm>.
- CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly. 1996. *O šťastí a zmysle života*. Praha: NLN, s r. o., 399 s. ISBN 80-7106-139-5.
- Kolektív autorov. 2005. *Gymnasion*. Praha: PRÁZDNINOVÁ ŠKOLA LIPNICE, 168 S. ISSN 1214-603X,
- Kolektív autorov. 2006. *Gymnasion*. Praha: PRÁZDNINOVÁ ŠKOLA LIPNICE, 152 s. ISSN 1214-603X,
- MURÁR, Martin. 2003-2005. Poznámky z prednášok k predmetu „Vzdelávanie, výchova a terapia zážitkom“. Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove.
- NEUMAN, Jan. 1999. *Prekážkové dráhy, lezecké steny a výchova v prírode*. Praha: PORTÁL, 320 s. ISBN 80-71-7178-292-0.
- NEUMAN, J. et al. 2000. *Turistika a športy v prírode*. Praha: PORTÁL, 197 s. ISBN 80-7178-391-9.
- PRIEST, Simon. – GASS, Michael A. 1997. *Effective leadership in adventure programming*. Champaign: HUMAN KINETICS, 317 s. ISBN 0-87322-637-2.

Adresa autora/autorky vrátane kontaktov

Mgr. Viera Králiková
Janigova 1, 040 23 Košice
telefón: 0918690149
e-mail: kralikovav@yahoo.com

NEBEZPEČÍ MARGINALIZACE V KONTEXTU OSTRAVY

KUBA František, ČR

Abstrakt

Příspěvek se zabývá dílčí deskripcí spolupráce a koordinace odborných útvarů Magistrátu města Ostravy s městským obvodem Moravská Ostrava a Přívoz na základě 2. komunitního plánu sociálních služeb a souvisejících aktivit ve městě Ostrava do roku 2010. Přibližuje rovněž afiliační přístupy koordinátorů a kurátorů sociální péče. Dokládá také přínosnou činnost nestátních neziskových organizací na území města.

Klíčová slova: welfare-state, marginalizační procesy, fenomén bezdomovectví, exkluze, koheze, proaktivní procesy, byrofobie.

Úvod

Je dostatečně známo, že sociální dávky v ČR ani nekopírují inflační křivku, která je už od roku 2007 v razantním pohybu. To navozuje pro část majoritní společnosti marginalizační procesy o různé rychlosti zbytnění existenčního jádra občana a často i jeho rodiny, která ztrácí sociální vazby i existenční pole a vykazuje známky deprivace. Následně dochází k exkluzi a při větším počtu případů k narušení sociální koheze. V české společnosti narůstá fenomén bezdomovectví, který dle názorů některých odborníků již lze považovat za konstelaci minority. Výdaje Ministerstva práce a sociálních věcí ČR na sociální ochranu občanů jsou, jak se domníváme, nedostatečné.

J. Žížková (2005: 77) říká: „Je pochopitelné, že vize welfare state je pro značnou část veřejnosti přitažlivá především tím, že stát ve značné míře na sebe přebírá sociální jistění obyvatelstva, že zabezpečuje značný rozsah jeho sociálních potřeb (zdravotních, vzdělávacích, bytových aj.), že si klade za cíl omezit výrazné sociální nerovnosti, snížit chudobu nezaměstnanost a zajistit tak spravedlivější rozdělování rostoucího bohatství ve společnosti“.

Jiná situace však nastává při razantní redukci sociálního státu. *Člověk v potřebě* je stále více tlačěn majoritní společností do role outsidera, který nemá prostředky ani na bydlení a prostou reprodukci, natož pro nastartování proaktivních procesů. Domníváme se, životní a existenční minima jsou někdy příslušnými rezorty nastavena tak, že by i Joseph Rowntree byl dnes nezodpovědný populist. Signum negace tomu dávají většinou vládnoucí pravicové politické strany.

Dekonstrukce společenské solidarity a sociální práce

Roland Anhorn (2005: 11) uvádí, že s krizí fordisticko-keyneského formování společnosti začal od poloviny 70. let plíživý proces základní změny společenských podmínek sociální práce, který se masivně zrychluje od 90. let. Jeho následky se dnes dají vyčíst v novém rozměru a kvalitě poměrů sociální nerovnoprávnosti a sociálního vyloučení, které jsou vlastně považovány za překonané. Nové výzvy, které jsou kladeny na sociální práci, s jasnými tendencemi polarizace a rozštěpení společnosti, mohou být v oblasti tvoření teorie pouze podmíněné a nevycházejí z praxe sociální práce. Ta se v průběhu své ekonomizace, konkurence a manažerství podrobila zesílené odpovědnosti a kontrole svých adresátů, která odpovídá funkční logice a která je na celkové společenské úrovni příčinou systematického vytváření a prohlubování poměrů sociální nerovnosti a vyloučení.

Otázky sociální nerovnosti ve *vertikálních dimenzích* vykořisťování a útlaku, rozdílů mocenských a vládních zdrojů, nestejného rozdělení společenského bohatství uvnitř

integrované většiny, stejně jako společnosti coby celku jsou již tendenčně přehlíženy vědeckými analýzami a politickou pozorností, takže je vyloučení jako problém doslova určen periferními fenomény a ne strukturálními charakteristickými znaky v centru společnosti. Řešení sociálního vyloučení se tak redukuje na otázku individuálního *přechodu hranice* od vnějšku do vnitřku, zatímco struktury a procesy v jádrové oblasti, které kontinuálně generují sociální vyloučení lidí, zůstávají nedotčeny (M. Kronauer, 2005; J. Keller, 2005; A. Žilová, 2005 aj.).

Pokud je člověk *přinucen* vnějšími vlivy nebo vnitřními faktory snížit předchozí dosažený status, na státem (obcí) přiznaný standard, stává se psychosociálně nesvéprávný. Je podrobován normativům a mechanismům, které ho dříve nelimitovaly. V daném případě je jimi determinován a často konfrontován a to i v osobní rovině kontrol doma a vyplňování četných formulářů. Nezřídká se stává terčem pohrdání a podceňování ze strany sociálních pracovníků. Lze mít za potvrzené, že *byrokracie* se v praxi veřejné správy vyskytuje a stresuje občany. To se týká příslušníků majoritní společnosti a zejména minorit žijících v České republice.

Modernizace české společnosti

Od počátku 90. let byla situace v České republice neuspokojivá. Řada sociologů a politologů to přičítá nekritickému přijetí „programů strukturální adaptace“ Structural Adjustment Programs československou vládou v roce 1991, které vypracovali odborníci Mezinárodního měnového fondu a Světové banky.

Následující měsíce ukázaly, že zásadní řídicí akty ne vždy vycházejí z rezortů v Praze; jak dokládá V. Komárek v knize *Ohrožená revoluce* (1991). Neoliberální scénáře pravicových uskupení vyvolaly razantní odliv akumulovaného kapitálu z dřívějších období, podivné privatizace a opakované pokusy vládnoucích elit přenést neúspěchy prostřednictvím ekonomických balíčků premiéra V. Klause na daňové poplatníky.

Je třeba uvést, že sociologická teorie modernizace podobné případy už dříve zaznamenala a J. Keller ve spisu *Teorie modernizace* říká: „Na mnohá úskalí teorie modernizace reagoval ve svém díle přední izraelský sociolog Samuel N. Eisenstadt. Již v jedné ze svých raných prací zvané *The Political Systems of Empires* (1963) vylíčil modernitu jako vnitřně krajně rozporný fenomén, který v sobě nemá nic z jednoduchosti výchozího schématu. Vývoj k modernitě není ani zdaleka přímočarý, či dokonce nutný. Ze vzájemného soupeření různých segmentů mocenské elity může modernita někdy vykristalizovat, cesta k ní však může být při jiné konstelaci sil také na dlouhou dobu zablokována...“ (J. Keller, 2007: 27).

Zásadní změna politického směřování a razantní transformace průmyslu, zemědělství, bankovního sektoru, justice, policie, zdravotnictví a školství měly přinést pozitivní strukturální změny. S velkými nadějemi byla očekávána demokratizace a humanizace společnosti. V řadě odvětví a sfér však došlo k regresi a poklesu životní úrovně širokých vrstev obyvatel. Občanská společnost, jež měla zárodečné stadium v Chartě 77, se opět stala záležitostí úzkého intelektuálního okruhu a následně sekretariátů politických stran a lobbistů.

Některé relace sociální ochrany v České republice přibližně ilustruje následující výšeč tabulky.

Podíl složek sociálních výdajů k HDP v EU – ČR – Polsku v roce 2003 (v %)

Země	Nemoc ochrany	Důchody a dávky			Rodina a děti	Nezam.	Bydlení	Ostatní	Výdaje soc. celkem
		Invalid.	Starob.	Pozůst.					
EU 15	7,7	2,1	11,1	1,3	2,2	1,8	0,5	0,4	27,1
ČR	7,1	1,6	8,0	0,2	1,5	0,8	0,1	0,6	19,9
POLSKO	4,3	2,6	11,4	1,0	1,0	0,9	0	0	21,2

Pramen: Eurostat, 2006 70-78, VÚPSV, 2004

Problémy s vytvářením fondu sociálních bytů

V evropském kontextu je téměř nemožné sledovat pojetí sociálního bydlení, z důvodu, že bytové politiky jednotlivých států EU se výrazně odlišují a to podle tradice bydlení a ekonomické výkonnosti daných států. Tím je limitována dimenze podpory státu na potřebné vrstvy obyvatel.

Přesto však za sociální bydlení můžeme v evropském kontextu obvykle považovat hlavně veřejný sektor nájemního bydlení, který patří obci případně státu a je vyčleněn pro nízkorozpočtové skupiny občanů, kteří si z materiálních či jiných důvodů nejsou s to zajistit bydlení v tržním prostředí. Znamená to, že se jedná o finančně nepřilíš nákladné bydlení, čemuž obvykle odpovídá i vybavení bytu, sociální infrastruktura a lokalita.

Státní bytová politika v rámci České republiky se sociálním bydlením nepočítá. Podle zákona č. 635/2004 Sb. se kapacitami pro sociální bydlení rozumí domovy důchodců, dětské domovy, ústavy sociální péče, tzn. instituce. Bydlení sociálního charakteru pro nízkorozpočtové rodiny, handicapované či nemajetné jedince zákon nedefinuje a tak jako kategorie neexistují.

Bytová politika obcí je, až na malé výjimky, nekonceptní. Předchozí zastupitelstva měst a městských částí dala přednost rychlé privatizaci a posílení rozpočtů ve „svém volebním intervalu“. Tím také došlo ke snížení výdajů v položce investice u renovací bytového fondu a poklesu výdajů z rozpočtu obcí na běžnou údržbu obecních bytů. Řada měst a obcí si ponechala ve svém portfoliu jen malou část bytů pro očekávanou potřebu sociálního bydlení.

Těžký průmysl v Ostravě po transformaci v 90. letech

Po rozdělení předchozího státního útvaru na samostatné celky Česká republika a Slovenská republika v roce 1992 se z Ostravy stalo exponované příhraniční město se všemi kriminogenními riziky, jež tato situace přináší. Jedná se o tranzitní uzel a současně o lokalitu, jež byla postižena dvojí transformací a to v těžbě černého uhlí a hutního průmyslu. Vysoká míra nezaměstnanosti (někdy více jak 18 %), vytvořily z třetího největšího města v České republice, v druhé polovině 90. let, sociální kavernu, kde hledalo práci okolo 30 tisíc lidí ve všech relevantních věkových skupinách, spjatých dříve s těžkým průmyslem. Bývalé ocelové srdce Československé republiky dnes trpí nejspíš bradykardií a mladí perspektivní lidé hledají uplatnění jinde.

Přestože ke konci roku 2007 byla v Ostravě celková situace statisticky lepší (9,3 %), nadále přetrvává přibližně padesát procent dlouhodobě nezaměstnaných. Nemůžeme ani zapomínat na realitu, že nynější evidence „uchazečů o zaměstnání“ vylepšuje skutečnost, že včerejší propuštění horníci, hutníci, strojaři a chemici se v průběhu let přesunuli do kategorie důchodců a předčasných důchodců. Statistiky nepochybně

vylepšují dva faktory a to změna metodiky vykazování v roce 2004, oproti dřívějšímu o – 1,8 %, a za druhé to, že dochází k nekompromisnímu sankčnímu vyřazování uchazečů z evidencí úřadů práce (F. Kuba, 2008).

Strategie vůči marginalizovaným skupinám v obvodě Moravská Ostrava a Přívoz

Patrně nejdůležitějším z 23 městských obvodů statutárního města Ostravy je Moravská Ostrava a Přívoz. Tato *destinace* je specifická tím, že zahrnuje na jedné straně městské centrum s magistrátem, institucemi, bankami, hotely, četnými obchody i diecézní sídlo ostravsko-opavského biskupa a naopak jedné její lokalitě hrozila v nedávné minulosti slumizace.

Právě Zadní Přívoz, který leží blízko řeky Odry, byl při povodních v roce 1997 zatopen až do výše tří, čtyř metrů. Jen co bylo evakuováno obyvatelstvo, zajištěno dočasné ubytování a zásobování, vynořily se po opadnutí vody další problémy. Poškozený i nepoškozený bytový fond byl rabován skupinami výrostků. Velké problémy byly rovněž s odkládáním komunálních odpadů do sklepních prostor domů na Palackého ulici a odbočkách.

V mikrolokalitě Přednádraží zase převažují starší lidé v bytech Českých drah, protože nedaleko je tranzitní uzel Ostravské hlavní nádraží a příslušná infrastruktura. Tito lidé nebo jejich příbuzní pracovali přímo u dráhy nebo v návazné logistice a bydlí zde, v bytech třetí kategorie, několik desetiletí.

Později se zde přistěhovaly romské rodiny ze Slovenska a došlo k výrazným demografickým změnám i tvářnosti tohoto místa. Na potopu však nikdo nevzpomíná rád a snad nejméně sociální pracovníce ze zmíněného obvodu. Najednou bylo třeba zajistit doslova vše; rekonstrukci bytů, vyčistit komunikace a chodníky, odvézt stovky tun různých odpadů a také realizovat stržení některých domů. Mnoho požadavků směřovalo k zajištění vysoušečů, i tradičního topiva jako je uhlí a dřevo. Byli takoví, co pomáhali i takoví, co čekali jak to dopadne a nešetřili přitom kritikou na představitele obvodu. Pozice sociálních pracovníků a rovněž Městské policie Ostrava ze spádové služebny O.- Přívoz nebyla vůbec jednoduchá.

Bylo zapotřebí co nejrychleji v tomto sociálním prostoru znovu integrovat jak seniory, tak Romy a zajistit jejich standardní fungování, aby nezačali houfně utíkat. Tím by se marginalizace stovek rodin jen prohloubila.

Městský obvod proto, kromě jiných aktivit, vyčlenil v první fázi 12 startovacích bytů pro romské rodiny a předal tento fond sociálních bytů do správy Armády spásy, oddělení Prevence sociálního vyloučení. V současnosti tento fond již čítá 24 bytových jednotek a dvě bytové jednotky tohoto dočasného bydlení byly v roce 2007 vráceny s tím, že tyto rodiny již toto zajištění nepotřebují, když si samy zajistily jiné bydlení v běžném nájemním vztahu. To je pozitivní zlom tomto resocializačním procesu a dobrý příklad pro ostatní dočasné uživatele.

Městskému obvodu Moravská Ostrava a Přívoz se rovněž vyplácí, že důsledně koordinuje své aktivity se statutárním městem Ostravou. Nejlepším příkladem je 2. komunitní plán sociálních služeb a souvisejících aktivit ve městě Ostrava do roku 2010. Členy jednotlivých pracovních skupin manažer a kontaktní osoba na niž se může obracet doslova každý ve spojitosti s odborným zaměřením. Jejich práce je doplňována činností dobrovolnických center a jinými aktivitami. K základní orientaci slouží SWOT analýzy, ze kterých se vychází nejen v samotné činnosti pracovních skupin, ale i při grantové politice města.

Potřeby romského etnika a bezdomovců

V kapitole Dekonstrukce společenské solidarity... jsme zmínili, že řada občanů v sociální potřebě zakouší stres v podobě byrofobie. Jsou však i případy opačné, kdy

úředník či úřednice své zaměstnání nejen vykonává, ale snaží se příčinám sociálních problémů porozumět hlouběji. K takovým patří v infrastruktuře Magistrátu města Ostravy koordinátorka sociální péče P. Hortvíková. Její diplomová práce *Sociální potřeby romského etnika* (2006) se proto nesoustřeďuje jen na etnické a kulturní odlišnosti, ale především je sondou do jejich sociálních potřeb. V empirické části své práce je porovnává se sociálními potřebami bezdomovců.

Cílem její práce bylo zjistit, do jaké míry se sociální potřeby obou minorit liší či kde hledat názorové shody. Respondenti ze society Romů byli osloveni v lokalitě Zadní Přívoz a bezdomovci ve třech azylových domech v Ostravě. Výsledek šetření má určitou relevanci pro zobecnění situace, když 114 respondentů byli Romové a 114 respondentů byli bezdomovci umístění v ubytovacích kapacitách Armády spásy a Katolické charity.

Autorka zapojila do svého šetření romskou poradkyni a sociální kurátory z oddělení sociální prevence Odboru sociálních věcí a zdravotnictví Magistrátu města Ostravy, kde pracuje. To mělo pozitivní vliv především z aspektu zpětnovazebních informací. Ke klíčovému tázáním pro oba soubory patřily otázky: Co jste ochotni udělat pro získání zaměstnání? a Jaké jsou vaše bytové poměry?

P. Hortvíková (2006: 55) říká: „Přestože je celé šetření, díky výše uvedeným důvodům, koncipováno jen jako určitá sonda, která se snaží přiblížit problematiku sociálních potřeb romského etnika a bezdomovců, domnívám se, že i výsledky s omezenou platností mají určitou vypovídací hodnotu a přispějí do celkové mozaiky prací vztahujících se k problematice sociálních potřeb“.

Závěr

Dříve se soudilo, že romské populaci hrozí bezdomovectví, v důsledku silných rodinných a rodových vazeb, jen málo. Už sociální pracovník z Olomouce T. Hájek ve své práci *Minorita bezdomovců – nejednoznačnost subkultury* (2000) poukazuje na limity této tradiční představy. Za korespondující zjištění lze považovat také provozní situaci v nízkoprahovém středisku Slezské diakonie na Žofínské 12 v centru Ostravy a rovněž na dalších charitativních příjmech.

Bezdomovci se soustřeďují ve větších městech, kde mají lepší podmínky k přežití (ubytovny, charitativní organizace, teplovodní řady, ventilace metra, budov ad. jako možná přístřeší v zimě). Vytvářejí si vlastní pouliční kulturu. Proti jiným občanům jsou bezdomovci několikanásobně znevýhodněni: obtížně hledají zaměstnání a zaměstnavatelé mohou zneužívat jejich situace (neuzavírají s nimi pracovní smlouvy, dávají jim minimální plat), obtížně komunikují s jakýmkoliv orgány státu (mnozí nemají osobní doklady, které jim buď byly odcizeny nebo jich ani nenabyli), běžná zdravotní péče je pro ně obtížně dostupná, protože neplatí zdravotní pojištění (ale jejich životní způsob je činí velmi zranitelnými v době nemoci a nepříznivého počasí), jsou obětmi ze strany policie. Protože se k nim společnost u nás chová nevlídně až nepřátelsky, mají i oni nevlídný až nepřátelský postoj k ní a také k sobě navzájem. I bezdomovci však mají zákonná práva, jež jsou jim často majoritní společností upírána nebo přístup k nim je bariérový (dle J. Jirušek, 2002).

LITERATURA

ANHORN, Roland. 2005. Zur Einleitung: Warum sozialer Ausschluss für Theorie und Praxis Sozialer Arbeit zum Thema werden muss. In: Anhorn, R.; Böttinger, F. (Hrsg.) *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit*. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, 11-44 s. ISBN 3-8100-4072-X.

- HÁJEK, Tomáš.** 2000. *Minorita bezdomovců – nejednoznačnost subkultury*. Diplomová práce, ved. J. Keller. Brno: MU FSS, 107 s.
- HORTVÍKOVÁ, P.** 2006. *Sociální potřeby romského etnika*. Diplomová práce, ved. J. Nevřala. Ostrava: OU FF, 102 s.
- JIRUŠEK, Jiří.** 2002. *Bezdomovectví v zrcadle Všeobecné deklarace lidských práv*. Britské listy. ISSN 1243-1792, dostupné: [http:// www.blisty.cz](http://www.blisty.cz), ISSN 1213-1792. (cit. 23. 4. 2002).
- KELLER, Jan.** 2005. *Soumrak sociálního státu*. 1. vyd. Praha: SLON, 158 s. ISBN 80-86429-41-5.
- KELLER, Jan.** 2007. *Teorie modernizace*. 1. vyd. Praha: SLON, Edice studie, 192 s. ISBN 978-80-86429-3.
- KOMÁREK, Valter.** 1991. *Ohrožená revoluce*. 1. vyd. Bratislava: BRADLO, 169 s. ISBN 80-80-7127-044-X.
- KRONAUER, Martin.** 2005. Ausgrenzung und psychisch-sozialer Raum. In: Anhorn, R.; Bettinger, F. (Hrsg.) *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit*. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, 2005. 167-184 s. ISBN 3-8100-4072-X.
- KUBA, František.** 2008. *Bezdomovectví mužů a možnosti řešení*. Disertační práce, školitel J. Keller. Ostrava: OU FF, 140 s.
- ŽILOVÁ, Anna.** 2005. *Chudoba a jej premeny na Slovensku*. 1. vyd. MENTOR, Baďín: 162 s. ISBN 80-968932-2-X.
- ŽIŽKOVÁ, Jana.** 2005. *Chudoba a problém chudoby v české společnosti*. In: Krebs, V. a kol. *Sociální politika*. 3. vyd. Praha: ASPI a.s., 70-89. ISBN 80-7357-050-5 (3. vydání).

Slezská diakonie: <http://www.slezskadiakonie.cz/>

Kontakty na autora příspěvku:

Tel: Ostrava, 596 717 555
kuba.frantisek@seznam.cz

Realizácia Programu podpory zdravia znevýhodnených rómskych komunít v kecerovsko – olšovskom mikroregióne.

KOLLÁROVÁ Jana, SCHNITZEROVÁ Eva, ONDRAŠIKOVÁ Františka, SR

Abstrakt: Cieľom príspevku je prezentovať skúsenosti s prvým rokom realizácie Programu podpory zdravia znevýhodnených rómskych komunít, ktorý od marca roku 2007 prebieha na Regionálnom úrade verejného zdravotníctva so sídlom v Košiciach prostredníctvom 3 komunitných pracovníkov. Cieľom tohto programu je v plánovanom období trvania 2007 – 2015 získať relevantné údaje o obyvateľoch segregovaných a separovaných rómskych komunít, zlepšiť ich zdravotný stav a zabrániť sociálnej exklúzii prostredníctvom práce komunitných pracovníkov. V prvom roku realizácie programu bola činnosť zameraná na zisťovanie vybraných rizikových faktorov srdcovo – cievnych ochorení u rómskej populácie, prevalence parazitárnych nákaz u detí predškolského veku a kvality vodných zdrojov v rómskych osadách. Realizované intervenčné aktivity boli zamerané na zvyšovanie percenta zaočkovanosti rómskej populácie, prevenciu fajčenia, poskytovanie informácií a nácvik zručností v oblasti stomatohygieny, dojčenia, starostlivosti o novorodencov, správneho stravovania, životného štýlu, ekonomického vedenia domácnosti, možnostiach prevencie infekčných ochorení, vrátane sexuálne prenosných ochorení, metódach antikoncepcie, nebezpečenstvách drogovej závislosti a pod.

Kľúčové slová: Program podpory zdravia znevýhodnených rómskych komunít, komunitný pracovník

Realizácia programu:

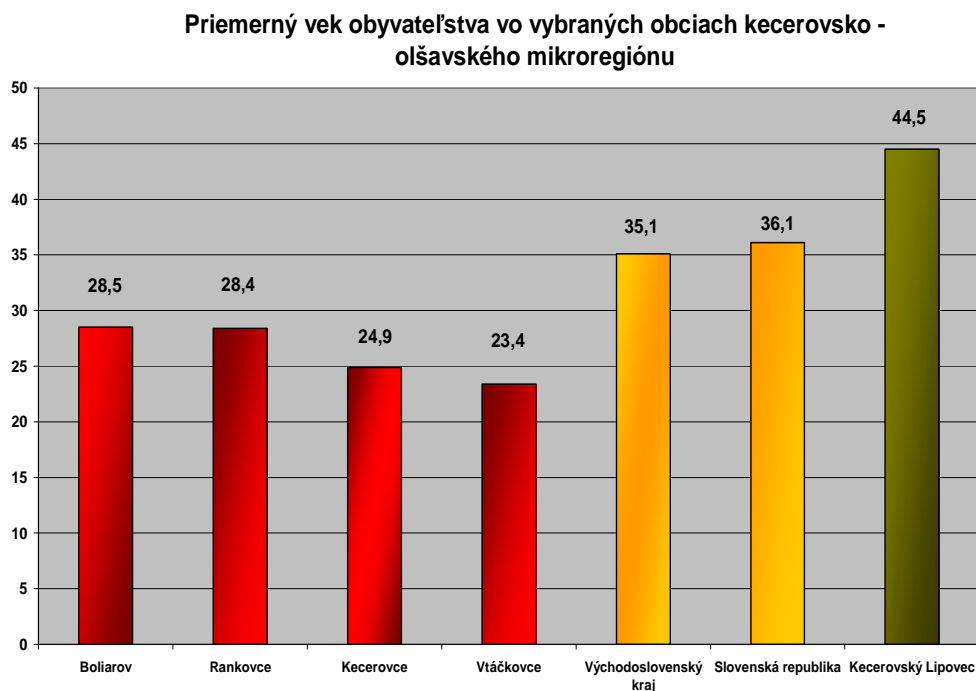
Dňa 23.2.2007 sa na Regionálnom úrade verejného zdravotníctva so sídlom v Poprade uskutočnila pracovná porada vybraných regionálnych úradov verejného zdravotníctva, na ktorej bol prezentovaný Program podpory zdravia znevýhodnených rómskych komunít (ďalej len program), ktorý bol v tom období vo schvaľovacom konaní vlády Slovenskej republiky. Koordinátormi z Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky bola prezentovaná metodika jeho 2 etáp (1. etapa 2007 – od 1.3.2007 do 31.12.2007 – 6 regionálnych úradov vrátane Regionálneho úradu verejného zdravotníctva so sídlom v Košiciach, 2. etapa 2007 – od 1.6.2007 do 31.12.2007 – ďalšie 4 regionálne úrady). Následne v marci 2007 bol vytvorený pracovno-právny vzťah s komunitnými pracovníkmi, vyškolenými v období december 2005 – február 2006 spoločnosťou EuroPlus management a consulting v rámci projektu Phare, ktorého konečným prijímateľom bolo Ministerstvo zdravotníctva SR.

Komunitní pracovníci na začiatku programu pôsobili v 5 obciach kecerovsko – olšovského mikroregiónu (Kecеровce, Bidovce, Boliarov, Vtáčkovce a Rankovce) spolu v 11 separovaných a segregovaných rómskych osadách. V priebehu roka 2007 sa predovšetkým z iniciatívy základných škôl, ktorých vedenie sa dozvedelo o aktivitách komunitných pracovníkov, rozšírilo ich pôsobenie aj na obce Vyšná Kamenica, Nižná Kamenica, Herľany a Čakanovce.

Stručná charakteristika kecerovsko – olšovského mikroregiónu.

Kecеровsko – olšovský mikroregión je súčasťou okresu Košice – okolie. Je tvorený 15 obcami, v ktorých žije približne 9 000 obyvateľov. Ide o typicky vidiecky región vzdialený od metropoly Východu – mesta Košice približne 30 kilometrov. Podiel rómskeho obyvateľstva v celom mikroregióne je podľa odhadov 50%, v niektorých

obciach tvoria Rómovia majoritné obyvateľstvo (Kecеровce 88%, Vtáčkovce 89%). Charakteristická je vysoká miera nezamestnanosti v regióne – viac ako 30% a nízka vzdelanostná úroveň obyvateľstva, 59% dospeljej populácie dosiahlo len základný stupeň vzdelania. Priemerný vek obyvateľstva v obciach, v ktorých pôsobia komunitní pracovníci je nižší ako priemerný vek obyvateľov Slovenska (graf 1). Najnižší priemerný vek obyvateľstva je v obciach Vtáčkovce 23,4 rokov a Kecеровce 24, 9 rokov, priemerný vek obyvateľstva žijúceho v Slovenskej republike 36, 1 rokov, Kecеровský Lipovec, kde Rómovia nežijú – 44, 5 rokov).



Graf 1 Priemerný vek obyvateľstva
Prameň: Štatistický úrad Slovenskej republiky

Jednou z prvých úloh tohto programu v roku 2007 bol prieskum zdravotného stavu a zdravotného uvedomenia obyvateľov rómskych komunít prostredníctvom testu Zdravé srdce a dotazníka Životného štýlu. Prieskumu sa zúčastnilo spolu 200 osôb (111 žien a 89 mužov vo vekových kategóriách od 18 do 65+ rokov), ktorým bola odobratá a prístrojom Reflotron vyšetrená kapilárna krv. Vyšetrené boli spolu 4 parametre - celkový cholesterol, glukóza, HDL cholesterol, triacylglyceroly, uskutočnili sa antropometrické merania, meranie krvného tlaku a percenta tuku v tele. Komunitní pracovníci následne vyplňali so zúčastnenými dotazníky týkajúce sa sociálno – ekonomických determinantov a rizikových faktorov životného štýlu formou riadeného rozhovoru. Monitoring sa uskutočnil vo všetkých obciach, v ktorých komunitní pracovníci pôsobia, a to buď v priestoroch obecných úradov alebo komunitných centier. Všetky údaje zistené monitoringom boli vložené do predpísanej mustry v programe Microsoft Excel, štatisticky sa spracovávajú a budú porovnané s majoritnou populáciou.

Ďalšou aktivitou v rámci realizácie programu bol monitoring kvality zdrojov vody, ktoré sú v osadách k dispozícii. Zamestnancami Regionálneho úradu verejného zdravotníctva so sídlom v Košiciach boli odobraté vzorky vôd na chemické a mikrobiologické vyšetrenie z 8 vodných zdrojov (studne v osadách, potok), ktoré

Rómovia využívajú na pitné účely, ako aj pre osobné potreby a potreby svojich domácností. Ani jedna vzorka nevyhovela požiadavkám stanoveným v platných právnych predpisoch na kvalitu pitnej vody, komunitní pracovníci výsledky následne konzultovali so starostami obcí, ktorí prisľúbili nápravu (vyčistenie studní, pumpy) a jednak upozorňovali obyvateľov osád na nebezpečenstvá súvisiace s používaním týchto vodných zdrojov a zdôrazňovali potrebu udržiavať okolo studní čistotu a poriadok.

Z dôvodu nižšej ako 90% zaočkovanosti detskej populácie u dvoch detských obvodných lekárov v meste Košice bola v auguste 2007 týmto navrhnutá spolupráca pri vyhľadávaní a pozývaní rodičov na očkovanie svojich detí. Záujem prejavil jeden detský lekár, v ktorého spádovej oblasti je Vodárenská ulica, z ktorej Rómovia odišli a v mnohých prípadoch sú z nich bezdomovci, resp. občania žijúci v rôznych častiach Košíc a okolia a je potrebné ich vyhľadávať a presviedčať o nevyhnutnosti očkovania ich detí. Táto aktivita sa u detského lekára stretla s mimoriadne pozitívnym ohlasom a v priebehu trvania programu sa komunitným pracovníkom podarilo nájsť dve desiatky detí, ktoré boli následne zaočkované.

Komunitní pracovníci v rámci spolupráce s lekármi prvého kontaktu pre deti aj dospelých informovali obyvateľov osád o význame pravidelného povinného očkovania proti vybraným infekčným chorobám a pozývať rodičov maloletých rómskych detí na ich zaočkovanie. Súčasťou ich práce bola v čase Európskeho imunizačného týždňa distribúcia informačných a propagačných materiálov o očkovaní a očkovacích látkach na obecné úrady, školy, ambulancie praktických lekárov pre deti a dorast, ako aj priamo do rómskych osád so zameraním zlepšiť súčasný stav vo vykonávaní očkovania u ťažko dosiahnuteľných skupín populácie (rómskych detí pre ich častú migráciu, odmietanie očkovania, bezdomovcov).

V októbri tohto roku sa v rámci programu začal realizovať projekt „Primárna prevencia črevných nákaz u detí z predškolských zariadení, ktorého spoluriešiteľmi sú 4 materské školy (MŠ Bidovce, MŠ Boliarov, MŠ Kecerovce, MŠ Rankovce), ich zriaďovatelia (obecné úrady) a príslušní praktickí lekári pre deti a dorast.

Predmetná projektová úloha je pokračovaním štúdie z rokov 1999/2000 a 2003. Jej hlavným cieľom je zistiť aktuálnu prevalenciu črevných parazitárnych nákaz u detí predškolského veku vo vybraných obciach obvodu Košice – okolie, organizačne zabezpečiť preliečenie pozitívnych prípadov, navrhnuť a realizovať cieleňú zdravotno-výchovnú intervenciu pre deti ako aj kontaktnú dospelú populáciu (najmä matky).

V zmysle vypracovaného harmonogramu úlohy boli v mesiacoch október - december 2007 oslovení zriaďovatelia participujúcich školských subjektov (obecné úrady) ohľadom spolupráce a v zapojených materských školách bola vykonaná vstupná inštruktáž k úlohe. Jednorázový odber biologického materiálu - vzoriek stolice u detí (uskutočnený rodičmi) bol na materských školách organizovaný postupne k vopred stanoveným termínom. Parazitologické vyšetrenie materiálu pozostávalo z protozoologickej a helmintologickej analýzy. V MŠ Rankovce sa odberu zúčastnilo celkovo 24 detí, z toho u 9 jedincov (7 chlapcov, 2 dievčat) bol zistený pozitívny výsledok, čo predstavuje 37,5 % prevalenciu. V stolici bol u nich diagnostikovaný: *Ascaris lumbricoides* (8x), *Trichuris trichiura* (6x) a *Entamoeba coli* (1x). V MŠ Kecerovce sa odberu zúčastnilo celkovo 23 detí, z toho u 1 jedinca (chlapca) bol zistený pozitívny výsledok, čo predstavuje prevalenciu 4,35% . V stolici bol u neho diagnostikovaný *Ascaris lumbricoides*. V MŠ Bidovce sa odberu zúčastnilo celkovo 27 detí. U žiadneho jedinca nebol zistený pozitívny výsledok. V MŠ Boliarov, z celkového počtu 12 detí sa odberu zúčastnilo 11, z toho u 8 jedincov (5 chlapcov, 3 dievčat) bol zistený pozitívny výsledok, čo predstavuje prevalenciu 72,73 %. V stolici bol u nich

diagnostikovaný *Ascaris lumbricoides*. Materské školy boli po odbere informované súhrnnou správou o výskyte črevných parazitárnych nákaz u detí. Súčasne, s výsledkami vyšetrenia detí boli písomne oboznámení príslušní praktickí lekári pre deti a dorast, u ktorých sú deti zmluvne evidované v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti. V prípade pozitívnych nálezov boli z našej strany informovaní aj rodičia (na adresu bydliska) s cieľom zabezpečiť preliečenie infikovaných jedincov.

Edukačné a športové aktivity.

V priebehu realizácie programu v roku 2007 komunitní pracovníci pod odborným vedením pracovníkov odboru Výchovy k zdraviu, v spolupráci so základnými školami, materskými školami a komunitnými centrami uskutočňovali edukačné aktivity vychádzajúce tematicky z vypracovanej metodiky programu. Edukačné aktivity predovšetkým skupinového charakteru sa realizovali formou besied a interaktívnych hier a zamerané boli najmä na problematiku fajčenia, stomatohygieny, sexuálnej výchovy, dojčenia, starostlivosti o novorodencov, antikoncepcie, správneho stravovania, životného štýlu, drogovej závislosti, ekonomického vedenia domácnosti, možnostiach prevencie infekčných ochorení a pod. V obci Kecerovce boli založené športové krúžky pre deti a mládež (basketbalový, futbalový a volejbalový), ktorých činnosť bola spojená aj s poskytovaním informácií o správnom pitnom režime a dodržiavaní osobnej hygieny. V priestoroch komunitných centier boli organizované aeróbne cvičenia pre ženy.

S orientáciou činnosti na znevýhodnené komunity a v zmysle doplnkového usmernenia RÚVZ Banská Bystrica ku kampani Vyzvi srdce k pohybu, sme uvedení súťaž dali do povedomia marginalizovaným skupinám obyvateľstva cez vybrané inštitúcie (obecné úrady, základné školy a ambulancie praktických lekárov pre deti a dorast) v 5 obciach obvodu Košice – okolie: Boliarov, Kecerovce, Vtáčkovce, Bidovce, Rankovce. Následne sme o kampani inštruovali komunitných pracovníkov, do ktorej sa osobne zaangažovali propagačno-intervenčnou prácou.

Práca v osadách.

Aktivity, ktoré komunitní pracovníci realizovali priamo v osadách boli prevažne na úrovni jednotlivcov, resp. rodín, či domácností. Limitujúcim faktorom je nízky hygienický štandard bývania, chýbajúca infraštruktúra, nedostatok pitnej vody, znečistené životné prostredie a pod. a z toho rezultujúci častý výskyt infekčných ochorení, pedikulózy, vysoké percento fajčiarov, alkoholikov a v osadách obce Kecerovce vysoký počet fetujúcich detí a mladých ľudí. Činnosť v osadách spočívala predovšetkým vo vyhľadávaní prirodzených lídrov a mladých ľudí, ktorí chcú svoj život zmeniť, intenzívnom a opakovanom pôsobení na členov domácností, učení základným hygienickým návykom, vysvetľovaní princípov správnej starostlivosti predovšetkým o dojčatá a malé deti, zvyšovaní informovanosti o zdravotnej starostlivosti, právach a povinnostiach pacienta, pomoci pri vybavovaní preukazov poistencov, vedeniu rodín k uvedomenému prístupu k svojmu zdraviu, dodržiavaniu liečebného režimu chorých (kontrola užívania ordinovanej liečby, meranie TK a pod.), vybavovaní antikoncepcie pre mnohonásobné matky, ktoré prejavili záujem o túto formu zábrany neželaného tehotenstva.

Program podpory zdravia znevýhodnených rómskych komunit pokračuje v sieti 10 regionálnych úradov verejného zdravotníctva vrátane Košíc od apríla 2008.

CHUDOBA V RÓMSKYCH KOMUNITÁCH - SPOLOČENSKÝ PROBLÉM V SÚČASNOSTI

LEŠKOVÁ Lýdia, SR

Abstrakt

Práca poukazuje na chudobu v rómskych komunitách, ktorá je považovaná v súčasnosti za celospoločenský problém. Segregácia rómskej komunity spôsobuje jej prepád do hlbšej pasce chudoby, z ktorej sa už bez pomoci iných nedokáže vymaniť. Nezamestnanosť, dlhodobý stav hmotnej núdze, nízka vzdelanostná úroveň, početnosť rodín, nižšia úroveň bývania, spôsobujú rezignáciu, apatiu a beznádej. Segregácia rómskych osád, stav absolútnej chudoby posúva do popredia potrebu komplexného systémového riešenia chudoby.

Kľúčové slová: chudoba, Rómovia, rómska komunita, rómska rodina, sociálna exklúzia.

ÚVOD

Chudoba predstavuje celosvetový, zložitý viacrozmerný problém, pri ktorom nedostatok hmotných a nehmotných prostriedkov vrátane finančných zdrojov neumožňuje zabezpečiť základné životné potreby na primeranej úrovni. Niet na svete krajiny, ktorá by nezápasila s problémom chudoby. Pojem chudoby je spájaný na Slovensku s pojmom hmotná núdza, kde do popredia sa v poslednom období posúva potreba eliminácie daného stavu. Vo všeobecnosti sa chudoba najviac dotýka rómskej populácie, kde do pasce chudoby postupne prepádajú hlavne celé segregované rómske osady.

Komunita a rómska rodina

Pojem *komunita* je podľa Juriny Rusnákovej (2006, s. 186) odvodený z latinského *communitas* (spoločenstvo), spoločnosť prípadne zmysel pre spoločnosť, vľúdnosť, láskavosť. Komunita je vymedzená len určitou časťou spoločnosti a spoločenským životom, ktorý v nej prebieha. Podľa Oldřicha Matouška (2003, s. 253) komplexnejší pohľad na komunitu uvádzajú autori Mattessich, Monsey, Roy, podľa ktorých komunitu tvoria ľudia, ktorí žijú v geograficky definovanej oblasti a medzi ktorými existujú vzájomné sociálne väzby, a ktorí sú citovo viazaní k sebe navzájom a miestu, kde žijú.

Špecifickým druhom komunity je *etnická komunita*, ktorá je spätá s minoritami. Na Slovensku takouto je rómska minorita, ktorú môžeme chápať aj ako *občiansku komunitu*. Takáto forma komunity predpokladá participáciu obyvateľov komunity na veciach verejných, spoločenskom dianí v lokalite a akceptáciu komunity a jej členov. Pretrvávajúca zlá sociálna situácia väčšiny Rómov na Slovensku vyvoláva otázku, či Rómovia nie sú viac *sociálnou* než etnickou komunitou.

Vo všeobecnosti možno povedať, že rómska rodina i v súčasnosti reprezentuje tradičný typ viacgeneračnej rodiny. Najvýraznejší rozdiel medzi rómskou a majoritnou rodinou je podľa Ivety Radičovej (2001, s. 64) v tom, že tradičná rómska domácnosť sa rozpadá do nukleárnej podoby až v súčasnosti a tým predstavuje až do súčasnosti odlišný typ rodiny, ale jej odlišnosť nie je podmienená etnicitou, ale skôr posunutím v čase. Tradičná rómska rodina je teda charakteristická životom v širšej veľkorodine a komunitným spôsobom života.

Vlasta Fabiánová uvádza (2000, s. 58), že pri hľadaní odpovedí, aká je rómska rodina, vychádzame zo skutočností, že Rómovia predstavujú heterogénnu spoločnosť zloženú z mnohých skupín. Napriek tomu vystupujú ako jednotná etnická komunita s mnohými spoločnými znakmi, sociálna organizácia, duchovná kultúra a pod.

Chudoba rómskych komunít

Chudobu nemožno nazvať žiaľ iba okrajovým javom v spoločnosti. Podľa Petra Ondrejoviča (2000, s. 56) pojem chudoba je vnímaný najčastejšie ako prejav každodennosti, aj keď chudobou trpia veľké skupiny obyvateľstva. Za chudobu, ktorá vedie až k sociálnemu vylúčeniu, môžeme v súčasnosti ako uvádzajú Miroslav Tvrdoň a Anna Kasanová (2004, s. 10) považovať aj nedostatok možnosti v prístupe k inštitúciám a nedostatok možnosti participovať na ekonomickom, sociálnom a občianskom živote. Chudobu možno podľa Lenky Haburajovej - Ilavskej (2007, s. 174) chápať tiež ako výraz extrémnej nerovnosti. Anna Tokárová (2003, s. 349) uvádza, že chudobou všeobecne rozumieme sociálny jav, ktorý je charakteristický nedostatkom životných prostriedkov jednotlivca alebo skupiny.

V Slovenskej republike žije jedna z najpočetnejších rómskych menšín v Európe. Je síce vnútorne heterogénna skupina, ale veľká časť Rómov patrí medzi najchudobnejšie vrstvy obyvateľstva v Slovenskej republike. Slovenskí Rómovia sa stali obeťami procesu transformácie. Podľa Ivety Radičovej (2001, s.70 - 77) Rómovia počas transformácie v roku 1989 neboli zapojení ani do jednej z dvoch stratifikačných pyramíd bývalého režimu: vzhľadom na svoju nízku kvalifikovanosť a nízku vzdelanosť neboli formálne zaradení v zamestnaní a neboli zaradení ani v istých sociálnych sieťach. Tak sa znásobila ich hĺbka chudoby, do ktorej po roku 1989 padli.

Následne vznikli dva výrazne javy, kde prvý z nich odkazuje na tzv. *znásobenú marginalizáciu*, keď Rómovia žijú *segregovaní* na marginalizovanom území. Vytvára sa spoločenstvo s homogenizovanou štruktúrou, kde sa presadzuje jeden vzorec správania a jedna životná stratégia.

Chudoba Rómov je z hľadiska indikátorov chudoby predovšetkým dôsledkom ich vylúčenia z trhu práce, mnohopočetných rodín a taktiež nízkej vzdelanostnej úrovne. Vladimír Klein a Tatiana Matulayová (2007, s. 110) uvádzajú, že Žilová považuje etnickú príslušnosť za významný rys štruktúry chudoby a nerovnosti.

Iveta Radičová (2001, s. 72) uvádza, že Mareš v prípade rómskej populácie, ktorá je ohrozená chudobou, rozlišuje rôzne formy nerovnosti: bohatstva, životných šancí, nerovnosť v schopnostiach a nerovnosť na trhu práce, nerovnosť vo vzdelaní a v prístupe k vzdelaniu, nerovnosť statusová, nerovnosť v privilégiách a sile zdieľaných sociálnych sietí, nerovnosť v rozdelení vplyvu a moci.

Najviac ohrozené sociálnou exklúziou sú podľa Miroslava Tvrdoňa a Anny Kasanovej (2004, s. 27) neintegrované rómske komunity žijúce vo vidieckych alebo mestských osídleniach. Rómovia zažívajú *extrémnu chudobu*, ktorá sa navyše prenáša na ďalšie generácie. Veľkú časť tohto obyvateľstva tvoria nezaopatrené deti. Sú znevýhodnené v procese vzdelávania v dôsledku jazykových bariér, nedostatočnej vybavenosti školskými potrebami a pomôckami, zlými podmienkami pre vzdelávanie v domácom prostredí. Veľká časť z nich končí školskú dochádzku predčasne s nízkou úrovňou dosiahnutého *vzdelania*, čo v dlhodobej perspektíve znemožňuje ich integráciu a únik z extrémnej chudoby.

V osadách prevláda nízka úroveň *zdravotného upovedomenia*, vysoká miera zdravia poškodzujúceho správania, čo má za následok nižšiu kvalitu zdravotného stavu a nízky vek dožitia u Rómov. V dôsledku nízkeho ekonomického a sociálneho statusu a priestorovej segregácie majú obyvatelia často obmedzenú možnosť využívať *právne*

prostriedky na svoju ochranu, nižší prístup ku kultúre, športu a iným voľno časovým aktivitám. Tieto znevýhodnenia umocňujú úžerníctvo a následná absolútna zadlženosť. V oblasti zamestnanosti sa sformoval fenomén etnický špecifickej rómskej nezamestnanosti, ktorej rozsah, ako aj sociálne dopady sú väčšie a hlbšie ako u majoritného obyvateľstva.

Chudoba Rómov nie je problémom iba Slovenskej republiky. Osem krajín Strednej a Juhovýchodnej Európy prijalo iniciatívu pod názvom *Dekáda rómskeho začleňovania*. Projekt Dekáda (bude prebiehať v rokoch 2005-2015) predstavuje prvé úsilie zamerané na zmenu života Rómov v Európe. Účelom je urýchlenie sociálnej inklúzie a zlepšenie ekonomického statusu Rómov v týchto krajinách.

Miroslav Tvrdoň a Anna Kasanová (2004, s.28) uvádzajú, že každá krajina vypracovala svoj *akčný plán*, ktorý špecifikuje ciele a ukazovatele v oblastiach vzdelania, zamestnanosti, zdravia a bývania. Na Slovensku bol vypracovaný *Národný akčný plán boja proti chudobe a exklúzii*, k jeho cieľom patria:

- podporovanie zamestnanosti a zamestnateľnosti skupín obyvateľstva so zvýšeným rizikom sociálneho vylúčenia,
- predchádzanie exklúzii podporovaním adaptability a mobility pracovnej sily,
- garantovanie nevyhnutných prostriedkov na dôstojný život pri súčasnom podporení motivácie k samostatnosti a nezávislosti občanov,
- podporovanie sociálnej inklúzie najzraniteľnejších skupín obyvateľstva (imigranti, azyľanti, deti bez sprievodcu, bezdomovci),

Najlepšia cesta boja proti chudobe a sociálnej exklúzii je predchádzať životným krízam vedúcim k sociálnemu vylúčeniu.

Záver

V záujme zlepšenia životných podmienok v osadách, eliminovaním chudoby a taktiež zlepšením ich budúcich príležitostí prostredníctvom rozšírenia ich prístupu k práci a vzdelaniu je potrebné urobiť viaceré kroky. Nevyhnutne je potreba zamerať sa na predškolskú prípravu rómskych detí, pracovať s deťmi v školských kluboch, formou záujmovej činnosti aj po ukončení školského vyučovania, rozvíjať programy pre doplnenie resp. ukončenie základného a vyššieho vzdelania hlavne mladej rómskej generácie.

Riešenie chudoby či už v segregovanej, alebo integrovanej rómskej komunite je komplexná úloha, ktorá sa nedá vyriešiť za krátku dobu. Rozmanitosť problémov chudoby posúva do popredia potrebu prípravy takých programov pre rómske komunity, ktoré sa budú prispôbovať riešeniu problémov, potrieb miestnych Rómov v danom regióne. Je potrebné vyhýbať sa hlavne rovnako zameraným aktivitám pre celý región (malé obecné služby). Zamerať sa na rôznu škálu programov podľa vekových kategórií a podľa potrieb komunity.

Literatúra:

FABIÁNOVÁ Vlasta. 2000. *Posuny v hodnotovej orientácii súčasnej rómskej spoločnosti v niektorých lokalitách okresu Spišská Nová Ves.* In: Rómovia včera dnes a zajtra. Zborník z konferencie Spišská Nová Ves. Nitra: Pedagogická fakulta UKF Nitra, 86 s. ISBN 80-50-302-8.

HABURAJOVÁ - ILAVSKÁ Lenka. 2007. *Individualizácia vzťahu nerovnosti a chudoby v spoločnosti.* In: Odkaz svätej Alžbety. Zborník príspevkov z medzinárodného sympózia konaného 22. novembra 2007 v Košiciach. Košice:

Teologická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku, 198 s. ISBN 978-80-89138-85-2.

KLEIN Vladimír – MATULAYOVÁ Tatiana. 2007. *Chudoba a edukácia rómskych žiakov.* In: Aktuálne trendy v sociálno-edukačnej práci s rómskymi žiakmi. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 414 s. ISBN 978-80-8094-119-2.

MATOUŠEK Oldřich a kol. 2003. *Metódy a řízení sociální práce.* Praha: PORTÁL, 384 s. ISBN 80-7178-548-2.

ONDREJKOVIČ Peter a kol. 2000. *Sociálna patológia.* Bratislava: VEDA, 272 s. ISBN 80-224-0616579-3.

RADIČOVÁ Iveta. 2001. *Hic Sunt Romales.* Bratislava: Nadácia S:P:A:C:E:, 318 s. ISBN 80-88991-13-7.

RUSNÁKOVÁ Jurina. 2006. *Možnosti sociálnej práce v rómskych komunitách.* In: Amare Roma, špecifiká práce v rómskych komunitách. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, FSVaZ, 263 s. ISBN 80-8050-990-5.

TOKÁROVÁ Anna a kol. 2003. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce.* Prešov: AKCENT PRINT, 572 s. ISBN 80-968367-5-7.

TVRDOŇ Miroslav - KASANOVÁ Anna. 2004. *Chudoba a bezdomovstvo.* Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva. 141 s. ISBN 80-8050-776-7.

Kontakt:

PhDr. Ing. Lýdia Lešková
Katolícka univerzita v Ružomberku
Teologická fakulta Košice
Hlavná 89, 041 21 Košice
e-mail: leskova@ktfke.sk

Verbálna agresia v praxi sociálneho pracovníka

LOVAŠOVÁ Soňa, SR

Abstrakt: V príspevku je prezentovaný výskum násilia klientov voči sociálnym pracovníkom. Výskum bol realizovaný formou dotazníka, ktorý sa skladal z viacerých častí, predstavená je časť venovaná verbálnej agresii. Výskum bol realizovaný na vzorke 122 respondentov – zamestnancov ÚPSVaR v Košiciach. Zisťovali sme mieru výskytu jednotlivých foriem verbálneho a fyzického násilia. Výskum potvrdil, že sociálna práca patrí z hľadiska výskytu násilia k rizikovým povolaniam.

Kľúčové slová: verbálne násilie, sociálny pracovník, klient, formy verbálneho násilia, výskum.

Výskum, ktorý tu predstavujem je realizovaný v rámci projektu VEGA, ktorý má názov : „Sociálno-psychologické aspekty organizačných deviácií“. Naším zámerom je zistiť, ako je človek vykonávajúci sociálnu prácu ohrozovaný klientom, bývalým klientom a rodinným príslušníkom, teda osobami, ktoré nie sú jeho spolupracovníkmi, podriadenými či nadriadenými. Zaoberá sa zvláštnou oblasťou agresie alebo násilia v práci.

Zo zahraničných výskumov vieme, že sociálna práca je v tomto smere rizikovým povolaním, hoci sa tejto problematike u nás zatiaľ pozornosť nevenovala.

V prebiehajúcom empirickom výskume sa snažíme zistiť základné formy násilia, popísané v dotazníku autormi Jayaratne, Croxton a Mattison v roku 2004, a to: fyzické ohrozenie, fyzické napadnutie, vyhrážka súdnym konaním, podanie žaloby, vyhrážka sťažnosťou nadriadenému, sťažnosť nadriadenému, slovné napadnutie, sexuálne obťažovanie, písomné napadnutie a telefonické vyhrážky. Vzhľadom na to, že nás bližšie zaujíma verbálne a fyzické násilie, rozšírili sme dotazník o jednotlivé formy verbálneho násilia: nadávky, krik, urážky osobného charakteru, vyhrážky, zastrasovanie a slovné zosmiešnenie; a jednotlivé formy fyzického násilia: facku, udretie, sotenie, kopnutie, oplutie, vyhrážky zbraňou a zranenie spôsobené nejakou zbraňou. Cieľom tejto etapy výskumu bolo zmapovať formy a výskyt násilia.

Časť dotazníka, týkajúca sa verbálneho násilia v práci sociálneho pracovníka:

V prípade slovného napadnutia, obťažovania v rozhovore, telefonicky, e-mailom zo strany klientov, bývalých klientov, rodinných príslušníkov, išlo o:

	Klient	Býv. kl.	Rod.
Prísl.			
11. Nadávky.....	_____	_____	_____
12. Urážky osobného charakteru.....	_____	_____	_____
13. Vyhrážky.....	_____	_____	_____
14. Zastrasovanie.....	_____	_____	_____
15. Slovné zosmiešnenie.....	_____	_____	_____
16. Výhražné pohľady a negatívne gestá.....	_____	_____	_____

Respondentov výskumu tvoria zamestnanci ÚPSVaR v Košiciach, sociálni pracovníci oddelení pomoci v hmotnej núdzi, štátnych sociálnych dávok, posudkových činností, peňažných príspevkov na kompenzácie a sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately, teda sociálni pracovníci, ktorí pracujú s klientelou.

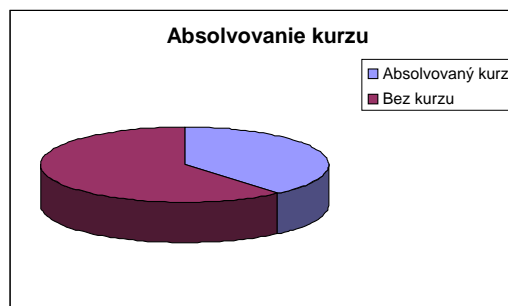
Výskumu sa zúčastnilo 122 respondentov, z toho 12 mužov a 110 žien. Okrem iného nás zaujímalo aj vzdelanie respondentov, pričom sme zistili, že 32,79%

respondentov má úplné stredoškolské vzdelanie, bez zamerania na sociálnu prácu, takmer 41% má vysoškolské vzdelanie bez zamerania na sociálnu prácu, 9% má stredoškolské vzdelanie v odbore sociálna práca a 14,75% respondentov má vysokoškolské vzdelanie v odbore sociálna práca (graf č. 1). Z toho vyplýva, že vzdelanie v odbore sociálna práca má menej ako 25% respondentov - sociálnych pracovníkov na Úradoch PSVaR v Košiciach. Alarmujúce je, že vyše 60% sociálnych pracovníkov nemá absolvovaný ani žiaden kurz, školenie, či výcvik zameraný na komunikáciu s klientom, či riešenie konfliktných situácií (graf č. 2).

Graf č. 1



Graf č. 2



Položky dotazníka pýtajúce sa na jednotlivé formy verbálneho násilia sú rozdelené do troch kategórií a to podľa toho, či verbálne násilie pochádzalo od klienta (tab. č. 1), bývalého klienta (tab. č. 2), alebo rodinného príslušníka (tab. č. 3).

Respondenti odpovedali pomocou päťbodovej škály, odstupňovanej podľa frekvencie výskytu útokov:

1. Vôbec nie
2. Stalo sa to raz
3. Stalo sa to viackrát
4. Stáva sa to často
5. Je to bežná súčasť mojej práce

Z konkrétnych foriem verbálneho násilia sa zo strany klientov najčastejšie vyskytoval krik, čo uviedlo vyše 77% respondentov, nadávky uviedlo takmer 70% respondentov, vyhrážky vyše 54%, urážky osobného charakteru takmer 43,5%, zastrasovanie vyše 40%, a slovné zosmiešnenie viac ako 23% respondentov (tab. č. 1).

Zo strany bývalých klientov uvádzajú respondenti jednotlivé formy verbálneho napadnutia takto: krik vyše 31%, nadávky takmer 25%, vyhrážky takmer 19%, urážky osobného charakteru vyše 16%, zastrasovanie takmer 14% a slovné zosmiešnenie vyše 11% respondentov (tab. č. 2).

A zo strany rodinných príslušníkov klientov sú výsledky takéto: krik 27%, nadávky takmer 24%, vyhrážky 18%, urážky osobného charakteru takmer 15%, zastrasovanie vyše 12% a slovné zosmiešnenie 9% respondentov (tab. č. 3).

Tab. č. 1

V prípade slovného napadnutia, obťažovania v rozhovore, telefonicky, e-mailom, išlo o:					
Zo strany klienta	Áno, raz	Viackrát	Častokrát	Súčasť práce	Nestalo sa
1. Nadávky	17, 21%	36, 07%	8, 20%	8, 20%	30, 33%
2. Krik	13, 93%	39, 34%	13, 11%	11, 48%	22, 13%
3. Urážky osobného charakteru	14, 75%	18, 03%	4, 92%	5, 74%	56, 56%
4. Vyhrážky	18, 85%	22, 95%	4, 92%	7, 38%	45, 90%

5.Zastrašovanie	12, 30%	19, 67%	4, 10%	4, 10%	59, 84%
6. Slovné zosmiešnenie	6, 56%	12, 30%	3, 28%	1, 64%	76, 23%
7. Výhražné pohľady a negatívne gestá	9, 02%	25, 41%	9, 02%	5, 74%	50, 82%

Tab. č. 2

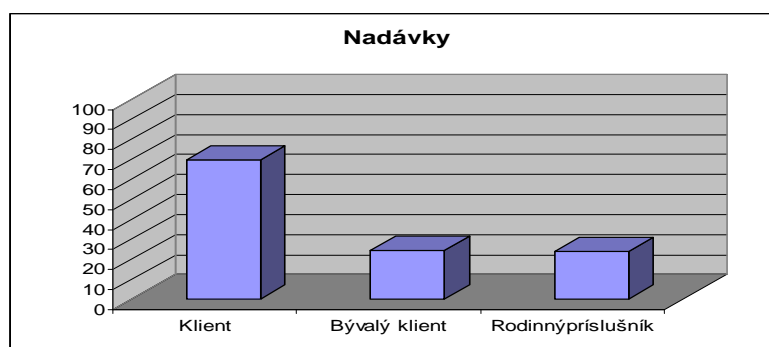
<i>V prípade slovného napadnutia, obťažovania v rozhovore, telefonicky, e-mailom, išlo o:</i>					
Zo strany bývalého klienta	Áno, raz	Viackrát	Častokrát	Súčasť práce	Nestalo sa
1. Nadávky	4, 92%	12, 30%	3, 28%	4, 10%	75, 41%
2. Krik	7, 38%	15, 57%	4, 92%	3, 28%	68, 85%
3. Urážky osobného charakteru	4, 10%	7, 38%	1, 64%	3, 28%	83, 61%
4. Vyhrážky	5, 74%	6, 56%	2, 46%	3, 28%	81, 15%
5.Zastrašovanie	3, 28%	7, 38%	0, 82%	2, 46%	86, 07%
6. Slovné zosmiešnenie	3, 28%	4, 92%	1, 64%	1, 64%	88, 52%
7. Výhražné pohľady a negatívne gestá	4, 10%	9, 84%	3, 28%	3, 28%	79, 51%

Tab.č. 3

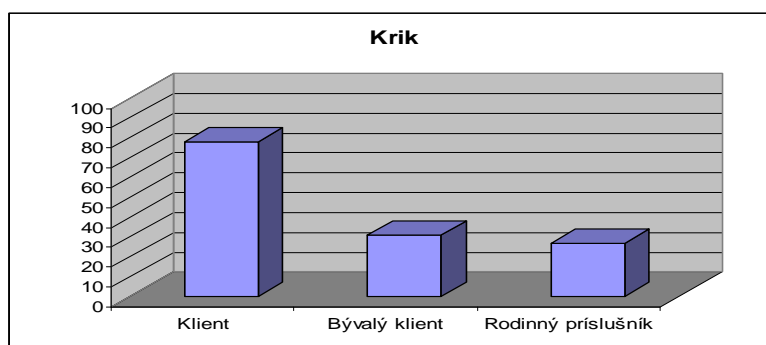
<i>V prípade slovného napadnutia, obťažovania v rozhovore, telefonicky, e-mailom, išlo o:</i>					
Zo strany rodinného príslušníka	Áno, raz	Viackrát	Častokrát	Súčasť práce	Nestalo sa
1. Nadávky	5, 74%	13, 11%	1, 64%	3, 28%	76, 23%
2. Krik	4, 10%	16, 39%	4, 10%	2, 46%	72, 95%
3. Urážky osobného charakteru	4, 92%	5, 74%	1, 64%	2, 46%	85, 25%
4. Vyhrážky	6, 56%	8, 20%	0, 82%	2, 46%	81, 97%
5.Zastrašovanie	3, 28%	6, 56%	0,82%	1, 64%	87, 70%
6. Slovné zosmiešnenie	2, 46%	4, 10%	1, 64%	0, 82%	90, 98%
7. Výhražné pohľady a negatívne gestá	6, 56%	13, 11%	2, 46%	2, 46%	75, 41%

A na záver ukážka najčastejšie sa vyskytujúcich foriem verbálneho násilia voči sociálnym pracovníkom, grafy ukazujú koľko percent sociálnych pracovníkov sa stretlo s danou formou verbálneho násila:

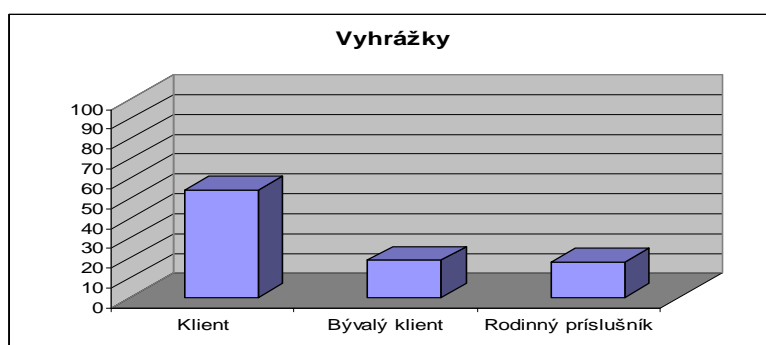
Graf č. 3



Graf č. 4



Graf č. 5



ZÁVER

Z údajov získaných na tejto vzorke je zrejmé, že sociálna práca je oblasťou, v ktorej sa verbálne násilie vyskytuje. Zámerom výskumu je okrem iného zmapovať viac typov zariadení sociálnych služieb a sociálnej starostlivosti a porovnať rizikovosť tohto povolania aj z hľadiska typov zariadení. Pre porovnanie sú k dispozícii údaje zo školstva a z úradov verejnej správy.

Použitá literatúra:

1. Jayaratne, S., Croxton, T., Mattison, D.: A national survey of violence in the practice of social work. In: Families in Society, roč. 85, 2004, č. 4, s. 445-452
2. Kafka, J.: Násilie ako sociálnopatologický jav. In: Psychiatrie, roč.1, 2001, č. 1
3. Matoušek, O. a kol.: Metody a řízení sociální práce. Portál, Praha, 2003
4. Výrost, J., Slaměník, I.: Aplikovaná sociální psychologie II., Grada Publishing, 2001

Stručný vývoj vzdelanostnej úrovne rómskeho etnika na Slovensku

LUKÁČ Marek, SR

Abstrakt

Rómske etnikum je v Slovenskej republike, ako aj v ostatných krajinách sveta, dlhodobo marginalizovanou etnickou skupinou, ktorá je historicky vystavená útlaku, nepriateľstvu a nepochopeniu zo strany majoritného obyvateľstva. Priamym a logickým dôsledkom tohoto doteraz trvajúceho stavu je okrem iných skutočností nízky vzdelanostný status, ktorý determinuje zodpovedajúce spoločenské uplatnenie Rómov. V našom článku sa zaoberáme základnými vývojovými tendenciami vzdelanostnej úrovne v minulosti až po súčasnosť.

KLúčové slová: *Rómske etnikum, Vzdelanostná úroveň, Integrácia, Negramotnosť.*

Rómovia existovali počas celej svojej histórie permanentne na okraji spoločnosti, ich spoločenské postavenie možno charakterizovať príslušnosťou k najnižším sociálnym vrstvám spoločnosti. V stratifikačnom systéme indickej spoločnosti (kasty) patrili predkovia Rómov k najnižším vrstvám obyvateľstva. Z kastového systému boli vylúčení, patrili do spoločenskej vrstvy tzv. nedotknuteľných, teda tých, ktorí sa nesmeli dotýkať členov ostatných kást. Takémuto spoločenskému postaveniu zodpovedal aj ich spôsob obživy a bývania. Vykonávali predovšetkým tzv. nečisté profesie ako zametanie, pranie, nosenie a dvíhanie ťažkých bremien, ale vykonávali i iné profesie – kováčstvo, muzikanstvo, tanec, drezúra a predvádzanie cvičených zvierat či predpovedanie budúcnosti. Svoje obydlia si smeli stavať iba na okraji miest či dedín, alebo nanajvýš v ich tesnej blízkosti. Ich postavenie sa v pôvodnej vlasti postupne zhoršovalo, pravdepodobne boli Dómovia po vpáde indoeurópskych kočovníkov sčasti pobití, sčasti zatlačení na okraj Indie a sčasti na sociálny okraj spoločnosti.

Z dedičného jarma nízkeho spoločenského postavenia sa Rómovia nikdy nevymanili a stalo sa určujúcim pre ich vnútroetnický kultúrny, sociálny ako aj interetnický vývoj vo vzťahu k jednotlivým majoritným spoločenstvám. Nízke spoločenské postavenie determinovalo a doposiaľ determinuje hodnotu vzdelania v rómskej kultúre. Životná stratégia Rómov je orientovaná na prítomnosť, na prežitie, potenciál na aktivity súvisiace s budúcnosťou absentujú. Vzdelanie Rómovia nikdy nepotrebovali, vedomosti, zručnosti a skúsenosti potrebné pre život boli odovzdávané z generácie na generáciu v rámci rodinného výchovného pôsobenia. Tieto premisy sú všeobecne základnými dôvodmi všeobecne nízkej vzdelanostnej úrovne Rómov. Na vývoj vzdelanostnej úrovne rómskej populácie vplyvajú osobitosti historického vývoja, ale aj demografické faktory.

Podľa Jana Průchu et al. (1995, s. 246-247) možno **vzdelanostnú úroveň**, príp. úroveň vzdelania, vnímať ako „absolútne, prípadne percentuálne vyjadrenie počtu obyvateľov, ktorí dosiahli určitý stupeň vzdelania“. Vzdelanostná úroveň rómskeho etnika je tradične nižšia v porovnaní s majoritnou populáciou. Počas celej histórie to bola práve úroveň vzdelania, ktorá vykazovala doslova priepastné rozdiely v porovnaní Rómov a majority. Vzdelanostná úroveň je súčasťou širšie vnímanej kultúrnej úrovne, teda stupňa rozvinutosti sociálnej skupiny či vrstvy. Nízku vzdelanostnú úroveň možno vnímať ako hlavnú príčinu nízkeho sociálneho postavenia Rómov, na druhej strane je nízke spoločenské postavenie jedným z hlavných faktorov, ktorý sťažuje prístup Rómov k vzdelávaniu. Zvyšovanie vzdelanostnej úrovne rómskej menšiny na Slovensku je

všeobecne vnímané ako základný predpoklad ich integrácie do spoločnosti. Vzdelávanie môže byť vo vzťahu k rómskemu etniku:

- nástrojom integrácie, prostredníctvom ktorého sa naštartujú významné vnútorné zmeny v rómskej komunite,
- výsledkom integračného procesu za predpokladu, že sa podarí v rómskom etniku stabilizovať negatívne procesy a javy vo všetkých oblastiach ich života (Lukáč, Lukáčová, 2006).

Pri skúmaní vzdelanostnej úrovne rómskeho etnika narážame na dva základné problémy, ktoré sú v istom zmysle protirečivé:

1. poznanie stavu, štruktúry a dynamiky vzdelanostnej úrovne Rómov je nevyhnutné pre tvorbu stratégií koncepcií v rámci vzdelávacej politiky a v procese tvorby a realizácie účinných vzdelávacích programov pre túto špecifickú skupinu obyvateľstva
2. vzhľadom k súčasnej legislatíve (antidiskriminačný zákon) nie je možné získať presné údaje o vzdelanostnej úrovni rómskeho obyvateľstva.

Ďalším problémom, ktorý sťažuje získavanie relevantných údajov o vzdelanostnej úrovni rómskej menšiny je skutočnosť, že v rómskej komunite absentuje vzťah k vlastnej etnicite, čo sa navonok prejavuje aj tým, že pri poslednom sčítaní obyvateľov, domov a bytov (2001) sa k rómskej národnosti prihlásilo len 89.920 občanov. Reálne odhady počtu Rómov na Slovensku sa pritom pohybujú okolo 320 tisíc Rómov (*Atlas rómskych komunít*, 2004).

Prvé legislatívne intervencie do života vtedajšieho cigánskeho obyvateľstva možno na našom území spoľahlivo datovať do obdobia vlády Márie Terézie. V roku 1744 panovníčka Rakúsko-Uhorska vydala edikt, podľa ktorého sa mala krajina zbaviť Rómov tak, že budú vyhánaní za hranice a nie vyvražďovaní ako tomu bolo v Rakúsku a českých krajinách. V priebehu 18. storočia nasledovalo vydávanie viacerých nariadení Márie Terézie a Jozefa II., ktoré smerovali hlavne k Cigánom v Uhrách a sledovali úplnú asimiláciu s ostatným obyvateľstvom. Išlo napr. o nariadenie, ktoré prikazovalo všetkým Cigánom, aby sa usadili a začali pracovať ako roľníci alebo remeselníci. Bol to prvý právny pokus o asimiláciu cigánskeho obyvateľstva na našom území cez zmenu ich spôsobu života. V roku 1767 začala Mária Terézia uplatňovať tvrdšie metódy. Nariadila odobrať Cigánom deti vo veku 2 – 12 rokov. Tie sa dávali na výchovu do sedliackych rodín. Tento, z dnešného pohľadu nehumánny krok, možno považovať za prvé cieleňé zásahy štátnej moci do socializačného procesu cigánskeho obyvateľstva. Vzhľadom k vtedajšej nízkej úrovni poznania spoločenských zákonitostí a procesov, bolo toto opatrenie odsúdené na neúspech, navyše sa stretlo s veľkou nevôľou rómskych rodičov. Ďalšie bolo nariadenie, ktoré zakazovalo Cigánovi vziať si za ženu Cigánku. V roku 1782 Jozef II. zakázal Rómom nosiť tradičný odev a hovoriť medzi sebou vlastnou rečou. Rómovia nesmeli ani používať svoje „bezbožné“ cigánske mená (Řičan, 1998). Tieto a mnohé ďalšie opatrenia boli len čiastočne úspešné, a nevedli k vyriešeniu už vtedy zložitej rómskej problematiky. Cigáni, niekedy viac, inokedy menej ohrození, naďalej kočovali, využívali všetko, čo našli na svojich zastávkach, vyrábali jednoduché predmety, výmenou ktorých si zabezpečovali obživu, a naďalej viedli svoj tradičný spôsob života.

Cieľom radu regulatívnych opatrení bolo zapojiť Rómov do hospodárskeho života a produktívnej práce. Ako vidieť, jednotlivé opatrenia nemali edukatívny rozmer, nesledovali konkrétne výchovno-vzdelávacie ciele. Ich dopad bol zväčša minimálny alebo žiadny, čo vyplývalo najmä z vtedajšieho stavu ekonomického, hospodárskeho a sociálneho rozvoja krajiny, úrovne humanizácie spoločnosti a tiež z nedostatku vedeckých poznatkov o danej problematike (Jurová, 1993). Politika asimilácie vo

vzťahu k rómskemu etniku sa neskôr začala realizovať i v oblasti školskej politiky a pretrvávala až do prelomového roku 1989, ktorý pre Rómov znamenal výrazné zmeny vo všetkých oblastiach ich života. Z tohto obdobia nemáme spoľahlivé údaje o vzdelanostnej úrovni cigánskeho obyvateľstva. Prvé informácie o stave vzdelanosti Cigánov v Uhorsku sú z roku **1893** (súpis Rómov realizovaný na celom území Uhorska). Vzdelanostná úroveň rómskej populácie bola v porovnaní s obyvateľmi celého Uhorska výrazne nižšia. Iba 6,5 % Rómov starších ako 6 rokov uviedlo, že vie čítať a písať, zatiaľ čo v ostatnej populácii to bolo skoro 54%. 90 % Cigánov bolo negramotných (medzi kočujúcimi až 98 %) (Džambazovič, 2001). V školopovinnom veku bolo asi 60 tisíc rómskych detí, pričom až 69,15% z nich školu nenavštevovalo. Na súčasnom území Slovenska sa tento podiel pohyboval v rozmedzí 73 až 75% školopovinných detí rómskeho pôvodu, ktoré vôbec nenavštevovali školu. Pritom na Slovensku v tomto období nenavštevovalo vôbec školu asi 14 – 15% všetkých školopovinných detí (rómske deti sa podieľali na tomto celkovom počte približne 10%).

Pri sčítaní ľudu v roku **1950** priznalo 42 000 ľudí negramotnosť, z nich až 75 % bolo Rómov, prieskum z roku 1955 uvádza až 80% (Jurová, 1994). Podľa údajov z roku **1970** malo základné vzdelanie 64 % rómskych mužov a 61,5 % rómskych žien, ale o desať rokov neskôr to bolo už 81 % mužov a 83 % žien (Šebesta, 2007). Odborné vzdelanie v tomto roku dosahovalo 9,4 % mužov a 1,7 % žien, stredné s maturitou len 0,2 % rómskych mužov, resp. 0,3 % žien a vysokoškolské 0,1 % mužov a žiadne ženy. Bez vzdelania bolo podľa sčítania v roku 1970 31 % Rómov (Kušnieriková, 2002, in: Vašečka (Ed.), 2002). Ctibor Nečas (1991, s. 80) uvádza o niečo vyššie údaje. V roku **1980** malo základné vzdelanie 82,5 % rómskych mužov a 85 % rómskych žien. Učňovské vzdelanie uviedlo 8,7 % mužov a 3,1 % žien, strednú školu malo ukončenú 299 mužov (z celkového počtu 25.816 mužov) a 285 žien (z počtu 25.176). Percentuálnym podielom sa nedá vyjadriť ani podiel vysokoškolsky vzdelaných Rómov – 105 mužov a 49 žien. Negramotnosť v rómskej populácii bola výrazným javom počas celej histórie. Výskyt negramotnosti rastie úmerne s vyšším vekom rómskeho obyvateľstva. 6,6 % rómskych mužov bolo negramotných, medzi ženami dokonca 9,8 %. Aj v ostatných vekových kategóriách nad 15 rokov sa nachádzajú osoby bez školského vzdelania, resp. bez údajov o vzdelaní. Negramotnosť a pologramotnosť (neúplná gramotnosť) je stále prítomná aj v súčasnosti a jej výskyt je priamo závislý na miere integrácie, resp. segregácie rómskej komunity, ktorej je jedinec členom.

V každom prípade možno takmer 20 % nárast rómskej populácie so základným vzdelaním v priebehu jednej dekády (1970 – 1980) považovať za významný úspech vtedajšej koncepcie všeobecnej spoločenskej integrácie cigánskeho obyvateľstva. Všeobecne možno povedať, že práve výsledky práce s cigánskym obyvateľstvom v pedagogickej oblasti sú doteraz považované za jedno z mála pozitív v období socializmu.

Pri sčítaní obyvateľstva v roku **1991**, v rámci ktorého mali Rómovia historicky prvú možnosť prihlásiť sa k vlastnej rómskej národnosti, tak učinilo len 75 802 Rómov. Táto skutočnosť sa stala hlavným motívom skúmania národnostnej sebaidentifikácie rómskeho etnika. V roku 1991 pri sčítaní obyvateľstva 76,68 % Rómov malo základné vzdelanie ako najvyšší stupeň vzdelania (vrátane neukončenej základnej školy). Učňovskú školu bez maturity uviedlo 8,07 %. Stredné odborné vzdelanie malo len 0,60 % Rómov. Len 0,84 % Rómov malo ako najvyššie ukončené vzdelanie úplné stredné. Spomedzi všetkých etníc žijúcich na Slovensku najnižšie percento vysokoškolákov mali Rómovia (*Základné tézy koncepcie politiky Vlády SR v integrácii rómskych komunít*, 2002). V roku **2001** sa k rómskej národnosti prihlásilo 89 920 osôb, pričom sa za 10 rokov vzdelanostná úroveň výraznejšie nezmenila (navyše môžeme predpokladať, že

k vlastnej národnosti sa hlásia najmä vzdelanejší Rómovia). Oficiálne štatistiky sú teda v dlhodobom rozpore s reálnym počtom Rómov na Slovensku a príčin tohoto stavu je určite viacero (historická skúsenosť s vlastnou etnicitou, strach, dôsledok deštruktívnej asimilačnej politiky a iné).

Charakterizovať súčasnú úroveň vzdelania rómskej národnostnej menšiny je možné hlavne na základe lokálnych výskumov a zisťovaní, ktoré sú spravidla realizované v rámci rôznych typov projektov či výskumných úloh. Výsledky týchto zisťovaní majú predovšetkým lokálny charakter, nemožno z nich preto odvodzovať napr. vzdelanostnú úroveň celej rómskej populácie ale sociologické výskumy majú v súčasnosti pomerne vysokú mieru reprezentatívnosti. Jarmila Filadelfiová et al. (2006) realizovala výskum, z ktorého vyplýva, že 35 % Rómov má neukončené základné vzdelanie, 36,6 % Rómov ukončilo základnú školu, 15,2 % ukončené stredné vzdelanie, 3,9 % ukončilo vzdelávanie na špeciálnych školách a zhodne 0,2 % nevie posúdiť svoju vzdelanostnú úroveň, resp. má vyššie vzdelanie. Zásadnou je pritom korelácia výšky ukončeného vzdelania s typom bývania. V skupine segregovaných Rómov tvorili Rómovia s ukončeným a neukončeným základným vzdelaním takmer 81 %, zatiaľ čo v komunite rozptýlených Rómov to bolo „iba“ 65 %. Podiel ukončeného stredného vzdelania sa u obyvateľov segregovaných osád vyskytoval v 8,5 %, v rozptýlených komunitách to bolo 19,1 % obyvateľov stredoškolsky vzdelaných. Výskum nerozlišoval typ stredného vzdelania, ale na základe zisťovania osvedčenia o vzdelaní možno povedať, že najčastejším druhom stredoškolského vzdelania bol výučný list (učňovská škola) – spolu za všetky tri typy komunít¹⁷ 14,5 %.

Obdobné údaje o vzdelanostnej úrovni Rómov podáva aj Pavel Navrátil a kol. (2003). Vo vybraných rómskych komunitách v ČR má najvyššie percento Rómov ukončené základné vzdelanie, resp. neukončené učňovské (40,6 %). Neukončené základné vzdelanie uviedlo 10 % respondentov. Vyššie ako základné vzdelanie má 20,7 % Rómov (vyučení bez maturity) a len 2,4 % Rómov malo maturitné vzdelanie. Vysokú školu ako najvyššie vzdelanie uviedlo len 1,7 % Rómov. Tieto údaje naznačujú, že situácia v oblasti vzdelávania je v oboch častiach bývalej republiky veľmi podobná. Pre zaujímavosť uvedieme porovnanie vybraných údajov o vzdelanostnej úrovni rómskej menšiny a majoritnej populácie, pričom sa zameriame na najväčšie rozdiely v dosiahnutom vzdelaní.

Tabuľka č. 1 Porovnanie vzdelanostnej úrovne Rómov a majority v %

Stupeň vzdelania	Rómovia	Majorita
špeciálna škola	15,8	0,5
neukončené základné	10,1	0,1
základné	40,6	11,6
vyučení s maturitou	2,4	9,1
stredné s maturitou	2,2	32,7
vysokoškolské	1,7	13,3

Zdroj: NAVRÁTIL, Pavel a kol. 2003. *Romové v české společnosti*. Praha : Portál, s. 136-137. ISBN 80-7178-741-8

Súhrnne môžeme povedať, že vzdelanostná úroveň Rómov je determinovaná a ovplyvňovaná najmä týmito činiteľmi:

¹⁷ Výskumný tím pracoval s kategóriami segregovaní, separovaní a rozptýlení Rómovia, teda rozlišoval rómsku populáciu z hľadiska miery ich integrácie vo vzťahu ku geograficky blízkej všeobecnej populácii (majorita).

- historickým vývojom, v celej jeho zložitosti vzájomných vzťahov s majoritným spoločenstvom, najmä v dôsledku nízkeho spoločenského postavenia a z neho plynúcej permanentnej marginalizácie,
- životnými stratégiami Rómov, ktoré sú výsledkom spomínaného historického vývoja a špecifického spôsobu obživy, vyúsťujúc do nízkej hodnoty a významu vzdelania v rómskej kultúre,
- sociálnym vylúčením a chudobou rómskeho etnika, sťaženým prístupom k vzdelávaniu a všeobecne k zdrojom v spoločnosti,
- mierou integrácie rómskej komunity s majoritným spoločenstvom, pričom vyššia intenzita interakcie je v korelácii s vyššou úrovňou vzdelania,
- v rámci vnútornej štruktúry úrovne vzdelania rómskej menšiny je výrazným diferenciacným znakom vek jednotlivca.

Najnižšiu mieru vzdelanosti zaznamenávame v segregovaných rómskych osadách¹⁸. Nízka vzdelanostná úroveň, rovnako ako chudoba, nezamestnanosť a ďalšie sociálne javy, sa v rómskej komunite prenášajú z generácie na generáciu, a výsledkom týchto procesov je tvorba kultúry chudoby, ktorá v našich podmienkach nadobúda etnický charakter. Význam zvyšovania vzdelanostnej úrovne Rómov netreba špeciálne zdôrazňovať, dokonca je vzdelávanie mnohými odborníkmi považované za základný problém rómskeho etnika. Jean Pierre Liégeois (1995, s. 176) o tom poznamenáva: „Najväčším problémom je vzdelanie, alebo skôr nevzdelanie Cigánov. Všetky ostatné problémy, vrátane integrácie Cigánov do spoločnosti, na túto otázku nevzdelanosti nadväzujú a vyplývajú z nej...“ Je ale nutné zdôrazniť, že len vzdelávať a pritom nevytvárať podmienky pre uplatnenie vzdelaných, je nedostatočné a možno horšie, ako nevzdelávať vôbec.

Literatúra:

- DŽAMBAZOVIČ, Roman. 2001. Rómovia v Uhorsku koncom 19. storočia. In *Sociológia*, ISSN 0049-1225, roč. 33, č. 5, s. 491-506.
- FILADELFIOVÁ, Jarmila et al. 2006. *Správa o životných podmienkach rómskych domácností na Slovensku*. Bratislava : Regionálny úrad pre Európu a Spoločenstvo nezávislých štátov, 99 s. ISBN 80-89263-02-X .
- JUROVÁ, Anna. 1993. *Vývoj rómskej problematiky na Slovensku po roku 1945*. Bratislava : Goldpress Publishers, 138 s. ISBN 80-85584-07-7.
- JUROVÁ, Anna. 1994. Vzdelanostný handicap u rómskeho obyvateľstva – spôsoby jeho doterajšieho prekonávania a perspektívne možnosti. In *Sociológia*, ISSN 0049-1225, roč. 26, č. 5-6, s. 479-486.
- KUŠNIERIKOVÁ, Natália. 2002. Prístupy k vzdelávaniu Rómov v minulosti. In VAŠEČKA, Michal. (Ed.). 2002. *Čačipen pal o Roma. Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku*. Bratislava : IVO, s. 679-692. ISBN 80-88935-41-5.
- LIÉGEOIS, Jean-Pierre. 1995. *Rómovia, Cigáni, kočovníci*. Bratislava : Informačné a dokumentačné stredisko o Rade Európy, 272 s. ISBN 80-96767-42-9.

¹⁸ Geografická odlúčenosť niektorých rómskych osád spolupôsobí na vzniku sociálnej a kultúrnej odlúčenosti a je priamym dôsledkom a prejavom sociálneho vylúčenia a etnickej segregácie rómskeho etnika. Na Slovensku evidujeme 619 priestorovo separovaných alebo segregovaných rómskych sídiel. Z nich je 338 separovaných na okraji obcí, 281 je vzdialených od sídla a považujú sa za segregované (Radičová, 2004). Dôsledkom priestorového vylúčenia (možno ho aj chápať ako dôsledok ostatných mechanizmov vylúčenia) je vznik etnicky homogénnych oblastí, ulíc, osád, či dokonca obcí (napr. obec Lomnička, ktorá je etnicky čisto rómska).

- LUKÁČ, Marek, LUKÁČOVÁ, Silvia. 2006. Rómovia a učiaca sa spoločnosť. In *Vzdelávanie dospelých*, ISSN 1335-2350, roč. XI, č. 3, s. 12-18.
- NAVRÁTIL, Pavel a kol. 2003. *Romové v české společnosti*. Praha : Portál, 223 s. ISBN 80-7178-741-8.
- NEČAS, Ctibor. 1991. *Společenská problematika Romů v minulosti a přítomnosti*. Brno : Masarykova univerzita, 97 s. ISBN 80-21003-26-X.
- PRŮCHA, Jan et al. 1995. *Pedagogický slovník*.
- RADIČOVÁ, Iveta. (Ed.). 2004. *Atlas rómskych komunit*. Bratislava : IVO, 191 s. ISBN 80-88991-27-7.
- ŘÍČAN, Pavel. 1998. *S Romy žít budeme – jde o to jak*. Praha : Portál, 149 s. ISBN 80-7178-410-9.
- ŠLOSÁR, Dušan. 2007. Rómski obyvatelia - ich budúcnosť v slovenských regiónoch. In PIROHOVÁ, Ivana. (Ed.). 2007. *Úloha andragogiky v spoločnosti založenej na vedomostiach*. Prešov : AFPUP, FF PU, s. 241. ISBN 978-80-8068-634-5
- ŠEBESTA, Michal. 2003. Rómovia a sociálne inžinierstvo. In *História*, ISSN 1335-8316, roč. 3, č. 5, s. 26-29.
- Základné tézy koncepcie politiky Vlády SR v integrácii rómskych komunit*. [on-line]. 2002.[cit. 2008-05-19]. Dostupné na: [http://www.government.gov.sk/orgovanova/dokumenty/4 zakladne_tezy.rtf](http://www.government.gov.sk/orgovanova/dokumenty/4_zakladne_tezy.rtf)

Marek Lukáč
17. novembra 1
080 78 Prešov
telefón: 051/7570243
e-mail: mlukac@unipo.sk

Súčasný stav a formy riešenia šikanovania v našich školách

MAJCHEROVÁ Katarína, SR

Abstrakt: Príspevok je orientovaný na prevenciu a riešenie šikanovania na našich školách. Problém agresivity a šikanovania je v dnešnej dobe častou témou, ktorej sa nevenuje na školách dostatočná pozornosť. Dôraz by sa mal klásť najmä na prevenciu a včasnú diagnostiku tohto sociálno-patologického javu.

Kľúčové slová: šikanovanie, školské prostredie, agresivita, prevencia

Človek je tvor spoločenský, dokáže pomáhať, ale aj ubližovať svojmu okoliu, preto jeho veľkosť nespočíva v tom, čo dokáže získať pre seba, ale v tom, ako dokáže pomáhať tým, ktorí ho potrebujú. Nie každý člen spoločnosti sa dokáže stotožniť s týmto postojom a jeho správanie sa potom dostáva do konfliktu s platnými spoločenskými normami. Prejavuje sa to rôznymi formami asociálneho správania, medzi ktoré patrí aj násilie na školách a šikanovanie, ktoré má v dnešnej dobe stúpajúcu tendenciu.

Šikanovanie je jav, ktorý v našej spoločnosti nie je ničím novým, napriek tomu sa mu venuje málo pozornosti, dokonca sa stáva tabuizovanou témou z dôvodu ohrozenia prestíže škôl a výchovných zariadení, v ktorých tento sociálno-patologický jav existuje. Šikanovanie – fyzické a psychické týranie sa dotýka ľudskej dôstojnosti pošliapava ľudskú hrdosť. Masmédia prinášajú veľa informácií o rôznych prejavoch agresívneho správania a to nielen medzi dospelými, ale aj medzi mládežou. Doteraz neexistujú účinné kroky a spôsoby na jeho odstránenie, a práve preto majú prejavy násillia a šikanovania už aj na školách stúpajúcu tendenciu. Z tohto dôvodu je potrebné nájsť čo najúčinnnejšie spôsoby, ako zabrániť tomu negatívne mu spoločenské mu javu.

Násillie v školách a detská agresivita nie sú len problémom na Slovensku, ale aj problémom globálnym. Pre účinne riešenie tohto problému je nevyhnutná spolupráca odborníkov a spoločenských inštitúcií na rôznych úrovniach. Vzhľadom na to, že ide o multidisciplinárny problém zasahujúci do viacerých spoločenských oblastí, nie je to len pedagogický problém, ale aj problém psychologický, právny, sociálny a mravný. Cieľom ich spolupráce by mala byť analýza a zisťovanie príčin, vedúcich k takýmto formám správania a na jej základe by sa mali vytvárať opatrenia a kroky vedúce k postupnému odstraňovaniu tohto nežiaduceho správania sa niektorých detí a mládeže. Aj keď v súčasnej dobe školy robia určité opatrenia v tejto oblasti, ich účinok sa zatiaľ výrazne neprejavil, skôr naopak. Agresivita a násillie v školách má stúpajúcu tendenciu. Podľa Říčana (1995, s. 25) „slovo šikanovanie pochádza z francúzskeho slova chicane, čo znamená: zlomysel'né ob'ťažovanie, týranie, sužovanie, prenasledovanie.“

Novák, Capponi (1996, s. 45) uvádzajú, že „šikanovanie je agresívne konanie uskutočňované s cieľom získať pocit prevahy a určité výhody prostredníctvom fyzického, psychického týrania druhých ľudí. Agresor tak skúša získať rôzne výhody, ďalej dominanciu, uspokojenie a zadosťučinenie.“

M Elliotová (1995, s. 83) o šikanovaní píše: „Šikanovanie má mnoho foriem. Vo fyzickom zmysle môže znamenať napr. strkanie do nejakého dieťaťa, ale i jeho štvachanie, bitie, kopanie, postrkovanie, až po údery nejakým predmetom.“

Podľa nej majú slovné urážky nie menej zničujúci vplyv na deti.

V zhode so Striežencom (1996, s. 217) môžeme konštatovať, že „šikanovanie je konanie, ktorým jedna alebo viac osôb spôsobuje iným príkorie, núti ich k ponižujúcim úkonom, násilím obmedzuje ich slobodu a pod.“

Šikanovanie môže mať viacero podôb, môže ísť o fyzické násilie, verbálne útoky, spôsobovanie materiálnych škôd, sociálnu manipuláciu, rôzne formy znervózňovania, ohrozovania a vynucovania rôznych druhov služieb. Odborníci tvrdia, že tento negatívny jav sa vyskytuje v každej oblasti nášho života. Termínom „bullying“ sa označuje šikanovanie medzi žiakmi, slovo „mobbing“ označuje šikanovanie na pracovisku medzi kolegami, „bossing“ označuje šikanovanie podriadených nadriadeným, „domestic violence“ znamená šikanovanie v partnerských vzťahoch. Obete šikanovania sú prevažne fyzicky slabšie, handicapované deti alebo deti, ktoré nevedia skrývať svoj strach a sú zväčša tiché, plaché, citlivé s nízkym sebavedomím a odmietavým vzťahom k násiliu. Niekedy môžu byť obeťou aj deti, ktoré nie sú fyzicky slabé, ale bývajú menej obratné ako agresori, alebo deti provokujúce druhých svojím správaním. Osobitnú skupinu tvoria obeť, ktoré sú súčasne aj agresormi. Zúčastňujú sa na šikanovaní iných a v kolektíve sú neobľúbení

Agresivita a jej príčiny

Ak chceme lepšie pochopiť tento spoločensko-patologický jav a tiež aktérov tohto javu, musíme, čo to vedieť aj o agresii a jej príčinách a spôsoboch jej riešenia.

Agresivita je forma správania, pri ktorej dochádza k ohrozeniu osôb, spoločnosti, prípadne aj vlastnej osobnosti, prírody a majetku. Agresia je jav jednorazový alebo sporadický.

O agresivite hovoríme až vtedy, keď už dieťa nie je schopné hodnotiť dosah svojho konania alebo keď ubližuje úmyselne a pociťuje radosť z ničenia a z cudzej bolesti. Väčšinou sprevádza iné poruchy správania, ako napr. zlé návyky, krádeže, úteky, sexuálne závady a pod.

Príčinou agresivity môže byť:

- zlá výchova(vyvoláva a pestuje agresiu)
- nedostatočná výchova(nevytvára a neposilňuje útlmovú zložku)
- organické poškodenie mozgu
- psychopatia

Agresia môže byť priama alebo nepriama(verbálna, mimikou a pod.), môže byť zameraná voči predmetom, zvieratám, iným ľuďom alebo voči sebe samému.(Končeková, 1996 ,s.79-80)

Agresor je dieťa, ktoré má tendenciu ovládať a týrať druhých, a to fyzicky alebo slovné. To, že sa dieťa stáva agresorom nemáva len jednu príčinu, ale na vzniku takéhoto chovania sa podieľa celý rad faktorov, ktoré zahŕňajú vonkajšie a vnútorné vplyvy na vývoj osobnosti dieťaťa. Medzi vonkajšie faktory patrí rodina a rodinné prostredie, škola, lokálne prostredie, rovesnícke skupiny a masovokomunikačné prostriedky.

Rodina je prirodzený a prvý výchovný prostriedok, ktorý má osobitný význam pri výchove mladej generácie. Tu dieťa dostáva základnú výchovu a uvádza sa

do širších spoločenských stykov. V dobre fungujúcej rodine sú nevyčerpatelné zdroje detskej skúsenosti, ktoré obohacujú a rozvíjajú jeho duchovný svet. V rodine sa upevňuje svetonázor, mravné hodnoty a formuje sa celá osobnosť. Počas výchovy v rodine sa vytvára aj vzťah k okoliu a upevňuje sa dodržiavanie právnych a morálnych noriem.

Ďalším vonkajším faktorom je škola, ktorá poskytuje nielen systém vedomostí, ale plní aj výchovnú úlohu, pričom spoločenskú stránku dieťaťa vo veľkej miere utvára práve aj rodina. Mimoriadnu starostlivosť si vyžaduje obdobie dospievania, počas ktorého sa zintenzívňuje duševný život a formuje sa vzťah k problémom vlastného života v živote spoločnosti.

Pri výchove a formovaní osobnosti dieťaťa nemôžeme vylúčiť aj vplyvy lokálneho prostredia v ktorom dieťa vyrastá. Podmieňuje aktivitu detí a mládeže v prostredí v ktorom bývajú, a to mimo rodiny a školy.

Ďalším vonkajším faktorom formujúcim správanie a konanie detí a mládeže sú rovesnícke skupiny. Tie môžu rozvíjať sebakontrolu, odvahu, zmysel pre spravodlivosť, lojálnosť, svedomitosť, oddanosť a vernosť. Rovesnícke skupiny môžu významne ovplyvniť správanie sa a konanie detí a mládeže aj nežiaducim smerom, ktorý môže mať aj formu asociálneho a agresívneho správania.

Významný výchovný vplyv má aj oblasť kultúry, ktorá je prezentovaná hlavne masovokomunikačnými prostriedkami, ktoré do značnej miery svojím obsahom a prvkami brutality, násilia a agresivity môžu ovplyvniť citový a emocionálny vývoj mládeže a formovanie jej postojov k okoliu.

Okrem vonkajších faktorov správanie jedinca významne ovplyvňujú aj vnútorné faktory zohľadňujúce dedičné vplyvy, ktoré tiež môžu viesť k formám agresívneho správania sa. Najviac geneticky podmienené sú senzorické a motorické schopnosti. Čiastočne dedične podmienené sú kognitívne a afektívne zložky osobnosti. Najmenej geneticky podmienenou zložkou osobnosti je jeho hodnotový systém, a tu je priestor na vplyv výchovy a prostredia. Vplyv vonkajších činiteľov nemožno však chápať izolovane od organizmu. V priebehu vývoja sa vonkajšie vplyvy lámu cez vnútorné prostredie organizmu, ktoré zasa samo pôsobí na okolité prostredie a mení ho. Nijaký činiteľ nepôsobí izolovane a nemá význam sám osebe, ale vždy pôsobí viacero činiteľov vo vzájomnej interakcii.

Pri určitej kombinácii týchto faktorov sa môžu stať z niektorých detí šikanovatelia. Často podliehame klamnému dojmu, že šikanovanie je len „chlapská“ záležitosť. Šikanujú rovnako chlapci ako aj dievčatá. Je len rozdielny spôsob a forma ich činnosti.

Skúsenosti v škole potvrdili, že agresívne správanie detí výrazne podmieňuje najmä príliš benevolentná, či rozmaznávacía výchova, keď si rodičia svoje dieťa veľmi nevyšmávajú resp. sami sa dobre zabávajú na jeho výčinoch. Zdrojom agresivity môže byť aj ďalšia extrémna forma výchovy – príliš prísna, autokratická výchova, keď sa dieťa za všetko trestá a to fyzicky aj psychicky. Zistilo sa, že v rodinách týchto detí sa často vyskytuje vzájomné nenávisťné správanie, posilňovanie nevhodného správania, negatívne citové reakcie, podráždenosť voči deťom, neúčinné tresty. Násilné a agresívne správanie v triede medzi žiakmi vzniká aj vtedy, keď si sám učiteľ, najmä triedny učiteľ nevyšmáva šikanovanie v triede, hneď v zárodku nerieši agresívne a šikanujúce správanie niektorých žiakov a drobné i väčšie konflikty alebo tieto prejavy žiakov podporuje, keď vždy súhlasí s názorom väčšiny žiakov, aby si u nich zvýšil popularitu a obľubu (Gajdošová, Herenyiová, 2002, s. 192).

M. Kolář, 1997, s. 55-56) klasifikuje iniciátorov šikanovania následovne:

1. typ – hrubý, primitívny, impulzívny, so silným energetickým tlakom, narušeným vzťahom k autorite niekedy zapojený do gangov páchajúcich trestnú činnosť. Šikanuje masívne, tvrdo a neľútostne, vyžaduje absolútnu poslušnosť, používa šikanovanie cielene k zastrašovaniu ostatných. V rodine

bol častý výskyt agresie a brutality rodičov. Akoby agresori násilne vracali alebo ho napodobňovali.

2. typ – veľmi slušný, kultivovaný, narcistický, šľachetný, zvýšene úzkostný, niekedy i so sadistickými tendenciami v sexuálnom zmysle. Násilie a mučenie je cielene a rafinované, deje sa skôr v skrytosti, bez svedkov. V jeho rodine bolo časté uplatňovanie dôsledného a náročného prístupu, niekedy až vojenského drilu bez lásky.
3. typ – „srandista“, optimistický, dobrodružný, so značnou sebadôverou, výrečný, nezriedka obľúbený a vplyvný. Šikanuje pre pobavenie seba i ostatných. Je tu zjavná snaha ukázať humorné a zábavné stránky. V rodine bola prítomná citová subdeprivácia a absencia duchovných a mravných hodnôt.

Skupinové šikanovanie

Šikanovaniu sa darí v určitých sociálnych podmienkach ktoré sa snažia iniciatori šikanovania využiť. Najväčšou prekážkou odhalenia šikanovania je jeho systematizácia. Šikanovanie má totiž tendenciu stáť sa skupinovým štruktúrotvorným faktorom. Ak sa uskutoční jeho realizácia, nastane v kolektíve zmena. Kolektív sa zmení na spoločnosť podobnú mafii, kde „mafiánske normy“ majú nespornú prednosť pred ustalenými spoločenskými konvenciami a normami..

Určitú úlohu môže tu zohrať aj sociálna prestíž dieťaťa, napr. keď niečo významné vlastní. Deti obyčajne preferujú tých, ktorí zodpovedajú ich očakávaniu. V skupine v ktorej chýba obranyschopnosť, dochádza k tomu, že podskupina agresorov sa stane neformálnym vodcom a presadí si svoje normy ako normy celej skupiny, ak k tomu dôjde, nastane situácia, ktorá navodzuje konformitu aj u menej ovplyvniteľných jedincov a dochádza k bodu zlomu. Zriedkavý je jav, že sa jednotlivec postaví proti tejto skupine ak áno jeho počín je neúspešný. Skupinový zákon ovplyvňuje postoje a správanie žiakov, uskutočňované negatívne javy legalizuje a ospravedlňuje.

V takejto skupine sa podobné postoje správania môžu viesť až k vzniku patologických javov. Ich eliminácia však závisí od kladných alebo záporných postojov členov skupiny.

V každej skupine sa nájde aspoň jeden člen, ktorý má tendenciu šikanovať slabých. Ostatní členovia skupiny túto skutočnosť hodnotia z prospechárskeho pohľadu. Počiatkové pokusy o šikanovanie sa ich nijako nedotknú. Nemajú súcit a nevnímajú utrpenie spolužiaka. Pokiaľ s tým nesúhlasia, sú aj oni ohrozovaní. Ich postoje k a mučeniu nie sú aktívne, nesúhlasné, nemajú snahu šikanovaniu zabrániť. Naopak ich postoje sú pre šikanovanie priaznivé a pohybujú sa v rozmedzí od pasívneho nesúhlasu až po súhlasný postoj.

Málokedy sa stane, že niekto odolá tlaku noriem a poruší zákaz bonzovania, tým že informuje pedagóga o šikanovaní. Samozrejme je za to odsúdený celou triedou, vrátane obeti. Niekedy práve obeť bývajú najviac dotknuté a roztrpčené. Bonzovanie a jeho zákaz býva porušovaný málokedy. Tým chceme poukázať, že neskoro odhalené šikanovanie spôsobuje škody všetkým členom skupiny.

Existuje však tzv. davový fenomén. Je to nebezpečenstvo, že tlaku skupiny podľahne aj človek, ktorý by za iných okolností nepodľahol takému správaniu. Pre sociálnu klímu sú charakteristické predovšetkým ľahostajnosť, nevšímavosť ostatných účastníkov. Z touto „lojalitou“ okolia agresori rátajú. Šikanovanie je tak

posilnené o nežiaduce sociálne správanie celej skupiny – rodiny, triedy, resp. pedagogického zboru (alebo jeho časti (Levická, Zeman,1996,s.56).

Šikanovanie zo sociálneho hľadiska

Šikanovanie je problémom, ktorým sa zaoberá viacero odborov. Jedným z nich je aj sociálna práca a školení sociálni pracovníci. V školách túto pomoc by mohol poskytovať školský sociálny pracovník, ktorý by bol komunikačným mostom medzi školou, rodinou a odbornými inštitúciami. Služby, ktoré tento pracovník poskytuje umožňujú žiakom aj rodinám prekonať sociálne a osobné problémy, ktoré zapríčiňujú ťažkosti s učením. Slúži ako koordinátor prevencie sociálno – patologických javov(ako napr. záškoláctvo, delikvencia, agresia, závislosti, šikanovanie, syndróm CAN). Sociálny pracovník je kompetentný v prípade potreby zasiahnuť a vytvoriť emocionálne priaznivé prostredie, ktoré napomáha efektívne riešiť problémy. Školský sociálny pracovník pomáha žiakom vysporiadať sa s krízou, stať sa pružnými, úspešnými, a integrovať ich opäť do pôvodnej alebo inej society , a to práve vďaka včasnej identifikácii problému, jeho prevencii, intervencii, poradenstvu a podpory.

Hlavným cieľom školského sociálneho pracovníka je:

- vytvoriť v škole zdravú sociálnu klímu, v ktorej sa môže neohrozene realizovať,
- stimulovať potenciál žiaka,
- podporovať pozitívne emócie,
- neevokovať strach,
- sprostredkovať skúsenosť úspechu,
- učiť otvorenej komunikácii,
- preferovať spoluprácu,
- rešpektovať názory dieťaťa.

Vybrané aktivity školského sociálneho pracovníka:

- diagnostika sociálneho prostredia tried,
- evidencia prípadov,
- konzultácie s rodičmi, žiakmi, pedagógmi,
- pomoc žiakom a ich rodinám pri riešení ich sociálnych problémov,
- návšteva rodín žiakov,
- podpora žiakov vyžadujúcich si osobitnú pozornosť (individuálna a skupinová práca),
- organizácia preventívnych aktivít,
- účasť na pedagogických poradách,
- účasť na rodičovských združeniach,
- účasť pri riešení závažných výchovných krokov voči konkrétnemu žiakovi,
- tvorba siete kontaktov s poradenskými zariadeniami, ÚPSVaR, lekárom, súdmi, políciou, atď.,
- analýza záškoláctva a povinnej školskej dochádzky,
- zavedenie schránky dôvery,
- vyhľadávacia, mapovacia a intervenčná činnosť,
- organizácia námatkových kontrol odľahlých častí školy(šatne, WC, dielne, telocvične).

Prevenia šikanovania

Problém šikanovania nie je len problémom našich škôl ale aj globálnym problémom. Čoraz častejšie sa stretávame s rôznymi formami agresívneho správania aj na iných školách v Európe, USA ale aj v iných častiach sveta. Svedčia o tom rôzne správy, ktoré prináša televízia, rádio, internet a pod.

Vzhľadom na závažnosť tohto problému sa snažia aj ostatné krajiny sveta riešiť účinnými prostriedkami. Medzi takéto účinné spôsoby riešenia a monitorovania agresivity, brutality a šikanovania v zahraničných školách patrí aj využívanie kamerových systémov. Takéto trendy sa začínajú uplatňovať nielen v niektorých európskych krajinách ale aj v USA.

Európa nie je v prístupe ku kamerám v školách jednotná. Najďalej v tomto smere zašlo Belgicko. Na niektorých belgických školách sa dokonca rozhodli využívať okrem kamerových systémov aj iné ochranné opatrenia, a to odoberanie odtlačkov prstov všetkým učiteľom a žiakom. Aj zástancovia tvrdších opatrení proti adolescentom pritom pochybujú, či sú odtlačky efektívnym nástrojom., šikanovaniu napríklad nezabránili. Okrem toho, keď žiak odíde zo školy, krátko po tom, čo do nej vstúpil, už mu odtlačky nezoberú. Prítomnosť žiaka v triede v tomto prípade je iba fiktívna.

Po mnohých útokoch z minulosti americké stredné, základné a materské školy zvyšujú bezpečnostné opatrenia. Študenti majú napríklad špeciálne identifikačné karty a prechádzajú cez turniket pri vstupe do školy. Niektoré školy majú tzv. bezpečnostný vestibul, kde je recepcia s nepriestrelným sklom, inde majú aj detektory kovov. V niektorých mestách, napríklad v Houstone, využívajú rádiovú frekvenciu, ktorá sleduje pohyb žiakov. Bezpečnostný systém eviduje vie, kto a kedy v škole je. Okrem toho je napojený na databázu kriminálnikov, pričom „občianky preukaz“ postačuje na to, aby ich identifikovali a nevpustili.

V súvislosti s používaním kamerových systémov EÚ necháva svojim členom voľnosť pri ich využívaní. Napríklad vo Veľkej Británii sú kamery bežné aj v triedach, v Holandsku sú skôr výnimkou. Diskusia o kamerách sa začala aj po incidentoch v nemeckých školách. Nemecko sa však stále drží podobného postoja ako Francúzsko – ak sú v školách kamerové systémy, tak len vonkajšie, aby sledovali pohyb v okolí budovy. V Česku naopak začínajú kamery v školách pribúdať.

Použitá literatúra:

ELLIOTTOVÁ Michelle. 1995. *Jak ochrániť své dítě*. Praha : Portál,173.s, ISBN 80-7178-034-0

KOLÁŘ Michal. 1997. *Skrytý svět šikanování na školách*. Praha : Portál,127.s, ISBN 80-7178-123-1.

KONČEKOVÁ Luba 1996. *Poruchy psychického vývinu*. Prešov : PF, 114.s, ISBN 80-88697-30-1.

LEVICKÁ Jana – ZEMAN Karol 1999. *Sociálnoprávna ochrana detí a mládeže*. Trnava : Trnavská univerzita, 72.s, ISBN 80-88908-34-5.

ŘÍČAN Pavel. 1995. *Agresivita a šikana mezi dětmi*. Praha : Portál, s.95. ISBN 80-

7178-049-9.

STRIEŽENEC Štefan. 1996. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava : AD, 256.s, ISBN 80-967589-0-X.

TOKÁROVÁ Anna. a KOL. 2003. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 564.s, ISBN 80-968367-5-7.

TURČEK Karol. 2003. *Psychopatologické a sociálno – patologické prejavy u detí a mládeže*. Bratislava : Iris, 133.s, ISBN 80-89018-06-8.

WEISS Petr a KOL. 2005. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha : Grada Publishing, 264.s, ISBN 80-247-0909-5.

TRESTNÝ ZÁKON č.300/2005 Z.z. v znení neskorších predpisov.

EDI, TASR, ČTK. 2005. *Agresivita detí stúpa – na násilie si zvykli*. In: Denník SME. Roč. 13, 2005, č.59, s.1-6.

Sociálna inklúzia dieťaťa so syndrómom ADHD

ONDRUŠKOVÁ Ivica, SR

ABSTRAKT

Mgr. ONDRUŠKOVÁ, Ivica: *Sociálna inklúzia dieťaťa so syndrómom ADHD*. Ivica Ondrušková. – Katolícka Univerzita v Ružomberku. Pedagogická fakulta; Katedra sociálnej práce. Nám. A. Hlinku, Ružomberok: KU PF, 2008.

Keďže najdôležitejším cieľom dneška je zintenzívniť a skvalitniť výchovu a vzdelávanie každého dieťaťa a člena spoločnosti, dať mu možnosť v plnej miere rozvinúť svoj potenciál, príspevok sa zaoberá jedincom špecifickej marginalizovanej skupiny - dieťaťom so syndrómom ADHD, ktoré má pre svoj plnohodnotný rozvoj osobnosti špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby.

Zohľadnenie týchto potrieb pri zapojení dieťaťa so syndrómom ADHD do štandardného výchovno-vzdelávacieho procesu vyžaduje od všetkých zúčastnených na jeho rozvoji špeciálnu starostlivosť uskutočňovanú na profesionálnom, odbornom, ľudsky i spoločensky hodnotnom základe, založenú na progresívnej vzájomnej kooperácii. Vzhľadom k tomu príspevok približuje význam a možnosti efektívnych intervenčných opatrení, pomocou ktorých môžu rodičia, učitelia i ďalší odborníci pomôcť dieťaťu už v predškolskom období ľahšie a zmysluplnejšie prekonávať každodenné ťažkosti spojené so syndrómom ADHD, a tým zabezpečiť najvyššiu možnú, individuálne dosiahnuteľnú úroveň zdravého celostného rozvoja jeho osobnosti, s perspektívou zvýšenia jeho šance pre úspešný začiatok primárneho vzdelávania, šance pre lepšiu vzdelávaciu i životnú budúcnosť. Spoločnými silami tak môžu zabrániť ohrozeniu identity dieťaťa, jeho sociálno-patologickým prejavom správania i nežiadúcej spoločenskej exklúzii.

Kľúčové slová: syndróm ADHD, pozornosť, hyperaktivita, impulzivita, etiológia, prognóza, vývin dieťa s ADHD, rodina, rodinná výchova, inštitucionálna výchova, odborná intervencia, spôsobilosti učiteľa, rozvoj osobnosti dieťaťa s ADHD, diagnostika.

Dieťa so syndrómom ADHD

Pedagogické a psychologické výskumy ako i učitelia v činnej praxi zhodne zdôrazňujú, že v dnešných školách sa môžeme čoraz častejšie stretnúť s deťmi, ktoré nie sú na prvý pohľad nijako odlišné od svojich rovesníkov, sú to však deti trpiace poruchou pozornosti s prevahou nezvládnuteľnej energie, prejavujúce sa hyperaktivitou, impulzívnosťou. Uvedené ťažkosti sa u týchto detí vyskytujú prevažne v dôsledku špecifickej vývinovej poruchy – syndrómu deficitu pozornosti spojeného s hyperaktivitou (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder, skrátene ADHD).

Podľa R. A. Barkleyho (Zelinková, 2003, s. 196) je „ADHD vývinová porucha, ktorá sa prejavuje neprimeraným stupňom pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Tieto problémy sú chronické a nedajú sa vysvetliť na základe neurologických, sensorických alebo motorických postihnutí alebo závažných emočných problémov. Obtiaže sú často spojené s neschopnosťou dodržiavať pravidlá správania a uskutočňovať opakovane po dlhšiu dobu určité pracovné činnosti.”

Ako Munden a Arcelus (2002) uvádzajú, ADHD je klasickým príkladom bio-psycho-sociálnej poruchy, nakoľko jej kľúčové symptómy sú výsledkom jedinečného biologického a psychického vybavenia jedinca, jeho životných skúseností a vplyvu prostredia, v ktorom sa nachádza. Aby symptómy ADHD spĺňali diagnostické kritériá, musia sa vyskytovať v rozsahu, ktorý prekračuje medze bežné pre dieťa daného veku a vývinového štádia. Mnohí autori (Malá, 2000; Munden, Arcelus, 2002; Serfontein, 1999 a i.) radia medzi základné symptómy ADHD predovšetkým poruchu pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu, ktoré popisujú nasledovne:

a) väčšina detí s ADHD trpí dvoma formami *porúch pozornosti*, môže sa však vyskytovať aj izolovane len jedna z týchto dvoch foriem: 1. *precitlivosť na podnety*, ako neschopnosť utlmiť vedľajšie vplyvy, neschopnosť výberovo zamerať pozornosť na podstatné podnety a znaky, čo spôsobuje, že dieťa venuje nadmernú generalizovanú pozornosť všetkým podnetom bez rozdielu. Vzniká tak nesústredenosť a roztržitosť spôsobená nie nedostatkom, ale nadbytkom pozornosti; 2. *neschopnosť zamerať a vedome udržať pozornosť*, sústrediť sa, je spôsobená zvýšenou unaviteľnosťou CNS. „Únava pozornosti, ktorá je indikátorom únavy CNS, u tohto dieťaťa a pri zámernej činnosti rýchlo stúpa, takže sa skôr unaví a pozornosť rýchlo klesá. Ide o nesústredenosť v pravom slova zmysle. Platí to zvlášť, pokiaľ je duševná činnosť zásobená podnetmi statickými. Podnety v pohybu upútavajú pozornosť ľahšie a dlhšie.“ (Černá, 1999, s. 39) Ďalším javom súvisiacim s pozornosťou je jej kolísanie. Dieťa s ADHD má vďaka tomu veľké výkyvy vo výkonoch, nakoľko u neho prevládajú procesy vzruchu nad procesmi útlmu, a to i bez zjavnej príčiny. Tento problém nie je možné prekonať zvýšeným výchovným tlakom. Je nutné dieťaťu poskytnúť možnosť odpočinku, aby mohlo pracovať kratšiu dobu niekoľkokrát po sebe.

V súvislosti s pozornosťou sa uvádza taktiež jav „perseverace“, kedy dieťa nedokáže reagovať dostatočne pružne a pohotovo na nutnosť presunúť pozornosť na niečo iné;

b) *hyperaktivitu* odborníci popisujú ako nadmerné nutkanie k pohybu, k aktivite, presahujúcu mieru priateľnú pre vek. Jediniec s ADHD nedokáže popud k tejto aktivite ovládať pre už o vyššie spomínané nedostatočné fungovanie procesov podráždenia a útlmu v rámci celkovej aktivity organizmu. Hyperaktívne dieťa sa vyznačuje veľkým množstvom energie, živelnosťou, neposednosťou, neustále bezcielne hýbe rukami a nohami, má potrebu nepretržite na niečo siahať a pohrávať sa s tým.

c) *impulzivitu* odborníci definujú ako tendenciu hovoriť, konať spontánne, bezprostredne, chaoticky, bez premyslenia o dôsledkoch a riziku svojho správania. Ide o neschopnosť zamedziť primeranú alebo neprimeranú reakciu na impulz. Problém spočíva, podobne ako u pozornosti či hyperaktivity, v nedostatočných útlmových mechanizmoch. Vývinovo prvotná dráždivosť by sa mala postupne vekom tlmiť zrením mozgu a rozvojom myslenia a reči. U detí s touto poruchou je toto zrenie útlmových procesov oneskorené. Navonok sa dieťa javí ako neschopné sebakontroly, reaguje na podnety chaoticky, vrhá sa do čohokoľvek, čo ho napadne, bez zohľadnenia možného rizika. Je preň charakteristické, že žije úplne prítomnosťou, všetko chce mať hneď, nedokáže čakať. Impulzivita spôsobuje jedincovi s ADHD problémy v sociálnych vzťahoch pri nadväzovaní a udržiavaní priateľstva.

Uvedené kľúčové symptómy dieťaťa so syndrómom ADHD úzko súvisia s častou poruchou senzomotorických funkcií. Dieťa máva výrazné problémy v oblasti *senzomotoriky*. Býva neobratné a nešikovné, nápadné sú i ťažkosti s priestorovou a telovou orientáciou, s koordináciou i celkovou harmonickosťou pohybov, prejavuje sa tiež poruchou rytmu s nedostatočnou schopnosťou pohybovej pamäte. Najčastejšie môžeme u neho sledovať nasledovné prejavy: a) *poruchy jemnej motoriky* – dieťa má

problémy s pohybmi svalov rúk, má problémy s kreslením, v sebaobsluže, so zapínaním gombíkov, zaväzovaním šnúrok, alebo i s opozíciou palca pri manipulácii s predmetmi; b) *poruchy hrubej motoriky* – prejavujú sa ako neobratnosť pri chôdzi, behu a ďalších pohybových aktivitách, kedy je narušená najmä harmonickosť a koordinácia pohybov, taktiež zautomatizovaných pohybov, c) *zníženú schopnosť cielených pohybov*, kedy znížené motorické napätie neumožňuje relaxáciu svalstva a pohyby sú kľčovité, neprirodzené a nepresné.

U dieťaťa s ADHD môžeme sledovať celú škálu príznakov tak v oblasti poznávacích schopností, tak v oblasti správania. Stretávame sa u neho s nepoddajnosťou, so zníženou psychickou odolnosťou, s agresívnymi prejavmi správania. Nakoľko ide o prejavy mimovoľné, ťažko ovládateľné, nežiadúce, často negatívne ovplyvňujú interakciu dieťaťa s rovesníkmi, s rodičmi, s dospelými či širším sociálnym prostredím, sú zdrojom konfliktných situácií, *exklúzie*, t.j. *sociálneho vylúčenia* dieťaťa a zároveň vedú k narušeniu psychosociálneho vývinu jeho osobnosti, napr. k ohrozeniu identity, pozitívneho sebapoňatia...

Sebapoňatie dieťaťa s ADHD je spájané najmä s citovým prežívaním, resp. emočným hodnotením vlastných prejavov, je ovplyvnené hodnotením iných osôb, koreluje najmä s mienkou dospelých. Preto je pre dieťa so syndrómom ADHD podstatné, ak „v popredí jeho hodnotenia nie sú výčitky a z nich pocity viny, ale šťastné objavenie vnútorných zdrojov sily, vlastných schopností, svojej roly a sebaúcty,“ (Čížková, 2001, s. 36). Pozitívne reakcie osobne významných autorít na žiadúce prejavy správania sú pre rozvoj osobnej identity tohto dieťaťa mimoriadne dôležité. Práve nadmerná kritika, odmietanie, odsudzovanie dieťaťa s ADHD môže byť príčinou jeho sebaznehodnocujúceho sebapoňatia, vplyvom ktorého často krát podľahne depresiám, úzkostiam, negatívnym pocitom a závažným emočným problémom.

Súčasný výskum tiež zdôrazňuje skutočnosť, že mnohé z týchto detí sú, i napriek svojim nežiadúcim prejavom správania, *priemerne*, dokonca *až nadpriemerne inteligentné*. Mentálna výkonnosť dieťaťa s ADHD však málokedy odráža jeho vrodenuú inteligenciu a býva spravidla značne hlboko pod kapacitou jeho rozumových schopností. Nepomer medzi potenciálom dieťaťa a jeho praktickým využitím je výrazný. U detí so syndrómom ADHD teda nejde o zníženie ich rozumových schopností, ale o drobné zvláštnosti a nápadnosti v myslení i v niektorých vlastnostiach a v spôsobe ich uplatňovania.

Prognostický vývin prejavov syndrómu ADHD

Vzhľadom na závažnosť symptómov ADHD je nevyhnutné, aby boli rodičia i pedagógovia realisticky informovaní o možných perspektívach dieťaťa s touto poruchou, napr. aký môže byť jeho vývin, aké vzdelanie môže získať, akú môže mať dieťa s ADHD budúcnosť, ak všetci zúčastnení na jeho rozvoji správne pochopia silné i slabé stránky konkrétneho dieťaťa a zaistia mu včas *adekvátne intervenčné opatrenia*.

Dlhodobé sledovanie detí s ADHD ukázalo, že niektoré poruchy správania sa s vekom strácajú. Medzi 10. –12. rokom života sa postupne znižuje, až výrazne stráca hyperaktivita a impulzivita. Porucha pozornosti sa tiež zmierňuje, ale podľa niektorých štúdií pretrváva až do adolescencie. Podobne aj porucha vnímania, neurologické a EEG nálezy sa s vekom výrazne zlepšujú, alebo úplne strácajú. (Glós, 1999)

Existujú však i štúdie, ktoré opisujú, že určitá časť populácie detí so syndrómom ADHD má v adolescencii i v ďalšom v živote problémy pri začleňovaní sa do spoločnosti, ale aj viac osobnostných problémov, ktoré pramenia práve z častých neúspechov pri rôznych činnostiach v predškolskom i školskom veku, z neustálej kritiky rodičov či pedagógov dieťaťa a ich negatívneho vplyvu na jeho sebaistotu, sebavedomie potrebné pri presadzovaní sa medzi ostatnými jedincami.

Ako najdôležitejší faktor, ktorý bude určovať ďalší osud dieťaťa so syndrómom ADHD sa vzhľadom k uvedenému javí úroveň inteligencie v úzkom spojení s tolerantným a chápatým prostredím v rodine i vo výchovno-vzdelávacích inštitúciách, ale taktiež včasná diagnostika a odborné intervenčné opatrenia už v rannom, *predškolskom veku dieťaťa*. Len vytvorením adekvátnych podmienok a progresívnym spôsobom kooperácie rodičov, pedagógov i iných odborníkov sa môže dosiahnuť, že si mladý jedinec uvedomí a posilní najmä svoje silné stránky, eliminuje nežiadúce prejavy správania a bude viesť šťastný a úspešný život.

To, že ide o závažnú problematiku svedčí aj odhadovaný výskyt *detí so syndrómom ADHD*, ktorý sa pohybuje okolo 3-5%, niektoré pramene udávajú až 19% (Train, 2001). Ako autor ďalej uvádza, syndróm sa vyskytuje častejšie u chlapcov, ale je možné ho pozorovať taktiež u dievčat. U niektorých ľudí pretrvávajú príznaky ADHD od detstva, cez obdobie dospievania, až po dospelosť. Odhaduje sa, že u 31-66% dospelých, ktorí trpeli v detstve symptómami ADHD, sa tieto príznaky vyskytujú aj naďalej, čo znamená, že asi 1-2% dospelaj populácie spĺňa kritériá ADHD.

Odborná intervencia u dieťaťa so syndrómom ADHD

I napriek tomu, aký vážny problém predstavuje táto porucha dieťaťa nielen pre okolie, ale hlavne pre budúcnosť samotného dieťaťa, je známe, že len malé percento týchto detí je diagnostikované pred vstupom do základnej školy, t. j. v predškolskom veku. Pritom predškolské obdobie je mimoriadne priaznivé pre včasnú intervenciu, pretože v ňom prebiehajú najintenzívnejšie procesy zrenia a učenia, kognitívneho i nonkognitívneho rozvoja, rastu intrapersonálnych i interpersonálnych kvalít. V žiadnom vývinovom období sa nebude osobnosť dieťaťa tak intenzívne a búrlivo vyvíjať, ako v predškolskom veku.

Jadro osobnosti jedinca sa vytvára do piatich rokov a už v tomto veku je u dieťaťa možné reálne rozpoznať prvé príznaky syndrómu ADHD. Práve preto je veľká škoda nevyužiť toto obdobie k odstráneniu, resp. k zmierneniu negatívnych prejavov vyplývajúcich z ADHD, nakoľko je dobre známe, že úspech je priamo úmerný včasnosti zásahu.

Deti s ADHD sa síce prejavujú, konajú a žijú inak než je bežné, ich porucha je však liečiteľná, pokiaľ sa k nej pristupuje správnym spôsobom. Určité vlastnosti, ktorými tieto deti disponujú môžu byť za istých okolností dokonca ich silnými stránkami. Najdôležitejšie je preto rozoznať skryté symptómy a zhodnotiť ich, do akej miery sa môžu v správaní dieťaťa prejavovať.

Ako uvádza Kucharská (1999) syndróm ADHD môže byť u dieťaťa včas diagnostikovaný, ak sa u neho vyskytne naraz niekoľko z nasledovných desiatich rizikových faktorov: prítomnosť ADHD u príbuzných, nadmerná pohyblivosť dieťaťa, podráždené správanie sa dieťaťa, ktoré je neprimerané a trvá dlhšie ako tri mesiace, problémy so spánkom, alebo s dodržiavaním pravidelného rozvrhu dňa, časté hyperaktívne, dezorientované správanie, časté búrlivé afekty a výrazná emočná labilita spojená i s malými podnetmi, zhoršená adaptabilita dieťaťa na pobyt v skupine i počas skupinovej aktivity, iné vývinové oneskorenia mierneho stupňa spojené s hyperaktívnym správaním a nesústredenosťou, (bližšie v predchádzajúcich kap.), chronické ušné infekcie spojené s nežiadúcim správaním, sklon k úrazom a malý zmysel pre bezpečnosť vlastnú i ostatných. Ako autorka ďalej uvádza, ak sa vyskytujú u dieťaťa aspoň tri z vyššie menovaných symptómov, mali by byť konzultované s odborníkom. Ak ich je však pozorovateľných najmenej päť, potom by malo byť dieťa odborne vyšetrené, čo zahŕňa pediatrické somatické vyšetrenie, pozorovanie, detailné

posúdenie všetkých známych skutočností z rodinného prostredia dieťaťa, ako aj z prostredia materskej školy.

Z uvedeného vyplýva, že akonáhle si rodičia či pedagógovia dieťaťa v materskej škole všimnú, že má nejaké problémy a výkyvy v správaní, ktoré by mohli signalizovať prítomnosť syndrómu ADHD, je nevyhnutné, aby čo najskôr prijali opatrenia na pomoc dieťaťu zo strany všetkých zainteresovaných, zabezpečili mu pomoc od špecialistov, ich poradenstvo v osobných, výchovno-vzdelávacích problémoch i v rozhodovaní. Čím skôr sa zaháji vhodná terapia, tým má dieťa väčší predpoklad k úspešnému prekonaniu problémov, vyplývajúcich z tohto syndrómu.

Pokiaľ problémy spojené s ADHD zostanú nerozpoznané či nepovšimnuté, časom sa znásobia a skomplikujú život dieťaťa i jeho okoliu. Dieťa sa zanedbá a často krátko podľahne depresiám, úzkostiam alebo sa pričlenia ďalšie poruchy správania sa.

Podľa Munden a Arcelusa (2002) diagnostikovanie dieťaťa s ADHD spočíva: v prehľade doterajších problémov dieťaťa; v rodinnej, osobnej, zdravotnej, psychologickej anamnéze; v posúdení aktuálnej úrovne psychických funkcií, somatického vývinu, miery deficitu pozornosti, hyperaktivity a impulzivity; v získaní informácií, ktoré boli zhromaždené z rozhovorov, z pozorovania dieťaťa učiteľmi materskej školy, z vyšetrení psychológa, pediatra, logopéda, a iných; v ďalších klinických pozorovaniach a vyšetreniach; v posudzovacích škálach (Connersovej škála, Du Paulov dotazník, škála detského správania...); v objektívnych výkonových testoch (Gordonov diagnostický systém).

Kvalifikovaný odborník musí k potvrdeniu toho, že dieťa spĺňa kritériá ADHD získať jasnú predstavu o jeho osobnosti, vzťahoch v rodine i medzi rovesníkmi, o osobných prednostiach i slabých stránkach a o špecifických potrebách jedinca. Je to síce zdĺhavé, ale pre presné stanovenie záverov nevyhnutné. I napriek tomu, že žiadny jedine správny test na syndróm ADHD neexistuje, je nutné, k zaisteniu efektívnej intervencie, túto poruchu čo najpresnejšie odlíšiť.

Pri *diagnostikovaní* syndrómu ADHD i pri následnej starostlivosti o deti s touto poruchou je potrebný interdisciplinárny prístup. To znamená, že *úzku kooperáciu* by mali medzi sebou nadviazať rodičia, učitelia, pediater, psychológ, event. psychiater, špeciálny pedagóg, sociálny pracovník...

Na zaisťovaní vhodnej intervencie u dieťaťa s ADHD v predškolskom veku by sa mala podieľať rada odborníkov, ale najpodstatnejší vplyv má predovšetkým *rodina*. **Rodičia** dieťaťa so syndrómom ADHD sa nachádzajú v situácii, ktorá je pre všetkých jej členov veľmi záťažová a často na nich pôsobí veľmi nepriaznivo až obťažujúco. Neraz nadobúdajú dojem, že sa ich ostatní ľudia stráňajú a vylučujú ich, aj s dieťaťom, zo spoločenského života. Vzájomné vzťahy medzi jednotlivými členmi sa i v tých najtrpezlivejších rodinách časom narúšajú. Deti s ADHD často potrebujú spať menej než ostatní, v dôsledku čoho sú všetci chronicky unavení, podráždení, rodičia majú na seba málo času, neustály hluk, hádky, ničenie „všetkého cenného“, to je typický obraz rodinného života, ako ho väčšina rodičov popisuje (Munden a Arcelus, 2002).

Ako uvádza Černá (1999), napätie v rodine vyvolávané nežiadúcim spôsobmi správania dieťaťa a jeho reakciami, ktoré sú bežným prejavom syndrómu ADHD, sa môžu stupňovať i nesprávnym výchovným pôsobením rodičov. „Dieťa s ADHD vplyvom nesprávneho výchovného pôsobenia zažíva až príliš často, že sa mu nedarí to, čo by malo alebo chcelo dokázať, čím je vystavené nespočetným frustráciám. Opakované nezdary i skúsenosti záporného hodnotenia druhými tak ústia do pocitov menejcennosti, do negatívnych postojov k sebe samému i k druhým ľuďom (Černá, 1999, s. 54).

Tu je nutné si, podľa môjho názoru, uvedomiť, že vychovávať dieťa s ADHD je často krát mimoriadne obtiažne. Vzhľadom k tomu, že i vzájomné vzťahy medzi členmi rodiny sa majú tendenciu dostávať po mesiacoch, rokoch „problémov“ s dieťaťom do výnimočného napätia, rodičia týchto detí veľmi radi uvítajú pomoc odborníkov, ktorí ich informujú o podstate problému dieťaťa, ukážu im cestu k nemu a predstavia možnosti ako symptómy syndrómu ADHD u ich dieťaťa úspešne eliminovať.

Prvý, koho rodičia väčšinou skontaktujú, keď majú u svojho dieťaťa podozrenie, že trpí syndrómom ADHD, býva *pediater*. Jeho hlavnou úlohou je informovať rodičov o možnostiach a potrebe ďalších vyšetrení u príslušných odborníkov a vydať doporučenie na tieto vyšetrenia, spracovať zdravotnú anamnézu dieťaťa.

Úloha *psychológa* spočíva v úzkej spolupráci s rodičmi a s učiteľmi materskej školy, ktorú dieťa navštevuje. Je kľúčovou osobou pri zavádzaní vhodných prístupov k dieťaťu a opatrení tak v rodine, ako i v MŠ. Psychológ tiež testuje úroveň inteligencie dieťaťa so syndrómom ADHD, zisťuje jeho schopnosti, ťažkosti a poskytuje mu poradenstvo, ako sa môže s konkrétnym problémom vyrovnávať. Zameriava sa na zvládnutie problémov dieťaťa bez medikamentózneho liečby. Černá (1992, s. 81) uvádza, že u týchto detí psychológ využíva predovšetkým špeciálne psychoterapeutické metódy zamerané na relaxáciu, rytmické pohybové hry, športové činnosti a hry, psychogymnastiku, muzikoterapiu a rôzne formy arteterapie.

Psychiater diagnostikuje syndróm ADHD a len v prípade nutnosti predpisuje dieťaťu príslušné lieky na zmiernenie problémov spojených s touto poruchou.

Sociálny pracovník môže na podnet rodičov kontaktovať miestne inštitúcie, ktoré dieťa s ADHD potrebuje, rodičia sa môžu na neho obrátiť v krízových rodinných situáciách.

Je potrebné taktiež zdôrazniť najmä potrebu *kooperácie rodičov s učiteľmi* dieťaťa v materskej škole, ktorá je založená na vzájomnom rešpekte, otvorenej komunikácii, vzájomnej dôvere a podpore. Zvlášť pri syndróme ADHD je nevyhnutné zjednotiť ich výchovné pôsobenie na dieťa.

Dieťa so syndrómom ADHD v materskej škole

Rodinná výchova a pôsobenie rodičov sú síce v živote dieťaťa so syndrómom ADHD v predškolskom veku nenahraditeľné (primárna socializácia d.), avšak do procesu výchovy vstupuje ako partner rodiny inštitucionálna predškolská výchova uskutočňovaná v materskej škole (sekundárna socializácia d.), ktorá rodinnú výchovu rešpektuje a nadväzuje na ňu.

Nové prostredie, nová sociálna skupina rovesníkov, pravidiel, režim, to všetko znamená pre dieťa so syndrómom ADHD mnohokrát veľkú záťaž, preto sa môže stať, že sa všetky prejavy poruchy touto situáciou ešte zhoršia. Vtedy si musia rodičia spolu s učiteľmi uvedomiť, „že dieťa so syndrómom ADHD nieje len súčtom dielčích porúch a dysfunkcií, ale je predovšetkým jedinečnou, neopakovateľnou bytosťou s radou pozitívnych vývinových možností, ktorých realizácia je však vážne ohrozená.“ (Černá, 1999, s.77).

Materská škola sa javí ako priam ideálne prostredie pre integráciu dieťaťa so syndrómom ADHD. Pod integráciou rozumieme spoločný život, spoločný pobyt, program, výchovu a vzdelávanie. MŠ však ponúka tomuto dieťaťu oveľa viac, než je len jeho začlenenie do určitej sociálnej štruktúry. Ponúka mu vyššiu úroveň, *inklúziu*, t.j. „jedinci tu dostávajú možnosť spoločne vytvárať rôznorodú a rozčlenenú jednotu, rešpektujú pritom individuálne rozdiely, ktoré premieňajú na prínos pre celok.“ (Šturma, 2003) Hlavnou ideou tohto termínu je poznanie, že ľudské spoločenstvo sa skladá z viac či menej odlišných jedincov. Ak má mať dieťa s ADHD, t. j. dieťa so

špeciálnymi potrebami, v materskej škole nádej na úspech, ktorá mu má v jeho komplexnom vývine prospieť, je nevyhnutné na to vytvoriť náležité podmienky nielen pre depistáž, ale i pre následnú aplikáciu odborníkmi doporučených opatrení i rôznych špeciálnych nápravných stimulačných programov, napr. *Nápravná metodika Brigitte Sindelarovej pre deti predškolského veku*, *Metóda Dobrého štartu*, *Program HYPO*, *Program KUMOT*, *Program KUPOZ – Metodika Pavly Kuncovej*, *Tréningový program Y. Heyrovskej*, *EEG – Biofeedback a pod.* Učitelia v materskej škole majú dostatok priestoru venovať týmto deťom osobitú pozornosť, nakoľko sú s nimi v každodennom kontakte a na základe dlhodobého pozorovania môžu získať ucelený pohľad na správanie dieťaťa v konkrétnych situáciách, ktorý vzápätí môže slúžiť ako cenný diagnostický materiál.

Na základe všetkých dostupných informácií a materiálov o dieťati tak učitelia dostávajú možnosť v rámci výchovno-vzdelávacieho procesu vytvárať podmienky, v ktorých obsah, formy, ako i metódy akceptujú osobitosti dieťaťa s ADHD a zabezpečujú skutočný individuálny rozvoj jeho osobnosti podľa jeho možností a schopností, pričom úzko spolupracujú predovšetkým s rodičmi, ako i s ďalšími odborníkmi zúčastnenými na rozvoji dieťaťa. Učitelia potrebujú výsledkom odborných vyšetrení porozumieť tak, aby vedeli vo svojich pedagogických postupoch správne aplikovať vhodné vedenie dieťaťa. S odborníkmi spolupracujú i pri vytváraní individuálneho výchovno-vzdelávacieho programu, ktorý je v súlade s individuálnymi a vekovými osobitosťami dieťaťa, zabezpečujú pre dieťa také podmienky a aktivity, ktoré mu pomáhajú dostať sa z izolácie, z marginalizácie a ponúkajú mu šancu vyniknúť, profitovať z oblasti, ktorá ho baví a zaujíma, čím podporujú jeho zdravý psychosociálny vývin a zvyšujú tak jeho šance na lepšiu budúcnosť a kvalitnejší život.

Literatúra

1. ČEPELKA, Č. – ŠTURMA, P. 2003. *Mezinárodní právo veřejné*. Praha : Eurolex Bohemia, 2003. ISBN 80-86432-57-2
2. ČERNÁ, M. a kol. 1999. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7066-597-1.
3. ČÍŽKOVÁ, J. 2001. *Přehled sociální psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 181 s. ISBN 80-244-0150-9.
4. GLÓS, J. 2001. *Lahká mozgová dysfunkcia u detí*. Bratislava: Dieťa, 35, 2001, č.4, s. 18-19.
5. KUCHARSKÁ, A. 1999. *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-294-7.
6. MALÁ, E. 2000. *Hyperkinetické poruchy – ADHD*. Česká a slovenská psychiatrie, 96, č. 3, 2000. ISSN 0069-2336.
7. MUNDEN, A., ARCELUS, J. 2002. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-625-X.
8. SERFONTEIN, G. 1999. *Potíže dětí s učním a chováním*. Praha: Portál, 1999. 150 s. ISBN 80-7178-315-3.
9. TRAIN, A. 2001. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.
10. ZELINKOVÁ, O. 2003. *Poruchy učení*. 10. vyd. Praha: Portál, 2003. 263 s. ISBN 80-7178-800-7.

Kontakt

Mgr. Ivica Ondrušková
e-mail: ondruskova@hotmail.sk

Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou
Stratégie vo vzťahu k marginalizovaným skupinám

Vydal: Košický samosprávny kraj, Námestie Maratónu mieru č. 1 Košice
Katedra sociálnej práce, FF, UPJŠ Košice

Zborník zostavil: JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD.

Tlač: Košický samosprávny kraj

Počet strán: 123

Náklad: 100

ISBN: 978-80-969932-1-5

EAN 9788096993215

Nepredajné.

Za obsah a úpravu článkov zodpovedajú autori. Bez gramatickej úpravy