



**PODOBY VNÚTORŇNÝCH I VONKAJŠÍCH
FAKTOROV ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE
Z POHLADU TEÓRIE I PRAXE SOCIÁLNEJ
PRÁCE**

4. ročník Košických dní sociálnej práce

Žiaková Eva (ed.)

Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou v rámci projektu VEGA č. 1/0230/15 s názvom Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok.

Košice 2016

Zborník príspevkov
z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 27. 11. 2015 v Košiciach
Konferencia sa konala v rámci projektu VEGA č. 1/0230/15 Sociálne a osobnostné
charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov
socioterapie s touto skupinou kientov a klientok.

Podoby vnútorných i vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce

4. ročník Košických dní sociálnej práce

Máj 2016

Zborník vychádza rámci projektu VEGA č. 1/0230/15 Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok

Vedecký výbor konferencie:

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.
prof. PhDr. Beáta Balogová, PhD.
prof. PhDr. Jana Levická, PhD.
prof. ndzw. dr hab. Karol Mausch
prof. ndzw. dr hab. Ewa Ryś
doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD.
doc. PhDr. Alena Bašistová, PhD.
doc. PhDr. Peter Brnula, PhD.
doc. PhDr. Emília Janigová, PhD.
doc. PhDr. Eva Mydlíková, PhD.
doc. PhDr. Ladislav Vaska, PhD.
PhDr. Denisa Šoltésová, PhD.

Editorka:

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc. (ed.)

Recenzenti:

doc. PhDr. Eva Mydlíková, PhD., Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave
Ing. Eva Hvizdová, PhD., MBA, Vysoká škola medzinárodného podnikania ISM Slovakia

Organizačný výbor konferencie:

Mgr. Soňa Lovašová, PhD.
PhDr. Agnesa Kočišová, PhD.
Mgr. Tatiana Žiaková, PhD.
Mgr. Magdaléna Halachová, PhD.
Mgr. Vladimír Lichner, PhD.
Mgr. Antónia Sabolová Fabianová
Mgr. Zuzana Šoltésová
Mgr. Lucia Tóthová
Mgr. Lenka Lukáčová
Mgr. Veronika Ševčíková

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Grafická a technická úprava: Mgr. Zuzana Šoltésová
Mgr. Lucia Tóthová

© 2016 Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta

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

Dostupné od: 3. 5. 2016

ISBN 978-80-8152-405-9

Obsah

Eva Žiaková (SR)

C-systém zvládania záťaže u onkologicky chorých pacientov a pacientok v kontexte sociálnej práce.....7

Agnesa Kočišová (SR) - Tatiana Žiaková (SR)

Bio-psycho-sociálno-spirituálne aspekty zvládania onkologických ochorení.....11

Antónia Sabolová Fabianová (SR) - Eva Žiaková (SR)

Reziliencia onkologických pacientov.....20

Katarína Šiňanská (SR)

Možnosti a význam onkologickej sociálnej práce - poznatky a skúsenosti z USA.....25

Ján Kahan (SR) - Eva Žiaková (SR)

Záťažové situácie ako implikácie abstinencie a osamelosti závislých klientov.....32

Ján Šimko (SR) - Dušan Šlosár (SR)

Identita ako záťažová situácia.....43

Karol Mausch (PL)

Psychological support and coping with stress in the context of social work.....49

Ewelina Kleszcz-Ciupka (PL)

Profiling forms of aid-individual approach to the unemployed.....53

Lucia Tóthová (SR) - Eva Žiaková (SR)

Onkologické ochorenie ako záťaž pre rodinu.....60

Anna Jašková (SR) - Beáta Balogová (SR)

Možnosti riešenia mobbingu z aspektu sociálnej práce.....68

Tatiana Žiaková (SR) - Agnesa Kočišová (SR)

Sociálna práca a možnosti socioterapie s dlhodobo chorými onkologickými pacientmi.....74

Vladimír Lichner (SR)

Profesionálna a osobná starostlivosť o seba v kontexte spôsobov zvládania pracovnej záťaže.....81

Lenka Lukáčová (SR) - Eva Žiaková (SR)

Nízka reziliencia ako následok syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov.....86

Lívia Pížová (SR) - Beáta Balogová (SR)

Zvládanie záťaže u matiek v kontexte paradigiem sociálnej práce.....93

Monika Pawłowska (PL)

Stress as a source of occupational burnout.....100

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Eva Gajdošová (SR) - Soňa Lovašová Rodové rozdiely pri syndróme vyhorenia v pomáhajúcich profesiách..... | 105 |
| Magdaléna Halachová (SR) - Eva Žiaková (SR) Zvládanie záťažových situácií v kontexte kyberšikanovania..... | 111 |
| Maria Vašutová (ČR) - Viktória Kopuničová (ČR) Kybernetická šikana a formy rizikového chování jako fenomén digitálních medií..... | 118 |
| Dušan Šlosár (SR) - Zuzana Šoltésová (SR) Vplyv záťažových situácií na vznik novodobej nelátkovej závislosti poruchy príjmu potravy a možnosti ich zvládania..... | 127 |
| Monika Ponevská (SR) - Alena Bašistová (SR) - Soňa Hlaváčová (SR) Zvládanie záťaže pri riadení mimovládnej organizácie..... | 136 |
| Ingrid Ferenčíková (SR) Supervízia ako prevencia zvládania záťaže a syndróm vyhorenia..... | 144 |
| Ewa Ryś (PL) Coping with stress in social work..... | 147 |
| Marek Banach (PL) - Ireneusz Kowalewski (PL) Burnout syndrome among social workers..... | 152 |
| Soňa Lovašová (SR) Stres a sociálna opora u študentov sociálnej práce v kontexte starostlivosti o seba..... | 165 |
| Veronika Ševčíková (SR) - Soňa Lovašová (SR) Zvládanie záťaže a sociálna opora u detí na základných školách a možnosti školskej sociálnej práce..... | 170 |
| Martin Karas (ČR) - David Urban (ČR) Aspekty ovlivňující aktivizaci rodiny v procesu sociální rehabilitace..... | 176 |
| Monika Piliarová (SR) - Alena Bašistová (SR) Intervencia umením v kontexte sociálnej práce..... | 181 |
| Beáta Balogová (SR) Ukončenie profesionálnej kariéry - ako záťažová situácia a jej percepcia..... | 194 |
| Dušan Šlosár (SR) Záťažové situácie v terénnej sociálnej práci..... | 200 |
| Piotr Frączek (PL) - Patrycja Pater (PL) The authorities and charity among non-governmental organizations in Podkarpacie province..... | 206 |

Anna Kornasiewicz (PL)
Theoretical aspect of Euro-orphanhood.....218

Recenzie

Mgr. Lenka Lukáčová
Jak zvládnout syndrom vyhoření : Najděte cestu zpátky k sobě..... 228

Mgr. Veronika Ševčíková
Školská sociální práce 230

Úvodné slovo editorky a zodpovednej riešiteľky

Vážení kolegovia, kolegyne, milí študenti a študentky,

do rúk sa Vám dostáva zborník z konferencie 4. Košických dní sociálnej práce, ktorý je venovaný problematike zvládania záťaže z pohľadu interdisciplinárnych súvislostí, ktorými sú ako psychologické vnútorné stratégie zvládania záťaže, tak aj sociálne a spoločenské súvislosti, ktoré sa podieľajú na (ne)zvládaní krízových situácií v rôznych sociálne rizikových skupinách, hlavne u onkologických pacientok a pacientov.

Príspevky sú rozdelené do celého spektra problematiky zvládania od najvnútornejších špecificky definovaných faktorov C – systému zvládania u jednej z najrizikovejších skupín onkologických pacientov a pacientok, cez zvládanie syndrómu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách, až po sociologické súvislosti onkologického ochorenia.

Celý zborník vznikol v spolupráci s celým vedeckým tímom, ktorý sa podieľa na riešení grantovej úlohy Vega v spolupráci s kolegami a kolegyňami zo zahraničia (Poľsko, Česká republika) ako aj z iných pracovísk (FF PU v Prešove, KSK Košice a rôzne neziskové organizácie), ktorí tvorivo doplnili svoje príspevky o oblasť výskumu našej grantovej úlohy.

Verím, že vedecký zborník obohatí už získané vedomosti o nové rozmery a dimenzie.

Prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.

C-systém zvládania záťaže u onkologicky chorých pacientov a pacientok v kontexte sociálnej práce

Eva Žiaková (SR)

Tento príspevok vznikol v rámci riešenia vedeckovýskumnej úlohy Vega 1/0230/15 s názvom „Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok.“

Abstrakt: Príspevok venuje pozornosť c-systému zvládania záťaže, ktorý je definovaný a teoreticky vymedzovaný v súvislosti so zvládaním záťaže u pacientov a pacientok s onkologickou diagnózou. Autorka vo svojom príspevku teoreticky vymedzuje pojmy, autorov a autorky najnovších psychosomatických teórií a napriek vyjadrenej skepse voči presne definovanej možnosti uviesť osobnostné charakteristiky onkologicky chorých pacientov a pacientok, obracia pozornosť v súvislosti s možnou prevenciou.

Kľúčové slová: C-systém zvládania záťaže. Onkologické ochorenie. Psychosomatika.

Abstract: Contribution pays attention to C - systems coping with stress , which is defined and theoretically delimited in relation to coping with stress in male and female cancer patients. The author in his paper theoretically defined concepts , authors of the latest psychosomatic theories and still expressed skepticism towards well-defined options give personality characteristics of cancer patients, draws attention to the possible prevention.

Keywords: C-system coping style. Oncological disease. Psychosomatics.

Úvod

Neustále zvyšujúci sa počet tých, ktorí ochorejú na onkologické ochorenie nás viedol k zámeru, venovať pozornosť hlavne otázkam, prečo počet týchto ochorení narastá a prečo je neustále spojená s týmto ochorením akási „aura strachu z nepoznaného a nevyliciteľného“. Pravdepodobne je to preto, že podstata tejto choroby nespočíva len v ochorení buniek teda nie je len somatickou chorobou, ale jej podstatu je možné hľadať aj v psychickom, sociálnom aj duchovnom rozmere osobnosti. To isté je možné skonštatovať aj o liečbe, pri ktorej nestačí liečiť len „telo“, ale je potrebné sa zamerať aj na „dušu a vzťahy“.

Psychosomatické teórie

Systematický psychosomatický výskum sa zrodil na lekárskej fakulte v USA v Chicagu, kde dvaja vedci H. F Dunbarová a F. Alexander (in: Faleide, Lian, Faleide 2010) postavili solídny základ psychosomatiky, v dôsledku čoho sa výrazne znížil dopad psychoanalytického myslenia na psychosomatiku, ktorá dovtedy dominovala. Ich základné odborné východisko spočívalo v celostnom pohľade na osobnosť človeka, ktorý ochorí, v jeho sociálnych, psychologických ako aj duchovných dimenziách.

Súbežne s uvedenými teóriami prišla éra behaviorálnych a biologických vplyvov na zdravie človeka, ktorá vyústila do pokusov profilovať takzvané rizikové formy správania. V roku 1974 prišli dvaja americkí kardiológovia Meyer **Friedmann** a Ray H. **Rosenman** s predpokladom, že existuje vzťah medzi diagnózou a osobnostnými vlastnosťami, resp. správaním človeka a tak bol určený behaviorálny smer ich uvažovania a výskumných zámerov. Tak ako uvedení autori dospeli faktorovou analýzou k osobnosti typu A resp. osobnosti koronárnej (s infarktogeným správaním), použitím rovnakých výskumných zámerov dospel americký psychológ M. Seligman (in: Žiaková 2008) k vyprofilovaniu tzv. Syndrómu HH (helplessness and hopelessness) resp. k osobnosti typu C (t.j. osobnosti karcinogénnej). Karcinogénna osobnosť je nositeľom pesimistických interpretačných

a explanačných sklonov. Má nezriedka pocit, že môže priebeh svojho života ovplyvniť a aj zvládať len nepatrne. Trpí syndrómom bezmocnosti a beznádeje, často sa vyhýba konfliktom (hlavne ženy), čím sa konflikty somatizujú, pretože hostilita sa obracia dovnútra ich vlastného organizmu. Onkologickí pacienti a pacientky potláčajú a popierajú depresiu, zlosť a hostilitu. Potlačenie a vytesnenie je „chrbtovou osou“ ich osobnosti (Kohoutek 2007).

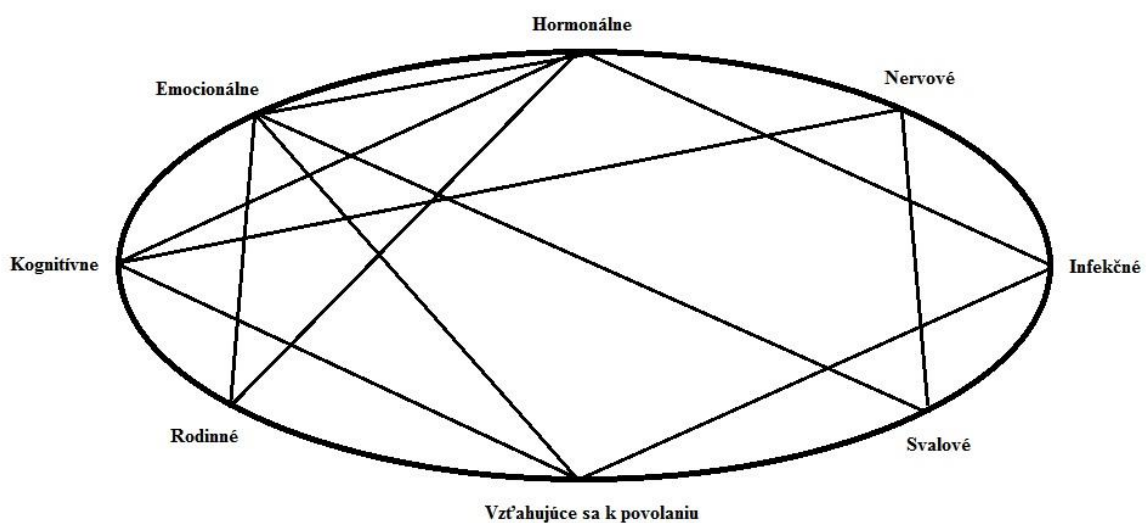
Podľa nášho názoru je však potrebné k takýmto vyjadreniam a záverom podstatne podrobnejší výskum, je nutné byť veľmi opatrní pri prijatí tzv. univerzálnej karcinogénnej osobnosti. Už len uvedomením si značných rozdielov medzi pacientami a pacientkami s rôznymi diagnózami rakoviny nás vedie k poznaniu, že je pravdepodobne nemožné dospieť k jednotným výsledkom. Je to však nevyhnutné vzhľadom na určenie základných cieľov ich možného uzdravenia a zapojenia do normálneho života a tak zabezpečiť zlepšenie kvality života ich v súlade s definíciou WHO, kedy zdravý človek v zmysle tejto definície je ten, ktorý sa nachádza v úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohode.

Súčasný prístup považujú dualitu somatických a psychických vplyvov pri vzniku choroby za zastarané. V súčasnosti dominuje model založený na somatických a psychodynamických štúdiách pacientov, ktorí trpia chronickými chorobami, medzi ktoré je možné zaradiť aj onkologické choroby.

A. O. Faleide, L. B. Lian, E. K. Faleide (2010) prišli s domnienkou, že psychosomatické ochorenia sú spôsobené skratovým odklonením (z ang. shunt-a-shurcut“ v slov. skrat cez skratku) toho, čo sa deje v emocionálnom živote do somatickej oblasti. Ide o to, že „emócie sú nesprávne zakódované a umiestnené do bludného kruhu namiesto toho, aby boli správne rozoznané, identifikované, zhodnotené a pochopené“ (s. 25). Tieto emócie potom podnecujú somatické reakcie v nevhodný čas a v nebezpečnej forme, v dôsledku čoho tela stráca možnosť správne poznať a odkryť podnety. Následne dôjde k tomu, že sa nevie rozhodnúť, akú odpoveď na dané emócie má dať.

Nie menej nezaujímavý je interfaktoriálny model choroby podľa Taylora (1980, in: Faleide 2010) poukazujúci na okruh faktorov, kde jeden má vzťah k druhému, utvárajúci podklady na terapiu na základe psychobiosociálneho modelu.

Obrázok č. 1



Pesimizmus vs optimizmus v hľadaní spoločných vlastností osobnosti u chronicky chorých

Z uvedeného sa zdá a je cítiť akýsi optimizmus v prevencii, ktorá by mohla byť doménou sociálnych pracovníkov, pri nájdení a vyšpecifikovaní určitých relatívne stálych osobnostných črt, ktoré by mohli byť akousi zárukou pre terapiu onkologicky chorých klientov a klientky. No zdá sa, že je mnoho odborníkov, ktorí varujú pred prílišným optimizmom. Wirshing a Wirshing (1981, in: Faleide 2010) upozorňujú, že utrpenie, ktorým prejde onkologický pacient a pacientka je obyčajne také silné, že maskuje osobnostný profil pacientov a pacientok a pôvodný obraz osobnosti je potom následne k nerozpoznaniu. Nádej dávajú do rozpoznania sociálnych vzťahov, ktoré môžu byť pre nás, sociálnych pracovníkov a pracovníčky zaujímavé ako základný východzí bod pre prípadnú socioterapiu.

- Rodina onkologicky chorého klienta a klientky je obyčajne založená na zakorenených systémoch fungovania, ktoré ťažko podliehajú zmene a tým aj vývoju.
- V rodine sú veľmi silné vzťahy medzi členmi rodiny až také silné, že individuálna samostatnosť je slabá.
- Rodina onkologického klienta alebo klientky robí všetko pre to, aby sa vyhla konfliktom. Schopnosť tvorivo riešiť problémy a konflikty je výrazne znížená. Dovoľené sú len pozitívne emócie.
- Altruizmus jednotlivých členov rodiny je veľmi výrazná, nakoľko najdôležitejšou rodinnou hodnotou je dávať a nie brať.
- Veľké množstvo neriešených konfliktov je potlačovaných, odsúvaných na vedľajšiu koľaj alebo majú podobu zakázanej témy (tabu).

Túto skutočnosť obhajuje aj Minuchin (1978, in: Faleide 2010), ktorý dokonca tvrdí, že to je zákonité hlavne v rodinách leukemicky chorých detí, ale aj u iných chronických chorôb, akými sú anorexia, astma a pod.

C-systém zvládania ťažkostí

Do súčasnosti, ako sme uviedli vyššie, bola známa takzvaná C osobnosť s tým, že sa model sústredil na vymenovanie takzvaných rizikových osobnostných črt a vlastností, ktoré potenciálne môžu byť akýmsi predpokladom na vznik karcinómu. V súčasnosti sa dostáva do popredia tzv. C-systém zvládania ťažkostí (c-coping style) na ktorý upozornili Temshok aj Baltrusch (1988, in: Faleide 2010), v 90-tych rokoch minulého storočia.

Hlavnými charakteristikami tohto C-systému zvládania sú:

- snaha byť záchrancom,
- domnienka o vlastnom výbornom zdraví,
- snaha vyhýbať sa konfliktom,
- snaha nevyjadrovať za žiadnu cenu negatívne emócie,
- nadmerná snaha spolupracovať s druhými ľuďmi,
- neistota,
- snaha podriaďovať sa druhým,
- snaha mať vyššiu mieru subjektívne hodnotenej sociálnej adaptácie a úzkosti (s.171-172).

Aj D. Bransfeld (1998) sa domnieva, že **spôsob zvládania ťažkostí**, teda kto a ako berie svoj život a z neho vyplývajúce rôzne životné situácie je práve to, čo je špecifické u onkologicky chorých ľudí. Je zrejmé, že na tom sa zhodne prevažná väčšina odborníkov – psychoonkológov – to má byť **ústredná téma skúmania v osobnosti onkologického pacienta a pacientky**. Jeho sociálne vzťahy a z toho vyplývajúce konflikty, ich (ne)riešenie,

spôsob nazerania na problémy, ktoré privádzajú našich potenciálnych klientov a klientky do situácii, ktoré môžu byť „spúšťačom“ onkologických ochorení by mohlo byť doménou vednej disciplíny, ktorú by sme radi nazvali socioonkológia. Jej cieľom, náplňou sa budeme venovať v ďalších vedeckých štúdiách.

Zoznam bibliografických odkazov

BRANSFELD, D. et al., 1998. Coping among blacks and whites with cancer. Presented at the 7th International Symposium on Biobehavioral Oncology in Milano, Italia 1998.

FALEIDE, A. O., L. B. LIAN a E. K. FALEIDE, 2010. *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2864-3.

KOHOUTEK, R., 2007. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4434-0.

ŽIAKOVÁ, E. et al., 2008. *Osamelosť ako sociálny a psychologický jav. Prežívanie osamelosti vo vybraných sociálne rizikových skupinách*. Prešov: FF PU. ISBN 978-80-8068-731-1.

Kontakt na autora

Prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ
Moyzesova 9, 040 59 Košice
eva.ziakova@upjs.sk

Bio-psycho-sociálno-spirituálne aspekty zvládania onkologických ochorení

Kočišová Agnesa (SR) – Žiaková Tatiana (SR)

Príspevok vznikol v rámci riešenia vedeckovýskumnej úlohy VEGA1/0230/15 s názvom „*Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok.*“

Abstrakt: *Autorky v príspevku prezentujú problematiku zameranú na bio-psycho-sociálno-spirituálne aspekty zvládania onkologických ochorení. Podľa štatistických údajov má incidencia zhubných nádorov v Slovenskej republike v posledných desaťročiach vzostupný trend. Autorky sa zameriavajú najmä na terapiu zameranú na riešenie problémov, ktorej hlavným cieľom je pomôcť zlepšiť schopnosť pacientov zvládať stres, čo môže viesť k zvýšeniu celkovej kvality ich života. Bio-psycho-sociálno-spirituálny model človeka pri zvládaní onkologických ochorení predpokladá nutnosť liečebného pôsobenia vo všetkých jeho dimenziách, pričom spolupráca pracovníkov pomáhajúcich profesií vrátane sociálneho pracovníka je bezpodmienečne nutná.*

Kľúčové slová: *Onkologické ochorenia. Coping. Copingové stratégie. Sociálny pracovník. Sociálna práca v onkologickej praxi.*

Abstract: *Authors in this paper presented the bio-psycho-socio-spiritual aspects of coping with cancer disease. According to the latest statistical findings the number of patients suffering from malign tumors has consider ably increased in the past ten years. The authors focuses mainly on therapy to address the problems whose main objective is to help improve the ability of patients to cope with stress, which can lead to an increase in overall quality of life. In the treatment of oncological disease sone has to fully respect the bio-psycho-socio-spiritual model of human beings and apply a complex approach not only in medical treatment but also in effective cooperation with medical, paramedic personnel which includes social workers as well.*

Keywords: *Cancer. Coping. Coping strategies. Social worker. Social work in oncological practise.*

Úvod

V súčasnosti sú celosvetovo vedúcou príčinou úmrtí podľa štatistík Svetovej zdravotníckej organizácie *chronické neprenosné ochorenia* (CHNO, *angl. noncommunicable diseases*), ktoré pokrývajú širokú škálu zdravotných problémov; v roku 2012 pritom z celkového počtu 56 miliónov úmrtí na celom svete bolo 38 miliónov (68 %) zapríčinených chronicky neprenosnými ochoreniami. So zvyšovaním dopadu CHNO a starnutím populácie sa očakáva, že každoročne budú úmrtia nimi podmienené na celom svete stúpať, pričom najvyšší nárast sa očakáva v regiónoch s nízkymi a strednými príjmami. Svetová zdravotnícka organizácia medzi päť hlavných CHNO zaraďuje kardiovaskulárne ochorenia, onkologické ochorenia, diabetes, chronické respiračné ochorenia a poruchy mentálneho zdravia (Repková, Sedláková 2014).

V Slovenskej republike po kardiovaskulárnych ochoreniach sú druhou vedúcou príčinou smrti onkologické ochorenia, pričom tieto majú neustále stúpajúcu tendenciu. Liečba rakoviny sa zameriava predovšetkým na ošetrovaciu liečbu, na predĺženie života, avšak súčasne aj na zlepšenie kvality života pacientov s onkologickým ochorením.

Adaptívne a neadaptívne stratégie zvládania záťažových situácií

Pri dlhodobom pretrvávajúci záťažových situácií, ktoré nie sú prekonávané, môže dôjsť k výrazným zmenám v zdraví a v prežívaní človeka. Aby jedinec takýmto zmenám predchádzal, je potrebné, aby bol schopný záťažové situácie účinne zvládať. Proces hľadania možností, ako sa s problémom najúčinnejšie vyrovnáť, nazývame zvládanie (*angl. coping*) a vnímame ho ako schopnosť človeka adekvátne sa vyrovnáť s nárokmi, ktoré sú naňho kladené, prípadne ako schopnosť zvládať aj nadlimitné záťažové situácie.

Záťažové situácie sú v odbornej literatúre uvádzané ako situácie každodenného života vyžadujúce vyvinutie nezvyčajnej či zvýšenej aktivity alebo prispôsobenia sa, v ktorých človek nevystačí s predchádzajúcimi schémami myslenia a konania, ale musí pretvárať staré zvyklosti. J. Kredátus (2001, in: Žiaková, Čechová, Kredátus 2001) z hľadiska vzťahov medzi človekom a záťažovými situáciami rozlišuje päť nasledovných typov uvedených situácií.

1. **Neprimerané úlohy a požiadavky** považuje uvedený autor za najčastejší typ situácií, ktoré vyvolávajú psychickú záťaž za bežných podmienok a okolností života, pričom súvisia s telesným a duševným prepracovaním. Na človeka kladú kvalitatívne viac nárokov, ako je rozsah jeho telesných a duševných síl, ich rozsah nie je možné v danom časovom úseku alebo pre nedostatok informácií zvládnuť.
2. **Problémové situácie** predstavujú taký typ záťaží, ktorý sa neviaže ku kvalite požiadaviek na človeka, ale k ich štruktúre alebo k štruktúre podmienok, za ktorých sú úlohy plnené.
3. **Frustrujúce situácie** reprezentujú také typy psychických záťaží, v ktorých úsilie človeka o dosiahnutie určitého výsledku, cieľa, uspokojenia dôležitej potreby je blokované ťažko prekonateľnými, až neprekonateľnými prekážkami.
4. **Konfliktové situácie** súvisia s procesom rozhodovania, v akom smere má človek konať, pričom konflikt označuje stretnutie rozporných síl, tendencií, medzi ktorými je napätie. Konfliktové situácie vyvolávajú emocionálne napätie pri rozhodovaní sa, ako konať a rozvíjajú sa pri nich úzkosť, strach a zlosť; zvýšené napätie a búrlivý priebeh emócií znížia schopnosť riešiť primeraným spôsobom existujúci konflikt.
5. **Stresové situácie** predstavujú takú psychickú záťaž, ktorá pôsobí na človeka v období realizovania cieľovej činnosti a ktorá narušuje, sťažuje až znemožňuje jej zdarný priebeh. Stresové situácie človek zvládne tým, že sa ich naučí riešiť a ovládať v nich svoje emócie, myslenie a konanie. Podľa autora je výsledkom zvládnutia záťažových situácií uskutočnenie takých riešení, ktorých výsledkom je psychické uspokojenie bez príznakov zvýšeného napätia a negatívnych emócií (Kredátus 2001, in: Žiaková, Čechová, Kredátus 2001).

V súvislosti s problematikou zvládania záťažových situácií rozoznávame v odbornej literatúre viacero pojmov:

- **zdroje zvládania (*coping resources*)** – ide o tie charakteristiky jednotlivca alebo prostredia, ktoré môžu uľahčiť úspešnú adaptáciu;
- **štýly zvládania (*coping styles*)** – tieto odrážajú tendencie jednotlivca reagovať určitým spôsobom, či už z hľadiska času alebo situácie;
- **špecifické úsilie zamerané na zvládanie (*specific coping efforts*)**, ktoré sa týka stratégií využívaných v určitých situáciách;
- **stratégie zvládania (*coping strategies*)** – ide o stabilné dispozičné charakteristiky, s ktorými ľudia vstupujú do záťažových situácií (Carver, Scheier, Weintraub 1989).

Zatiaľ čo stratégie zvládania stresových situácií sú orientované na jedinca a špecifickú situáciu, pri vymedzení vzťahu *stratégie správania – náročné životné situácie* vystupuje do popredia podstatný moment interakcie jedinca a sociálneho prostredia. Náročné životné situácie sú chápané ako situácie, ktoré sú subjektívne vnímané ako kritické, ale zároveň je

položený zvýšený dôraz na prítomnosť vzájomných sociálnych vzťahov subjektov, teda akcentuje sa sociálny rozmer týchto situácií (Frankovský 2011).

Stratégiám zvládania, vnútorným a vonkajším zdrojom riešenia a zvládania ako aj možnostiam *intervenčných programov* sa dlhodobo venujú napr. A. M. Nezu et al. (2004), V. Tschushke (2004), G. Angenendt et al. (2007), M. Bratská (2001, 2004), K. Paulík (2010) a mnohí ďalší. Autori R. S. Lazarus a S. Folkman (1984, in: Bratská 2001) v monografii *Stress, appraisal and coping* zaraďujú rôzne stratégie zvládania do dvoch základných skupín:

- *zvládanie zamerané na problém* – človek sa zameriava na situáciu (problém), pričom sa snaží hľadať spôsoby, ako ju zmeniť alebo ako sa jej v budúcnosti vyhnúť;
- *zvládanie zamerané na emócie* – človek sa zameriava na zmiernenie prežívaných emócií v stresovej situácii, pričom k zmene situácie nemusí dôjsť.

Ako dysfunkčné reakcie na záťažové situácie sa v odbornej literatúre uvádzajú tzv. *únikové stratégie*, pri ktorých dochádza predovšetkým k snahe o únik a k vyhnutiu sa záťažovej situácii, napr. únik do denného snenia, k alkoholu, drogám, chorobe a ktoré sú sprevádzané prežívaním úzkosti, nepokoja, strachu a pod.

P. Hartl a H. Hartlová (2000) v súvislosti so zvládaním uvádzajú základné nižšie uvedené triedenie: na *zvládanie adaptívne* (využitie stratégie na prekonanie situácie sa pritom ukazujú ako úspešné) a na *zvládanie neadaptívne* (vyznačujúce sa neúčinnými postupmi, ktoré majú za následok neúspech) s nižšie uvedenými priradenými stratégiami.

1. zvládanie adaptívne (*adaptive coping*):

a. *stratégie behaviorálne* – základ tvoria prostriedky, ktoré zmierňujú naliehavosť a závažnosť dopadu problému, napr. nácvikom relaxácie, telesným cvičením, vybijaním hnevu vo výbušnom športe, hľadaním psychickej opory v sociálnom okolí a pod.;

b. *stratégie kognitívne* – zahrňujú techniky, ktoré najčastejšie spočívajú v prehodnotení situácie, znížení významu problému, vytesnenie problému z vedomia, spolu so zmenou hierarchie hodnôt;

c. *stratégie rozptyľujúce* – realizovanie príjemných činností, ktoré umožňujú ulaviť si od ťaživých pocitov a zvyšujú pocit, že je jedinec schopný ovplyvňovať priebeh udalostí.

2. zvládanie neadaptívne (*maladaptive coping*):

-najčastejším prípadom sú konfrontačné spôsoby riešenia následkov agresiou, neprimeraným riskovaním, nerealistickými plánmi, únikom z reality:

a. *ruminačné stratégie* – spočívajú v uzatvorení sa do seba, neustálym premieľaním problému, trápením sa;

b. *vyhýbavé stratégie* – spočívajú v opíjaní sa, v hazarde, v útokoch na druhých, v snahe zmeniť neprijemnú náladu akýmkoľvek, i nebezpečným rozptýlením.

J. Křivohlavý (2002, 2006, 2009) ďalej uvádza pojem *anticipované zvládanie* (*anticipatory coping*), pričom podľa autora ide o procesy, ktoré prebiehajú predtým, než sa človek dostáva do ťažkej situácie. Ide o prípravu nielen myšlienkovú, ale aj emocionálnu a vôľovú, o prípravu vhodných stratégií, budovanie zdrojov síl, vytváranie špecifických zručností, plánovanie efektívnych aktivít, vyhýbanie sa určitým činiteľom, ktoré záťaž zvyšujú, tréning určitého postupu, ktoré zvyšujú odolnosť a nádej na zvládnutie ťažkostí. Pojem *hardiness* (*nezdolnosť, tuhosť, tvrdosť, odolnosť*; z *anglického slova hard – tvrdý, pevný, odolný, húževnatý, zdatný*) zaviedla S. C. Kobasová (1979, in: Bratská 2001) Nezdolnosť predstavuje ľudský zdroj predisponujúci tvrdo bojovať (vlastným úsilím) s ťažkosťami, s ktorými sa v živote stretávame. Koncepcia *hardiness* sa vymedzuje ako osobnostná charakteristika pozostávajúca z troch navzájom úzko spätých osobnostných črt: *ovládanie diania* (vnímanie možností zvládania ťažkostí a pod.), *odovzdanosť, oddanosť*,

osobná angažovanosť (hlboké vzťahy k hodnotám a ľuďom iniciujú vlastnú angažovanosť) a *výzva* (spočíva v pochopení úloh ako výzvy, ktorú prijímame). Pod *resilienciou* rozumieme nezdolnosť, húževnatosť a súhrn takých činiteľov, ktoré človeku pomáhajú prežiť v nepriaznivých podmienkach, v strese, osamelosti, v dysfunkčnej rodine, pri bolestivej chorobe a pod. Deti aj dospelých je možné viesť k pozitívnym postojom a optimistickému prístupu k situácii, a tým zmierniť jej dôsledky aj vtedy, pokiaľ ich nie je možné odstrániť. K takým činiteľom patria predovšetkým: zdravé sebaaponímanie a sebaúcta, schopnosť sociálnej interakcie, kritické myslenie a schopnosť odolávať nátlakom. Nezdolní ľudia majú kontrolu nad svojím životom, angažujú sa počas svojho života a stimulujú ich aj také udalosti, ktoré by pre iných mohli znamenať ohrozenie.

Bio-psycho-sociálno-spirituálne aspekty zvládania onkologických ochorení

V efektívnosti liečby rakoviny došlo k výrazným pokrokom v medicíne a v súčasnosti je možné mnoho typov rakoviny úspešne vyliečiť; vďaka pokroku lekárskej vedy je možné dobre zvládnuť rozsiahle liečebné potreby onkologicky chorých, často sa však prehliadajú ich potreby psychosociálne a emočné. Pretože rakovina vyvoláva mnoho stresorov a môže viesť k závažnému obmedzeniu kvality života, môže sa takmer každá stránka života človeka zmeniť. Je zrejmé, že nie každý človek s diagnostikovanou rakovinou sa stretne s celým spektrom problémov, väčšina pacientov však závažné ťažkosti udáva; tieto problémy môžu byť povahy intrapersonálnej, sociálnej alebo sa jedná o problémy pacienta vo vzťahu s jeho okolím.

V súvislosti s pomocou pacientom pri zvládaní rakoviny A. M. Nezu et al. (2004) uvádzajú, že v priebehu posledných desaťročí množstvo výskumov preukázalo vplyv závažných negatívnych udalostí v živote na vznik psychického *distresu*; patria sem napr. rozvod, smrť člena rodiny, strata zamestnania, vážna dopravná nehoda alebo chronická choroba. Skúsenosť s rakovinou je možné považovať za závažnú negatívnu životnú udalosť, ktorá často vyvoláva *distres* a znižuje kvalitu života. Závažné stresujúce udalosti často spôsobujú aj väčší výskyt menej významných udalostí, neprijemností alebo každodenných problémov, s ktorými je taktiež potrebné sa vyrovnávať. Z uvedeného vyplýva, že okrem zjavných zdravotných ťažkostí môže onkologické ochorenie vyústiť v nespočetné množstvo závažných vedľajších problémov, ako sú finančné ťažkosti, pocity izolácie, osamelosti, problémy v rodine, depresia, úzkosť alebo problémy v práci. Závažné životné udalosti a každodenné problémy sa navzájom ovplyvňujú a pacienti a pacientky sú pritom nútení zvládať náročné chronické dôsledky rakoviny a jej liečby, ktoré postihujú všetky oblasti ich života: telesnú, duševnú, sociálnu aj pracovnú, a sú nútení hľadať nové *efektívne stratégie ich zvládania*.

O. Dostálová (1993, 2004) uvádza súhrn nasledovných psychosociálnych faktorov významných u rakoviny, ktoré môžu mať vzťah ku vzniku tohto ochorenia a ktoré boli popísané rôznymi bádateľmi.

- **Traumatické zážitky z detstva, predovšetkým strata blízkych osôb.** V detstve môže byť traumatickým zážitkom i sklamanie detskej dôvery dospelými, ktorí ťažia z nadradeného nad dieťaťom. To môže byť dôvodom k celoživotnej neistote, k predčasnej strate ideálov a nedôvere k ľuďom, ktoré činia človeka osamoteným.
- **Neskoršie straty blízkych osôb.** Pokiaľ nadväzujú na bolestný zážitok z detstva, zasiahnu človeka ďalšou ranou na nezahojenom mieste. Strata milovaného partnera je rovnako ťažká ako strata dieťaťa.
- **Kancerofóbia** (nadmerný strach z ochorenia na rakovinu). Vyskytuje sa u príslušníkov „*karcinomových rodín*“ alebo u tých, ktorí prišli v priebehu života do bližšieho styku s chorým, trpiacim na rakovinu. Nie je vylúčené, že časté premýšľanie o týchto negatívnych zážitkoch a trvalý strach by mohli pôsobiť ako *stresogénny podnet*.

- **Strata koncepcie vlastného života.** Do tejto skupiny patrí:
 - a. *Strata ilúzie manželského vzťahu* - častejšia je u žien; túto situáciu stretávame u veľkej skupiny žien s rakovinou prsníka.
 - b. *Strata spoločenského uplatnenia – kariéry*, ktorá je častejšia je u mužov. Muž stráca pocit sebaúcty a neguje vstupom do choroby sám seba, akoby symbolicky sa trestá.
 - c. *Sklamanie z detí* – napr. odchod do cudziny, negativizmus voči rodičom, hrubosť, vychýlená životná dráha.
- **Strata zmyslu života**, ktorá sa prejavuje predovšetkým nedostatkom záujmu, ale aj nedostatkom interpersonálnych vzťahov, alebo ich obmedzením a zoslabením pocitu spolupatričnosti k spoločnosti.
- **Odmietnutie riešenia životnej situácie a únik z trvalej tenzie.** Chorý si robí dlhú dobu násilie pri prevádzaní činnosti, ktorá je mu proti mysli, alebo je mu odrazu bránené v spôsobe života, ktorý mu vyhovoval.
- **Finančná záťaž.**

Zvládaniu onkologických ochorení a možnostiam zvyšovania kvality života onkologicky chorých sa v zahraničnej a odbornej literatúre dlhodobo venujú napr. A. M. Nezu et al. (2004), V. Tschushke (2004), G. Angenendt et al. (2007), O. Dostálová (1993, 2004), E. Žiaková (2001, 2015), M. Mesárošová et al. (2007), A. Kočišová (2012, 2013), A. Kočišová a K. Šiňanská (2014), E. Žiaková, A. Kočišová, M. Wagnerová (2015) a pod.

C. S. Carver, M. F. A. Scheier a J. K. Weintraub (1989) formulovali vlastný model behaviorálnej sebaregulácie založený na predpoklade, že ak ľudia očakávajú pozitívny výsledok svojho snaženia, tak toto očakávanie vyvolá zvýšené úsilie na dosiahnutie cieľa. Naopak, ak je toto očakávanie negatívne, potom dochádza k oslabovaniu snahy cieľ dosiahnuť, prípadne až jej prerušeniu. Uvedení autori pritom uviedli pätnásť stratégií zvládania zaradených do troch hlavných kategórií (orientácia na problém, orientácia na emócie a orientácia na únik) a to: aktívny coping, plánovanie, prekonávanie konkurujúcich aktivít, sebaovládanie, hľadanie inštrumentálnej sociálnej opory, hľadanie emočnej sociálnej opory, pozitívna reinterpretácia a rast, popieranie, akceptácia, náboženstvo, zameranie sa na emócie a ich prejavenie, behaviorálne vypnutie (neangažovanie), mentálne vypnutie, užívanie alkoholu alebo drog, humor. Na základe uvedeného v roku 1989 vytvorili Dotazník stratégií zvládania The full COPE a neskôr v roku 1997 jeho modifikovanú skrátenú verziu Brief COPE obsahujúcu 28 položiek zoskupených do štrnástich oblastí: aktívne zvládanie, plánovanie, pozitívna reinterpretácia, akceptácia, humor, religiozita a spiritualita, využívanie emocionálnej opory, využívanie inštrumentálnej sociálnej opory, sebarozptýlenie, popretie, ventilovanie, používanie drog, odangažované správanie a sebaobviňovanie. Respondenti sa v uvedenom dotazníku môžu vyjadriť na škále s číselnou stupnicou od 1 do 6 s prisúdenými verbálnymi kotvami: 6–úplne sa na mňa hodí, 5–veľmi sa na mňa hodí, 4–trochu sa na mňa hodí, 3–trochu sa na mňa nehodí, 2–veľmi sa na mňa nehodí a 1–vôbec sa na mňa nehodí (Carver, Scheier, Weintraub 1989; Carver 1997).

Uvedený dotazník bol využitý aj autorským kolektívom vo výskumnej štúdií zameranej na rozdiely v najčastejších stratégiách využívaných medzi pacientkami s benígnym ochorením prsníka (n = 48) a pacientkami s malígnym ochorením na rakovinu prsníka (n = 71), ktoré boli hospitalizované na gynekologickom a onkologickom oddelení pre rakovinu prsníkov Košickom kraji (Mesárošová et al. 2007). Zistenia autorského kolektívu ukázali, že pacientky s rakovinou prsníkov využívali ako najfrekvencovanejšiu stratégiu akceptáciu choroby, kým pacientky s benígnym ochorením preferovali aktívne zvládanie. Medzi najdôležitejšími stratégiami z hľadiska častosti ich využívania boli u pacientok s rakovinou tiež aktívne zvládanie, vyhľadávanie emocionálnej a inštrumentálnej opory, plánovanie a používanie sebarozptýľujúcich konkurenčných aktivít na odpútavanie pozornosti od

choroby. Patientky s benígnym ochorením používali najviac stratégiu aktívneho zvládania, vyhľadávajúce emocionálnej a inštrumentálnej opory, ako aj plánovanie. Najmenej často využívanými stratégiami boli zvládanie pomocou drog, neangažovaného správania a humoru u oboch skúmaných skupín pacientok. Ďalej bolo zistené, že stratégia prijatia ochorenia v skupine pacientok s malígnym ochorením prsníkov bola spojená s vyšším stupňom pozitívnych citov a naopak, s nižšími obavami z návratu ochorenia. Patientky s malígnym ochorením, ktoré svoje ochorenie zvládali pomocou emocionálnej opory, považovali svoje ochorenie za prínosnejšie pre svoj ďalší osobnostný rast a život. Pri záverečnej sumarizácii teoretických poznatkov a výskumných zistení autori uviedli, že zhruba tretina respondentiek hodnotila svoju chorobu a životnú situáciu síce za zvládnuteľnú, ale s veľkými problémami a obrovským úsilím; táto skupina pacientok si podľa autorov v priebehu diagnostikovania a liečby vyžaduje psychologickú pozornosť, ako zo strany školených psychológov, tak aj zo strany medicínskeho personálu.

Závažné a rozsiahle psychosociálne problémy, s ktorými sa onkologicky chorí stretávajú najskôr v období diagnostikovania ochorenia a následne v priebehu liečby a rôznych terapií, popisujú manželia A. M. a C. Nezuoví et al. (2004), pričom v uvedenej publikácii zároveň predstavujú autorským kolektívom vypracovanú *terapiu zameranú na riešenie problémov*. Základ uvedenej terapie pre pacientov s rakovinou sa opiera o sprostredkujúcu a zmiernujúcu rolu, ktorú schopnosť riešenia problémov všeobecne zohráva vo vzťahu medzi záťažou a zvládaním záťaže. Schopnosť pacientov rozhodovať sa a úspešne zvládať problémy, ktoré so sebou stres prináša, im pomáha predchádzať depresii, úzkosti a iným príznakom distresu. Autori popisujú problémy ako špecifické životné situácie, ktoré vyžadujú špecifické reakcie, inak narušia adaptáciu a fungovanie jednotlivca, ak nie sú schopní v dôsledku prítomnosti rôznych prekážok efektívne reagovať; riešenie problémov popisujú ako proces, ktorý vedie k porozumeniu povahy problémov v živote a prostredníctvom ktorého je možné zamerať svoje úsilie o zvládanie za zmenu problematickej povahy situácie alebo na zmenu svojich reakcií. *Efektívne riešenie problémov* popisujú ako také reakcie na problémy a záťažové situácie, ktoré vedú nielen k dosiahnutiu stanovených cieľov, ale súčasne tiež maximalizujú ďalšie pozitívne dôsledky a minimalizujú negatívne dôsledky. Autori predstavujú uvedené riešenie problémov ako „proces“ pozostávajúci z piatich čiastkových a vzájomne sa ovplyvňujúcich zložiek, z ktorých každá výrazne prispieva k výsledku riešenia: *orientácia voči problému, definovanie a formulácia problému, vytváranie alternatív, rozhodovanie a realizácia a verifikácia riešenia*. Rakovinu a s ňou súvisiace zdravotné a psychosociálne problémy označujú za hlavné zdroje stresu, ktoré môžu veľmi negatívne ovplyvniť kvalitu života človeka, pričom za podstatné autori považujú, že čím onkologicky chorí pacienti efektívnejšie uvedené problémy zvládajú, tým väčšia je pravdepodobnosť, že nebudú v závažnej miere trpieť dopadmi stresu. Pozitívne výsledky sú podložené množstvom uverejnených zahraničných štúdií dokazujúcich, dôkazom, že *terapia zameraná na riešenie problémov* predstavuje účinnú intervenciu, ktorá pomáha zlepšovať kvalitu života pacientov s rakovinou.

Záver

Na základe výsledkov mnohých zahraničných i domácich výskumných štúdií bolo potvrdené, že pre onkologicky chorých sa popri fyzických prejavoch ochorenia ako problematické javia najmä nasledovné oblasti: strata výkonu, strata mobility, psychologická adaptácia na novú situáciu v osobných vzťahoch a zvládanie každodenného života. V týchto súvislostiach sa v posledných rokoch zdôrazňuje potreba multidisciplinárneho prístupu k liečbe a k rehabilitácii onkologicky chorých, v rámci ktorého sa popri onkológoch, lekároch špecialistoch, fyzioterapeutoch medzi členmi multidisciplinárneho tímu uvádzajú koordinátor starostlivosti, psychológ, sociálny pracovník ale i ďalší profesijní poradcovia (napr. na

sociálnu problematiku, na výživu a pod.). Súčasný medicínsky prístup vníma človeka predovšetkým ako bytosť bio-psycho-sociálnu s dôrazom na jeho fyzickú stránku, pričom často zabúda na jeho duchovnú stránku; diagnostikovanie a liečba onkologického ochorenia pritom bytostne zasahuje celého človeka a dotýka sa aj jeho vnútorného života. V poslednom desaťročí sa empirické výskumy v psychológii náboženstva zameriavajú stále častejšie na súvislosti spirituality, religiozity so zdravím v jeho širšom chápaní, napr. vplyv religiozity na chorobnosť, na zvládanie záťaže, na kvalitu života, na subjektívnu pohodu a pod. Duchovné aspekty a podiel duchovných síl na uzdravení zdôrazňujú v súčasnej odbornej literatúre viacerí autori, napr. M. Stríženec (2001), A. Slabý (2004 in: Vorlíček a kol., 2004) a pod.; na priaznivý vplyv náboženských životných postojov na zdravie a iné otázky v tomto kontexte poukazuje vo svojich prácach napr. J. Křivohlavý (2002, 2006, 2009) a mnohí ďalší. Ako uvádza M. Stríženec, zvyšuje sa spolupráca vedy a náboženstva, pričom náboženstvo využíva vedecké poznatky a veda zisťuje kladný vplyv náboženstva na zdravie, na prosociálne správanie a taktiež na zvládanie záťažových situácií. Bio-psycho-sociálno-spirituálny model predpokladá komplexnú starostlivosť o onkologicky chorých, pričom sociálna práca je jednou z jeho významných zložiek, keďže uspokojenie sociálnych potrieb priamo pozitívne ovplyvňuje liečebné výsledky. Sociálny pracovník v onkologickej praxi môže pôsobiť v oblasti premostenia medzi klientom a zdravotníckym tímom, pomáhať klientom v prístupe ku zdrojom, v oblasti partnerských vzťahoch, pri zvládaní záťažových situácií súvisiacich s onkologickým ochorením ale najmä pri ich návrate do života po liečbe (Kočišová 2012; Kočišová, Wagnerová, Žiaková 2012; Kočišová, Šiňanská 2014; Žiaková, Kočišová, Wagnerová 2015).

Zoznam bibliografických odkazov

- ANGENENDT, G. et al., 2007. *Praxis der Psychoonkologie*. Stuttgart: Verlag. ISBN 978-3-8304-5316-1.
- BRATSKÁ, M., 2001. *Zisky a straty v záťažových situáciách alebo príprava na život*. Bratislava: Práca. ISBN 80-7094-292-4.
- BRATSKÁ, M., 2004. Zvládanie záťažových situácií v kontexte kvality života. *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: PU. ISBN 80-8068-282-8.
- CARVER, C. S., M. F. A. SCHEIER a J. K. WEINTRAUB, 1989. Assessing coping strategie. A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56, 267-283. ISSN 0022-3514.
- CARVER, C. S., 1997. Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*. 4(1), 92-100.
- FRANKOVSKÝ, M., 2001. Stratégie správania v náročných životných situáciách. In: J. VÝROST a I. SLAMĚNÍK eds.. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada, s. 209-225.
- DOSTÁLOVÁ, O., 1993. *Jak vzdorovat rakovině*. Praha: Grada Avicenum. ISBN 80-7169-040-6.
- DOSTÁLOVÁ O. a J. ŠIKLOVÁ, 2004. Sociální práce v paliativní medicíně, In: J. VORLÍČEK, Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol.: *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0279-7. s. 485-507.
- HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
- KOČIŠOVÁ, A., 2012. Sociálna práca a poradenstvo pri zlepšovaní kvality života onkologicky chorých. I. časť. *Sociálne a politické analýzy*. 6(2), 97-182. ISSN 1337-555.
- KOČIŠOVÁ, A., M. WAGNEROVÁ, M. a E. ŽIAKOVÁ, 2012. Multiodborový prístup ku kvalite života a zmyslu života onkologicky chorých. *Acta chemotherapeutica*. 21(1-3), 169-176. ISSN 1335-0579.

- KOČIŠOVÁ, A. a K. ŠIŇANSKÁ, 2014. Salutoprotektívne faktory a možnosti edukácie, navigácie a poradenstva pri zvyšovaní kvality života onkologicky chorých. In: *Health promotion – Self-care – Risk taking behavior prevention*. Košice: FF UPJŠ. ISBN 978-80-8152-215-4. s. 119-129.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0178-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2006. *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1370-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- MESÁROŠOVÁ, M., A. OSTRÓ, A. GREŠOVÁ, L. SAKSUN a A. KOČIŠOVÁ, 2007. *Psychologické determinanty zvládání onkologických ochorení. Výskum psychosociálnych aspektov rakoviny prsníkov*. Košice: VÚSI. ISBN 978-80-89338-00-9.
- MIZRAHI, T. a E. L. DAVIS eds., 2008. *Encyclopedia of social work*. Oxford: University Press. ISBN 978-0-19-530661-3.
- NEZU, A. M. et al., 2004. *Pomoc pacientům při zvládání rakoviny*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 80-7364-000-7.
- PAULÍK, K., 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2959-6.
- PIERSON, J., M. THOMAS eds., 2010. *Dictionary of social work*. Maidenhead: Open University Press. ISBN 978-033523881-1.
- REPKOVÁ, K. a D. SEDLÁKOVÁ, 2014. *Zdravotné postihnutie a chronické neprenosné ochorenia v medzinárodnom a národnom kontexte*. Bratislava: Kancelária SZO na Slovensku. ISBN 978-80-971845-0-6.
- SCOTT, J., G. MARSHALL eds., 2005. *A dictionary of sociology*. Oxford: University Press. ISBN 978-0-19-860987-2.
- SLABÝ, A., 2004. Duchovní aspekty paliativní medicíny. In: J. VORLÍČEK, Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0279-7. s. 449-456.
- STRÍŽENEC, M., 2001. *Súčasná psychológia náboženstva*. Bratislava: IRIS. ISBN 80-88778-33-6.
- ŠIŇANSKÁ, K., ŠANDLOVÁ, V. 2013. Vyrovňavanie sa so stresom a záťažovými situáciami terénnymi sociálnymi pracovníkmi. In *GRANT Journal*. ISSN 1805-0638.
- TSCHUSCHKE, V., 2004. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-826-0.
- VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VORLÍČEK, J., Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol., 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0279-7.
- ŽIAKOVÁ, E., J. ČECHOVÁ, a J., KREDATUS, 2001. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. Prešov: FF PU. ISBN 80-8068-060-4.
- ŽIAKOVÁ, E., A. KOČIŠOVÁ a M. WAGNEROVÁ, 2015. Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok. *Actachemothérapeutica*. 1-3, 221-226. ISSN 1335-0579.

Kontakt na autorov

PhDr. Agnesa Kočišová, PhD.
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach
Moyzesova 9, 040 59 Košice
agnesa.kocisova@upjs.sk

Mgr. Tatiana Žiaková, PhD.
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach
Moyzesova 9, 040 59 Košice
tana.ziakova@gmail.com

Reziliencia onkologických pacientov

Antónia Sabolová Fabianová (SR) - Eva Žiaková (SR)

Tento príspevok vznikol v rámci riešenia vedeckovýskumnej úlohy Vega 1/0230/15 s názvom „Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klieťok.“

Abstrakt: *Príspevok predstavuje teoretickú analýzu problematiky reziliencie pacientov, ktorí prechádzajú obdobím onkologického ochorenia. Vychádzajúc z vnímania onkologického ochorenia ako záťažovej situácie s chronickým priebehom, považujú autorky za podstatné poukázať na oblasť odolnosti, ako významného faktoru v procese zvládania tejto náročnej životnej situácie.*

Kľúčové slová: *Reziliencia. Onkologické ochorenie. Zvládanie.*

Abstract: *Paper is about a theoretical analysis of the issues resilience patients who are experiencing cancer. Based on the perception of cancer like stress situation of chronic, the author considers it essential to highlight the area of resistance, as a significant factor in the process of coping with this difficult situation.*

Keywords: *Resilience. Cancer. Coping.*

Reziliencia, vnímaná ako odolnosť je súčasťou osobnostnej výbavy každého človeka. Jej aplikácia v záťažových situáciách je však individuálnou záležitosťou, ktorá je závislá od viacerých okolností. Prakticky sa spája reziliencia v súvislosti s prvkami ako sociálna opora, spiritualita, zvládanie, atď., ktoré ju priamo dokážu ovplyvniť. Tento pohľad sme sa rozhodli aplikovať v teoretickej rovine aj v nasledujúcich častiach príspevku, ktorý pojednáva konkrétne o onkologických pacientoch a ich možnostiach odolnosti v procese liečby. Prelínajúc sa poznatkami o rakovine ako o chronickom, stresujúcom onkologickom ochorení, sa venujeme jednotlivým fázam procesu ochorenia, prežívaniu pacienta a potenciálnej podpore, ktorá môže mať v konečnom dôsledku pozitívny vplyv na jeho psychosociálne prežívanie a teda aj odolnosť samotnú.

Rakovina je najobávanejšia zo všetkých lekárskejších diagnóz, zahŕňa viac než sto typov ochorení s rôznymi podobnými črtami. S rastúcou priemernou dĺžkou života v populácii stúpa v priebehu života pravdepodobnosť vzniku ochorenia. Aj keď má rakovina často až mystický nádych a má chronický charakter, pribúda pacientov, pre ktorých sa rakovina stáva vyliečiteľnou. V mnohých prípadoch však bude vždy prítomná hrozba recidívy či zhoršenie pôvodného ochorenia, čo si od chorého vyžaduje veľké nasadenie a zásadné životné zmeny, ktoré budú mať rozmanité dôsledky na spôsob života, a tým aj na jeho kvalitu. Onkologickí pacienti sú teda konfrontovaní s veľkou psychickou záťažou (Mandicová 2011). Táto záťaž je dlhodobá, keďže sa dá konštatovať, že onkologické ochorenie je chronické ochorenie s podstatnými a premenlivými potrebami a problémami ako pre samotného pacienta, tak aj pre jeho blízkych (Papastavrou a kol. 2012). Dôsledkom tejto záťaže je často psychická deprivácia alebo trauma. (Min a kol. 2013)

Elida Evans (1926, in: Faleide 2010), reprezentantka Jungovej psychoterapeutickej školy, bola jedna z prvých, ktorá formulovala psychosomatickú teóriu rakoviny. Vo svojej práci naznačila, že pravdepodobnou hlavnou príčinou, že sa u niekoho objaví rakovina je jeho nemožnosť verejne vyjadriť zlosť a hnev. Wully Meyer (1931, in: Faleide 2010), radiológ žijúci v USA, sa tiež domnieval, že rakovina je podmienená sociálnym a emocionálnym stresom, ktorý ovplyvňuje biochemické dianie v organizme a koncentráciu solí v sére. Najvýraznejšími bádateľmi, ktorí v druhej polovici dvadsiateho storočia viedli diskusiu, ktorá

sa týkala podielu psychosociálnych faktorov pri vzniku rakoviny, boli Grossarth – Maticek (1984, in: Faleide 2010) a Eysenck (1988, in: Faleide 2010).

Onkologické ochorenie často zastihuje jedincov nepripravených. Chorý pociťuje svoju bezmocnosť, ohrozenie, má strach z vyšetovania, dôsledkov liečby, obáva sa bezmocnosti, straty dôstojnosti, inkontinencie, straty intimity a závislosti na druhých pri uspokojovaní intímnych potrieb. Trpí strachom zo smrti, častokrát sa objavuje beznádej, ktorá je silným prediktívnym faktorom suicidálneho konania a koreluje s ním viac ako depresia (Weiss 2010). Mnoho pacientov s nádorovým ochorením trpí klinicky relevantnými príznakmi emocionálnej úzkosti, čo nie len že podstatne znižuje kvalitu ich života, rovnako ale potenciálne narúša dodržiavanie liečby. Je preto dôležité sledovať a usmerňovať aj emocionálnu stránku procesu liečby (Min 2010).

Rakovina spôsobuje teda akútny stres. Je tomu tak vo chvíli, kedy sa pacient dozvie, čo mu je, taktiež pri relapsoch a v obdobiach, kedy sa zdravotný stav postupne nezadržitelne zhoršuje. Je tomu tak aj kvôli faktu, že budúcnosť je ťažko predvídateľná a neistota pacientovi k pokoju nepridá. Prispieva k tomu aj podvedomie, aké je celkové východisko celého procesu choroby, taktiež aj bolestivé zákroky a negatívne sociálne dôsledky choroby, ale aj komplikácie, ku ktorým dochádza (Faleide 2010).

Ak vnímame onkologické ochorenie nie len ako ochorenie biologické, ale berieme do úvahy aj pôsobiace psychosociálne faktory, je potrebné vedieť aj jednotlivé štádia ochorenia a ich prežívanie aj z pohľadu potenciálnej možnosti pomoci (vo všetkých štádiách ochorenia by mal mať pacient možnosť dosiahnuť na akúkoľvek z psychologických pomoci).

- Zistenie diagnózy - pacient prežíva akútny smútok, zlosť hnev, depresiu. Znižuje sa schopnosť koncentrácie, dochádza k psychomotorickému spomaľovaniu, poruchám spánku aj strate celkovej motivácie. V jeho správaní si môžeme všimnúť bagatelizovanie vážnosti ochorenia, odmietanie liečby ako aj bezpredmetné hľadanie iných možností, overovanie diagnózy. Podpora v tejto fáze spočíva v podávaní upresňujúcich informácií, ponúknutiu individuálnej psychologickéj pomoci zameranej na podporu autosanačných vyrovnávacích mechanizmov, v prípade potreby aj psychofarmakologickú podporu.
- Liečba - v tejto fáze podpora pacienta spočíva najmä v priebežných informáciách pacienta o ochorení, efekte a priebehu liečby a aktívna podpora snahy pacienta o zlepšenie stavu. V prípade ak má odborník pocit, že pacient si svojpomocným konaním škodí, je potrebné pacientovi jasne vymedziť možnosti.
- Zotavovanie - v tomto období pacient dúfa vo vyliečenie, zároveň sa obáva možnej recidívy. Často máva problém prispôbiť sa obmedzeniam v súkromnom a pracovnom živote. Dôležité je, rovnako ako aj v iných fázach, dostatočne pacienta informovať.
- Recidíva - u pacienta sa objavujú podobné reakcie ako pri zistení diagnózy. Odborník by mal ponúknuť informácie a doporučenie týkajúce sa ďalších liečebných postupov, môže pokračovať individuálna psychoterapeutická pomoc, vhodná je skupinová psychoterapia zameraná predovšetkým na zmiernenie pocitu izolácie.
- Terminálne - paliatívne opatrenie - v starostlivosti o umierajúceho pacienta je dôležité zachovať čo najvyššiu kvalitu života a dobrý emocionálny stav, a to najmä dostatočným tlmením bolesti a kontrolou vedľajších účinkov liečby. Je potrebné s pacientom a jeho blízkymi hovoriť o možnostiach a okolnostiach umierania v nemocnici, hospici či doma (Cibula 2008).

Liečba a postup rakoviny sa líši v závislosti od typu a štádia onkologického ochorenia. Medzi hlavné možnosti liečby patrí chirurgické odstránenie nádoru, chemoterapia a ožarovanie (Caltabiano 2012). Ak je pacient dostatočne a primerane informovaný o chorobe a možných spôsoboch liečenia, táto informovanosť dokáže znižovať mieru úzkosti. Preto je

dôležité, ako bolo spomenuté v jednotlivých štádiách, aby onkologickí pacienti dostávali od zdravotníckeho tímu, ktorý sa im venuje, čo najvyššiu mieru pre nich vhodných informácií, a to ako o tom, čo sa s nimi deje, tak o tom, čo sa s nimi bude diať pri nasledujúcej onkologickej liečbe (Faleide 2010).

Pacienti totiž prechádzajú tiež obdobím adaptácie na onkologické ochorenie, teda piatimi štádiami dlhodobého procesu popísaného Kübler – Rossovou. (Weiss 2010) Medzi faktory ovplyvňujúce psychologickú adaptáciu na onkologické ochorenie patria postoje spoločnosti, osobnostné predispozície a podpora okolia a samotný charakter ochorenia jeho liečby. Hlavnými prediktormi zlého vyrovnávania sa s ochorením sú:

- sociálna izolácia,
- nízke socioekonomické postavenie,
- abúzus alkoholu alebo drog,
- psychiatrická anamnéza,
- predchádzajúca skúsenosť s ochorením (napr. smrť príbuzného)
- nedávna bolestná strata,
- malá pružnosť a rigidita v schopnosti adaptácie
- pesimistický prístup k životu,
- absencia viery alebo hodnotového systému, podľa ktorého sa pozerá na život a smrť,
- veľa záväzkov (Cibula 2010).

Je potrebné ale rešpektovať aj tzv. zdravé prežívanie choroby - pacient prechádza štádiami pri vyrovnávaní sa s chorobou a je potrebné rozpoznať, kedy stačí poskytnúť dostatok času a priestoru k vyrovnaniu sa s chorobou, kedy pacient vykazuje symptómy psychickej poruchy, ktoré sú dôsledkom skôr onkologickej liečby, a kedy už je potrebné prizvať k starostlivosti o pacienta klinického psychológa či psychiatra (Cibula 2010).

Elizabeth Kübler – Rossová popísala proces, v ktorom sa tieto štádiá nemusia prebehnúť všetky alebo v uvedenom poradí, môžu sa prelínať, striedať, vracieť. Ide o fázy:

- šok - táto fáza sa vyznačuje pocitmi zmätku, bezradnosti, úzkosti,
- popretie a izolácia - pacient sa snaží od skutočnosti uniknúť alebo ju popiera,
- obdobie zlosti a negativizmu - pacient zažíva pocity krivdy a nespravodlivosti, že choroba postihla práve jeho. obdobie je charakteristické aj útočnosťou na okolie,
- depresia - s definitívnym pochopením, že choroba je nevyliciteľná, sa objaví smútok z utrpenej a hroziacej straty,
- akceptácia - prijatie nevyliciteľnosti choroby ako novej životnej situácie, ku ktorej musí zaujať pacient nový životný postoj (Andrášiová 2008).

Každá táto fáza zvládania rakoviny hlboko ovplyvňuje život pacienta. Často sa výskumy a odborná literatúra zameriava najmä na negatívne aspekty obdobia, avšak zameraním sa na rezilienciu sa môže pacientom poskytnúť pozitívne psychické povzbudenie počas aj po tomto závažnom období (Molina 2014). Reziliencia je vnímaná ako psychologický konštrukt, pôvodne definovaný v rámci vývojovej psychológie ako séria psychologických zdrojov, ktoré poskytujú silu, podporu človeku, ktorý čelí kritickej životnej situácii. (Strauss 2007) Ide o koncept, ktorý predstavuje vnútorné zdroje jedinca k účinnému prekonaniu stresovej alebo nebezpečnej situácie. (Dong 2010)

Tento spôsob však nie je u všetkých onkologických pacientov rovnaký. Greer a Watson (1985, in: Faleide 2010) vo svojej perspektívnej štúdií u žien, u ktorých sa objavila rakovina prsníka, zistili, že tie ženy, u ktorých sa vyskytovala výrazná snaha s chorobou bojovať, prežili 5 – 8 rokov (pokiaľ boli sústavne sledované) a vykazovali väčší počet rokov bez relapsu než tie ženy, ktoré situáciu, do ktorej sa dostali, brali so stoickým pokojom. Keď hľadali pacientky, ktoré najlepšie bojovali so svojou rakovinou, našli skupinu, ktorá ku

chorobe na jednej strane prejavovala silnú nenávisť a veľké nepriateľstvo spojené s dobrou kontrolou vlastnej emocionalita (Faleide 2010).

Psychický stav pacienta je jedným z dôležitých faktorov ovplyvňujúcich rozvoj nádorového ochorenia a jeho liečbu. Koncepcia ochranných činiteľov (protektívnych faktorov) vychádza z predpokladu, že rozdiely v reakciách na rizikové a stresujúce prostredie sú spôsobované osobitnými vlastnosťami jednotlivca, rodiny alebo širšieho sociálneho prostredia (Cibula 2008).

Samotná psychosociálna starostlivosť o pacienta s rakovinou má za cieľ rozpoznať a riešiť dôsledky skríningu a liečby rakoviny zameraním sa na duševný stav, psychickú pohodu a kvalitu života u pacienta, jeho rodinných príslušníkov a opatrovateľov. (Cibula 2008) Využívajú sa mechanizmy reziliencie ako prvky, ktoré v priebehu procesu rakoviny môžu modifikovať pohodu človeka k lepšiemu psychickému stavu. Príklady na takéto mechanizmy zahŕňujú či už zvládanie, sociálnu oporu, novú alebo meniacu sa spiritualitu. Tieto mechanizmy môžu byť využité teda v rámci intervencie na posilnenie odolnosti pacienta, zameraním sa napríklad na zvýšenie sociálnej podpory v priebehu diagnostiky, liečby ochorenia (Molina 2008). Ide však o individuálny proces.

U žien v ich 30tich, 40tich, 50tich rokoch je väčšie riziko rakoviny než u ich mužských rovesníkov, zatiaľ čo k najčastejším mužským typom rakoviny, vrátane rakoviny prostaty, zvyčajne dochádza po 60tom roku. Stanovenie samotnej diagnózy v mladšom veku, najmä pred 40-45 rokom, je spojené u pacientov s vyššou úrovňou úzkosti. Diagnóza rakoviny môže predstavovať šok pre mladých ľudí, zatiaľ čo starší ľudia sú pravdepodobnejšie konfrontovaní s očakávaním nástupu chronického ochorenia s vekom. Tieto rozdiely medzi pohlaviami v skúsenostiach s rakovinou nasvedčujú tomu, že muži a ženy sa môžu líšiť vo svojej psychologickú reakcii na ochorenie (Pudrovska 2010).

Zatiaľ čo sa niektorí pacienti s rakovinou ťažko vyrovnávajú s psychosociálnymi dôsledkami rakoviny, ako je napríklad strach zo smrti, izolácia, odmietnutie, nezmyselnosť, životné otázky a ohrozenie vlastnej identity, niektorí pacienti nepociťujú takmer žiadne problémy pri konfrontácii s následkami ich ochorenia. Niektorí dokonca prežívajú lepšiu psychickú pohodu, ktorá potenciálne vychádza zo samotnej skúsenosti s ochorením, cítia sa odolnejšie (Van Der Spek 2013).

Odolnosť je považovaná za zdravý výsledok a môže mať prospech pre jednotlivca pri zotavení z negatívnych udalostí, pokiaľ ide o duševné zdravie, funkčné schopnosti a sociálne kompetencie. (Wu 2012) V tomto zmysle je jej dôsledkom ovládanie situácie, efektívny coping a pozitívna adaptácia. Earvolinová – Ramirezová (2001, in: Weinger 2007) tiež považuje za atribúty takejto reziliencie sebadôveru, sociálnu oporu, pozitívne medziľudské vzťahy, presvedčenie o vlastnej účinnosti, zmysel pre humor a sebavedomie. Má rôzne vrstvy, ktoré rôzne zasahujú do rôznych systémov človeka.

Onkologické ochorenie predstavuje náročnú životnú situáciu, proces, v ktorom pacient pociťuje emocionálne, psychologické a socioekonomické vypätie, preto považujeme za podstatné poukázať na aspekty, ktoré môžu byť nápomocné. V príspevku preto pojednávame o samotnej rezilencii, ktorá pokrýva niekoľko oblastí, napríklad sociálnu oporu, spiritualitu, atď., ktorých neopomenutím v procese liečby, môže dôjsť k zvýšeniu psychickej odolnosti pacienta, ktorá sa prejaví v kvalite jeho života.

Zoznam bibliografických odkazov

- ANDRÁŠIOVÁ, M., 2008. Psychologické aspekty paliatívnej starostlivosti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. **1**(2), 77-79.
- CALTABIANO, M. L., a L. RICCIARDELLI., 2012. *Applied Topics in Health Psychology*. USA: John Wiley & Sons. ISBN 978-11-183-1452-4.
- CIBULA, D. a kol., 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2665-6.
- DONG, H. K., et al., 2010. Factors associated with resilience of school age children with cancer. *Journal od paediatrics and Child Health*.
- FALEIDE, A. O., L. B. LIAN, a E. K. FALEIDE., 2010. *Vliv psychiky na zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2864-3.
- MANDICOVÁ, P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3811-6.
- MIN, J., S. YOON a CH. LEE, 2013. Psycholog individuals overcoming multipleleical resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Support Care Cancer*. **21**, 2469-2476.
- MOLINA, Y. et. al., 2014. Resilience among patients across the cancer continuum: Diverse perspectives. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. **18**(1).
- PAPASTAVROU, E., A. CHARALAMBOUS a H. TSANGARI, 2012. How do informal caregivers of patients with cancer coper: A descriptive study of the coping strategies employed. *European Journal of Oncology Nursing*. **16**, 258-263.
- PUDROVSKA, T., 2010. Why is cancer more depressing for men than women among older white adults? *Social Forces*. **89**(2), 535-538.
- STRAUSS, B. et. al., 2007. The influence of resilience on fatigue in cancer patients undergoing radiation therapy. *J Cancer Res Clin Oncol*, **133**, 511- 518.
- VAN DER SPEK, N. et al. Meaning making in cancer survivors: A focus group study. *PLoS ONE*. **8**(9).
- WEINGER, S., 2007. *Security risk: preventing client violence against social workers*. Washington: NASW Press. ISBN 0-87101-321-5.
- WEISS, P. a kol., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.
- WU, L. et al., 2012. Predictors of anxiety and resilience in adolescents undergoing cancer treatment. *Journal of advanced nursing*. **69**(1), 158-166.

Kontakt na autorov

Mgr. Antónia Sabolová Fabianová
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ
Moyzesova 9 040 59 Košice
sabolova.antonina@gmail.com

Prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ
Moyzesova 9, 040 59 Košice
eva.ziakova@upjs.sk

Možnosti a význam onkologickej sociálnej práce – poznatky a skúsenosti z USA

Katarína Šišanská (SR)

Tento príspevok vznikol v rámci riešenia vedeckovýskumnej úlohy Vega 1/0230/15 s názvom „Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok.“

Abstrakt: *O význame sociálnej práce v onkologickej praxi sa na Slovensku hovorí už viac ako desaťročie. V reály však stále nebadat' významný posun vpred. Pozícia onkologických sociálnych pracovníkov a pracovníčok nie je etablovaná a to i napriek snahe viacerých významných slovenských odborníčov (ako napríklad E. Žiaková, A. Kočíšová, B. Balogová a iné), ktoré deklarujú jej potrebu v celom rade odborných statí. Napriek tomu, i mnohým iným problémom, ktoré sú spojené so zavádzaním onkologickej sociálnej práce do bežnej praxe nemôžeme poľaviť v poukazovaní na jej možnosti a prínos. Práve to si kladie za hlavný cieľ tento príspevok a to i prezentovaním poznatkov a skúseností z USA, z kolísky vzniku sociálnej práce ako takej.*

Kľúčové slová: *Onkologická sociálna práca. Onkologický sociálny pracovník. Asociácia onkologických sociálnych pracovníkov.*

Abstract: *About the importance of social work in oncology practice in Slovakia says more than a decade. In reality, however, is still not demonstrate a significant step to forward. Position of oncology social workers and workerins is not established to despite of the effort of several important Slovak experts (such as E. Žiaková, A. Kočíšová, B. Balogová and others) who declaring its need in a variety of professional treatisets. Nevertheless, in many other problems associated with the introduction of oncology social work in normal practice, we can not let up in pointing at its possibilities and benefit. It just because its sets out the main objective of this contribution even presenting knowledge and experiences from the USA, from the cradle of social work as a whole.*

Keywords: *Oncology social work. Oncology social worker. Association of oncology social work.*

Bežnou praxou v zahraničí je pôsobenie viacerých pomáhajúcich profesionálov v rámci onkologickej praxe. Nemocnica je miestom, kde sa pacient - klient o ochorení dozvedá, je to miesto, kde prebieha fyzicky i psychicky veľmi náročná liečba a teda tu je potrebné vytvoriť podporný systém pre človeka s onkologickým ochorením. Pritom je nevyhnutná nie len spolupráca odborníkov v rámci jedného odboru, ale tiež spolupráca medziodborová tak, aby bolo nazerané na pacienta celostne. Okrem lekárov, zdravotných sestier a ďalšieho zdravotníckeho personálu by tento psychosociálny podporný systém mal zahŕňať aj iných pomáhajúcich profesionálov - psychológa, špeciálneho pedagóga, sociálneho pracovníka, herného špecialistu a iných. Každý z týchto odborníkov má v podpornom systéme svoju úlohu. Pritom sociálny pracovník by nemal byť len externým odborníkom, vykonávajúcim svoju prácu napríklad na Úrade práce, sociálnych vecí a rodiny ale i interným spolupracovníkom na oddelení v multidisciplinárnom tíme starostlivosti o onkologického pacienta. Človek, ktorému je diagnostikované onkologické ochorenie, sa v odlišných fázach liečby stretáva s rôznymi členmi zdravotníckeho tímu. Rovnako tak po ukončení liečby v nemocnici, existujú rôzne štruktúry, kde môže sociálny pracovník pôsobiť – napríklad v rámci svojpomocných a podporných skupín, vzdelávacích inštitúcií a pod. Rakovina sa

vd'aka rozvoju vo vede a technike čoraz častejšie stáva chronickou chorobou, čo so sebou prináša samozrejmu potrebu po nových typoch služieb.

Prikladnou krajinou v tejto oblasti môžu byť Spojené štáty americké. Je fakt, že práve tu má svoje korene odbor Sociálna práca a prirodzeným spôsobom sa za celé svoje obdobie existencie vyvíjala podľa aktuálnej spoločenskej situácie, podľa aktuálnej spoločenskej potreby, podľa spoločenských zdrojov a pod. Rovnako prirodzene sa i diverzifikovala podľa oblastí, v ktorých sociálni pracovníci pôsobili. Onkologická sociálna práca sa v USA realizuje zhruba od 60-tych rokov 20.storočia a je pevne zakorenená v štruktúre pomáhajúcich profesií v onkológii. Stretávame sa tu konkrétne napríklad i s asociáciami sociálnych pracovníkov pôsobiacich v onkologickej praxi (viď napr. organizáciu Association of Social Work, skr. AOSW v USA, kreovanej už v osemdesiatych rokoch 20. storočia), dokonca bývajú špecifikované i bližšie, ako napríklad asociácie pediatrických sociálnych pracovníkov pôsobiacich v onkologickej praxi (viď napr. Association of Pediatric Social Work, skr. APOSW v USA, založenú už v sedemdesiatych rokoch 20. storočia). Príspevok poukazuje na skúsenosti z USA v oblasti onkologickej sociálnej práce. Nazerá na sociálnu prácu v onkológii z pohľadu medicínskych zariadení, kde sa lieči rakovina a kde vnímajú potrebu existencie multidisciplinárnych tímov starostlivosti o pacientov, z pohľadu sociálnych pracovníkov vo všeobecnosti, z pohľadu konkrétnych onkologických sociálnych pracovníkov a tiež z pohľadu asociácie, ktorá ich združuje.

„UC SF Medical Center“ v San Franciscu je medzinárodne uznávané medicínske centrum, ktoré zabezpečuje inovatívnu patientsku starostlivosť, disponuje modernými technológiami a realizuje priekopnícky výskum. Nachádza sa v rebríčku top národných amerických nemocníc. Viac ako storočie ponúka najvyššiu kvalitu zdravotníckej starostlivosti. Centrum je súčasťou Kalifornskej univerzity.

V rámci služieb pre pacientov je samozrejmosťou ponuka onkologickej sociálnej práce. Momentálne majú v tíme deväť sociálnych pracovníkov. Onkologickí sociálni pracovníci sú neoddeliteľnou súčasťou tímu zdravotnej starostlivosti. Sú špeciálne vyškolení v onkologickej starostlivosti, pomáhajú pacientom a ich rodinám ako navigátori v rámci systému zdravotnej starostlivosti, pomáhajú im zvládať mnoho výziev spojených so životom s rakovinou. Vychádzajú z faktu, že rakovina má vplyv na všetky aspekty života osoby od rodinných a sociálnych vzťahov, až po prácu a financie. Onkologickí sociálni pracovníci dokážu posúdiť individuálne potreby každej osoby a následne jej poskytnúť primeranú podporu. To môže zahŕňať krátkodobé poradenstvo, advokačné aktivity alebo tiež prepájanie na zdroje komunity. Poskytujú tiež informácie o poistení, paliatívnej starostlivosti, hospicioch, o benefítoch pre zdravotne znevýhodnených (napr. v oblasti ubytovania, dopravy a pod.), o podporných programoch pre onkologicky chorých a ich okolie ¹.

„The National Association of Social Workers“ (skr. NASW), so sídlom vo Washingtone, je najväčšia členská organizácia profesionálnych sociálnych pracovníkov vo svete. Pracuje na neustálom zvyšovaní profesionálneho rastu a rozvoji svojich členov, vytvára a udržiava profesionálne štandardy a podporuje zdravé sociálne politiky.

Podľa NASW onkologickí sociálni pracovníci ponúkajú mnoho služieb. Zvyčajne bývajú súčasťou multidisciplinárneho tímu. Poskytujú služby ako napríklad zorientovanie sa v systéme zdravotníckej starostlivosti, asistujú pri postupoch zdravotných poisťovní či poskytujú emocionálnu podporu.

Pri vysvetľovaní toho, z čoho vychádzajú sociálni pracovníci napr. pri poskytovaní svojich služieb v paliatívnej starostlivosti, uvádzajú často príbeh profesora R. Pauscha, ktorému bola diagnostikovaná rakovina pankreasu v terminálnom štádiu. Mesiac po zistení diagnózy napísal prednášku, ktorá sa stala veľmi populárnou, s názvom: Posledná lekcija:

¹ dostupné na: http://www.ucsfhealth.org/services/oncology_social_work/index.html, dňa 20.11.2015

Naozaj realizujte vaše detské sny. Profesor umrel v priebehu jedného roka od zistenia diagnózy, napriek tomu však vďaka prednáške a viacerým mediálnym vystúpeniam zanechal obrovský pozitívny odkaz. Jeho hlavnou ideou je motto: „Nikdy som nepochopil emócie ako ľútosť a sebaľútosť. Na tomto svete môžeme všetci stráviť len obmedzené množstvo času. Či už kratší alebo dlhší, na tom nezáleží. Život treba žiť.“ Práve zameranie sa na kvalitu života je kľúčové pri práci v paliatívnej starostlivosti. Paliatívna starostlivosť je interdisciplinárna, zameraná na jednotlivcov a/alebo rodiny, ktorých život obmedzuje závažná choroba. Cieľom starostlivosti je uľaviť od bolesti a stresu z choroby, čím sa výrazne optimalizuje kvalita života. Práve paliatívna starostlivosť je jednou zo služieb, ktorú môžu poskytovať onkologickí sociálni pracovníci.

Pokiaľ by ste rozprávali s desiatimi rôznymi onkologickými sociálnymi pracovníkmi, dostali by ste desať rôznych odpovedí na otázku, pri čom asistujú, s čím pomáhajú. Jednoducho poskytujú pomoc pacientom a ich blízkym od stanovenia diagnózy, až po čas, kedy žijú s chorobou ako chronickou, a ak je to potrebné, a smrť je neodvratná, tak i v posledných chvíľach pacientovho života. Rola sociálneho pracovníka je integrálnou a fundamentálnou súčasťou všetkej onkologickej starostlivosti. Pacienti vnímajú služby onkologických sociálnych pracovníkov ako nenahraditeľný most k ich spirituálnej, psychickej a sociálnej podpore zdravia. Je tu veľa čo povedať o prístupoch v multidisciplinárnom tíme, kde sociálna práca je jednou nohou na stoličke v onkologickej praxi. Je jej nevyhnutnou súčasťou s cieľom poskytovať starostlivosť onkologickým pacientom najlepším možným spôsobom.

Onkológia je sama o sebe relatívne novým odborom. Paliatívna starostlivosť bola do onkologickej praxe zahrnutá už od začiatku a neskôr sa k nej pridala i starostlivosť o pacientov, ktorí liečbu prežili a prípadne žijú s onkologickým ochorením ako chronickým. Začiatky onkologickej sociálnej práce sa datujú okolo roku 1960. Počas 90-tych rokov 20. storočia bolo realizovaných mnoho výskumov ohľadom pacientov s onkologickým ochorením. Počas týchto výskumov sa zistilo, že liečba sa sústreďuje predovšetkým na fyzickú stránku ochorenia. Zároveň sa však zistilo, že choroba postihuje pacientov i inými spôsobmi ako fyzickými. Po popredia sa dostali psychosociálne aspekty ochorenia, neskôr spirituálne. Tým sa potvrdil priestor pre pôsobenie sociálnych pracovníkov. Liečba rakoviny je čoraz viac účinnejšia, pacienti žijú oveľa dlhšie a tým sa vytvárajú ďalšie oblasti pôsobenia pre sociálnych pracovníkov. Je tu množstvo problémov, s ktorými potrebujú ľudia pomôcť, napríklad situácia ohľadom rozhodovania sa o spôsobe liečby a jej výber, osobné a finančné problémy, otázky osobného a rodinného života a ďalšie.

Ľudia s diagnózou rakovina môžu byť odporúčaní k sociálnemu pracovníkovi, využívanie služieb sociálneho pracovníka je však dobrovoľné. Odporúčanie môže byť z formálnych ciest – ako napríklad od doktorov, zdravotných sestier a pod., ale i z neformálnych, ako napríklad od priateľov. V onkológii úzko spolupracuje multidisciplinárny tím odborníkov a vyškolení sociálni pracovníci sú v ňom vítaní. Niekedy pacienti vyhľadávajú pomoc sociálnych pracovníkov z praktických dôvodov – potrebujú pomôcť s platením nájmu, zabezpečiť vhodnú dopravu, diskutovať o tom, ako ostať pracovne aktívni, ako sa rozprávať o diagnóze so svojimi deťmi alebo inými rodinnými príslušníkmi či priateľmi. Pacienti s rakovinou nemajú len zdravotný problém, majú celý rad ďalších problémov, ako napríklad rodinné problémy, problémy životných cieľov, pracovné problémy a problém vysporiadať sa s otázkou: „Ako sa toto mohlo prihodiť práve mne?“. Sociálni pracovníci môžu pomôcť so všetkým vyššie uvedeným. Dokonca aj pacient, ktorý ukončí liečbu a je považovaný za zdravého, môže zažívať krízu, kedy mu sociálny pracovník môže pomôcť s navigáciou pocitov. Ocitli sa tvárou v tvár svojej vlastnej smrteľnosti a teraz majú čas premýšľať o všetkom, čo sa stalo.

Rozvoj technológií má tiež vplyv na typy a formy služieb, ktoré sociálni pracovníci poskytujú. Dnes nie je nevyhnutné prezenčné poradenstvo, je možné poskytovať telefonické poradenstvo, či online poradenstvo napríklad v rámci online podporných skupín. Tieto metódy nie sú vždy vhodné pre každú situáciu, ani pre každého pacienta a pomáhajúceho profesionála, a je potrebné zachovávať istú dávku opatrnosti, ale naopak pre niektorých pacientov môžu byť nevyhnutné (napríklad pre tých, ktorí žijú na odľahlých miestach). Týmto typom sa však komunikácia ochudobňuje o neverbálne prejavy, ktoré majú tiež svoj význam a vplyv. Základné služby, ktoré sociálni pracovníci poskytujú, sa však už dlhodobo nemenia – individuálna, rodinná a párová terapia a skupinová práca.

Niektorí sociálni pracovníci sa rozhodnú pôsobiť v onkológii z osobných dôvodov (napr. kvôli výskytu onkologickej choroby v rodine). Iní vidia onkológiu ako zaujímavú cestu byť súčasťou niečieho života. Cítia, že pomáhajú ľuďom v jednej z najkrízovejších fáz života – pomáhajú ich znova stabilizovať, pomáhajú im komunikovať s rodinou, s lekárskeým tímom, pomáhajú im aktivizovať zdroje v komunite, pomáhajú pacientom uvedomiť si kto sú a kým sa stávajú – to všetko sociálni pracovníci vnímajú ako neuveriteľné privilégium.

Najvhodnejšie je zapojiť sa do onkologickej praxe už počas štúdia sociálnej práce (napr. prostredníctvom stáže v zdravotníckom centre), je to však možné i neskôr, napr. počas postgraduálneho štúdia, či výkonu praxe v inej oblasti. Než sa sociálny pracovník definitívne rozhodne, či chce alebo nie pôsobiť v onkologickej praxi, je vhodné získať praktické skúsenosti (nakolko sa jedná o prácu veľmi emocionálne intenzívnu), napríklad prostredníctvom výkonu dobrovoľníckej činnosti, či už na oddelení v nemocnici či centre, alebo v rámci ambulantnej starostlivosti. Je vhodné začať pod vedením skúseného mentora – onkologického sociálneho pracovníka, ide o vhodnú cestu vzdelávania, uvedomenia si toho, kto je pacient s rakovinou a aké je to pracovať s ním².

P. Damaskos je riaditeľkou Oddelenia sociálnej práce na „Memorial Sloan Kettering Cancer Center” a zároveň zvolenou riaditeľkou „Association of Oncology Social Work”. Rolu onkologických sociálnych pracovníkov popisuje nasledovne. Onkologickí sociálni pracovníci sú „advokátmi“ - zástancami pacienta a jeho rodiny. Poskytujú informácie o rôznych zdrojoch, ktoré môže pacient využívať pri riešení situácie spojennej s chorobou – napr. o medicínskych možnostiach, informácie o zdravotnom poistení a možnostiach jeho využívania, informácie o tom, ako hovoriť so svojou rodinou a deťmi o onkologickom ochorení a pod. Poskytujú pomoc pri vyrovnávaní sa s onkologickou diagnózou pacientom i ich rodinám počas celého kontinua ochorenia, učia relaxačné techniky, ktoré znižujú úzkosť, vedú psycho-socio-edukačné podporné skupiny, pomáhajú i jednotlivcom, ktorí sú v štádiu umierania, a v neposlednom rade realizujú výskumy o všetkom vyššie spomínanom.

Poskytujú tiež podporu svojim kolegom pred syndrómom vyhorenia, podporu pri zvládaní stresu a pri vyrovnávaní sa so stratami, ktoré sú spojené s prácou v onkológii, jednoducho celkovú pomoc pri vykonávaní takého náročného povolania, akým je sociálna práca v onkologickej praxi.

V súčasnosti je potreba onkologickej sociálnej práce čoraz väčšia a to i vzhľadom k pokroku v možnostiach liečby a zobrazovacej techniky - čoraz viac ľudí žije s rakovinou ako chronickou chorobou. Onkologickí sociálni pracovníci poskytujú poradenstvo vo všetkých bodoch liečebnej trajektórie, ich úlohou je pomôcť ľuďom vyrovať sa i s neistotou opakovania sa ochorenia a žítím so stále prítomnou možnosťou epizodickej liečby.

Mnoho sociálnych pracovníkov vníma svoje povolanie ako privilégium. Často keď hovoria svojmu okoliu, aké povolanie vykonávajú, okolie to hodnotí ako veľmi depresívne povolanie. Opak je však pravdou. Sú schopní pomáhať ľuďom v jednej z najdôležitejších fáz ich života, pomáhajú nájsť pacientom zmysel v tom, čo pre nich a pre ich blízkych choroba

² dostupné na: <http://www.socialworkers.org/pubs/news/2015/04/oncology-social-work.asp>), dňa 20.11.2015

znamená. Onkologickí sociálni pracovníci sú znova a znova svedkami sily ľudskej spirituality. Samozrejme majú tiež skúsenosti straty, hlboko ich prežívajú a trúchlia, ale klinické bohatstvo ich práce je natoľko významné, že sociálni pracovníci ostávajú v onkológii mnoho rokov.

Mnoho ľudí sa destabilizovalo po tom, čo si vypočuli verdikt - diagnóza rakovina. Sociálni pracovníci sú tu nielen na to, aby pomohli pacientom získať stratenú rovnováhu, ale tiež na to, aby pomohli pacientom pochopiť, aký vplyv má diagnóza na nich a ich najbližšie okolie. Väčšina, ak nie všetky ústavy onkologických chorôb majú vlastných sociálnych pracovníkov, ktorí pomáhajú pacientom a ich rodinám počas celého kontinua choroby a liečby. Ak náhodou pacient nemá priamy prístup k sociálnemu pracovníkovi, existuje celý rad komunitných i celoštátnych organizácií, ktoré poskytujú rôzne podporné služby pacientom, zvyčajne bezplatne. Sociálni pracovníci sú tí, ktorí sú vyškolení poskytovať podporné poradenstvo, pacienti sú tí, ktorí v prvom rade podstupujú liečbu a čelia krízovej životnej situácii. Preto onkologickí sociálni pracovníci radiia kontaktovať ich a nebať sa komunikácie s nimi, sú tu na to, aby komunikáciu viedli a uľahčovali. Sú tu na asistenciu pacientom a im blízkym, ktorí čokoľvek prežívajú na emocionálnej, fyzickej, spirituálnej či praktickej úrovni počas onkologického ochorenia a po liečbe³.

Docentka a prodekanka zo Stony Brook University, z Katedry sociálnej starostlivosti a zároveň prezidentka AOSW I.C. Fineberg hovorí, že rolou onkologických sociálnych pracovníkov je pomáhať pacientom, rodinám, opatrovateľom a pod. vyrovnávať sa so skúsenosťami spojenými s rakovinou. Sociálni pracovníci sú vzdelaní a kvalifikovaní pre pomoc s psychologickými, sociálnymi, emocionálnymi a spirituálnymi záležitosťami, ktoré so sebou toto ochorenie prináša. Sociálni pracovníci poskytujú tiež pomoc s praktickými potrebami, ako je napríklad nájdenie zdrojov v rôznych inštitúciách či komunite, prispôbenie sa novej situácii, ktorú so sebou priniesla choroba, prechody a rozhodovania spojené s rôznymi štádiami choroby a liečby, riešenie otázok spojených s kultúrnymi odlišnosťami, a s komunikáciou s členmi rodiny, priateľmi či poskytovateľmi starostlivosti. Sociálni pracovníci sa stretávajú s pacientmi a/alebo ich rodinnými príslušníkmi individuálne a/alebo ako s rodinou ako takou v rámci podporných a vzdelávacích skupín, a pracujú ako súčasť tímu onkologickej starostlivosti. Taktiež sú stále viac zapojení do výskumu, projektovania a vedenia výskumných štúdií, ktorých výstupy prispievajú k zlepšeniu kvality života ľudí.

Rola sociálnych pracovníkov v onkologickej praxi sa mení a vyvíja. S čoraz zlepšujúcimi sa možnosťami liečby vhodnými pre viaceré diagnózy, sociálni pracovníci pomáhajú pacientom pri vážnych rozhodnutiach (napríklad či si nechať urobiť genetické testy). Zvyšujúci sa počet pacientov, ktorí prežívajú po ukončení aktívnej liečby a žijú s rakovinou ako chronickou chorobou, si vyžadujú od sociálnych pracovníkov ďalší, iný typ starostlivosti. Sociálni pracovníci pomáhajú pacientom s týmto prechodom a s rôznymi problémami, ktoré sprevádzajú prežívanie.

Onkologickí sociálni pracovníci vnímajú svoju prácu ako poslanie, vybrali si pomáhať ľuďom s rakovinou, robia to s nadšením a zanietením. Najdôležitejšou vecou, ktorú robia je to, že sú „skutočne prítomní“ pri pacientoch. Prinášajú svoje vedomosti, zručnosti, spôsobilosti, súcítne a aktívne počúvajú jedinečným spôsobom, neopúšťajú ľudí, ktorí trpia fyzickou a emocionálnou bolesťou, poskytujú im nehodnotiaci prístup, zdieľajú s nimi radosť, smútok, strach, ohrozenie a rešpektujú ich slabé a silné stránky. Sociálni pracovníci sú pacientom k dispozícii, pomáhajú im vyrovnávať sa s celým radom výziev, ktoré sú ovplyvňované a ovplyvňujú situáciu čelenia rakovine.

³ dostupné na: <http://www.cancer.net/blog/2014-04/spotlight-oncology-social-workers-%E2%80%93-part-i-qa>,
dňa 23.11.2015

Pacienti a ich blízki môžu požiadať o rozhovor so sociálnym pracovníkom. Môže sa jednať i o jednorazové stretnutie, počas ktorého pomôže pacientovi spracovať niektoré zložité správy a novosti, ktoré priniesla choroba, alebo o sériu stretnutí až po pravidelné stretávanie sa. Kľúčové pre spoluprácu so sociálnym pracovníkom je na prvom mieste predovšetkým snaha vyhľadať ho a stretnúť sa s ním. Mnoho pacientov nevie, že existujú onkologickí sociálni pracovníci a že sú im k dispozícii, väčšinou bezplatne. Čím skôr po oznámení diagnózy sa pacienti, ich rodinní príslušníci či opatrovníci stretnú so sociálnym pracovníkom, tým viac benefitov im to môže priniesť⁴.

Na záver príspevku pár postrehov od samotnej onkologickej sociálnej pracovníčky, Ch. Bach, ktorá pôsobí v onkologickej praxi viac ako desať rokov. Kariéru začala v oblasti medicínskej sociálnej práce. Spočiatku sa venovala pacientom s AIDS, momentálne pracuje v Pensylvánii v onkologickej praxi. Pracovala v ambulantných i v lôžkových oddeleniach.

Stratila veľa pacientov. Veľa jej pacientov prežilo. Každodenná práca je pre ňu výzvou, je náročná, nepredvídateľná, emocionálna, smutná i plná nádeje, to všetko súčasne. „Cesta rakovinou“ je ako jazda na horskej dráhe a to nielen pre samotných pacientov, ale i pre ich blízke osoby a profesionálnych opatrovateľov. Keď hovorí ľuďom, akú prácu vykonáva, často konštatujú, že to musí byť veľmi ťažké, alebo si nevedia predstaviť, ako to môže robiť denno-denne. V priebehu rokov sa jej reakcia na tieto konštatovania vyvíjala. Potvrdí, že práca, ktorú vykonáva je ťažká, ale zároveň ubezpečí, že neexistuje nič iné, čoby vo svojom živote chcela robiť. Tvrdo pracuje na tom, aby udržala rovnováhu vo svojom pracovnom živote, čo jej pomáha bojovať so smútkom a neistotou. Rada hovorí so svojimi klientmi. Je pre ňu privilegiom, že ju vpustili do citovo zraniteľného priestoru, cieľom jej práce je jednoducho pomôcť im najlepšie ako vie. Je pre ňu darom vstať každé ráno z postele a ísť vykonávať túto prácu.

Povolanie onkologického sociálneho pracovníka nie je vhodné pre každého. Mnohí jej študenti, ktorí strávili na onkológii na praxi 9 mesiacov hovoria, že by nedokázali vykonávať také náročné povolanie na plný úväzok. Vyrovnávať sa so stratou a smrťou pri práci s onkologickými pacientmi je veľmi ťažké. Nie každý to dokáže robiť efektívne. Stále cíti smútok keď pacient umrie. Tvrdo pracuje na tom, aby dokázala byť dobrá vo svojej práci i v situácii na konci pacientovho života. Pred tromi rokmi získala certifikát s onkologickej sociálnej práce (v orig. skratka OSW-C). Tento certifikát môžete získať najskôr po troch rokoch praxe od získania magisterského diplomu. Certifikát ju oprávňuje vykonávať excelentnú psychosociálnu starostlivosť pre pacientov chorých na rakovinu, ich rodinám, opatrovníkom a komunite. Tiež získala post magisterský certifikát v oblasti paliatívnej starostlivosti o ľudí v terminálnom štádiu života a absolvovala tréning pre pokročilých v oblasti kognitívno-behaviorálnej terapie s pacientmi s onkologickým ochorením. Existuje množstvo príležitostí na zvyšovanie kvalifikácie sociálnych pracovníkov v onkologickej praxi, na publikovanie a zapájanie sa do činnosti profesionálnych organizácií. Takže ak je sociálny pracovník pripravený na výzvy, kariéra v onkologickej sociálnej práci mu môže poskytnúť roky odmeny a spokojnosti⁵.

⁴ dostupné na: <http://www.cancer.net/blog/2014-04/spotlight-oncology-social-workers-%E2%80%93-part-i-qa>, dňa 23.11.2015

⁵ dostupné na: <http://www.oncolink.org/blogs/index.php/2013/03/why-i-love-being-an-oncology-social-worker/>, dňa 23.11.2015

Zoznam bibliografických odkazov

oficiálna webová stránka „UC SF Medical Center“ – dostupné na: http://www.ucsfhealth.org/services/oncology_social_work/index.html, dňa 20.11.2015,

oficiálna webová stránka „The National Association of Social Workers“ (NASW) - dostupné na: <http://www.socialworkers.org/pubs/news/2015/04/oncology-social-work.asp>, dňa 20.11.2015

oficiálna webová stránka Cancer .Net – dostupné na: <http://www.cancer.net/blog/2014-04/spotlight-oncology-social-workers-%E2%80%93-part-i-qa>, dňa 23.11.2015

oficiálna webová stránka The Association of Oncology Social Work (AOSW) – dostupné na: <http://www.aosw.org/aosw/main/default.aspx>, dňa 23.11.2015

oficiálna webová stránka OncoLink - dostupné na: <http://www.oncolink.org/blogs/index.php/2013/03/why-i-love-being-an-oncology-social-worker/>, dňa 23.11.2015

Kontakt na autora

PhDr. Katarína Šišanská, PhD.

Katedra sociálnej práce

Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach

Moyzesova 9

040 01 Košice

katarina.sinanska@upjs.sk

Zát'azové situácie ako implikácie abstinencie a osamelosti závislých klientov

Ján Kahan (SR) - Eva Žiaková (SR)

Abstrakt: *Predkladaný príspevok poukazuje na abstinenciu a osamelosť ako formy psychickej záťaž, ktoré v sebe môžu ukrývať, ale i priamo spôsobovať kvalitatívne i kvantitatívne rôzne druhy psychickej záťaž. Príspevok sa tiež snaží definovať abstinenciu v existencionalnej rovine a v tomto kontexte myšlienkovu uchopiť záťažové situácie, ktoré sú samotnou abstinenciou i osamelosťou umocňované. Dve prípadové štúdie abstinujúcich alkoholikov ponúkajú náčrt, aký vplyv môže mať psychoterapeutická, respektíve socioterapeutická skupina na stratégie zvládania záťažových situácií v zmysle sociálneho učenia.*

Kľúčové slová: *Abstinencia. Osamelosť. Záťažové situácie. Závislosť.*

Abstract: *The presented contribution shows the abstinence and loneliness as a form of psychological load, which in themselves can hide as well as directly cause qualitatively and quantitatively different kinds of psychological load. The contribution is also trying to define abstinence in an existential sense and in this context to intellectually grasp load situations that are intensified by abstinence and loneliness. Two case studies of abstinent alcoholics offer an outline of the possible impact of socio-therapeutic group or psychotherapy on load situations coping strategies in terms of social learning.*

Keywords: *Abstinence. Addiction. Load Situations. Loneliness.*

Úvod

Závislosť, abstinencia, osamelosť a záťažové situácie sú fenomény ľudského života, ktoré sú také zložité, pričom môžu byť vzájomne späté a neoddeliteľné, ako spleť je samotné ľudské bytie. V. E. Frankl (2006) to vyjadril v dvoch zákonoch dimenzionalnej ontológie, ktoré charakterizujú človeka ako rozmanitosť v jednote, kde nemožno redukovať človeka na akúkoľvek z jeho dimenzií. Závislosť (látková i nelátková), abstinencia, osamelosť a záťažové situácie zasahujú človeka vo všetkých sférach života – biologickej, psychickej, sociálnej a spirituálnej. Uvedené fenomény nachádzajú množstvo styčných bodov v jednotlivých zložkách ľudského bytia, kde sa navzájom ovplyvňujú a môžu sa podmieňovať. Poskytnúť nápomocný vzťah závislému klientovi (často mnohoproblémovému) v súlade s jeho i našimi osobnými zásadami, hranicami, hodnotami, cieľmi a očakávaniami, v medziach spoločenských noriem, je viac ako náročné. Integratívne ponímanie sociálnej práce, v zmysle vlastného vnútorného rámca i medziodborovej spolupráce, ponúka odpovede, ako je možné využiť existujúce teórie, respektíve vytvoriť nové integratívne konštrukty, vo svojej podstate svojbytné (Brekke 2014), ktoré umožnia komplexne riešiť situácie v živote človeka i spoločnosti.

Psychická záťaž osamelosti spočíva v jej samotnej podstate a je vymedzená prostredníctvom troch aspektov – ako interpretácia okolitého sveta na základe *subjektívneho prežívania*, ako určitý *deficit v interpersonálnych vzťahoch* a ako *negatívny stav* (Perlman, Peplau 1982). Osamelosť nadobúda kvalitatívny i kvantitatívny rozmer, ktorý je priamo úmerný druhu a typu osamelosti. J. Young (1982, in: Peplau 1988) v závislosti od času a situácie vymedzil *krátkodobú alebo každodennú osamelosť (transient)*, kedy ide o občasné nálady osamelosti s krátkou dobou trvania, *situáciu osamelosť (situational)*, ktorá nastane, keď človek stratí uspokojujúce vzťahy v dôsledku konkrétnej situácie a *chronickú osamelosť (chronic)*, ktorú človek zažíva v prípade nepretržitej absencie uspokojujúcich sociálnych vzťahov. R. Gotesky (1965, in: Mijuskovic 2012) ponúka obdobné definície osamelosti – *fyzická samota*, ktorá je určená priestorovým a/alebo časovým ohraničením, *osamelosť* v

protiklade k *samote*, kde osamelosť je vnútorný stav, podmienený pocitom, že sme odmietaní a vylúčení z okruhu priateľov a činností, s nenaplnenou túžbou spolupatričnosti, *osamelosť* ako *izolácia*, kedy človek čelí podmienkam separácie vo vzťahu k ostatným s racionálnym poznaním, že dané podmienky nevie zmeniť a *samota*, ktorá nadobúda pozitívne hodnoty ako súčasť života. Z hľadiska dominujúcej psychologickéj charakteristiky E. Žiaková (2008) definuje *kognitívnu osamelosť*, ktorá sa prejavuje potrebou zdieľať myšlienky z profesionálnej oblasti alebo tvorby s niekým blízkym, *behaviorálnu osamelosť* vymedzuje ako absentovanie priateľov, s ktorými by jedinec mohol vykonávať voľnočasové aktivity a *emocionálnu osamelosť*, ktorá je charakterizovaná ako neuspokojenie potrieb lásky, intimity a istoty. R. S. Weissa (1973, in: Peplau 1988) rozdeľuje osamelosť na *emocionálnu* a *sociálnu*. *Emocionálna osamelosť* vychádza z neexistencie intímneho, dôverného vzťahu s milujúcim človekom, ktorý by napĺňal potrebu intimity a lásky. *Sociálna osamelosť* nastáva, kedy sú spretfhané sociálne kontakty, jedinec nemá naplnenú potrebu zmysluplného priateľstva, alebo spolupatričnosti v rámci určitej skupiny či komunity. A. Rokach (2004, in: Sonderby 2013) uvádza, že je možné, aby sa človek cítil osamelý bez toho, aby bol sám a môže byť sám bez toho, aby sa cítil osamelý.

Túžba intímneho spojenia – osamelosť. Intimita predstavuje stav mimoriadnej vzájomnej dôvery a blízkosti, intímnej komunikácie, emocionálneho spojenia, väzby, prežívania šťastia s milovanou osobou, vzájomného porozumenia a ohľaduplnosti, poskytovania emocionálnej opory a ocenenia (Slaměník 2008). H. S. Sullivan (in: Evans 1996) definuje intimitu ako túžbu človeka mať blízky vzťah s iným človekom, v ktorom je umožnené potvrdzovanie všetkých zložiek osobnej hodnoty. V rovnakom zmysle definuje osamelosť aj C. R. Rogers (1999), ktorý vychádza z dvoch základných aspektov. Prvým je odcudzenie človeka od seba samého, vyjadrené ako odtrhnutie *organizmu* od *reálneho Self*. Druhý aspekt osamelosti spočíva v absencii akéhokoľvek vzťahu s iným človekom, v ktorom môže komunikovať svoje skutočné prežívanie – *reálne Self*. Väčšina pohľadov na osamelosť (psychodynamické modely, Rogersova fenomenologická perspektíva, sociologické vysvetlenie, interakčný pohľad, kognitívny prístup, osobný prístup) vychádza zo základných ľudských potrieb intimity, afiliácie, lásky a spolupatričnosti, kde *osamelosť je chápaná ako priamy dôsledok nesýtenia týchto potrieb, čo následne môže u človeka spôsobovať negatívne záťažové stavy ako úzkosť, strach, frustráciu, agresivitu a depriváciu* (Evans 1996; Hartl, Hartlová 2010; Hošek 1999; Perlman, Peplau, 1981; Křivohlavý 2009).

Látková závislosť je v Medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKCH-10) definovaná ako *syndróm závislosti*, ktorá je jednou z najzávažnejších porúch psychiky a správania. Je vymedzená ako súbor psychických (emocionálnych, kognitívnych, behaviorálnych) a somatických fenoménov, vytvorených v dôsledku užívania/užitia psychoaktívnej látky (Nešpor 2011; Vágnerová 2012). Jednou z mnohých príčin, prečo ľudia užívajú drogy, je vyrovnávanie sa so záťažou (Galvani 2012; Ondrejkovič 2009). Záťažových situácií je nespočetne mnoho, či sa jedná o rovinu kvalitatívnu alebo kvantitatívnu (Heitmeyer – Olk, 1990, in: Ondrejkovič 2009, Hošek 1999). Taktiež je potrebné zohľadňovať objektívny i subjektívny rozmer záťažovej situácie v kontexte sociálno-ekologickej perspektívy (Levická, Levická 2012). *Sociálne učenie*, ktoré je založené na interakcii kognitívnych, behaviorálnych a emocionálnych aspektov, vsadených do sociálneho prostredia, predpokladá, že konzumácia drog je naučeným správaním (Ondrejkovič 2009, Sollárová 2011). Počiatočné euforické stavy, vyvolané drogou, pôsobia ako pozitívne posilnenie a vedú k opakovanému užívaniu drogy. Ak sa následne psychoaktívna látka užije v situácii, ktorá predstavuje pre užívateľa akúkoľvek formu záťaže, dôjde k javu označovanému ako *kuplung (spojenie)*. Postupne sa užívanie drogy stáva spôsobom, akým sa jedinec vyrovnáva so záťažou (Ondrejkovič 2009). V začiatkoch procesu rozvoja závislosti táto *úniková, maladaptívna stratégia* môže byť do určitej miery subjektívne „účinná“, avšak dlhoročným užívaním drog a vyhýbaním sa priamej

konfrontácii s vlastným životom sa nezodpovedané otázky a nevyriešené problémy kumulujú geometrickým radom až sa závislý ocitá v životnom debakli sám a *osamelý*.

Abstinencia, „dry drunk syndrome“ a „hardiness“. Rozhodnutie ukončiť svoj doterajší spôsob života a vykročiť na cestu abstinencie predstavuje pre závislého človeka enormnú *psychickú záťaž*, v ktorej sa môže spájať prežívanie osamelosti ako interval medzi koncom starého života a začiatkom (Mostakas, Moustakas 2004) neistej budúcnosti, hanba za bolesť, škody a krivdy, ktoré napáchal, pocity viny za svoje zlyhania, výčitky za premárnený život, úzkosť, strach, frustrácia i deprivácia a tiež množstvo nevyriešených interpersonálnych a intrapersonálnych problémov a konfliktov. V tomto momente možno hovoriť o existencionalnej frustrácii (Frankl 2011), kedy je človek konfrontovaný s vlastným vnútorným i okolitým svetom. Otázky, ktoré boli doposiaľ potláčané, obchádzané a ostali nezodpovedané, nadobúdajú taký kvalitatívny i kvantitatívny rozsah, kedy už nie je možné dané otázky života obísť bez hlbšej devalvácie, dekadencie a patologizácie vlastnej osobnosti vo všetkých rozmeroch bytia. V úplne novej podobe vyvstávajú otázky: *Kto vlastne som? Aké sú ciele môjho života? Akú prácu si mám zvoliť? Aké hodnoty mám vyznávať? Aký spôsob života si mám zvoliť?* (Giddens 1992, in: Navrátil 2013). Zodpovedanie otázky „*Kto vlastne som?*“ obsahuje aspekty, ktoré sú definované v ponímaní *osamelosti a utvárania osobnosti* podľa C. R. Rogersa (1999). Nezodpovedanie tejto bazálnej otázky v súlade s *organizmom* vedie k odtrhnutiu (odcudzeniu) od *reálneho self*, čo je „*najosamejší stav zo všetkých*“ (Rogers 1999, s. 129).

„*Dry drunk syndrom*“ je pojem Anonymných alkoholikov, charakterizujúci stav, kedy človek, ktorý po dlhšiu dobu síce nekonzumuje alkohol, avšak drží sa rovnakých spôsobov, vzorcov správania, myslenia a prežívania ako v období pijanskej kariéry. Ide napríklad o nezodpovedné správanie, netrepezlivosť, nerozhodnosť, rigidita, čierno-biele myslenie, nízka frustračná tolerancia, impulzivita, intolerancia a odcudzovanie iných, úzkosť, nízke sebadomie, ale i povyšovanie a široká škála ego-obranných mechanizmov. Takýto človek sa môže do určitej miery naučiť existovať bez alkoholu, ale interpersonálne vzťahy naďalej ostávajú povrchné, spôsoby zvládania záťažových situácií sú dysfunkčné, vytváranie nových sociálnych kontaktov je obmedzené vzhľadom na negatívne emócie a nevhodné vzorce správania. Z uvedeného vyplýva, že samotné „*nepitie*“ prináša celý rad *vysoko rizikových situácií* ako frustrácia, agresivita, hostilita, beznádej, *osamelosť*, interpersonálne a intrapersonálne konflikty a iné negatívne emócie, ktoré môžu predchádzať relapsu. Pri rozvoji „*dry drunk*“ syndrómu sa môžu rozvinúť aj ďalšie psychické poruchy ako depresia a suicidalita (Dillworth 2009).

„*Hardiness*“ predstavuje existencionalne chápanie húževnatej (tuhej) osobnosti, pre ktorú sú príznačné dominantné konfigurácie troch komponentov – *kontrola, záväzok a výzva*. *Kontrola* súvisí so sebadôverou a uvedomovaním si schopnosti riadiť vlastný život a vyrovnávať sa so záťažou (Hošek 1999). U závislých klientov droga preberá kontrolu nad ich životmi, sebadôvera je závislosťou a životnými prehrami systematicky podkopávaná a preto sa užívanie drogy môže stať preferovaným spôsobom zvládania záťaže. Aby závislý prebral kontrolu nad svojím životom, musí začať abstinovať. *Záväzok* je spojený s cieľovým zameraním životnej orientácie, stabilnými životnými postojmi, odovzdanosťou, oddanosťou a osobnou angažovanosťou v tom, čo je hodnotné a zmysluplné. Ľudia s touto dispozíciou chápu účel a zmysel svojho snaženia v záťažových situáciách (Hošek 1999). *Záväzok* abstinovať obsahuje prijatie zodpovednosti za svoj život, čo je kľúčové a podmieňujúce ďalšie kroky v abstinencii. *Výzva* je chápanie zmien a všetkej záťaže ako prostriedkov, ktoré pomáhajú človeku v napredovaní, osobnostnom raste a posúvajú ho ďalej. Opakom je fatalizmus (Hošek 1999). Abstinencia predstavuje výzvu, ktorá dáva človeku možnosť transformovať vlastné utrpenie na neobmedzený zdroj energie, zaujať zodpovedný a slobodný postoj k svojmu bytiu, kongruentný vzťah k svojmu *organizmu*, nájsť samého seba a

odpovedať na bazálnu otázku „*Kto vlastne som?*“ *Abstinencia* si vyžaduje celkovú zmenu *životných postojov*, čo zahŕňa oblasť *kognitívnu, behaviorálnu a emocionálnu*. Takáto zmena si vyžaduje veľa energie, času a presahovanie samého seba, čo pre nejedného závislého môže predstavovať *neprekonateľnú psychickú záťaž*. Túto záťaž je možné zvládnuť v terapeutickej skupine, ktorá otvára *bezpečný, autentický a akceptujúci* priestor, kde sa človek môže stávať samým sebou, byť *kongruentný* vo svojom prežívaní a *komunikovať svoje prežívanie s inými* tak, ako nikdy predtým (Rogers 1999). Snahou terapeutického procesu i vzájomnej skupinovej pomoci závislých je, aby človek v procese doliečovania prostredníctvom *aktívneho sociálneho učenia* prijal zodpovednosť za svoju abstinenciu, aby čelil výzvam života bez drogy a opäť získal kontrolu nad svojím životom. Tak sa závislý človek postupne môže prepracovať k abstinencii kvalitnej, tvorivej a zmysluplnej (Kredátus 1989; Kredátus 1990; Kredátus 1995). Pre abstinenta môže akákoľvek bežná situácia predstavovať v zásade novú situáciu, ktorá vytvára nové podmienky prostredia, nové emócie a neobyčajné požiadavky, pri spĺňaní ktorých musí človek vyvíjať úsilie s rôznou intenzitou kvality i kvantity, a v ktorej musí pretvárať staré spôsoby správania, myslenia a cítenia (Kredátus 1990). G. A. Marlatt (1996) na základe výskumu kategorizoval emocionálne, interpersonálne a environmentálne charakteristiky a vymedzil „*high-risk situations*“ ako situácie, ktoré môžu zohrávať významnú rolu pri relapse. Ide o nasledujúce situácie:

- negatívne emocionálne stavy ako nuda, úzkosť, agresivita, frustrácia, depresia, tiež označované ako *intrapersonálne vysoko rizikové situácie* (medzi ktoré patrí aj *osamelosť*),
- situácie, ktoré zahŕňajú inú osobu alebo skupinu osôb, najmä interpersonálne konflikty, t.j. *interpersonálne vysoko rizikové situácie*,
- *sociálny tlak* (ľudí, ktorí konzumujú alkohol) zahŕňajúci priame verbálne alebo nepriame presvedčanie k užívaniu alkoholu,
- *pozitívne emocionálne stavy, vystavenie sa podnetom alebo narážkam z okolia, testovanie vlastnej kontroly nad pitím a nešpecifické stavy baženia – craving*.

Je zrejmé, že kategorizovanie vysoko rizikových situácií, ktoré môžu predchádzať relapsu, sa v mnohých aspektoch prekrýva s taxonómiou záťažových situácií podľa V. Hoška (1999).

Výskum bol primárne zameraný na prežívanie osamelosti látkovo závislých klientov s cieľom zistiť:

1. ako sa mení prežívanie osamelosti látkovo závislých klientov v období rozvoja závislosti a v období abstinencie,
2. akú úlohu zohráva sociálna opora a sociálna začlenenosť v procese doliečovania,
3. do akej miery je možné hovoriť o osamelosti ako o rizikovom faktore lapsusu/relapsu s dôrazom na perspektívu úspešnej abstinencie.

Výskum bol dizajnovaný ako *zmiešaný, vložený* s dominantnou kvantitatívnou zložkou a doplnením kvalitatívnych údajov z prípadových štúdií, ktoré mali sekundárnu pozíciu (Hendl 2005, Cresswell, Clark 2011). Zber výskumných dát prebiehal v mesiacoch december 2014 až február 2015. Respondentov sme získali zo zariadení: CPLDZ (Košice), CPLDZ (Banská Bystrica), OLÚP n. o. (Predná Hora), GKCH v Prešove – Domov nádeje – resocializačné stredisko, A-klub (CPLDZ Košice), psychoterapeutické skupiny (CPLDZ Košice), Anonymní alkoholici (Košice) a Trojlístok n. o. (Prešov).

V kvantitatívnej časti boli použité nasledujúce metodiky:

1. Diagnostický nástroj *Dotazník sociálnej začlenenosti T-98*, zostavený T. Kollárikom (2008) bol orientovaný na diagnostikovanie potreby sociálnej začlenenosti u rôznych

skupín, kde je možné predpokladať určité ťažkosti v začleňovaní sa do spoločnosti. Dotazník sleduje motivačnú (PSZ – potreba sociálneho začlenenia) a behaviorálnu (SZ – sociálne začlenenie) zložku afiliácie v rámci sociálneho začlenenia. Interpretácia výsledkov je možná na úrovni jednotlivých zložiek i ne/rovnováhy medzi SZ a PSZ.

2. *Dotazník sociálnej opory (The MOS Social Support Survey)* bol zameraný na odhad miery *očakávanej sociálnej opory* (Kožený, Tišanská 2003; Sherbourne, Stewart 1991).
3. Otázka týkajúca sa subjektívneho prežívania osamelosti bola vyjadrená na 5-stupňovej frekvenčnej škále s verbálnymi kotvami, kde respondenti odpovedali ako často sa cítia osamelí (1 – nikdy, 2 – málokedy, 3 – niekedy, 4 – väčšinou, 5 – vždy). Hodnoty získané z danej otázky korelovali (podľa Pearsnovho korelačného koeficienta) so sociálnou oporou (MOS) $r = -0,465$ a sociálnou začlenenosťou $r = -0,373$ na hladine štatistickej významnosti $p < 0,01$.

Kvalitatívna časť pozostávala zo štyroch prípadových štúdií, kde respondenti boli zámerné vybraní nasledovne:

1. aktuálne hospitalizovaný – jeden respondent,
2. úspešne ukončená hospitalizácia a resocializácia – jeden respondent,
3. **abstinujúci** závislý, ktorý pravidelne **navštevuje** psychoterapeutické, socioterapeutické alebo svojpomocné skupiny – jeden respondent,
4. **abstinujúci** závislý, ktorý **nenavštevuje** psychoterapeutické, socioterapeutické alebo svojpomocné skupiny – jeden respondent.

Pre účely predkladaného príspevku je prezentovaná časť štatistických výsledkov a dvoch prípadových štúdií abstinujúcich respondentov č.3 a č.4, ktorí boli znova navštívení v novembri 2015 a bolo s nimi vypracované dotazníkové zisťovanie doplnené o dotazník *Brief COPE* (Carver 1997), ktorý zisťoval, ako sa ľudia správajú, keď sú vystavení záťažovým, respektíve stresujúcim udalostiam a aké zvládacie stratégie využívajú. Na základe toho sme sa pokúšali zistiť:

1. rozdiely medzi vybranými abstinentmi v spôsoboch zvládania záťažových situácií,
2. a či prípadné rozdiely môžu mať súvis s účasťou na terapeutických skupinách.

Tabuľka č. 1: **Prehľad vybraných štatistických rozdielov a prípadových štúdií**

| | n | x | s | t | p(α) | respondent č. 3 | | respondent č. 4 | |
|-----------------------------------------------|-----|-------|-------|--------|----------|-----------------|---------|-----------------|-----------|
| | | | | | | 1/2015 | 11/2015 | 1/2015 | 11/2015 |
| Subjektívne hodnotenie osamelosti | | | | | | | | | |
| hospitalizovaní | 101 | 2,86 | 0,84 | 4,44 | 0,001* | | | | |
| abstinujúci | 89 | 2,29 | 0,92 | | | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Miera sociálneho začlenenia (SZ, sten) | | | | | | | | | |
| hospitalizovaní | 100 | 5,73 | 3,72 | -2,261 | 0,025*** | | | | |
| abstinujúci | 89 | 6,91 | 3,46 | | | 4 | 6 | 8 | 8 |
| Miera anticipovanej sociálnej opory | | | | | | | | | |
| hospitalizovaní | 99 | 61,96 | 12,84 | -2,831 | 0,005** | | | | |
| abstinujúci | 81 | 67,88 | 15,20 | | | 50 | 44 | 56 | 68 |

$p(\alpha)^* < 0,001$; $p(\alpha)^{**} < 0,025$; $p(\alpha)^{***} < 0,05$

Tabuľka č. 2: Preferované stratégie zvládania (skóre)

| faktor | | respondent č. 3 | respondent č. 4 |
|--------------------------------------------|---------|-----------------|-----------------|
| zneužívanie drog | únik | 2 | 10 |
| sebaobviňovanie | únik | 5 | 8 |
| sebarozptýlenie | únik | 9 | 8 |
| zapieranie | únik | 4 | 5 |
| pozitívne prerámovanie | problém | 12 | 9 |
| plánovanie | problém | 12 | 11 |
| akceptácia | problém | 9 | 9 |
| aktívne zvládanie | problém | 9 | 9 |
| religiozita a spiritualita | problém | 6 | 7 |
| odangažované správanie | emócie | 6 | 10 |
| využitie inštrumentálnej soc. opory | emócie | 8 | 11 |
| využitie emocionálnej soc. opory | emócie | 6 | 9 |
| humor | emócie | 8 | 3 |
| ventilovanie | emócie | 6 | 5 |

(Vyššie skóre indikuje prevládajúcu stratégiu.)

Tabuľka č. 3: Prípadová štúdia (respondent č. 3)

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pán G., 54 rokov (abstinujúci navštevujúci skupiny) |
| Rodinná anamnéza |
| <ul style="list-style-type: none"> – klient vyrastal iba s matkou, starou matkou a starým otcom ako jediný syn a vnuk – matka slobodná, otec neuvedený – v rodine sa nevyskytla žiadna závislosť – klienta vychovávala stará matka, s ktorou mal vrúcny vzťah – stará matka nedovolila dcére vychovávať klienta, následkom čoho boli hádky – časté fyzické tresty a psychické týranie zo strany matky, strach pred matkou – slobodný |
| Osobná anamnéza |
| <ul style="list-style-type: none"> – pôsobí veľmi pokojne a vyrovnané, je komunikatívny – cíti sa dobre, keď je sám, vyhľadáva samotu – venuje sa pilatesu – voľný čas trávi spravovaním nehnuteľnosti – rád cestuje |
| Zdravotná anamnéza |
| <ul style="list-style-type: none"> – závislosť na alkohole – absolvovaná ústavná liečba od závislosti na alkohole – po absolvovaní liečby neuvádza žiadny lapsus/relaps |
| Školská anamnéza |
| <ul style="list-style-type: none"> – stredoškolské vzdelanie, VŠ nedokončené z dôvodu pokusu o emigráciu |
| Profesijná anamnéza |
| <ul style="list-style-type: none"> – počas bývalého režimu pracoval ako steward lôžkových vozňov ČSD – po r. 1989 pracoval ako šofér v zahraničí, z čoho plynul nadštandardný príjem – obchodovanie so starožitnosťami |
| Sociálny problém |

| |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - s alkoholom experimentoval už na základnej škole - ako príčinu svojho pitia uvádza výchovu matky - v dospelosti, keď začal prejavovať záujem o opačné pohlavie, cítil vnútorné napätie, ktoré bolo spôsobené strachom (obavami) zo žien (ako uvádza, pravdepodobne plynúcom z trestajúcej výchovy matky) - konzumovaním alkoholu napätie potláčal - keď si nevypil, bol veľmi hanblivý a tichý - keď si vypil, vedel nadväzovať vzťahy a kontakty so ženami - počas zamestnania v ČSD výrazne konzumoval alkohol - pod vplyvom alkoholu spôsobil autonehodu - v zahraničí pil sám |
| Status preasens |
| <ul style="list-style-type: none"> - nepracuje, je rentier, žije sám - pravidelne navštevuje terap. skupiny a v súčasnosti abstinuje 7. rok - udržiava spoločenské kontakty, rád je sám, ale necíti sa osamelý - adoptoval si dieťa na diaľku (v Indii), vlastné deti nemá - vie nadviazať kontakty so ženami aj bez alkoholu, čo si veľmi pochvaľuje - sám seba si viac váži a cíti sa lepšie, abstinuje sa mu dobre |
| Výsledky testov (január 2015): SZ – 4, PSZ – 4 (sten); MOS – 50, osamelosť – 2 Výsledky testov (november 2015): SZ – 6, PSZ – 4 (sten); MOS – 44 , osamelosť – 2 |

Tabuľka č. 4: Prípadová štúdia (respondent č. 4)

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pán J., 45 rokov (abstinujúci nenavštevujúci skupiny) |
| Rodinná anamnéza |
| <ul style="list-style-type: none"> - otec pil, následkom čoho boli hádky s matkou - otec zomrel, keď mal 17 rokov, vtedy sa prvýkrát opil - aj keď otec pil, venoval sa deťom - matka žije - kladné vzťahy s oboma rodičmi - klient je najmladší zo štyroch súrodencov - najsilnejšia väzba s matkou spomedzi všetkých súrodencov |
| Osobná anamnéza |
| <ul style="list-style-type: none"> - neistý v komunikácii, hanblivý, roztržitý, chvíľu trvá, pokiaľ sa osmelí - ťažkosti s verbálnym vyjadrením myšlienok i pocitov - fajčí 30-40 cigariet/deň - voľný čas trávi v rodičovskom dome, ktorý opravuje - lúšti krížovky a venuje sa domácim prácam |
| Zdravotná anamnéza |
| <ul style="list-style-type: none"> - závislosť na alkohole - intenzívne začína piť približne v 30-ich rokoch - pokúšal sa liečiť ambulantne - po niekoľkodňovom ťahu skolaboval a bol hospitalizovaný na internom oddelení, po stabilizácii presunutý na psychiatriu - navrhnutá a absolvovaná rezidenčná liečba |
| Školská anamnéza |
| - učňovské vzdelanie |
| Profesijná anamnéza |
| - pracuje ako robotník |
| Sociálny problém |
| - závislosť vážne narušoval celý klientov život |

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> – v práci bol hodnotený ako nezodpovedný, nadriadený ani kolegovia mu nedôverovali – v práci nevedel vyjadriť svoj názor – alkohol mu pomáhal vyjadriť názor, pocity a emócie – cez voľno pil v ťahoch, ktoré nevedel zastaviť a bral si dovolenky – všetky vzťahy stroskotali kvôli alkoholu alebo promiskuite – súrodenci mu v tom čase už dohovárali |
| Status preasens |
| <ul style="list-style-type: none"> – klient od absolvovania ústavnej liečby neuvádza lapsus/relaps, abstinuje 6. rok – nenavštevuje skupiny žiadneho typu – v súčasnosti žije sám – má kamarátky, ktoré mu vedia poradiť s domácnosťou – často navštevuje matku a súrodencov – kladie dôraz na rodinu – uvedomuje si hodnoty, o ktoré mohol svojim pitím úplne prísť – klient uvádza, že keď abstinuje, je asertívnejší ako v čase pitia – od absolvovania liečby neuvádza žiaden vážnejší vzťah, ale verí a dúfa, že si niekoho nájde, aj keď sa mu to nedarí, ne cíti sa osamelý |
| Výsledky testov (január 2015): SZ – 8, PSZ – 4 (sten), MOS – 56, osamelosť – 2 |
| Výsledky testov (november 2015): SZ – 8, PSZ – 5 (sten), MOS – 68 , osamelosť – 2 |

Interpretácia štatistických výsledkov a prípadových štúdií

Štatisticky boli potvrdené významné rozdiely v subjektívnom hodnotení osamelosti, v miere anticipovanej sociálnej opory a v miere sociálnej začlenenosti, medzi hospitalizovanými a abstinujúcimi klientmi. K daným štatistickým výsledkom sú v Tab. 1 priradené hodnoty jednotlivých dotazníkov abstinujúcich respondentov. Obidvaja abstinujúci respondenti, aj napriek tomu, že žijú sami sa necítili osamelí, respektíve sa cítili osamelí len málokedy (2), čo súhlasí so štatistickým overovaním významností medzi skupinami. Daná hodnota sa u obidvoch respondentov za desať mesiacov nezmenila. Respondent č. 3 v miere sociálneho začlenenia dosiahol v mesiaci január 2015 úroveň 4 (SZ), čo je menej ako priemer v obidvoch porovnávaných skupinách. Jeho sociálne začlenenie pravdepodobne súvisí s faktom, že pán G. (54 r.) žije samotársky život a nepracuje, no napriek tomu sa cíti spokojný v sociálnych interakciách, o čom vypovedá aj jeho motivačná zložka afiliácie (PSZ–4). U pána G. (54 r.) sa za desať mesiacov zmenila hodnota sociálneho začlenenia o dva stupne na stenovej stupnici, čo nepovažujeme za významný rozdiel. Respondent č. 4, pán J. (45 r.) dosiahol v obidvoch testovaniach rovnaké skóre sociálneho začlenenia, ktoré súhlasí s priemerom abstinujúcich respondentov. Miera anticipovanej sociálnej opory bola u pána G. (54 r.) aj u pána J. (45 r.) v mesiaci január 2015 nižšia ako priemerná úroveň v obidvoch porovnávaných skupín. Tento fakt možno prisudzovať tomu, že obidvaja žijú sami a sú bez partnerov. U pána J. (45 r.), ktorý uviedol, že často navštevuje matku, súrodencov a kladol dôraz na rodinu sa miera anticipovanej sociálnej opory zvýšila v mesiaci november na hodnotu 68, ktorá zodpovedá priemeru abstinujúcich respondentov. U pána G. (54 r.) anticipovaná sociálna opora mierne klesla, avšak, ako bolo spomenuté u daného respondenta to nemusí hrať významnú úlohu vzhľadom na jeho spôsob života. Pán G. (54 r.), ktorý pravidelne navštevuje psychoterapeutické skupiny pre abstinujúcich klientov závislých od alkoholu, vo väčšej miere preferuje aktívne stratégie zvládania zamerané na problém, potom nasledujú stratégie zamerané na emócie a v najmenšej miere využíva pasívne únikové stratégie (Tab. 2). U daného respondenta výrazne dominujú stratégie zvládania a faktory, ktoré sú predmetom *aktívneho sociálneho učenia* (Kredátus 1989) i ďalších terapeutických techník (KBT) pri práci so závislými klientmi ako „pozitívna orientácia“, „orientácia na problém“, „krok za krokom“ a „odpútanie pozornosti“. U pána G. (54 r.) môžeme viac ako predpokladať, že preferovanie týchto stratégií si osvojil v rámci terapeutických skupín, ktoré

pravidelne navštevuje. Pán J. (45 r.), ktorý nenavštevuje skupiny žiadneho typu, taktiež preferuje stratégie zvládania v rovnakom poradí (problém, emócie, únik) ako pán G. (54 r.), avšak rozdiely v skóre sú evidentné hlavne čo sa týka stratégie zameranej na únik a emócie. U pána J. (45 r.) v značnej miere badať využívanie únikových stratégií, kde faktor *zneužívania drog*, v danom prípade predstavuje fajčenie cigariet vo zvýšenom množstve, keďže respondent úspešne abstinuje od alkoholu. U pána J. (45 r.) využívanie stratégií zameraných na emócie pravdepodobne súvisí s *mierou anticipovanej sociálnej opory* (68), o čom svedčí aj vysoké skóre vo faktoroch *inštrumentálnej a emocionálnej opory*.

Zhrnutie a záver

Abstinencia predstavuje pre závislého človeka v novom spôsobe života častokrát hraničné záťažové situácie, v ktorých si nevystačí so starými spôsobmi správania, myslenia a cítenia. Situácie, pri ktorých zdravý človek vyvinie len minimum energie, sa pre závislého človeka, ktorý sa ocitá na začiatku resocializácie, môžu zdať neprekonateľné. Aby závislý človek začal abstinovať, aby zmenil svoje postoje, vytvoril a udržal nové a kvalitné sociálne vzťahy, ktoré budú zmysluplné a zdravé si vyžaduje množstvo učenia, času a úsilia. Takáto zmena nemôže byť vykonaná osamote a vyžaduje si pomoc a podporu, ktorú môže závislý získať v rodine, v svojpomocnej skupine, v terapeutickej skupine alebo v iných podporných skupinách či komunitách. Štatisticky boli potvrdené významné rozdiely, ktoré preukázali, že abstinujúci respondenti z terapeutických a svojpomocných skupín sa cítia v menšej miere osamelí, sú vo väčšej miere sociálne začlenení a dosahujú vyššiu mieru anticipovanej sociálnej opory ako hospitalizovaní respondenti. Je potrebné upozorniť, že samotná hospitalizácia môže mať vplyv na subjektívne prežívanie osamelosti. Hospitalizácia môže ovplyvniť len osamelosť, ktorá vychádza z časového a priestorového vymedzenia, no pravdepodobne nemôže ovplyvniť osamelosť v chápaní podľa C. R. Rogersa (1999). *Osamelosť* je vážny negatívny vnútorný stav, ktorý môže komplikovať celý terapeutický a resocializačný proces. Prípadové štúdie poukazujú na fakt, že pri práci s klientom nemôžeme vychádzať len zo štatistických údajov a fenomenologický prístup je nevyhnutný. Z prípadových štúdií možno vyvodiť záver, že účasť v skupinách, ktoré sú zamerané na *aktívne sociálne učenie* podporuje človeka vo vytváraní a upevňovaní *intrapsychických štýlov zvládania záťažových situácií*.

„Človek môže piť sám, ale abstinovať sám a osamelý nedokáže.“

Zoznam bibliografických odkazov

- BREKKE, S. J., 2014. A Science of Social Work, and Social Work as an Integrative Scientific Discipline: Have We Gone Too Far, or Not Far Enough? *Research on Social Work Practice* [online]. 24(5) [cit. 2015-11-08]. Dostupné z: <http://rsw.sagepub.com/content/24/5/517.full.pdf+html>
- CARVER, C.S., 1997. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine* [online]. 4 (1), 92 – 100 [cit. 2015-10-15]. Dostupné z: http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/documents/p97Brief_COPE.pdf. ISSN 1070-5503.
- CRESWELL, J. W., and W. L. P. CLARK., 2011. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 2nd ed. London: Sage Publications, Inc. ISBN 978-1-412975179.
- DILLWORTH, M. T., 2009. Dry Drunk Syndrome. In: G. L. FISHER and N. A. ROGET, eds. *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment & Recovery*. London: Sage Publication, Inc., pp. 345 – 346. ISBN 978-1-4129-5084-8.
- EVANS, B. F., 1996. *Harry Stack Sullivan, Interpersonal Theory and Psychotherapy*. London: Routledge. ISBN 0-415-11972-3.

- FRANKL, V. E., 2006. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta. ISBN 80-7295-085-1.
- FRANKL, V. E., 2011. *Hľadanie zmyslu života*. Bratislava: Eastone Books. ISBN 978-80-8109-159-9.
- GALVANI, S., 2012. *Supporting People with Alcohol and Drug Problems: Making a Difference*. Bristol: Policy Press. ISBN 978-1-84742-116-6.
- NAVRÁTIL, P., 2013 Existenciální teorie. In: O. MATOUŠEK a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 439 –441. ISBN 978-80-262-0366-7.
- NEŠPOR, K., 2011. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. aktualizované. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.
- HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- HOŠEK, V., 1999. *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-889-1.
- KOLLÁRIK, T., 2008. *Dotazník sociálnej začlenenosti - T-98*. Bratislava: Psychodiagnostika, a.s.
- KOŽENÝ, J. a L. TIŠANSKÁ, 2013. Dotazník sociální opory - MOS: Vnitřní struktura nástroje. *Československá psychologie*. **XLVII**(2), 135 – 143. ISSN 0009-062X.
- KREDÁTUS, J., 1989. *Abstinent v záťažových životných situáciách*. Košice: KÚNZ.
- KREDÁTUS, J., 1990. K otázkam životného spôsobu abstinujúcich alkoholikov. *Sociológia*. **22**(2), 207 – 213. ISSN 0049 – 1125.
- KREDÁTUS, J., 1995. *Diagnóza: Abstinencia*. Bratislava: Závislosť.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-5684.
- LEVICKÁ, J. a K. LEVICKÁ, 2012. Sociálno-ekologický prístup. In: J. LEVICKÁ, K. LEVICKÁ, V. HANZALÍKOVÁ a A. BÁNOVČIŇOVÁ. *Ekosociálne prístupy v sociálnej práci*. Trnava: Olivia, s. 9 – 84. ISBN 978-80-89332-14-4.
- MARLATT, G. A., 1996. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction* [online]. **91**(12), 37 – 49 [cit.2015-11-15] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8997780>
- MIJUSKOVIC, L. B., 2012. *Loneliness in Philosophy, Psychology, and Literature*. Bloomington: iUniverse, Inc. ISBN 978-1-4697-8933-0.
- MOUSTAKAS, C. a K. MOUSTAKAS, 2004. *Loneliness, Creativity & Love: Awakening Meanings in Life*. Bloomington: Xlibris Corporation. ISBN 1-4134-3627-7.
- ONDREJKOVIČ, P., 2009. Konzumácia drog a drogové závislosti, alebo prečo ľudia užívajú drogy. In: P. ONDREJKOVIČ a kol. *Sociálna patológia*. 3. vyd. doplnené, prepracované. Bratislava: Veda, s. 265 – 292. ISBN 978-80-224-1074-8.
- PEPLAU, A. L., 1988. Loneliness: New Directions in Research. Participate in the Challenge of Mental Health and Psychiatric Nursing in 1988. In: *Proceedings of the 3rd National Conference on Psychiatric Nursing* [online]. Montreal: American Psychiatric Nurses Association, pp. 127 – 142 [cit. 2015-11-19]. Dostupné z: http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Peplau%2088.pdf
- PERLMAN, D. a L. A. PEPLAU, 1981. Toward a Social Psychology of Loneliness. In: S. DUCK, and R. GILMOUR, eds. *Personal Relationships in Disorder* [online]. London: Academic Press, pp. 31 – 56 [cit. 2015-11-08]. Dostupné z: http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Perlman%20%26%20Peplau%2081.pdf

- PERLMAN, D. a L. A. PEPLAU, 1982. Teoretical Approaches to Loneliness. In: L. A. PEPLAU, and D. PERLMAN, eds. *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy* [online]. New York: Wiley, pp. 123 – 134 [cit. 2015-11-08]. Dostupné z: http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Perlman_Peplau_82.pdf
- ROGERS, R. C., 1999. *Spôsob bytia*. Modra: Persona. ISBN 80-967832-0-3.
- SHERBOURNE, D. C. a A. L. STEWART, 1991. The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine* [online]. **32**(6), 705 – 714 [cit. 2014-09-08]. Dostupné z: <http://cmcd.sph.umich.edu/assets/files/Repository/Women%20Take%20Pride/The%20MOS%20Social%20Support%20Survey.pdf>
- SLAMĚNÍK, I., 2008. Afilie, atraktivita, láska. In: J. VÝROST a I. SLAMĚNÍK, eds. *Sociální psychologie*. 2. vyd., přepracované, rozšířené. Praha: Grada, s. 249 – 265. ISBN 978-80-247-1428-8.
- SOLÁROVÁ, E., 2011. Socializace. In: J. VÝROST a I. SLAMĚNÍK, eds. *Sociální psychologie*. 2. vyd., přepracované, rozšířené. Praha: Grada, s. 49 – 68. ISBN 978-80-247-1428-8.
- SONDERBY, L. S., 2013. Loneliness: An Integrative Approach. *Journal Of Integrated Social Sciences* [online]. **3**(1), 1 – 29 [cit. 2015-10-16]. Dostupné z: [http://www.jiss.org/documents/volume_3/issue_1/JISS%202013%203\(1\)%201-29%20Loneliness.pdf](http://www.jiss.org/documents/volume_3/issue_1/JISS%202013%203(1)%201-29%20Loneliness.pdf)
- VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. rozšířené, přepracované. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
- ŽIAKOVÁ, E., 2008. Teoretické vymedzenie pojmu osamelosti. In: E. ŽIAKOVÁ a kol. *Osamelosť ako sociálny a psychologický jav*. Prešov: Filozofická fakulta PU, s. 9 – 27. ISBN 978-80-8068-731.

Kontakt na autorov

Mgr. Ján Kahan
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ Košice
Moyzesova 9, 040 01 Košice
jankokahan@gmail.com

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ Košice
Moyzesova 9, 040 01 Košice
eva.ziakova@upjs.sk

Identita ako záťažová situácia

Ján Šimko (SR) - Dušan Šlosár (SR)

Abstrakt: *Sexuálna orientácia je neoddeliteľnou súčasťou identity každého človeka. V prípade neheterosexuálne orientovaných osôb je proces akceptácie vlastnej identity ovplyvnený vonkajšími, ale aj zvnútorňenými postojmi. V príspevku popisujeme najznámejšie teórie vývinu homosexuálnej identity, pričom pozornosť venujeme aj problémom, ktoré súvisia so sebaakceptáciou. Zároveň sa sústreďujeme aj na možnosti prístupu v sociálnej práci v danej oblasti.*

Kľúčové slová: *Identita. Sexuálna orientácia. Homosexualita. Coming out. Sociálna práca.*

Abstract: *Sexual orientation is inseparable part of identity of every human being. In case of non-heterosexually oriented persons the process of acceptance of one's own identity is affected by both outer and inner attitudes. The most important theories concerning development of homosexual identity, as well as problems which are connected to self-acceptation are discussed in the text. We are also focusing on options of approaches for social work in this field.*

Keywords: *Identity. Sexual orientation. Homosexuality. Coming out. Social work.*

Úvod

Na začiatku 90-tych rokov 20. storočia prestala Svetová zdravotnícka organizácia považovať homosexualitu za diagnózu. Tomuto kroku predchádzalo pár desaťročí predtým, vyškrtnutie homosexuálnej orientácie zo zoznamu duševných chorôb. Tieto skutočnosti sú signálom postupnej zmeny vnímania homosexuálnej orientácie v odborných kruhoch na základe rôznych výskumov. Problematické doteraz viacmenej zostáva nazeranie na homosexualitu väčšinou heterosexuálnou spoločnosťou, najmä v postkomunistických krajinách. Je prirodzené, že neznáme veci vyvolávajú pocit neistoty a neraz i strachu. V neľahkej situácii sa preto nachádzajú jedinci, ktorých neoddeliteľnú súčasť identity spoluvytvára homosexuálna orientácia. Sebaprijatie a vytváranie homosexuálnej identity v procese coming outu je neľahkým obdobím, ktoré so sebou prináša mnohé záťažové situácie.

Identita a sexuálna orientácia

Pojem identita sa v sociálnych vedách používa na označenie spôsobu akým jednotlivci vnímajú samých seba a na druhej strane ako sú vnímaní svojim okolím. Vzhľadom na fakt, že rozličné disciplíny používajú tento pojem pre definovanie odlišných situácií, nie je možné vytvoriť jednotnú definíciu, ktorá by pojem identita unifikovala pre všetky sociálne vedy.

V psychológii rozlišujeme tri typy identít: *osobnú, kolektívnu a vzťahovú*. *Osobná* odkazuje na vedomie o kvalitách a atribútoch, o ktorých si ľudia myslia, že ich odlišujú od ostatných. *Kolektívna identita* zasa v sebe zahŕňa rôzne sociálne kategórie, ktoré zvyrazňujú našu prepojenosť na tých, s ktorými zdieľame podobné charakteristiky. *Vzťahová identita* odkazuje na jednotlivcov, ktorí sú súčasťou našej širšej predstavy o sebe samom, aj o našich kvalitách prezentujúcich v jednaní s ostatnými členmi spoločenstva. (Matsumoto 2009)

V. Bačová (2003, s. 203) vymedzuje identitu ako také „*definovanie a sebadefinovanie osoby, ktoré vyjadruje, čím je osoba od iných ľudí vo svojom prostredí a pre iných ľudí rozpoznateľná (autentická); či je jej sociálna pozícia a rola v jej spoločenstve legitímna; aký zmysel a význam nadobúda konanie osoby vo vzťahu k iným osobám a ľudským spoločenstvám a aký význam osoba a iný pripisujú svojmu – jej životnému príbehu.*“

Súčasťou vytvárania vlastnej identity môže byť kríza, ktorú definujeme ako stav neistoty týkajúci sa rolí, cieľov a zmyslu života. Ten je typický najmä pre adolescentov, pričom k jej prekonaniu môže dôjsť v neskorej puberte alebo v skorej dospelosti. V tomto období totiž jedinec nachádza zmysel, poznáva svoje miesto a poslanie v spoločnosti a upevňuje pozíciu v sociálnych a sexuálnych rolách. U niektorých jedincov kríza pretrváva aj počas obdobia dospelosti a bráni im pri ustálení sa v konkrétnych sociálnych rolách (Matsumoto 2009).

Súčasťou identity osobnosti je aj jej sexuálna orientácia, ktorá sa vyznačuje romantickou, emocionálnou a sexuálnou príťažlivosťou k jedincom určitého pohlavia. (Smith 2011)

Český sexuológ P. Weiss (2010) pod sexuálnou orientáciou rozumie nemenný, celoživotný a danou osobou nezapríčený a nezvolený stav výlučnej alebo prevládajúcej erotickej a citovej preferencie osôb daného pohlavia. U väčšiny jedincov sa stretávame s heterosexuálnou orientáciou, teda náklonnosťou k osobám opačného pohlavia. V menšej miere sa môžeme stretnúť s orientáciou homosexuálnou.

Vývin homosexuálnej identity

V nasledujúcich riadkoch sa pokúsime priblížiť proces vývinu homosexuálnej identity. K danej téme pristupujeme z pozície moderných poznatkov, že homosexualita už dnes nie považovaná za poruchu, ale za spôsob alternatívneho sexuálneho správania. Vnímame ju viacmenej ako sexuálnu apetenciu voči osobe rovnakého pohlavia. Nemožno pri tom zabudnúť, že tá sa neobmedzuje len na homosexuálny styk v užšom zmysle ako je tomu u iných sexuálnych inverzií. Pravá homosexualita je erotický vzťah so všetkými jeho aspektmi ako sú láska, žiarlivosť, túžba po spolužití. (Nakonečný 2011)

Uvedomenie si vlastnej inakosti so sebou prináša mnohé úskalía. Dochádza k rozdeleniu kontinuity života na obdobie pred poznaním a akceptovaním vlastnej odlišnosti v sexuálnej orientácii a toho, čo bude nasledovať a akým spôsobom dôjde k uchopeniu tejto skutočnosti v nasledujúcej existencii.

Vývin homosexuálnej identity (ale prirodzenie aj iných sexuálnych identít) zvykneme označovať ako *coming out*, čo môžeme voľne preložiť ako vykročenie z vlastného uzavretia, otvoriť sa. Samotný proces *coming outu* často vedie k hlbšej individualizácii homosexuálnych jedincov. Pri odlišnosti v erotickom zameraní sa človek stretáva s nedostatkom identifikačných vzorov v dospievaní. Jedinci, ktorí si uvedomujú svoju inakosť sú nútení hľadať svoju vlastnú identitu a neskôr tiež partnerský štýl najmä na základe vlastných predstáv, skúseností a individuálnej reflexie. Tu možno vnímať rozdiel medzi heterosexuálnymi jedincami, ktorí často prijímajú bez väčších problémov „defaultové (predvolené) riešenie“, teda identitu a partnerské usporiadania, ktoré sú vopred zadané ako tradíciou tak spoločnosťou. (Janošová 2008)

Proces vlastného *coming outu* môžeme rozdeliť na *coming out* vnútorný, kedy jedinec objavuje a následne akceptuje svoju menšinovú sexuálnu identitu (prípadne ju odmieta) a *coming out* vonkajší, kedy so svojou sexuálnou orientáciou oboznamuje okolie. Úspešný priebeh *coming outu* je dôležitý pre vytváranie stabilnej identity a sociálnych väzieb. Oba procesy nie sú od seba oddelené, ale navzájom sa ovplyvňujú (Lörincová, Pechová 2010).

Austrálska psychologička V. Cass (in: Jones, Marjorie 2002) predstavila v roku 1979 odbornej verejnosti šesťfázový model formovania sexuálnej identity. Tento model je založený na jednotlivých úrovniach sebapochopenia, pričom sa predložená teória snaží priblížiť ako uvedomovanie si samého seba narastá v komplexnej interakcii medzi sebareflexiou a asimiláciou kultúry, v ktorej homosexuálne orientovaná osoba žije. Model nie je fixný, čím umožňuje variovať medzi fázami podľa toho, ako sa sexuálna identita vyvíja.

Zmätok v identite – je obdobím, ktoré je preniknuté vedomím, že homosexualita môže byť pre daného jedinca relevantná. Dochádza k rozpoznavaniu svojho odlišného prežívania alebo správania.

Porovnávanie identity – človek si je vedomý rozdielov medzi okolím a vlastným správaním i identitou. Uvedomuje si ako spoločnosť nazerá na odlišnú sexualitu. Prevláda pocit vylúčenia zo spoločnosti ako celku, rodiny alebo pracovného kolektívu. Narastá túžba po spoznaní osôb s rovnakou identitou. Dochádza k strate kontinuity vlastného života.

Tolerancia identity – je charakteristická uznaním a sebaidentifikáciou ako homosexuálne orientovaného, tiež svojich sociálnych, emocionálnych a sexuálnych potrieb. To so sebou prináša zvýšené odcudzenie a aktívnejšie vyhľadávanie vlastnej komunity.

Akceptácia identity – je charakteristická častejšími kontaktmi s komunitou. Jedinec svoju orientáciu nielen toleruje, ale začína ju akceptovať. Človek podniká aktívne kroky k zosúladeniu vlastnej sexuálnej identity a svojho života.

Hrdosť na identitu – v sebe zahŕňa silný zmysel pre skupinovú identitu a pocity spolupatričnosti. Dochádza k posilňovaniu konceptu odmietania väčšinovej, často vnímanej ako nepriateľskej spoločnosti. Jedinec prekonáva inkongruenciu v správaní a prežívaní svojej sexuality.

Syntéza identity – je poslednou fázou integrácie sexuálnej orientácie so všetkými ostatnými aspektmi ja do ucelenejšej identity (Fish 2012).

S inou koncepciou sebakceptácie prišiel E. Coleman (in: Jones, Marjorie 2002), ktorý ju opísal v piatich fázach, ktorými sú: *pre-coming out*, *coming out*, *odhaľovanie*, *prvý vzťah a integrácia identity*. V prvom štádiu *pre-coming outu* sa jedinci považujú za odlišných v porovnaní s ostatnými. V štádiu *coming-outu* berú na vedomie svoje homosexuálne pocity. V treťom štádiu nazvanom *odhaľovanie* si jedinci budujú medziľudskú spôsobilosť kontaktu s podobnými ľuďmi. Dochádza k posilneniu zmyslu vlastnej atraktivity a uvedomenia si zdravej sebaúcty nielen cez sexualitu. V štvrtom štádiu sa jednotlivci učia rovnako pohlavným vzťahom. Obdobie štádia *integrácie identity* je typické syntézou vlastného a okolitého obrazu do jednej identity.

Troiden (in: Jones, Marjorie 2002) vytvoril štvorfázové vývinové štádia formovania identity, ktoré úzko súvisia s vekom. Prvé štádium – *senzitivácia* – sa vyskytuje pred dospievaním. Charakteristické je uvedomením si odlišnosti od svojich vrstovníkov rovnakého pohlavia. Druhé štádium – *zmätok v identite*, sa obyčajne prejavuje v období adolescencie a vytvára vnútorný nepokoj a konflikt, kedy si jedinec uvedomuje, že môže byť homosexuálom. Tretie štádium – *predpokladanie identity*, je typické pre neskorú adolescenciu alebo skorú dospelosť. Človek začína objavovať sexualitu ako aj homosexuálnu subkultúru. Štvrté štádium – *záväzok*, prichádza vtedy, keď je homosexuálna identita považovaná za nevyhnutnú v ucelenom fungovaní jedinca.

Problémy súvisiace s identitou

Proces *coming outu* nie je bezproblémovým procesom. V snahe integrovať neoddeliteľnú súčasť svojho ja – sexualitu do celkovej identity, so sebou prináša prekonštruovanie svojho doterajšieho spôsobu fungovania, pripustenia nových skutočností, ktoré môžu jedinca priviesť k rozličným záťažovým, či hraničným situáciám. Proces úspešného zvládnutia ako vnútorného, tak aj vonkajšieho *coming outu* je ohrozený mnohými vnútornými konfliktami ako aj rozpormi medzi jedincom a vnímaním jeho osobnosti v heteronormatívnej spoločnosti.

Štádiá vývinu vlastnej sexuálnej identity v procese *coming outu* často sprevádzajú pocity zmätenosti, odcudzenia, úzkosti a depresie. Samotný proces *coming outu* môže byť pre mnohých ľudí traumatickou záležitosťou, ktoré môžu ovplyvňovať ako osobnostné danosti tak faktory prostredia. (Ondrisová 2002)

O zložitosti jednotlivých situácií súvisiacich so sebaakceptáciou u homosexuálnej mládeže vypovedajú rôzne prieskumy. V USA sa na útekoch z domova v miere 30 až 40% podieľajú homosexuálne a lesbicky orientovaní mladí ľudia. Až 60% homosexuálov a 30% lesbiab sa na stredných školách stane obeťou útokov a takmer štvrtina z nich pravidelne uteká zo školy. Problémové situácie sa prostredníctvom alkoholu a drog rozhodne riešiť takmer 60% homosexuálne orientovanej mládeže a až polovica z nich trpí úzkosťami a depresiami. Stigmatizácia a diskriminácia je najčastejšou príčinou dokonaných samovrážd mladých homosexuálne orientovaných ľudí, pričom sa uvádza, že riziko samovražedných sklonov je u tejto mládeže až trojnásobne vyššie oproti väčšinovej populácii. (Bass, Kaufman 2003)

Iniciatíva Inakosť, pôsobiaca na Slovensku, v roku 2011 uskutočnila prieskum, ktorého sa zúčastnilo 253 respondentov, ktorí v súvislosti so svojou menšinovou identitou, jej uvedomením ako aj odhalením vo svojom okolí uviedli nasledujúce psychické problémy – 49 % z nich pociťovalo smútok, strach sa objavil u 40 %, úzkosť pociťovalo 35 % respondentov, stres vnímalo 28 % a psychickou poruchou (napr. depresiou) trpelo až 22 %. (Smitková, Kuruc 2012)

V súvislosti s homosexuálnou identitou sa v zahraničnej literatúre stretávame aj s pojmom „menšinový stres“ (ang. minority stress). Napätie, na ktorom sa spolupodieľajú stigmatizácia, nerovnosť a prenasledovanie, môže mať vplyv na duševné zdravie. Vylúčenie zo sociálnych štruktúr, narušenie noriem a sociálnych inštitúcií môžu byť príčinou psychickej nepohody a dokonca zvýšiť riziko samovráždy. Medzinárodné výskumy o mentálnom zdraví LGB osôb (lesbian, gay, bisexual – lesbiab, homosexuálov, bisexuálov/liek), publikované súhrne Írskou asociáciou sociálnych pracovníkov v roku 2011, priniesol nasledujúce zistenia:

- stres prameniari z príslušnosti k sexuálnej menšine môže viesť k zvýšenému samovražednému správaniu a sebapoškodzovaniu,
- LGB osoby sú kvôli svojej identite vystavení zvýšenému riziku psychickej úzkosti v porovnaní s heterosexuálnou väčšinou,
- LGB ľudia sú vystavení zvýšenému riziku depresí, úzkosti a užívaniu návykových látok,
- nedostatok sociálnej podpory v čase objavovania svojej menšinovej identity môže zvýšiť riziko samovražedného správania najmä medzi mladšími ľuďmi,
- preukázalo sa, že u mladých LGB osôb dochádza k zvýšenej spotrebe alkoholu a rekreačnému užívaniu drog v porovnaní s heterosexuálnymi rovesníkmi. (Smith 2011)

Násilie, súvisiace so sexuálnou identitou obeť, ovplyvňuje vlastné vnímanie jedinca a tiež vnímanie homosexuálnej, lesbickej a bisexuálnej komunity. Sexuálna identita sa pod vplyvom týchto negatívnych zážitkov stáva zdrojom nebezpečenstva, stresu a bolesti, pričom by mala byť zdrojom intimity, lásky a spolupatričnosti. Niektorí sa môžu na základe skúseností a okolia dokonca domnievať, že násilie patrí k ich životnému údely. (Ondrisová 2002)

Sociálna práca a homosexuálne orientovaní klienti

V heteronormatívnej spoločnosti je akosi prirodzené, že aj sociálna práca sa zakladá na konceptoch väčšinovej populácie. Aj ku klientom s inou sexuálnou orientáciou sa snaží pristupovať z pozície, že každý člen spoločenstva je heterosexuálnou osobou. Neraz dochádza aj k tomu, že potreby homosexuálnych klientov sú považované za menejcenné. Takéto hodnotové východiská a postoje prirodzene ovplyvňujú rozhodovanie sociálnych pracovníkov pri poskytovaní služieb a sociálnej starostlivosti. Na druhej strane samotní homosexuálne orientovaní klienti si pri vyhľadávaní sociálnej pomoci kladú otázky súvisiace s vedomosťami sociálnych pracovníkov o homosexuálnej identite. Neraz sa zamýšľajú nad tým, či nebude jednoduchšie predstierať heterosexuálnosť, pretože v prípade prezentácie svojej skutočnej

sexuálnej orientácie sa obávajú možného negatívneho prístupu sociálneho pracovníka. (Fisch 2012)

Sociálni pracovníci by nemali vychádzať z predpokladu, že všetci ich klienti sú heterosexuáli. Daný predpoklad by mali zahrnúť do svojich úsudkov ako slovne tak aj v iných druhoch dokumentácie, ktorú používajú. Materiály a taktiež prípadová dokumentácia väčšiny agentúr sú koncipované v rovine heterosexuálnej identity. Sociálni pracovníci by mali presadzovať zmenu smerom k nezaujatým prístupom. Sociálny pracovník musí citlivo vnímať a rozpoznať konflikty, depresie, úzkosti ako aj a samovražedné tendencie, pretože sa môže stať, že úzko súvisia s neľahkou situáciou klienta, ktorej príčinou môže byť homosexuálna identita. Je prirodzene najlepšie, ak homosexuálne orientovaní ľudia v prekonávaní týchto problémov môžu na riešení svojich problémov spolupracovať s tréňovanými terapeutmi. Na druhej strane, aj rádoví sociálni pracovníci sa možno nevedomky stretávajú s touto skupinou. Musia byť teda senzitívni voči možnosti, pri ktorej sa predpokladá asi 10 % šanca, že sa u klientov môžu stretnúť s vnútorným zápasom so svojou sexuálnou identitou a stresom vyvolaným spoločenským tlakom. (Yanca, Johnson 2008)

S prístupom k homosexuálnym klientom úzko súvisí miera homofóbie v pomáhajúcich profesiách. Tá môže byť zdrojom nedôvery, či dokonca zaujatosti. D. Marková a A. Žábková (2010) skúmali mieru homofóbie u sociálnych pracovníkov a študentov sociálnej práce na vzorke 160 respondentov. Výsledky naznačili, že za nehomofóbických možno označiť iba 45,7% sociálnych pracovníkov a 54,4% študentov sociálnej práce.

Záver

Človek nachádzajúci sa v období formovania vlastnej identity a v snahe pochopenia svojho vlastného ja prechádza neľahkými skúškami. O to viac, ak zdrojom napätia, stresu, či vylúčenia je oblasť jeho intímneho života súvisiaceho s menštinovou homosexuálnou orientáciou. V oblasti sociálnej práce preto považujeme za dôležité to, aby študenti sociálnej práce, ale najmä ľudia z praxe, disponovali relevantnými informáciami o príčinách homosexuálnej orientácie a boli si vedomí zákonitostí procesu coming outu – hľadania vlastnej identity, čím by mohli byť senzitívnejší voči problémom homosexuálnych klientov. O neľahkom rozporení homosexuálne cítiacich osôb v tomto procese vypovedajú aj nasledujúce slová jedného z nich: „Byť s normálnymi ľuďmi, a pritom sa „skrývať“ ma vyčerpáva. Byť sám ma zabíja. Asi mi neostáva, než ako povedal Baudleraire, hľadať si miesto hocikde mimo tohto sveta...“ (Ščepková 2002, s. 42)

Zoznam bibliografických odkazov

- BAČOVÁ, V., 2003. Osobná identita – konštrukcie – text - hľadanie významu. In HŘEBÍČKOVÁ, M., ed., P. MACEK, P., ed. a I. ČERMÁK, I., ed. *Agrese, identita, osobnost*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR. ISBN 80-86620-06-9.
- BASS, E. a K. KAUFMAN, 2003. *Láska je láska. Knižka pre lesbickú, gejskú a bisexuálnu mládež a jej spojencov*. Bartislava: Aspekt. ISBN 80-85549-40-9.
- FISH, J., 2012. *Social work and lesbian, gay, bisexual and trans people. Making a difference*. Bristol: Policy press. ISBN 978-1-84742-803-5.
- JANOŠOVÁ, P., 2008. *Dívčí a chlapecká identita: vývoj a úskalí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2284-9.
- JONES, B. S a J. H. MARJORIE, 2002. *Mental health issues in lesbian, gay, bisexual, and transgender communities*. Washington, D.C.: American Psychiatric Pub. ISBN 1585620696.
- LÖRINCOVÁ, L. a O. PECHOVÁ, 2010. Identita lesbických žien v Holandsku. In: D. MARKOVÁ et al., ed. *Sexuality IV. / Sexualities IV.: zborník vedeckých príspevkov*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 46-71. ISBN 978-80-223-2960-6.

- MARKOVÁ, D. a A. ŽABKOVÁ, 2010. Miera homofóbie u sociálnych pracovníkov/čok a študentov/tiek sociálnej práce ako možné riziko v ich vzdelávaní. In *Rizika sociálnej práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, s. 550– 562. ISBN 978-80-7435-086-3.
- MATSUMOTO, D., 2009. *The Cambridge Dictionary of Psychology*. Cambridge: Cambridge University. ISBN 13978-0-521-85470-2.
- NAKONEČNÝ, M., 2011. *Psychologie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-443-8.
- ONDRISOVÁ, S. et. al., 2002. *Neviditeľná menšina. Čo (ne)vieme o sexuálnej orientácii*. Bratislava: Nadácia Občan a demokracia. ISBN 80-968528-5-X.
- SMITH O., 2011. *Lesbian, Gay and Bisexual People: A Guide to Good Practice for Social Workers*. Dublin: Glen.
- SMITKOVÁ, H. a A. KURUC, 2012. *Homofóbia a heterosexizmus*. Bratislava: Inakosť.
- ŠČEPKOVÁ, M., 2002. *Homosexualita, cesta sebatranscendencie? Krátka štúdia o kresťanskom prístupe k realite homosexuálnej orientácie*. Bratislava: Vydavateľstvo Oto Németh. ISBN 80-88949-43-2.
- WEISS, P. a kol., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.
- YANCA, S.J. a L.C. JOHNSON, 2008. *Generalist Social Work Practice with Families*. Boston: Pearson, Allyn and Bacon. ISBN 978-0205470105.

Kontakt na autorov

Mgr. Ján Šimko
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ
Moyzesova 9 040 59 Košice
simko.jan@gmail.com

Doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ
Moyzesova 9 040 59 Košice
Dusan.slosar@upjs.sk

Psychological support and coping with stress in the context of social work

Karol Mausch (PL)

Abstract: *People involved in various forms of social work are exposed to stressful situations, professional burnout, diseases and other related negative consequences. Psychological factors may indirectly cause damage to the living body tissues, resulting in prolonged mobilization of emotional stress and of disorders or psychosomatic diseases. Presented models of stress show how stress may contribute to the cause of psychosomatic diseases. The common feature of these concepts is to identify the subjective nature of the phenomenon of stress.*

Keywords: *Stress. Coping. Social work.*

People involved in various forms of social work are exposed to stressful situations, professional burnout, diseases and other related negative consequences. Particular interest to contemporary clinical psychology and medicine are those studies that assess the importance of stress in the genesis of psychosomatic diseases (Alexander 1952). It is found in these studies that psychological stress, personality traits and the mechanisms intensity of emotional reactions can inhibit and disrupt the homeostasis of the organism (Reykowski 1974). Recent studies have reached a qualitatively new level in the interpretation of the causes and mechanisms of lesions. This resulted in a relatively young, dynamic and rapidly developing discipline of research, namely psychoneuroimmunology.

Stress as a psychological phenomenon

In the biological sciences stress is most often understood as the physiological mobilization of the body. Selye (1974) equate stress with an increase in the overall activity of the body, based on physiological reactions that result in changing conditions external or internal. It should be emphasized that this concept does not account for individual differences between people in reacting to stressful stimuli, because it ignores the psychological and social context of the stress phenomenon. In laboratory studies assessed the degree of harmfulness factors such as eg. bacteria or viruses, which mobilize the organisms causing stress. Omitted in this case examination of the conditions under which triggered a stressor. Even in the laboratory we can observe and control the effects of certain psychological factors. Mason said that the risk assessment or the degree of "unpleasantness" of incentives in stressful situations it is one of the most important determinants of hormonal stress response (Mason 1969). Psychological factors may also indirectly cause damage to the living body tissues, resulting in prolonged mobilization of emotional stress and of disorders or psychosomatic diseases.

Lazarus (1978) showed that the concept of psychological stress can be most fully expressed in the terms of the transaction, the relationship man - environment. Stress is not in this context, or environmental major stimulus or response to the stimulus. Stress in terms of transaction is a relationship between requests from the human environment and the capacity of people to cope with difficult situations, that is stressful. The relationship between man and the environment is the nature of the interaction. Each of the elements of this interaction affects the other factors, succumbing at the same time impacts on their part. Reference is made to the two basic functions of ability to cope with difficult circumstances. The first of these is the desire to change the situation difficult. It motivates entity to act on the source of stress, either by changing the behavior of people, or by trying to change the environment. The second function of coping with stress relates to control their own emotions. Attempting to deal with emotions is to reduce mental ill-health and / or somatic the person and protection against mental and physical exhaustion and possible disease.

Rahe (1974) proposed a model of stress, which sought to demonstrate that it is important for the health of people have life events that cause an increase in emotional tension in a person. Using the Scale Important changes in your life, it was found that there are correlations between the number of lived life events and health of people. The greater the number lived stressful events, there is a greater likelihood of developing the person.

The research of Mausch (2000) shows that life events relate to known and appreciated by the cases and causes strong - negative or positive - emotional reactions (eg. divorce, serious illness, etc.). Evaluation of life events depends on the individual psychological characteristics associated with a specific style of functioning cognitive - emotional person. Stressful life events usually take high rank in the individual, determined by a person, the hierarchy of the situation and cause considerable intensity of emotional reactions. The experience of stressful life events cause disturbance of equilibrium between the person and the environment by launching psychological and biological mechanisms of readaptation, for example. Defense mechanisms, neurohormonal activation and stimulation of the immune system (Mausch 2000, Mausch, Śmiałek 2012).

Psychoneuroimmunological studies show that certain diseases can be explained by personality traits and surveyed by them, in the period preceding the illness, stressful situations. The number of psychosomatic symptoms observed in man in stress, of richness and variety of such. Changes in the cardiovascular system, gastrointestinal tract or muscle - motor, et al., May provide a clue to determine the degree of susceptibility to the disease. You can, therefore, predict the likelihood of disease, by formulating a psychomedical characteristics of the subjects. The test results determining the range of psychosomatic reactions people under stress, also provide a basis for taking action psychotherapy aimed at minimizing the somatic reactions and reduce the risk of illness. This is particularly important for people suffering somatic psychogenic etiology.

Overview of selected concepts of stress in relation to the etiology of diseases, disorders in behavior or risk of dependence on psychoactive substances reveals significant progress in understanding these issues since the stress theory formulated by H. Selye (1974). Currently, among the experts there is a fairly common belief that stress and psychosomatic illnesses and behavioral disorders are linked. It is even claimed that the number of diseases in the etiology of which stress appears as one of the causative factors, is growing.

Presented models of stress show how stress may contribute to the cause of psychosomatic diseases. The common feature of these concepts is to identify the subjective nature of the phenomenon of stress. Each person, depending on their individual personality traits and life experiences lived situations gives specific meaning, determines the degree of their danger, and the estimated capacity to deal with stress by realizing its disposal, the so-called. personal resources.

Health is a process to deal effectively with stress or with the demands of life. This is due to Antonovsky salutogenetic model (1995) and holistic functional accent relationship between soma and psyche. The essence of health is manifested in: 1) well-being; 2) internal satisfaction; 3) carrying out a sense operation; 4) possession of goals, values, sense.

Internal human health and balance are closely related to the extent to which human life is filled with meaning. Good idea about the meaning of life correlates with: generally good mental health, subjectively high sense of purpose, a small amount of signs of frustration. Bad idea about the sense correlates with: a generally poor mental health and a tendency to depression, tendency to neurosis with many signs of frustration.

Salutogenetic model of Antonovsky is based on departure from the orientation of pathogenic (present in the biomedical paradigm of health) in favor of pro-health orientation, for which the central problem ceases to be a disease and its treatment process, it becomes a health.

For 20 years there has been a new and different pathogenic treatment of health issues, with a focus not so much a disease as health. Much more important seems to be finding the determinants of health than factors contributing to falling ill.

This new approach, called salutogenetic, based on the assumption that the body's normal state is not a state of equilibrium, but on the contrary: the disorder, entropy, disruption of homeostasis (Antonovsky 1984). The reality in fact and remaining in it man, constantly subject to change, for it is a movement variability is an inherent attribute of the dynamism of life. Achieving a perfect state of health is therefore fiction, postulate difficult to meet. Every man can be placed on a continuum between imaginary poles: on the one hand full (perfect) health, the other - the disease.

Antonovsky raises questions: What mechanisms allow for "shifting" the human dimension of perfect health - disease towards health? What factors influence the healing process? Not looking at the same factors specific to this or any other disease entity, but the general variables that explain the mystery of health.

It is important to answer the question of what helps man to be more healthy. Thinking salutogenetic ask about resources, potentials, namely those symptoms and environmental features that interact health act as positive. Antonowsky describes it as behavioral immunology. He points out that the salutogenetic model should not replace pathogenetic model, highlighting the valuable results of research carried out in the framework of the latter. Salutogenetic new way of thinking is a valuable complement to traditional pathogenetic perspective on the phenomenon of health. Both orientations, ie. Pathogenic and salutogenetic models are not relative to each other contradictory, but complementary (Fave 2006).

Researchers and practitioners are increasingly devoting attention objective factor conducive to human welfare. This problem has traditionally been studied in terms of objective indicators such as income, health and living conditions, etc. It is known, however, that the economic indicators are important for the proper development of the people and the nation. As many studies show, it is also important to identify and measure of subjective welfare indicators, relating to an individual assessment of their own well-being, life satisfaction, social relationships, work and health, goals and personal achievement in the field of health psychology many studies indicate a need to consider quality of life as appropriate to interpret the concept of health from the perspective subjective. Furthermore, the quality of life does not have to be considered only in relation to health. It is a broader concept, moving areas and activities of daily life that do not necessarily depend on the human condition and may go beyond physical limitations. All persons, depending on their state of health, social roles, personality, style of interaction with the environment, develop their personality which means a good quality of life.

Zoznam bibliografických odkazov

ALEXANDER, F., 1952. *Psychosomatic medicine. Its principles and applications*. London: Georges Allen-Unwin Ltd.

ANTONOVSKY, A., 1984. *A call for a new question - Salutogenesis - and a proposed answer. The sense of coherence*. J. Prev. Psychiatry.

ANTONOVSKY, A., 1995. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN.

FAVE A., 2006. The impact of subjective experience on the quality of life. In: M. CSIKSZENTMIHALYI, I. S. CSIKSZENTMIHALYI. *A life worth living*. Oxford.

LAZARUS R. S. and R. LAUNIER, 1978. Stress – related trasactions between person and enviroment. In: L. A. PERVIN and M. LEWIS (red.). *Perspectives in interactional psychology*. New York: Plenum Press.

- MASON, J. W., 1969. Organization of psychoendocrine mechanism. *Psychosom. Med.*, 80, 565-575.
- MAUSCH, K., 2000. *Psychologiczne właściwości człowieka a stan układu immunologicznego*. Szczecin: Pomorska Akademia Medyczna.
- MAUSCH, K, M. ŚMIAŁEK M. (ed.), 2012. *Social Work. Between theory and practice, Part 2*. Kalisz.
- RAHE, R. H., M. REFOMO and L. BENNET, 1974. Recent life changes, myocardial infarction and abrupt coronary death. *Arch. Inter. Med*, 133, 221-235.
- REYKOWSKI, J., 1974. *Eksperymentalna psychologia emocji. Książka i Wiedza*. Warszawa.
- SELYE, H., 1974. *Stress without distress*. Philadelphia: Lipincott.

Kontakt na autora

Prof. nzw.dr hab. Karol Mausch, PL
PWSZ w Koszalinie
Poland
Karol_Mausch@poczta.onet.pl

Profiling forms of aid - individual approach to the unemployed

Ewelina Kleszcz-Ciupka (PL)

Abstract: *Profiling forms of assistance is a new tool used in public employment services in Poland, namely provincial and district labor offices. The purpose of this tool is to provide a personalized approach to the unemployed. Profiling is based on the selection of appropriate solutions in the form of instruments and labor market services that are tailored to individual needs and possibilities of professional and personal unemployed.*

Key words: *Profiling. Forms of assistance. Individual approach. Unemployed.*

Admission

In the present day, where economic changes, economic or social are a regular part of everyday life, a person is exposed to numerous stress factors termed "state, which consists of strong negative emotions and accompanying changes in physiological and biochemical exceeding normal (basic) the level of arousal. The reason why stress is an imbalance between the demands and possibilities of their fulfillment". (Heszen-Niejodek, Ratajczak 2000, p. 16)

One of the stressors, unemployment is understood as a social phenomenon consisting in the fact that some people are able to work and declaring their willingness to take it is not the actual employment of various internal and external reasons. The growing scale of unemployment is due to a change in the methods of evaluation of this phenomenon, which can no longer be marginalized. It is necessary "to deal with this on several levels: individual resourcefulness of life, family solidarity, local prevention programs, the efficiency of institutions, economic and social policy of the government. This neglect the importance of unemployment or fatalistic predictions of its scale effects give way to approach rem, based on reliable documentation of the phenomenon and professional attitude of social workers and others involved in the handling of unemployment. (Borkowski, Marcinkowski 1999, p. 28). Chronic unemployment particularly noteworthy because of the need for an individual approach to every client, on the register of the district labor office for the overall period of over 12 months during the last two years, excluding periods of apprenticeship and vocational training of adults. (Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy).

This type of unemployment also called the mass "is not only a large number of job seekers, it is also widely" spilled "in society includes people of different ages, with different skills and education. In the "dry" type of unemployment mass among the unemployed can find from all compartments century "productive", men and women, people with primary and higher education, people of different seniority, with the first significant differences in the proportion of these social categories in the total number of unemployed over time begin to diminish". (Borkowski, Marcinkowski 1999, p. 22)

In order to decrease the negative effects of unemployment we have developed a new way of customer service based on individualized form of assistance. It involves determining the appropriate profile of aid for the professional capital of the unemployed. Profiling allows you to determine the degree of remoteness of the unemployed from the labor market and its willingness to change the employment situation, and therefore the selection of appropriate instruments and labor market services tailored to individual needs and capabilities of the unemployed, being a person who immediately before registering as unemployed was employed continuously for Polish territory for at least 6 months, and the person employed and not performing other paid work, capable and ready to take up employment in full-time work force in a given profession or a particular service or other paid work, or if a disabled person, capable and ready to take work at least half of working time, not attending school, with the

exception of studying in a school for adults or college, where he studied on a part-time, registered in the proper place of residence permanent or temporary district office work and seeking employment or other gainful employment if:

- a) 18 years of age,
- b) has not reached retirement age,
- c) is not entitled to a pension or disability pension for work, training allowance, social pension, survivors' pension amounting to more than half the minimum wage or after the termination of employment, other gainful work, cessation of non-agricultural activities, does not receive teaching compensatory measures, retirement allowance, retirement benefit, rehabilitation benefit, sickness benefit, maternity allowance or benefit in the amount of maternity allowance,
- ca) does not acquire the right to a pension for incapacity for work granted by a foreign authority or retirement pension, at least the lowest retirement or disability pension for work,
- d) is not the owner or holder of the independent or dependent agricultural property with an area of agricultural land exceeding 2 convertible ha or not subject to pension insurance from work due to being a spouse or household member on a farm with an area of agricultural land exceeding 2 convertible ha,
- e) does not receive income subject to tax on income from special branches of agricultural production, unless the income from special branches of agricultural production, calculated in order to determine the income tax from individuals, does not exceed the average income from work in individual farms with 2 convertible ha set by President of the Central Statistical Office under the provisions on agricultural tax, or not subject to pension insurance from work due to being a spouse or household member on such holdings,
- f) has submitted an application for entry in the register of economic activity or after the application for registration:
 - Reported economic activity records request for the suspension of economic activity and the suspension period has not yet expired, or
 - Not yet expired for a period referred to in the application for entry into the business register, the date of adoption of economic activity,
- g) is not a person temporarily detained or not serving a prison sentence,
- h) does not receive monthly income exceeding half the minimum wage,
- i) is not collected on the basis of the social welfare permanent benefit,
- j) does not receive, pursuant to the provisions on family benefits, nursing allowance, special care allowance or supplement to the family allowance for single parenthood and losing the right to unemployment benefit due to the expiry of the statutory period of its collection,
- k) does not receive after termination of employment training,
- l) is not, on the basis of separate regulations, to compulsory social security, with the exception of social insurance for farmers,
- m) does not receive pursuant to the provisions of the determination and payment of benefits for carers allowance guardian. (Ustawa z dnia 14 marca 2014 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz niektórych innych ustaw)

The purpose of the present article is to present the causes and costs of unemployment as a criterion for social assistance. This text is an attempt to analyze the factors affecting the joblessness beneficiaries of social assistance, which aims to support and help the body improve its difficult socio-economic situation.

Customer Advisor - guarantor of individual approach

In order to decrease the negative effects of unemployment Ministry of Labour and Social Policy took decisions about customization approach to the unemployed by advisors or

employees of Public Employment Services designated for permanent cooperation with the unemployed, conducted on an individual basis by a single employee throughout the period of registration in the labor office (first and optionally subsequent) time. Customer Advisor is a labor office worker, employed at one of the four positions in the office: an employment agent, vocational counselor, specialist. Professional development or specialist. Program, which has been appointed customer advisor. The main tasks of customer advisors include:

1) taking care of the unemployed or seeking employment, in particular, to fix the profile help prepare and oversee the implementation of an individual action plan, provision of basic services of the labor market in the form of individual and facilitating access to other forms of assistance specified in the Act

2) The ongoing cooperation with the employer for the assistance specified in the Act, in particular the determination of the need for new employees and acquiring jobs within the job placement and facilitating access to other forms of assistance specified in the Act.

Customer Advisor that the office takes care of the unemployed or seeking work

- establishes customer needs, establish contact with him, acquires information about his employment situation (experience, competence, barriers to prevent the entry or return to the labor market, etc.), analyzes submitted by the customer needs, analyze the situation on the labor market in terms of needs and abilities in the case of an unemployed person sets the profile help;
- announces the forms of assistance that can be applied in the case of the unemployed (according to the profile established for his help) or looking for work;
- together with the customer establishes principles of cooperation in the case of compulsorily prepares unemployed with the client IPD and in the case looking for work, together with the customer if they consider it appropriate IPD also being prepared; examines the feasibility of forms of assistance to meet the needs of the client and establishes other labor office employees or employees of other institutions deadlines for customer assistance;
- performs tasks related to the provision of customer support provided to him performs in cooperation with the client tasks and directs the customer to the appropriate office staff work or other institutions. If, in cooperation with the customer are to be implemented IPD constantly monitors its progress; assess the need for other ways and forms of assistance that can effectively help the customer in entering or returning to the labor market and make appropriate changes to the IPD whenever the situation demands;
- update the information in the registration card - notes the own and document customer activities, all changes to previously agreed with the customer the principles of cooperation, IPD, or subsequently determined profiles of customer support.

Individual client advisor should act in accordance with the rules governing the use of the so-called. "one stop shop" which means that all the activities that can realize should take and carry yourself, of course with the principles Regulations in force at the office. Advisor takes care of the customer should accompany him from the day of registration at the office until a person is deregistered. It is advisable that a customer who returns to the list of "hit" to the same customer advisor. (<http://psz.praca.gov.pl/-/51345-pomoc-oferowana-przez-doradce-klienta>)

Help the unemployed person based on profiling

Individual approach to the unemployed based on an adaptation aids, which are the instruments and the labor market services available at the Public Employment Service. The assumptions that aid should be tailored to individual needs and capabilities of the unemployed by defining its employment potential. The purpose of this aid the selection of appropriate

forms of support and mobilization to the greatest extent can help to enter or return the unemployed to the labor market. This assumption is the basis for the concept of profiling aid in the practice of labor offices Law of 14 March 2014. Amending the law on employment promotion and labor market institutions and some other acts. These profiling for the unemployed is based on a standard interview questionnaire consisting of 24 closed questions, according to which the labor office employee carries an unemployed conversation with the data being harvested in the registration, the basis for determining the profile help according to customer needs. This questionnaire allows you to collect and analyze information describing the employment potential being the balance of the strengths and weaknesses of the unemployed are characterized from the point of view of its situation on the labor market and the objective factors affecting how easily can the customer get out of unemployment and work. The law on employment promotion and labor market institutions of 2014 years introduced three profiles help:

I profile - provided for active people who are close to the labor market and ready to work without the support of the labor market instruments. Those from said profile characterized by:

- skills useful in the labor market,
- high motivation to take up employment,
- willingness to work for its own sake (not imagine that you can live without a job),
- discomfort in the event of unemployment,
- possession of ability to actively move around the labor market,
- independent job search,
- high social competence,
- ease of making contact,
- mobility,
- professional flexibility,
- high self-esteem.

II profile - provided for people requiring attention in terms of sustaining motivation for professional activities and support in the form of services and labor market instruments through which it can enter or return to the labor market or go to their aid. Characteristics of the second profile:

- the average distance from the labor market and the average willingness to return to him,
- qualifications comply with the expectations of employers,
- lack of motivation to take a fair effort to obtain employment,
- lack of mobility,
- lack of skills of self-presentation and professional preparation of application documents,
- limited opportunities to reach potential jobs,
- lack of knowledge of the realities of the labor market,
- "Break" in the professional biographies ("gray zone", work abroad, inactivity resulting from caring for a dependent),
- lack of ideas on their own solution to the problems unions,
- professional experience mainly related to employment in a workplace and perform a range of duties,
- the status of an unemployed person as a manifestation of resourcefulness (to raise funds from other sources "gray zone" or OPS).

III profile - provided for people from the labor market. Characteristics of the III profile:

- lack of motivation to work and its exploration,
 - avoid all forms of assistance in employment,
 - maintenance of unemployment due to the possibility of using the social security system,
 - lack of occupation,
 - little or no work experience,
 - long break in employment,
 - to have health restrictions unconfirmed document,
 - total lack of willingness to take up employment,
 - a conscious choice to remain outside the labor market,
 - passivity in dealing with employers and employees office,
 - satisfactory financial situation (no need to engage in work),
 - long-term use of social assistance,
 - persons affected by "unemployment inherited" (comparing the benefits - or work ops),
 - work in the "gray zone",
 - the need to obtain a health insurance,
 - caring for dependent persons (stable family situation),
 - place of residence unfavorably located towards the labor market,
 - disability "protected" (families protect a disabled person hindering its independence).
- (Profilowanie pomocy dla osób bezrobotnych. Podręcznik dla pracowników powiatowych urzędów pracy http://di.com.pl/files/Profilowanie_pomocy_dla_osb_bezrobotnych.docx)
- disability hinders contact with the employer, limiting the possibility of taking work that fulfills a number of functions, including the function of income, rehabilitation and socialization. Rehabilitation work function allows people with disabilities to recover faster performance. While the function of socialization with disabilities contributes to creating contacts, it is a stimulator meet the needs of intellectual property, to restore the viability of the social and fulfillment of social roles. (Frączek 2013, p. 95.)

Forms of aid in the profiles

The activities undertaken by labor market institutions is to strive for:

- full and productive employment,
- human resources development,
- achieve a high quality of work,
- strengthening social inclusion and solidarity.
- increased mobility on the labor market (Kleszcz-Ciupka, Drozd 2013, p. 126)

Whereas these objectives Public Employment Service has taken action in the field of optimal support for the unemployed in a bid to take over their work. This employment is to be realized through the use of instruments and labor market services, matched to individual needs and abilities after determining the profile help. In accordance with the provisions of the Act on employment promotion and labor market institutions and regulations implementing the Act (Regulation of the Minister of Labour and Social Policy on profiling support for the unemployed) forms of assistance provided under the individual profiles of aid they are different and duration of the Individual Action Plan (IPD) in within individual profiles help it is also different. Employee labor office immediately after the registration of the unemployed is determined to help his profile. Then prepared within 60 days of the date the profile help determine the Individual Action Plan for the unemployed. The time allowed to implement the IPD for the profile help I is 180 days, for the profile help II - 540 days and for the profile help III - 720 days. If as a result of the IPD fail to bring the unemployed to take up work time

employee labor office analyzes the course of the IPD and re-establishes the profile help. If as a result of IPD, at any stage will change or change having a significant impact on the employment potential of the unemployed, working with the labor office employee, you should consider whether it is not advisable to redefine the profile help for the unemployed (Profilowanie pomocy dla osób bezrobotnych. Podręcznik dla pracowników powiatowych urzędów pracy http://di.com.pl/files/Profilowanie_pomocy_dla_osb_bezrobotnych.docx)

In determining the profile labor office employee should be objective and neutral evaluation, avoid the automatic use of their experiences and avoid any prejudices and patterns of conduct that may endanger the interests of the unemployed. These assumptions are intended to individualize the approach to the customer through as best suits the choice of instruments and labor market services offering the possibility of changing his employment situation, often affecting the personal sphere of life. The following are the forms of assistance available for the appointment of one of the three profiles.

In view of the fact that people with the aid of the first profile are active and ready to change their occupational situation and thus to be employed may largely benefit from:

- placement,
- loans for starting a business, more than that, in justified cases it is possible to use, among others, from :
- vocational guidance,
- training,
- financing the costs of examinations,
- reimbursement of travel costs from home to the place of employment or other economic activity,
- means for starting a business,
- costs of accommodation,
- activation benefit for employers (returning parents)
- vouchers, inter alia, training of employment

For those contained in sections II are provided for all services and instruments of the labor market and strong activation commissioned by the employment office and other forms of assistance, with the exception of the PAI program.

PROFILE III includes the following forms of assistance:

- activation activities commissioned by the employment office.
- special programs,
- supported employment,
- to work in social cooperatives,
- Activation and Integration Programme (PAI). (Profilowanie pomocy dla osób bezrobotnych. Podręcznik dla pracowników powiatowych urzędów pracy http://di.com.pl/files/Profilowanie_pomocy_dla_osb_bezrobotnych.docx)

Applications

The aim of this paper was to present a new, individual approach to work with the unemployed based on the concept of profiling forms of assistance that promotes work relevant customer resources towards the exit from the situation of unemployment.

The analysis showed that used by the client advisers a new tool for profiling questionnaire which unemployment assistance allows the customer to verify the employment potential by identifying their individual needs, capabilities, and is ready to change their job situation.

Profiling is conducive to optimal use and adequate addressing of available forms of assistance depending on the expectations and individual needs of the unemployed.

Zoznam bibliografických odkazov

BORKOWSKI, T. a A. MARCINKOWSKI, 1999. Bezrobocie w perspektywie socjologicznej. In: T. BORKOWSKI, A. MARCINKOWSKI eds. *Socjologia bezrobocia*. Katowice: Wyd. Naukowe "Śląsk". ISBN: 83-7164-162-1.

HESZEN-NIEJODEK I. a Z. RATAJCZAK, 2000. *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Wyd. UŚ.

FRĄCZEK, P., 2013. Aktywność zawodowa jako determinant inkluzji społecznej osób niepełnosprawnych [w:] *Spójność społeczna w wymiarze lokalnym i regionalnym– dylematy i rozwiązania*, red. Frączek P. Sanok: Wyd. PWSZ Sanok, 93-108 s. ISBN 978-83-61802-80-8.

KLESZCZ-CIUPKA, E. a S. DROZD, 2013. *Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób bezrobotnych*, [w:] *Spójność społeczna w wymiarze lokalnym i regionalnym– dylematy i rozwiązania*, red. Frączek P. Sanok: Wyd. PWSZ Sanok, 122-136 s. ISBN 978-83-61802-80-8.

Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz. U. 2014. poz. 598 i 1662)

Ustawa z dnia 14 marca 2014 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz niektórych innych ustaw (tekst jedn. Dz. U. 2015. poz. 149)

<http://psz.praca.gov.pl/-/51345-pomoc-oferowana-przez-doradce-klienta>

Profilowanie pomocy dla osób bezrobotnych Podręcznik dla pracowników powiatowych urzędów pracy, http://di.com.pl/files/Profilowanie_pomocy_dla_osb_bezrobotnych.docx

Kontakt na autora

mgr Ewelina Kleszcz-Ciupka

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

klew@poczta.onet.pl

Onkologické ochorenie ako záťaž pre rodinu

Lucia Tóthová (SR) – Eva Žiaková (SR)

Tento príspevok vznikol v rámci riešenia vedeckovýskumnej úlohy Vega 1/0230/15 s názvom „Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok.“

Abstrakt: *Diagnóza rakoviny je veľmi stresujúca a ťažká udalosť. Spôsobuje dominový efekt, ktorý vedie k zmenám identity rodiny a dennej rutiny a predstavuje život s konštantnou neistotou. Onkologickému ochoreniu je venovaná veľká pozornosť, avšak len nepatrná čiastka sa upriamuje na rodinu a blízkych onkologického pacienta/ky. Príspevok analyzuje vplyv ochorenia na život rodiny, prináša pohľad na onkologické ochorenie ako na záťaž v rodine a ponúka možnosti aplikácie sociálnej práce v tejto oblasti.*

Kľúčové slová: *Onkologické ochorenie. Rodina. Záťaž. Sociálna práca.*

Abstract: *The diagnosis of cancer is very stressful and difficult event that affects the whole family, not just the patient. The disease causes a ripple effect leading to change the identity of family and daily routine and imagine a life of constant uncertainty. An oncological disease is paid much attention, but only a tiny amount is drawn to family and loved ones of cancer patients. The paper analyses the impact of disease on families, provides insight into oncology diseases as a burden on the family of the patient and offers opportunities for the application of social work in this area.*

Keywords: *Oncological diseases. Family. Load. Social work.*

Vplyv onkologického ochorenia na rodinu

„Rakovina je neobmedzené a nekontrolovateľné množenie buniek, ktoré sa vymanili zo zákonitostí kontrolných systémov a mechanizmov organizmu a získali takto schopnosť prenikať do okolitých i vzdialenejších tkanív. Zdravá bunka sa pri nahromadení určitých genetických zmien a v dôsledku vplyvu rôznych faktorov mení na rakovinovú, čiže dochádza k jej nekontrolovanému deleniu“ (Valovičová 2009, s. 8).

Toto ochorenie ovplyvňuje nielen samotného pacienta/ku, ale aj celú jeho rodinu, môže byť zdrojom intenzívneho stresu. Prináša so sebou veľké napätie a množstvo náročných situácií; pacienti/ky, ale aj ich príbuzní musia čeliť neistote.

Členovia rodiny sa prirodzene identifikujú s ostatnými rodinnými príslušníkmi, a tak diagnózou rakoviny nie je šokovaný len samotný pacient/ka, ale aj jeho rodina, ktorá je zraniteľnejšia. Blízki sa usilujú pacientovi/ke pomôcť, ale mnohokrát pociťujú vinu alebo spoluvinu (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke 2010).

„Celé sociálne prostredie pacienta je poznačené jeho zápasom s ochorením; spolu s ním prežíva nádej na vyliečenie i sklamanie“ (Gulášová 2009, s. 70).

„Zvýšený tlak na rodinu môže i pri jej relevantnom fungovaní produkovať nedorozumenie a pocity viny, hnev, môže dochádzať k vyčerpaniu a určitej skepse, ale i k popreniu a nepochopeniu“ (Čadková Svejkovská, Chrdlová, Slavíková 2013, s. 18). V rodine sa stretávame so širokou škálou emócií, so strachom, panikou, agresiou ako aj apatiou, pričom tieto emócie môžu mať vplyv na priebeh liečby. Konfrontácia s onkologickým ochorením vyvoláva u pacienta/ky aj jeho blízkych vysokú mieru stresu, nakoľko strata partnera/ky je kvalifikovaná ako jedna z najviac stresujúcich situácií v živote človeka (Čadková Svejkovská, Chrdlová, Slavíková 2013).

Nielen samotný pacient/ka, ale aj jeho rodina sa musí vyrovnat' s diagnostikovaním choroby, s jej príznakmi, hrozbou opakovania alebo zlyhania liečby. Počas ochorenia nastávajú rôzne fázy, strieda sa remisia s recidívou, nádej s dezilúziou.

Na začiatku terapie prežívajú pacienti/ky strach, smútok, beznádej, ale aj hnev a pocity viny, nastávajú rôzne bolestivé a zaťažujúce liečebné procedúry, objavujú sa vedľajšie účinky (Tschuschke 2004). Ide o fázu rôznych lekárskeho opatrení, kedy sa začnú u pacienta/ky prejavovať účinky terapie, môžu nastať telesné zmeny, ktorým sa musí rodina prispôbiť a spolu s pacientom/kou čeliť bezmocnosti (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke 2010). Pacienti/ky a rodina si uvedomujú, že pôsobenie ochorenia ich bude sprevádzať niekoľko mesiacov a že vedľajšie účinky ako je nevoľnosť, únava, telesná námaha, nie je možné skĺbiť s bežným životom, plnením rolí v rodine, zamestnaní a spoločnosti. Balansovanie medzi požiadavkami pacienta/ky a požiadavkami ostatných členov rodiny sa stáva pre rodinu problémom (Tschuschke 2004).

„Vo fáze remisie sú rodinní príslušníci konfrontovaní so skutočnosťou, že pacient s nádorovým ochorením sa stal aj napriek momentálnemu uzdraveniu „niekým iným“. Vyžaduje to flexibilitu, toleranciu, empatiu a schopnosť prehodnotiť a prípadne zmeniť určité postoje“ (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke 2010, s. 114). Rodina však cez to všetko musí fungovať ďalej. Nástup recidívy vyvoláva rovnaké pocity, ako v dobe zistenia ochorenia, avšak omnoho intenzívnejšie. Pacient/ka a rovnako aj rodina sa cítia frustrovaní, keďže rakovina zvíťazila aj nad liečbou (Tschuschke 2004). „Nástup recidívy predstavuje pre pacienta a jeho rodinu konfrontáciu s možnosťou, že sa rakovina stane nekontrolovateľnou a vyústí v nevyhnutnú smrť“ (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke 2010, s. 106).

Cassileth (1987) vytýčil niekoľko oblastí, ktoré majú vplyv na fungovanie rodiny:

- rakovina môže byť hrozbou pre predchádzajúci model rodinnej interakcie. Ochorenie spôsobuje striedanie rolí, ktoré môže jeden člen vnímať ako stratu a ostatní ako nadmerné preťaženie,
- choroba vynúti zmenu budúcich plánov, nakoľko prítomnosť rakoviny prináša neistotu. Niektoré rodiny potom musia upustiť od plánovania do budúcnosti, čo môže spôsobiť destabilizáciu fungovania rodiny,
- rakovina ovplyvňuje fungovanie rodinných príslušníkov v externých skupinách, ako je zamestnanie a školské prostredie, ako aj v novom prostredí, ktoré vytvárajú lekári, zdravotné sestry a ostatní pacienti.

Rodina tvorí základ spoločnosti a plní niekoľko funkcií. Diagnostikovaním rakoviny môže byť plnenie týchto funkcií obmedzené. Levická (2004) rozlišuje biologicko-reprodukčnú, ekonomickú, výchovnú, emocionálnu a psychohygienickú, ochrannú a socializačnú funkciu. Ochorenie má vplyv na každú z týchto funkcií. Rodina prechádza transformáciou, kedy môže byť znížená starostlivosť o jednotlivých členov rodiny, finančné zabezpečenie rodiny je tiež obtiažnejšie. Aby rodina mohla plniť výchovnú funkciu, emocionálnu a psychohygienickú, musí byť citovo stabilná, vzťahy medzi rodičmi by mali byť vyrovnané. Život s rakovinou často vylučuje zachovanie stability, členovia rodiny sú vystavení emocionálnej záťaži a tlaku.

Ako u pacienta/ky, tak aj u jeho rodiny dochádza za pochodu k prehodnocovaniu, vyrovnávaním sa s existenčnou a ekonomickou neistotou. Pacient/ka musí zabezpečiť možnosť liečby znížením alebo prerušením pracovnej činnosti (Čadková Svejková, Chrdlová, Slavíková 2013).

Kríz a napätie môže vykoľajiť fungovanie rodiny a môže mať vplyv na vzťahy medzi členmi rodiny. Kríza vyžaduje zmenu vzorcov fungovania rodiny a obnovenie integrity rodiny (Walsh 2002).

Matějček (2001) uvádza, že choroba predstavuje zásah do životného štýlu rodiny, kedy je potrebné zmeniť návyky v rodine, denný režim a spôsob trávenia voľného času.

Nároky na starostlivosť sa zvyšujú a nesú so sebou nielen časovú a finančnú investíciu, ale aj emocionálnu záťaž.

Príchodom rakoviny môžu vzniknúť problémy medzi manželmi v oblasti komunikácie, najmä medzi pármami, kde bola komunikácia pred stanovením diagnózy veľmi dobrá, pretože práve pre nich je ťažké prijať novú situáciu. Komunikačné problémy majú aj partneri, ktorí majú rozdielne komunikačné potreby, jeden z partnerov potrebuje množstvo informácií, zatiaľ čo ten druhý nechce počuť o rakovine nič (Maćik, Ziółkowska, Kowalska 2012).

Pacienti/ky a ich blízki skrývajú pred sebou starosti, vyhýbajú sa citlivým otázkam spojeným s rakovinou a jej liečbou (Northouse, Katapodi, Song et al. 2010).

Často sa pacient/ka a jeho rodina dostávajú do začarovaného kruhu. Onkologický pacient/ka nechce svojich blízkych zaťažovať a rodina chce chorého šetriť, a tak sa téme rakovina vyhýbajú (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke 2010). Na jednej strane nie je dobré blízkemu chorobu stále pripomínať, na druhej strane ani jej tabuizovanie nie je vhodné.

„Tam, kde boli vzťahy medzi manželmi pred nástupom choroby dobré, nenasleduje rozkol z dôvodu ochorenia. Kde však boli tieto vzťahy narušené, rozvrat sa prehĺbuje“ (Dostálová 1986, s. 178). Pokiaľ do stanovenia diagnózy pôsobila v rodine akákoľvek patológia latentne, zvýšený tlak ju prebudí (Čadková Svejkovská, Chrdlová, Slavíková 2013). Svoje dôležité postavenie teda majú problémy, ktoré existovali pred nástupom ochorenia. Rakovina sa môže ľahko stať zámienkou alebo vinníkom problémov a členovia rodiny sa tak môžu zbaviť zodpovednosti za nepriaznivý stav.

Problémy sa dotýkajú tiež sexuálneho života manželov. Pacienti/ky ho odmietajú v dôsledku straty vlasov alebo hmotnosti, odstránenia prsníka, semenníka, ako výsledku liečby (Maćik, Ziółkowska, Kowalska 2012). Aj napriek tomu, že rakovina a jej liečba nevylučuje sexuálny život, výrazne ovplyvňuje partnerský a sexuálny vzťah. Z oboch strán môže dočasne vzniknúť určitý psychický blok (Abrahámová a kol. 2009). Pacienti/ky sa môžu v dôsledku telesných zmien cítiť neatraktívne alebo dokonca odpudivo alebo naopak, sexuálna potreba sa znižuje u partnera/ky, ktorý na seba vzal rolu opatrovateľa/ky (Woźniak, Iżycki 2014).

Stále viac starostlivosti o onkologického pacienta/ku sa poskytuje v jeho domove a rodinní príslušníci sa tak stávajú ošetrovateľmi, ktorí im poskytujú pomoc s každodennými úlohami, nahrádzajú ich pri plnení povinností a sú nápomocní pri realizácii lekárskeho procedúr (Woźniak, Iżycki 2014).

Choroba v rodine často ovplyvňuje profesionálny život opatrovateľa. Príbuzní častejšie absentujú v zamestnaní, znižuje sa ich produktivita, môžu vzniknúť finančné problémy a hrozba prepustenia (Goren, Gilloteau, Less et al. 2014).

Diagnóza môže podstatne ovplyvniť fyzický, psychosociálny a sociálno-ekonomický blahobyt pacientov/ok a ich rodín. Choroba so sebou prináša zvýšené náklady, ktoré sú spojené so starostlivosťou o pacienta/ku, neočakávané hospitalizácie, čo v niektorých prípadoch môže viesť k vážnym finančným dôsledkom, dlhom, problémom so splácaním hypotéky či dokonca exekúcie. Pacient/ka sa preto častokrát zo strachu o budúcnosť aj napriek varovaniam lekára vracia späť do zamestnania. V rodine sa siahajú po úsporách a ich míňanie nesúvisí len s priamymi nákladmi na liečbu, ale zahŕňa to aj náklady na palivo, zvýšené telefónne účty, potravinové doplnky, zdravšie potraviny, oblečenie a doplnky ako parochne, špeciálne podprsenky, ktoré súvisia s telesnými zmenami pacienta/ky (Amir, Wilson, Hennings et al. 2012).

Na jednej strane máme nedostatok financií a na druhej strane chorého, ktorý nechce, aby sa kvôli nemu dostala rodina do ťažkej finančnej situácii. Rodina môže voči nemu pociťovať ambivalenciu, a neskôr aj pocity viny, pretože ambivalentné pocity voči chorému sú neprípustné (Angenendt, Fischer 2002).

Rodinní príslušníci sa musia vyrovnat' s väčšou zodpovednosťou, snažiť sa zvládnuť svoje emócie, preberajú nové role, čím sa mení spôsob, akým vzájomne na seba pôsobia a nové povinnosti môžu niektorých členov premôcť. Rodina pomáha v starostlivosti o pacienta/ku, ale ani samotní príbuzní by nemali zabúdať na starostlivosť o seba a musia poznať svoje limity.

Výskum Ferraria et al (2003) ukazuje, že až 60% opatrovateľov sa muselo vzdať svojich koníčkov a stretnutí s priateľmi. Rodina sa musí zrieknuť rodinných aktivít, výletov a dovolení. Takáto situácia vyvoláva u blízkych ľútosť, sklamanie, čo môže mať vplyv na zdravotný stav rodinných príslušníkov, ktorí môžu byť rolami preťažení. Príbuzní pacientov/ok sa často vzdávajú svojich vlastných aktivít a partner/ka prijíma plnú zodpovednosť za udržiavanie rodinného života. V niektorých rodinách môže ísť o triviálne zmeny, avšak v ďalších sú tieto zmeny radikálne a členovia musia svoje životy reorganizovať (Vivar, Whyte, Mcqueen 2010).

Zvládanie záťaže v rodine onkologického pacienta/ky

Rodina je komplexný a zložitý systém, do ktorého vstup ochorenia predstavuje značnú záťaž a vplyva tak na rovnováhu rodiny. Vágnerová (2008) považuje závažné somatické ochorenie za jednu z najväčších životných záťaží.

Podľa Oravcovej (2004, s. 274) je záťažová situácia „taká situácia, ktorú charakterizuje disproporcija medzi požiadavkami, nárokmi danej situácie a kapacitnými možnosťami, schopnosťami, zručnosťami človeka potrebnými na jej zvládnutie.“ Gáborová (2007) chápe záťaž ako faktory vnútorného sveta človeka, pre ktoré je typická neočakávanosť, dlhé trvanie tohto stavu a jeho intenzita.

Podľa Kredátusa (2001, s. 85) je záťažová situácia „situácia každodenného života vyžadujúca vyvinutie nezvyčajnej či zvýšenej aktivity alebo prispôsobenia sa, v ktorej človek nevystačí s predchádzajúcimi schémami myslenia a konania, ale musí pretvárať staré zvyklosti“.

Avšak tá istá situácia niekoho ohrozuje, niekto ju zvládne hravo, niekto musí vynaložiť veľké úsilie, aby ju zvládol alebo ju nezvládne. Smerodajné je teda subjektívne vnímanie a hodnotenie situácie konkrétnym jednotlivcom. Len v prípade, že situáciu hodnotí ako ohrozujúcu, nadmernú a nezvládnuteľnú vlastnými možnosťami, vtedy možno hovoriť o záťažovej situácii (Oravcová 2004).

„Záťažové situácie akéhokoľvek druhu majú za následok vychýlenie jedinca z jeho psychickej i fyzickej rovnováhy. Pre opätovné navrátenie harmónie do života je nevyhnutné sa s takýmito situáciami vyrovnat'. Proces hľadania možností ako sa s problémom najúčinnnejšie vyrovnat' sa nazýva zvládanie“ (Šandlová, Šišanská 2013, s. 544). Zvládanie označujeme aj ako coping.

„Coping sa používa vo význame „zvládať nadlimitnú záťaž“ a to v zmysle mimoriadne intenzívnej, silnej alebo dlhotrvajúcej záťaže. Pri copingu ide o riešenie kríz, ktoré sa nevyskytujú bežne, sú neobvyklé a človek nedisponuje potrebnými vedomosťami a zručnosťami pre ich zvládnutie. Coping sa od adaptácie líši tým, že to nie je len vysporiadanie sa s problémom, ale aj boj o zvládnutie problému“ (Křivohlavý 1994, in: Oravcová 2004, s. 278).

R. H. Moos a A. G. Billings (1981, in: Oravcová 2004) rozlíšil tieto tri stratégie:

- zvládanie zamerané na hodnotenie (logická analýza, kognitívna redefinícia, kognitívne zhrnutie),
- zvládanie zamerané na problém (hľadanie informácií alebo rady, akcia smerujúca k riešeniu problému, vyvinutie alternatívnych odmiem),
- zvládanie zamerané na emócie (regulácia citov, akceptácia rezignácie, emocionálny výbuch).

Kolektív autorov E. Papastavrou, A. Charalambous a H. Tsangari (2012) potvrdzujú využívanie práve týchto copingových stratégií u blízkych onkologického pacienta/ky. Tvrdia, že rodinní opatrovatelia majú tendenciu využívať dva typy stratégií, a to stratégie zamerané na problém a stratégie zamerané na emócie.

Členom rodín s onkologickým pacientom/kou je venovaná slabá pozornosť, dostávajú málo podpory a opory aj napriek tomu, že je dôležité naplňovať ich potreby, udržiavať ich zdravie a pomôcť im pri zvládaní záťaže tak, aby oni sami mohli predstavovať oporu pre pacienta/tku.

Rola opatrovateľa/ky, ktorú príbuzní nadobúdajú príchodom ochorenia, je vyčerpávajúca po fyzickej aj psychickej stránke. Finančné obmedzenia, nedostatok sociálnej podpory môže vyvolať pocit bezmocnosti. Príbuzní musia byť prítomní, poskytovať emocionálnu podporu a fyzickú pomoc pacientovi/ke (Grinfeld et al. 2004).

Rodinní príslušníci často uvádzajú problémy s únavou, poruchy spánku a postupom času sa záťaž a napätie zvyšuje (Given, Wyatt, Given et al. 2004).

Úroveň fungovania rodiny a jej blízkosť pred diagnostikovaním choroby ovplyvňuje schopnosť opatrovateľov zvládnuť takúto záťaž (Palm, Friedrichsen 2008).

Podľa Grahama a kol. (1999, in: Vágnerová 2004) otcovia inklinujú skôr k technike popierania, na rozdiel od nich matky zas častejšie pociťujú vinu, s čím je spojené i depresívne ladenie.

Priama komunikácia, fyzický kontakt, smiech, efektívne riešenie problému a trávenie voľného času boli identifikované ako činnosti, ktoré posilňujú vzťah medzi opatrovateľom a pacientom (Edwards, Clarke 2004).

Moules et al. (2004) prirovnal skúsenosť rodín s onkologickým pacientom/kou ku skúsenosti jazde na vlnách. Ak príbuzní bojujú s vlnami alebo plávajú proti nim, môžu byť stiahnutí na dno. Avšak v prípade, že sa rodina prispôbii a pohybuje sa v smere vln, jazdu zvládne. Tak by sa mala rodina aj v realite prispôbiť meniacim sa podmienkam a tlaku.

Feldman a Broussard (2006) tvrdia, že liečba rakoviny by sa mala stať viac rodinne orientovaná, aby brala do úvahy aj potreby a zapojenie rodinného opatrovateľa.

Úloha sociálnej práce v rodine onkologického pacienta/ky

„Dlhodobá liečba s množstvom vedľajších efektov, ktoré majú vplyv na následnú možnosť chorého vrátiť sa k pôvodnému stavu, nastaveniu pracovného trhu a tiež možnosti zapojenia blízkych do procesu vyrovnávania sa s chorobou a liečbou posúvajú problém ochorenia do oblasti sociálnej“ (Čadková Svejková, Chrdlová, Slavíková 2013, s. 18).

Aj napriek tomu, že v zahraničí pôsobí sociálny pracovník/čka v nemocničnom prostredí a pomáha tak onkologickým pacientom/kam ako aj ich rodinám, na Slovensku práca onkologického sociálneho pracovníka/čky nie je natoľko rozvinutá.

Davis a kol. (2009) uvádza, že úlohou sociálneho pracovníka/čky by mohlo byť poskytovanie informácií a to nielen pacientovi/ke, ale aj jeho rodine, pomoc vo finančných otázkach a otázkach zdravotného poistenia.

Sociálny pracovník/čka by mali vyhľadávať rôzne zdroje, dodávať pacientovi/ke a jeho rodine podporu, mal by pomáhať pri vyrovnávaní sa s diagnózou a so zmenami, ktoré choroba prináša, pričom nemáme na mysli len fyzické zmeny. Sociálny pracovník/čka by mali predstavovať akýsi most medzi pacientom/kou, lekárskeym tímom a rodinou a tiež by mohol vykonávať rodinnú terapiu, a to na úrovni manželského alebo súrodeneckého subsystému (Šiňanská, Kočišová 2013).

Žiaková (2001, s. 19) definuje v tomto kontexte sociálnu prácu ako „aktivitu, ktorá by umožňovala zvládnuť alebo napomáhať zvládnutie problémov pomocou podporných, rehabilitačných, relaxačných, korektívnych aktivít a kompenzačných opatrení“.

Nakoľko socioterapia predstavuje prácu s nefunkčným sociálnym systémom a narušenými vzťahmi, otvárajú sa jej možnosti pri práci s onkologickým pacientom/kou a rodinou. Sociálny pracovník/čka by prostredníctvom socioterapie mohli mapovať sociálne potreby rodín s rakovinou, výsledkom čoho by bola adaptácia rodiny na vzniknutú situáciu.

Zoznam bibliografických odkazov

ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009. *Co by ste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3063-9.

AMIR Z., K. WILSON, JENNINGS J. et al, 2012. The meaning of cancer. Implications for family finances and consequent impact on lifestyle, activities, roles and relationship. *Psycho-oncology*, **21**(11), 1167-1174. ISSN 1099-1611.

ANGENENDT, G., G FISCHER, 2002. Hurra, ich lebewieder! Arbeitmitteiner Selbsthilfebroschüre in der Psychotherapie chronifizierter Traumatisierung. *Psychotraumatologie*. **2**(4). ISSN 1611-9568.

ANGENENDT, G., U. SCHÜTZE-KREILKAMP a V. TSCHUSCHKE, 2010. *Psychoonkologie v praxi : psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-781-7.

CASSILETH, B.R., A.D. STEINFELD, 1987. Psychological preparation of the patient and family. *Cancer*, **60**(3), 547-552. ISSN 1097-0142.

ČADKOVÁ SVEJKOVSKÁ, M., M. CHRDLÓVÁ a Š. SLAVÍKOVÁ, 2013. Rodina s onkologicky nemocným dospelým. *Sociální práce*, **13**(3), 17-19. ISSN 1213-6204.

DAVIS, C. et al., 2009. Social Workers as Patient Navigators for Breast Cancer Survivors: What do African American Medically Underserved Woman Think of This Idea? *Social Work in Health Care*, **48**(4), 561-578. ISSN 0098-1389.

DOSTÁLOVÁ, O., 1986. Praha: Avicenum. ISBN 08-022-86.

EDWARDS, B. a V. CLARKE, 2004. The psychological impact of a cancer diagnosis on families: The influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. *Psycho-Oncology*, **13**(8), 562-576. ISSN 1099-1611.

FELDMAN, N. a C. A. BROUSSARD, 2006. Men's adjustment to their partners' breast cancer: A dyadic coping perspective. *Health and Social Work*, **31**(2), 117-127. ISSN 0360-7283.

FERRARIO S. R., A. M. ZOTTI AM, G. MASSARA, et al., 2003. A comparative assesment of psychological and psychosocial characteristics of cancer patients and their caregivers. *Psycho-Oncology*, **12**(1), 1-7. ISSN 1099-1611.

GÁBOROVÁ, Ľ. a Z. GÁBOROVÁ, 2007. *Človek v sociálnom kontexte*. Prešov: LANA. ISBN 80-969053-8-4.

GIVEN B., G. WYATT G., C. GIVEN et al, 2004. Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncology Nursing Forum*, 2004, **31**(6), 1105-1115. ISSN 0190-535X.

GOREN A., I. GILLOTEA I., M. LESS et al., 2014. Quantifying the burden of informal caregiving for patients with cancer in Europe. *Support Care in Cancer*, **22**(6), 1637-1646. ISSN 1433-7339.

GRUNFELD, E. et al, 2004. Family caregiver burden: Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, **170**(12), 1795-1801.

GULÁŠOVÁ, I., 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-305-9.

MAÇIK, D., M. ZIÓŁKOWSKA a M. KOWALSKA, 2012. Self-perception of women after mastectomy as an ego defence mechanism. Comparison with a group of healthy women. *Contemporary Oncology*, **16**(2), 184-190. ISSN 1428-2526.

- MATĚJČEK, Z., 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H&H. ISBN 80-860229-2-7.
- MOULESN. J. et al., 2004. Making room for grief: Walking backwards and living forward. *Nursing Inquiry*, **11**(2), 99-107. ISSN 1400-1800.
- NORTHOUSE, L. L., M. C. KATAPODI, L. SONG et al., 2010. Interventions With Family Caregivers of Cancer Patients: Meta-Analysis of Randomized Trials. *A Cancer Journal for Clinicians*, **60**(5), 317-339. ISSN 1542-4863.
- ORAVCOVÁ, J., 2004. *Sociálna psychológia*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Fakulta humanitných vied. ISBN 80-8055-980-5.
- PALM, I. a M. FRIEDRICHSEN, 2008. The lived experience of closeness in partners of cancer patients in the homesetting. *International Journal of Palliative Nursing*, **14**(1), 6-13. ISSN 1357-6321.
- PAPASTAVROU, E., A. CHARALAMBOUS a H. TSANGARI, 2012. How do informal caregivers of patients with cancer cope: A descriptive study of the coping strategies employed. *European Journal of Oncology Nursing*, **16**(3), 258–263. ISSN 1462-3889.
- ŠANDLOVÁ, V. a ŠIŇANSKÁ, K. Zvládanie stresu a záťažových situácií u terénnych sociálnych pracovníkov. In: M. HALACHOVÁ, M., LICHNER, ŠIŇANSKÁ, K. eds. *Študentská vedecká a odborná činnosť v študijnom odbore 3.1.14 Sociálna práca. Zborník príspevkov z konferencie konanej dňa 25.4.2013 v Košiciach*. Košice: Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ Košice, s. 536-578. ISBN 978-80-8152-013-6.
- ŠIŇANSKÁ, K. a A. KOČIŠOVÁ, 2013. Onkologické ochorenie adolescentov ako jeden z rizikových faktorov klientov sociálnej práce. In: LOVAŠOVÁ, S., K. ŠIŇANSKÁ, M. HALACHOVÁ, V. LICHNER eds. *Násilie v sociálnej práci. Zborník príspevkov z 1. medzinárodnej elektronickej vedeckej konferencie KSP FF UPJŠ s medzinárodnou účasťou konanej v rámci projektu VEGA č. 1/0332/12 Analýza vybraných rizikových faktorov klientského násillia v sociálnej práci s dôrazom na prevenciu klientského násillia a prípravu sociálnych pracovníkov - Národné zmapovanie výskytu násillia klientov voči sociálnym pracovníkom na Slovensku*. Košice: UPJŠ v Košiciach, s. 154-164. ISBN 978-80-8152-063-1.
- VALOVIČOVÁ, E., 2009. *Onkologická výchova pre stredné školy*. Bratislava: Liga proti rakovine. ISBN 978-80-89201-38-9.
- VÁGNEROVÁ, M., Z. HADJ-MOUSSOVÁ, Z. a S. ŠTECH, 2004. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-929-4.
- VIVAR C. G., D. A. WHYTE a A. McQUEEN, 2010. 'Again': the impact of recurrence on survivors of cancer and family members. *Journal of Clinical Nursing*, **19**(13-14). ISSN 2048-2056.
- WALSH, F., 2002. A family resilience framework: Innovative practise applications. *Family Relations*. **51**(2), 130-137. ISSN 1741-3729.
- WOŹNIAK, K. a D. IŻYCKI, 2014. Cancer: a family at risk. *Przegląd Menopauzalny*, **13**(4), 253-261. ISSN 1643-8876.
- ŽIAKOVÁ, E., 2001. Možnosti psychologickej a sociálnej pomoci onkologickým pacientom. *Práca a sociálna politika*, **9**(9), 17-19. ISSN 1210-5643.
- ŽIAKOVÁ, E., ČECHOVÁ, J. a KREDÁTUS, J., 2001. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity. ISBN 80-8068-060-4.

Kontakt na autorov

Mgr. Lucia Tóthová
Katedra sociálnej práce
FF UPJŠ Košice
Moyzesova 9, 040 59 Košice

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.
Katedra sociálnej práce
FF UPJŠ Košice
Moyzesova 9, 040 59 Košice

Možnosti riešenia mobbingu z aspektu sociálnej práce

Jašková Anna (SR) - Beáta Balogová (SR)

Príspevok vznikol ako výstup z riešenia Projektu VEGA MŠVVaŠ SR č. 1/0146/14 s názvom *Teoretické a metodologické kontexty socioterapie ako novoobjavenej metódy sociálnej práce*.

Abstrakt: *Psychické násilie na pracovisku – mobbing predstavuje závažný spoločenský problém. Mobbing negatívne vplyva na celkové zdravie a sociálne fungovanie obete. Príspevok sa fokusuje na možnosti riešenia mobbingu z aspektu sociálnej práce na úrovni podnikovej sociálnej politiky. Najskôr stručne charakterizujeme problematiku mobbingu. Následne sa venujeme analýze podnikovej sociálnej práce a identifikácii jej možnosti pri riešení problematiky mobbingu. V závere ponúkame odporúčania pre prax sociálnej práce.*

Kľúčové slová: *Mobbing. Sociálna práca. Podniková sociálna práca. Sociálna politika.*

Abstract: *Psychological violence in the workplace – mobbing is a serious social problem. Mobbing has a negative impact on overall health and social functioning of the victim. This paper focuses on possible solutions mobbing from the aspect of social work at the level of corporate social policy. Initially we briefly characterize the problems of mobbing. Subsequently, we offer an analysis of corporate social work and identify its opportunities in solving the problem mobbing of mobbing. In conclusion, we offer recommendations for social work practice.*

Keywords: *Mobbing. Socialwork. Corporate social work. Social policy.*

Úvod

Problematika mobbingu na našich pracoviskách už dávno nepredstavuje spoločenskú tabu. V podmienkach *Slovenskej republiky* jetáto téma čoraz častejšie skloňovaná nielen v masmédiách, v rámci zvyšovania informovanosti širokej verejnosti, mobbing sa stáva tiež predmetom záujmu vedeckovýskumných aktivít. Dôkazom sú početné výskumné správy, poukazujúce na alarmujúce počty obetí. Aj napriek skutočnosti, že na *Slovensku* je riešenie mobbingu výrazne legislatívne oklieštené, každá aktivita smerujúca v boji proti psychickému násiliu na pracovisku predstavuje pomyselný krok vpred.

Predkladaný príspevok sa venuje možnostiam riešenia mobbingu skrz optiku sociálnej práce. Na možnosti riešenia mobbingu možno nazerať v dvoch líniách – širšej a užšej. Širšia línia identifikuje možnosti riešenia mobbingu na úrovni sociálnej politiky (najmä politiky *BOZP v Slovenskej republike a v Európskej únii*). Užšia línia ponúka identifikáciu riešenia mobbingu na úrovni podnikovej sociálnej politiky. Príspevok ponúka identifikáciu možnosti riešenia v rámci užšej línie – na úrovni podnikovej sociálnej politiky. Cieľom príspevku je analýza možnosti riešenia mobbingu z aspektu sociálnej práce na úrovni podnikovej sociálnej politiky.

Možnosti riešenia mobbingu na úrovni podnikovej sociálnej politiky

Pri analýze problematiky mobbingu je pre nás kľúčová sociologická definícia Leymanna (1996), ktorý reflektujúc definíciu zdravia *World Health Organization*⁶ (*WHO*) uvádza, že mobbing zahŕňa hostilnú a neetickú komunikáciu, realizovanú systematicky jednou alebo viacerými osobami hlavne voči jednej osobe, ktorá je vďaka mobbingu tlačaná

⁶Podľa *Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO)* je zdravie „stavom fyzickej, psychickej a sociálnej pohody. Každý má právo na ochranu svojho života a zdravia, obzvlášť pri práci, v ktorej musia zamestnanci čeliť nebezpečným faktorom pracovného prostredia a teda zvýšenému riziku ohrozenia“ (Kardošová, Novotný a Červienková 2014, s. 7).

do beznámej a bezbrannej pozície a udržiavaná prostredníctvom pokračujúcich mobbingových aktivít. Tieto aktivity sa objavujú minimálne raz týždenne a trvajú minimálne pol roka. Vzhľadom k tomu, že sa toto nepriateľské správanie objavuje pravidelne a dlhodobo, vedie k značnému duševnému, psychosomatickému a sociálnemu utrpeniu obeť.

Ako uvádza Polonský a Hamaj (2002), problematikou vzťahov na pracovisku sa zaoberá najmä sociológia práce, ktorej štrukturálne prvky predstavuje práca, pracovné skupiny, formy práce, vzťahy na pozadí práce, spoločenské stránky práce, systém pracovných vzťahov a inštitúcií, ktoré tieto vzťahy regulujú. Naše úvahy upresňuje Pichňa (1998), dopĺňajúc, že predmetom štúdia sociológie práce je práca, ako spoločenská realita vo všetkých oblastiach národného hospodárstva – makrorovina, i špecifikácia na prácu v jednotlivých odvetviach národného hospodárstva – mezorovina. Prácu ako spoločenskú realitu v mikrorovine, to znamená v jednotlivých podnikoch (úrad, škola, nemocnica), si všima sociológia podniku. Sociológia podniku teda predstavuje súčasť sociológie práce, jej okruh záujmov sa orientuje na procesy adaptácie pracovníkov, na procesy obsadzovania a uvoľňovania spoločenskoprofesionálnych pozícií, procesy štruktúracie (kooperácie, konkurencie, konfliktu) a autoregulácie (koordinácie, stimulácie, kontroly) spoločenského systému podniku, na ich pozadí vznikajúce a pôsobiace spoločenské vzťahy a spoločenské vedomia, ako aj problémy účasti pracovníkov na riadení a pod. Sociológia podniku teda rieši problémy vzniku, existencie a fungovania spoločenského systému podniku v najširšom zmysle slova, t. j. nechápe podnik izolovane, ale usiluje sa ho situovať do širšieho kontextu. V rámci sociálnej práce sa touto problematikou zaoberá **podniková sociálna práca**⁷, ktorej obsahom je aj riadenie, komunikácia, konflikty, sociálne štruktúra, sociálne klíma, účinky pracovného procesu a sociálne správanie, pracovné prostredie, bezpečnosť práce a pod. (Strieženec 1996). Podnikový sociálny pracovník by tak v podniku mohol plniť najmä rolu manažéra. Podľa Žiakovej a Čechovej (2001) sociálny pracovník v manažérskej pozícii vyžaduje schopnosti komunikácie na horizontálnej a vertikálnej úrovni. V rámci horizontálnej roviny pracuje s rôznymi subjektmi, útvarmi, organizačnými jednotkami, spolupracuje pracovníkmi iných profesií. Je dôležité poznať kultúru organizácie – môže tak s organizáciou lepšie vychádzať, aj predvídať, ak pochopí spôsob jej usporiadania. Vo vertikálnej rovine ide o riadenie ľudí – plánovanie, organizovanie a kontrolu. Najdôležitejšie schopnosti pracovníka ako manažéra sú:

- schopnosť viesť zamestnancov, členov tímu,
- schopnosť efektívne komunikovať,
- schopnosť delegovať právomoci, predchádzať konfliktom, ak vzniknú tak ich efektívne riešiť,
- schopnosť pracovať so stresom,
- schopnosť spracovávať nové skúsenosti a pod.

Reflektujúc skutočnosť, že podniková sociálna práca sa v podmienkach *Slovenskej republiky* ešte len rozvíja a pracovná pozícia podnikového sociálneho pracovníka nie je jasne zadefinovaná, by takto profesionálne orientovaný sociálny pracovník mohli nájsť uplatnenie na personálnych oddeleniach, alebo v špecializovaných krízových centrách či poradniach. Podnikový sociálny pracovník by ako člen multiodborového tímu kooperoval s odborníkmi najmä z oblasti práva, psychológie, psychiatrie a medicíny a jeho hlavnou úlohou by bolo poskytovanie sociálneho poradenstva. Cieľom sociálneho poradenstva⁸ je podľa Balogovej (2015, s. 109) „nájsť konsenzus klientov so sociálnym prostredím, v ktorom žijú,

⁷Podnikovej sociálnej práci sa venujeme v príspevku „Ponímanie podnikovej kultúry v pregraduálnej príprave sociálnych pracovníkov a pracovníčok“ (Jašková 2013a).

⁸Sociálne poradenstvo disponuje širokou paletou rozličných metód a postupov: informácia, distribúcia, direktívy, rady, klarifikácia, ventilácia, povzbudenie, posilnenie, odradenie, interpretácia, tréning, relaxačné techniky, modelovanie, hranie rolí, konfrontácia, reflexia, analógia a iné (Balogová 2015).

akceptovateľnejšie statusové pozície klientov v rámci existujúcej sociálnej štruktúry.“ Na túto úvahu nadväzuje Hartl (2008), ktorý uvádza, že súčasťou odborného sociálneho poradenstva sú tiež terapeutické činnosti. Kde okrem iného autor zaraďuje problematiku páchatel'ov trestných činov a delikvencie, či oblasť životných kríz. Naše úvahy potvrdzuje Kratz (2005), ktorý v rámci riešenia mobbingu odporúča zriadenie tzv. *krízových podnikových centier*, ktoré by mal viesť skúsený psychológ práce, lekár, sociálny pracovník, či sociálny pedagóg s doplnkovým vzdelaním v odbore psychológia práce.

Inšpiráciou pre slovenské podmienky by mohla byť tiež **mobbingová linka**. Ide o telefonickú pomoc obetiam mobbingu. Pracuje rovnako, ako ktorákoľvek iná telefonická linka pomoci. Rozdiel je v tom, že jej zriaďovateľom je zriaďovaná buď podnik, odborový zväz alebo iná zamestnávateľská organizácia (Háva et al. 2004, in: Kubáni 2007).

Ďalšou možnosťou v rámci podnikovej sociálnej práce je **mediácia**. Sociálny pracovník po absolvovaní odbornej prípravy⁹, ktorú vymedzuje *Zákon č. 420/2004 Z. z. o mediácii*, môže vykonávať činnosť mediátora¹⁰. Zákon ďalej špecifikuje, že mediáciou možno riešiť občianskoprávne, rodinnoprávne, pracovnoprávne a obchodno-závazkové spory. V kontexte nami skúmanej problematiky vyzdvihujeme pracovnoprávnu mediáciu, ktorá aplikujúc princíp neustrannosti a neutrality rieši konflikty v pracovnoprávných vzťahoch (Mičianová 2014).

Sociálny pracovník môže taktiež vytvárať a zavádzať do praxe **etické kódexy**, ktoré sú akýmsi vodidlom pre nadriadených pri riešení tejto problematiky. Ak problém mobbingu riešia nadriadení pracovníci priamo na pracovisku mali by sa opierať o interné normy firiem, či vnútropodnikové normy. Takéto etické kódexy zamestnancov majú hlavne veľké firmy a slúžia tiež na úpravu interpersonálnych vzťahov na pracovisku. Poukazuje na to Gossányi (2007, s. 23) a dodáva, že „vnútropodnikové normy, teda etický kódex, by mohol určovať, kedy zamestnanec svojím konaním porušuje pracovnú disciplínu a tiež by mohol stanovovať za toto porušenie určité sankcie“. Vychádzajúc z Holubovej (in: Funrindová 2008) tvrdíme, že mnohé firmy a podniky informujú svojich zamestnancov a zamestnankyne o prejavoch mobbingu, vytvárajú pravidlá, ktoré majú zakotvené vo svojich etických kódexoch pravidelne školia svojich zamestnancov a manažérov o tom, čo je zakázané.

Agafónová (2006) prináša ďalšie **formy inštitucionalizácie etiky na pracovisku**, ktoré sa podľa nášho názoru javia ako veľmi inšpiratívne tiež pre oblasť podnikovej sociálnej práce. Autorka tu okrem etického kódexu zaraďuje:

- etický leitmotív,
- pracovník zodpovedný za etiku,
- ombudsman (dôverník) kolektívu pre etiku,
- komisia pre etiku,
- etické okrúhle stoly,
- etické workshopy,
- horúce linky.

V tejto súvislosti si dovoľíme vyzdvihnúť etický leitmotív, ktorý by sa pri riešení problematiky mobbingu pretavil do vypracovania komplexu prípadových štúdií. Sociálny pracovník by tak reflektujúc konkrétne pracovné prostredie, mohol vypracovať jednotlivé prípady zachytávajúce priebeh mobbingu a následné možnosti riešenia. Tato praktická príručka, by bola teda pracovníkom konkrétneho pracoviska „šitá na mieru“ a predstavovala by pre nich akési praktické návody na riešenie situácie.

⁹ Odborná príprava trvá 100 hodín, so zameraním na získanie vedomostí z oblasti teórie konfliktov a psychologických aspektov riešenia konfliktov a interpersonálnej komunikácie a končí sa odbornou skúškou.

¹⁰ Akreditovaný vzdelávací program „Mediátor“ ponúka tiež Inštitút ďalšieho vzdelávania sociálnych pracovníkov (2015).

Okrem spomínaných možností podnikovej sociálnej práce v rámci riešenia problematiky mobbingu sociálny pracovník môže tiež:

- realizovať edukáciu zamestnancov na konkrétnom pracovisku – prostredníctvom prednášok a diskusií,
- sprostredkovať tréningy asertívnej komunikácie a konštruktívneho riešenia konfliktov (na internete tieto služby ponúka veľa spoločností napr. www.vik.sk, www.educity.sk, www.skoleni-kurzy.eu, www.alchymsta.net, www.rekvalifikacni.info),
- založiť a spravovať webové stránky – internetové sociálne poradenstvo,
- vytvoriť podpornú skupinu pre obeť mobbingu,
- iniciovať doplnenie pracovných zmlúv o sankcie prípade psychického násillia na pracovisku.

Zamestnanec má možnosť chrániť sa proti mobbingu aj sám, alebo prostredníctvom svojho právneho zástupcu. Upozorňuje na to Gosányi (2007), dopĺňajúc, že vždy je vhodnejšie najprv využiť komunikačné techniky a až potom prostriedky právnej ochrany. Obeť mobbingu sa môže obrátiť na personálne oddelenie zamestnávateľa, zástupcov zamestnancov alebo odborovú organizáciu. Má právo od zamestnávateľa žiadať nápravu daného stavu, alebo podať podnet na inšpektorát práce, ktorý môže uložiť sankciu za nedodržanie pracovných podmienok. Pokiaľ nedôjde k náprave, je možné využiť právne prostriedky, či už mediáciu alebo konanie pre súdom. Ak by konanie zamestnanca napĺňalo znaky skutkovej podstaty trestného činu, bolo by možné uložiť za konanie aj určitý trest.

Autori (Huberová 1995; Novák, Capponi 1996; Provazník 2002; Kratz 2005; Šípošová 2007a, 2007b; Demeter 2008; Svobodová 2008; Olšovská 2013 a iní) ponúkajú pre obeť mobbingu širokú škálu praktických „návodov“: pokus o konfrontáciu s agresorom, sebavedomé vystupovanie, zváženie zotrvania na pracovisku, zapojenie do riešenia problému svojo sociálnu sieť, vedenie podrobných záznamom – denníka, či využitie odbornej pomoci.

V tomto kontexte vyzdvihujeme **poradenskú a terapeutickú paradigmu sociálnej práce** (Navrátil 2000, in: Matoušek 2007). Poradenská paradigma predstavuje sociálnu prácu ako sociálno-právnu pomoc. Sociálne fungovanie jednotlivca závisí na schopnosti jednotlivca zvládať problémy a na prístupe k informáciám a službám. Práve tu vidíme doposiaľ nevyužitý priestor pre sociálnu prácu. Sociálni pracovníci môžu v rámci prevencie mobbingu oboznamovať s touto problematikou širokú verejnosť so zreteľom na rizikové pracoviská, poukazovať na možnosti obrany, príklady z praxe a výsledky realizovaných výskumov v našich podmienkach. Okrem osvety, môžu poskytovať informácie, distribuovať a sprevádzať klientov pri riešení konkrétnych prípadov mobbingu.

Terapeutická paradigma vníma sociálnu prácu ako terapeutickú pomoc. Hlavným faktorom sociálneho fungovania je duševné zdravie a psychická pohoda klienta. Sociálna práca je chápaná ako terapeutická intervencia smerujúca k zlepšeniu psychosociálnej pohody jednotlivcov, skupín i komunit. Aplikujúc tento prístup na riešenie našej problematiky ide predovšetkým o prácu s obeťami mobbingu a tiež agresormi. V prípade obeť mobbingu ide o dlhotrvajúci, systematický a cielený psychický teror. Dlhodobo opakované ataky agresora narúšajú sociálne fungovanie obeť. Výsledkom sú psychosomatické ochorenia a psychická nepohoda. Nakoľko bol mobbing dlho tabuizovanou témou, nie je táto problematika priamo legislatívne ošetrená a obeť mobbingu nemali dostatočné informácie ako sa brániť a následne konať. Viditeľným dôsledkom zanedbania riešenia tejto problematiky v našich podmienkach sú zvyšujúce sa počty obeť, ktoré bijú na poplach. V kontexte sociálnej práce, považujeme pri riešení problematiky mobbingu práve tento terapeutický prístup za kľúčový. V podmienkach Slovenska zlyhala prevencia mobbingu, preto teraz musíme riešiť dôsledky v podobe klientov s narušeným sociálnym fungovaním, psychosomatickými chorobami, stratou zmyslu života až suicidálnymi sklonmi.

Záver

Príspevok bol venovaný možnostiam riešenia mobbingu v kontexte sociálnej práce. V snahe naplniť cieľ sme ponúkli identifikáciu možnosti riešenia mobbingu na úrovni podnikovej sociálnej politiky. Z pohľadu sociálnej práce sa problematike mobbingu venuje podniková sociálna práca, v rámci ktorej sociálny pracovník plní najmä rolu manažéra, poskytuje sociálne poradenstvo, mediáciu, vytvára etické kódexy a antimobbingové preventívne opatrenia. Zaujímavou inšpiráciou pre naše pracoviská sú podnikové krízové centrá, mobbingové telefonické linky a ďalšie formy inštitucionalizácie etiky na pracovisku ako napr. etický leitmotív, alebo etické okrúhle stoly.

Zoznam bibliografických odkazov

- AGAFÓNOVÁ, M., 2006. *Etika*. [online]. Košice: Technická univerzita v Košiciach [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: http://web.tuke.sk/ksv/skripta_etika.pdf. ISBN neuvedené.
- BALOGOVÁ, B., 2015. Sociálne poradenstvo. In: B. BALOGOVÁ et al., *Kompendium sociálnej práce pre bakalársky stupeň štúdia*. Prešov: Pavol Šidelský - Akcent print. s. 108-124. ISBN 978-80-89295-59-3.
- DEMETER, B., 2008. Ako sa brániť mobbingu. In: www.ipsychologia.sk. [online]. [cit. 2014-03-12]. ISSN 1336-779X. Dostupné z: <http://www.i-psychologia.sk/view-737.php>
- FURINDOVÁ, N., 2008. Mobbing na pracovisku. In: www.instore.sk. [online]. [cit. 2011-03-13]. Dostupné z: <http://www.instore.sk/news/mobbing-na-pracovisku>
- GOSSÁNYI, V., 2007. Problémy schované pod strachom. *Hospodárske noviny*. 43, 23. ISSN 1335-4701.
- HARTL, P., 2008. Poradenství. In: O. MATOUŠEK et al., eds. *Metódy a řízení sociální práce*. Praha: Portál, s. 83-118. ISBN 80-7178-548-2.
- HUBEROVÁ, B., 1995. *Psychický teror na pracovisku*. Martin: Neografia. ISBN 80-85186-61-6.
- Inštitút ďalšieho vzdelávania sociálnych pracovníkov*, 2015. [online]. [cit. 2015-04-10]. Dostupné z: <http://www.ivsp.sk/?q=akreditovane-vzdelavacie-programy-v-2015>
- JÁŠKOVÁ, A., 2013a. Ponímanie podnikovej kultúry v pregraduálnej príprave sociálnych pracovníkov a pracovníčok. In: B. BALOGOVÁ, M. SKYBA a D. ŠOLTÉSOVÁ, eds. *Pregraduálna príprava sociálnych pracovníkov, pracovníčok a sociológov, sociologičiek a možnosti ich uplatnenia v praxi: zborník príspevkov z vedeckého seminára konaného dňa 7. decembra 2012 v Prešove*. [online]. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. s. 67-76. ISBN 978-80-555-0970-9. Dostupné z: <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Balogova7>
- KARDOŠOVÁ, M., M. NOVOTNÝ a R. ČERVIENKOVÁ, 2014. *Strategické dokumenty politiky BOZP v Slovenskej republike a Európskej únii*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny. ISBN 978-80-7138-140-2.
- KRATZ, H.-J., 2005. *Mobbing. Jak ho rozpoznat a jak mu čelit*. Praha: Management Press. ISBN 80-7261-127-5.
- KUBÁNI, V., 2007. Mobbing, bullying a diskriminácia na pracovisku. In: V. KUBÁNI et al., eds. *Psychologická revue II*. [online]. Prešov: Univerzitná knižnica Prešovskej univerzity v Prešove, s. 5 – 24 [cit. 2014-09-12]. ISBN 978-80-8068-674-1. Dostupné z: <http://www.pulib.sk/elpub2/FHPV/Kubani3/>
- LEYMANN, H., 1996. The definition of mobbing at workplace. In: *The Mobbing Encyclopaedia. Bullying, Whistleblowing*. [online]. [cit. 2014-03-12]. Dostupné z: <http://www.leymann.se/English/frame.html>
- MÍČIANOVÁ, Z., 2014. *Alternatívne riešenie sporov – mediácia: rigorózna práca*. Banská Bystrica: UMB.

- NAVRÁTIL, P., 2007. Vybrané teórie sociálnej práce. In: O. Matoušek et al., eds. *Základy sociálnej práce*. Praha: Portál, s. 183-265. ISBN 978-80-7367-331-4.
- NOVÁK, T. a V. CAPPONI, 1996. *Sám proti agresii*. 1., vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7160-253-0.
- OLŠOVSKÁ, A., 2013. *Mobbing a bossing na pracovisku: správa z riešenia výskumnej úlohy č. 2162*. Bratislava: IVPaR. [online].[cit. 2014-10-12]. Dostupné z: <https://mail.google.com/mail/u/0/#sent/14950e089fa9ab2f?projector=1>
- POLONSKÝ, D. a P. HAMAJ, 2002. *Úvod do sociológie práce*. 1., vyd. Liptovský Mikuláš: Vydané vlastným nákladom. ISBN 80-968746-2-4.
- PROVAZNÍK, V., 2006. *Psychológia pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada, ISBN 80-277-0470-6.
- PICHŇA, J., 1998. *Sociológia podniku: Spoločenský systém podniku*. 3. vyd. Trnava : Trnavská univerzita. ISBN 80-967376-9-4.
- ŠÍPOŠOVÁ, I., 2007a. Šikanovanie na pracovisku je čoraz častejšie. *Vychovávateľ*, **54**(5), 8-10. ISSN 0139-6919.
- ŠÍPOŠOVÁ, I. 2007b. Šikanovanie na pracovisku - problém aj u nás. *Vychovávateľ*, **52**(9), 13-15. ISSN 0139-6919.
- STRIEŽENEC, Š., 1996. *Slovník sociálneho pracovníka*. 1. vyd. Trnava: AD, ISBN 80-967589-0-X.
- SVOBODOVÁ, L., 2007. *Mobbing - nebezpečný fenomén našej doby. Bezpečný podnik*. 1. vyd. Praha: VÚBP. ISBN 978-80-86973-66-1.
- SVOBODOVÁ, L., 2008. *Nenechte se šikanovat kolegou. Mobbing – skrytá hrozba*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2474-4.
- Zákon č. 420/2004 Z. z. o mediácii a o doplnení niektorých zákonov.*
- ŽIAKOVÁ, E. a J. ČECHOVÁ, 2001. Osobnosť sociálneho/jej pracovníka/čky. In: E. ŽIAKOVÁ, J. ČECHOVÁ a J. KREDÁTUS. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. Prešov : Prešovská univerzita, s. 66 – 67. ISBN 80-8068-060-4.

Kontakt na autorov

Mgr. Anna Jašková
Inštitút edukológie a sociálnej práce
Filozofickej fakulty Prešovskej univerzity v Prešove
Ul. 17. Novembra č. 1, 080 01 Prešov
jaskova.ann@gmail.com

Prof. PhDr. Beáta Balogová, PhD.
Inštitút edukológie a sociálnej práce
Filozofickej fakulty Prešovskej univerzity v Prešove
Ul. 17. Novembra č. 1, 080 01 Prešov
beata.balogova@unipo.sk

Sociálna práca a možnosti socioterapie s dlhodobými chorými onkologickými pacientmi

Tatiana Žiaková (SR) - Agnesa Kočišová (SR)

Tento príspevok vznikol v rámci riešenia vedeckovýskumnej úlohy Vega 1/0230/15 s názvom „Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientiek ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok.“

Abstrakt: *Počet onkologických pacientov bude v najbližších rokoch stúpať. Je preto neodkladnou úlohou venovať im viac pozornosti v rámci sociálnej práce so zameraním na sociálny systém klienta – pacienta. Socioterapia by sa mala stať kľúčovým aspektom starostlivosti o onkopacienta.*

Kľúčové slová: *Rakovina. Psychosociálna opora. Socioterapia.*

Abstract: *The number of cancer patients will rise in the coming years. It is therefore an urgent task to give them more attention in social work with a focus on the social system of the client - patient. Psychotherapy should become a key aspect of care for cancer patients.*

Keywords: *Cancer. Psychosocial support. Psychotherapy.*

Onkologické ochorenie

V súčasnosti vieme, že rakovina je civilizáčnne ochorenie a ako globálna epidémia sa týka všetkých vekových skupín i krajín. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) až 32,6 milióna obyvateľov planéty žijú s diagnózou onkologického ochorenia. V správe analýzy údajov Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) a Únie pre medzinárodnú kontrolu rakoviny (UICC) onkologické ochorenie rastie alarmujúcim tempom. V roku 2012 vzrástol počet nových onkologických pacientov na 14,1 miliónov ročne, čo je číslo ktorého sa očakáva nárast na 22 miliónov ročne v najbližších dvoch desaťročiach.¹¹ Štatistické ukazovatele poukazujúce na skutočnosť, že počet novohlásených zhubných nádorov v roku 2012 bolo diagnostikovaných v kategórii onkologické diagnózy pľúc (1,8 milióna prípadov, 13,0% z celkového počtu), prsníka (1,7 milióna, 11,9%) a hrubého čreva (1,4 milióna, 9,7%). Medzi najčastejšie príčiny úmrtí na rakovinu boli nádory pľúc (1,6 milióna, 19,4% z celkového počtu), pečene (0,8 milióna, 9,1%), a žalúdka (0,7 milióna, 8,8%).¹² Zo správy z národného centra zdravotníckych informácií z roku 2010 vyplýva, že v slovenskej populácii ročne pribudlo viac ako 30 144 novonahlásených onkologických ochorení. Pre vysoký počet novohlásených prípadov miera incidencie je 557,5/100 000 v SR u oboch pohlaví.¹³

Štatistické ukazovatele poukazujú na skutočnosť, že počet úmrtí na onkologické ochorenie vo svete patrí medzi druhú najčastejšiu príčinu smrti v populácii mužov aj žien vo všetkých krajinách; na prvom mieste stoja kardiovaskulárne choroby. Slovenská republika patrí na popredné miesta v štatistikách incidencie zhubných nádorov nielen v porovnaní s krajinami Európskej únie ale i v celosvetovom porovnaní. Predikčné modely naznačujú trend mierneho poklesu úmrtnosti na nádorové ochorenia v populácii v nasledujúcich rokoch.

¹¹WHO, INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2012. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012.

¹²WHO, INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2012. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012.

¹³ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SR, 2015. Správa o zdravotnom stave obyvateľstva Slovenskej republiky za roky 2012 – 2014.

Tabuľka č. 1: Počet úmrtí na onkologické choroby vo svete na 100 000 obyvateľov za rok 2012 a 2000 podľa údajov WHO¹⁴

| VYBRANÉ KRAJINY SVETA | | | |
|-----------------------|------------------|-------|-------|
| ŠTÁT | komparácia rokov | MUŽI | ŽENY |
| USA | 2012 | 104,2 | 143,6 |
| | 2000 | 118,9 | 170,1 |
| Japonsko | 2012 | 144,9 | 73,2 |
| | 2000 | 173,4 | 86,3 |
| Mexiko | 2012 | 77,9 | 68,7 |
| | 2000 | 93,2 | 84,5 |
| Austrália | 2012 | 135,9 | 90,6 |
| | 2000 | 166,4 | 102,8 |
| VYBRANÉ KRAJINY EU | | | |
| ŠTÁT | komparácia rokov | MUŽI | ŽENY |
| Veľká Británia | 2012 | 153,9 | 112,5 |
| | 2000 | 175,6 | 126,4 |
| Francúzsko | 2012 | 179,8 | 95,5 |
| | 2000 | 218,0 | 101,8 |
| Nemecko | 2012 | 152,3 | 98,9 |
| | 2000 | 188,9 | 114,4 |
| ŠVAJČIARSKO | 2012 | 131,1 | 83,9 |
| | 2000 | 167,1 | 99,3 |
| RAKÚSKO | 2012 | 152,3 | 99,7 |
| | 2000 | 176,6 | 104,3 |
| KRAJINY V4 | | | |
| ŠTÁT | komparácia rokov | MUŽI | ŽENY |
| Maďarsko | 2012 | 253,0 | 137,8 |
| | 2000 | 287,2 | 150,5 |
| Poľsko | 2012 | 203,9 | 113,8 |
| | 2000 | 230,2 | 134,1 |
| ČR | 2012 | 188,2 | 109,2 |
| | 2000 | 246,8 | 135,8 |
| Slovensko | 2012 | 196,8 | 100,7 |
| | 2000 | 252,9 | 122,1 |

Ako vyplýva z analýzy WHO každým rokom narastá počet pacientov, ktorí musia znášať dôsledky diagnózy, agresívnej liečby a psychického tlaku na sociálne postavenie v spoločnosti. Samotné ochorenie spôsobuje mnohých jedincov zlyhanie v spôsobe života.

Pacienti často pociťujú akoby sa vytratil z hlavného diania do sveta plného neistoty a zmätenosti. Stretávajú sa s náhlym pocitom odlúčenia od ľudí, ktorí im boli ich najbližší, akoby boli katapultovaní z relatívne normálneho a zdravého prostredia zdieľaného s ostatnými milovanými jedincami do sveta choroby a neistej budúcnosti. Tieto skutočnosti zároveň naznačujú, že rakovina patrí medzi ochorenia, ktoré má ďalekosiahle negatívne sociálno-spoločenské, zdravotno-ekonomické dôsledky i dopad na ľudské práva.¹⁵ Negatívne prejavy ako strach z návratu ochorenia, neistota, strata sebadôvery, strata telesnej integrity, frustrácia, problémy v rodinnom, manželskom a sexuálnom živote spolu s klinickou symptomatológiou (únava, bolesť a pod.), dištancia od sociálnej siete môžu viesť k sociálnej

¹⁴ WHO, World Health Statistics, Global Health Observatory Data Repository, 2012

¹⁵

izolácii. Výsledná sociálna izolácia a uzatváranie sa do seba negatívne ovplyvňuje náročný liečebný proces ako aj schopnosť vzdorovať ochoreniu, čím sa kráti priemerná doba prežívania onkologických pacientov.¹⁶ Podľa Kroenkeovej a spolupracovníkov sociálna izolácia zvyšuje mortalitu prežívajúcich pacientov 2,1-násobne, u pacientov starších ako 65 rokov až 3,8-násobne.¹⁷

Rakovina je nie je len ochorenie biologické, ale v úvahu je potrebné brať aj psychosociálne problémy pacienta v jednotlivých štádiách liečby ochorenia (tab.2).

Tabuľka č. 2: Psychosociálne problémy pacienta v jednotlivých štádiách liečby ochorenia¹⁸

| Objavenie symptómov | Diagnóza a predbežné opatrenia |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Úzkosť, hľadanie lekárskej pomoci alebo odkladanie návštevy lekára | <ul style="list-style-type: none"> • Akútny smútok, strach, zlosť, depresia • úľava (poznatie symptómov), otupenosť, strata motivácie, poruchy spánku • Rozhodovanie sa o mozgnej liečbe, overovanie diagnózy • Prispôbiť sa novým sociálnym rolám a povinnostiam |
| Liečba | Zotavovanie po liečbe |
| <ul style="list-style-type: none"> • Počiatočná energia v zvládaní rakoviny • Počiatočný strach, úzkosť a smútok kvôli strate pohody (telesnej a duševnej) • Pocit bezmocnosti, beznádej, depresia • Vedľajšie efekty liečby | <ul style="list-style-type: none"> • Strach z recidívy • Pocit úspechu • Hodnotenie životných priorít • Problém prispôbiť sa obmedzeniam v súkromnom a v pracovnom živote |
| Recidíva a progres | Paliatívna starostlivosť |
| <ul style="list-style-type: none"> • Podobné reakcie ako pri zistení diagnózy • Popretie situácie • Strach, sklamanie, pocit viny, sebaobviňovanie, žiaľ • zúfalstvo, zlosť, hlboká depresia • negácia liečby, rozhodovanie sa o mozgnej liečbe, zvažovanie alternatívnej možnosti liečenia | <ul style="list-style-type: none"> • strach z izolácie, zo smrti, z možných telesných komplikácií – bolesť, problémy s dýchaním a pod. • úzkosť, žiaľ • hodnotenie významu života |

Ako môžeme vidieť v tabuľke 2, onkologické ochorenie presahuje osobnosť pacienta a ovplyvňuje celú rodinu. Rakovina a smrť sú v mysli každého jedinca spájané neustále ako pojmy, avšak túto tému neotvára zo strachu ani pacient ani jeho blízke osoby z obavy pred

¹⁶COURNOYER, B. R. 2013. *The social work skills work book*. NY: Cengage Learning. 7thedition. 681 p. ISBN 13-978-1-258-17779-9.

¹⁷KROENK, CH. in BENCOVÁ, V., KRAJČOVIČOVÁ I., Psychosociálna opora a sociálna integrácia prežívajúcich pacientov s karcinómom prsníka.2011

¹⁸CIBULA, D. A KOL., 2009. *Onkoginekologie*.

RAUDÁNSKA, J., JAVŮRKOVÁ A. 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*.

vyvolaním bolestivej emocionálnej reakcie, keďže sa nedokážu vysporiadať so svojou bolesťou. Navyše fakt, že blízka osoba má rakovinu, vyvoláva obavy z objavenia sa choroby aj u osôb, ktoré nie sú chorobou nijako postihnuté. Mnohí ľudia popisujú neprijemný pocit víťazstva nad osobou, ktorej rakovinu diagnostikovali. Tento pocit je spájaný s úľavou, že oni sú v poriadku, avšak zároveň prechádza do bezprostredného pocitu viny. Vzhľadom k tomu sa po diagnostikovaní rakoviny mnohé vzťahy menia. Buď sa zlepšia - stanú sa intenzívnejšie a starostlivejšie - alebo sa zhoršia, ale nikdy neostanú rovnaké. Staré rituály sa odrazu zdajú byť plytké a nezmyslené a snaha zachovať dojem, že všetko je v norme aj keď sa všetko zmenilo nemá dobrý efekt. Vzhľadom k tomu prispôsobovanie sa novej realite je zložitý a emocionálne náročný proces nielen pre pacienta ale aj pre priateľov a rodinu v každom štádiu liečenia onkologického ochorenia.¹⁹

Funkčný systém poskytovateľov psychosociálnej opory

Americká asociácia onkologických sociálnych pracovníkov (AOSW) v spolupráci so Svetovou zdravotníckou organizáciou odporúča interakciu všetkých funkčných súčastí tímu poskytovateľov onkologickej starostlivosti v kontexte komplexného bio-psycho-sociálneho fungovania onkologického pacienta (obr.1). V rámci individuálnej opory lekári, zdravotní personál sledujú klinické parametre priebehu ochorenia. To znamená, že sa v prvom rade zameriavajú na hodnotenie účinnosti liečby, priemernú dĺžku prežívania, dobu trvania remisie a návrat ochorenia.²⁰ V spolupráci s ošetrojúcim lekárom poskytuje psychoterapeutickú pomoc aj klinický psychológ, keďže psychický stav pacienta ovplyvňuje rozvoj onkologického ochorenia.²¹

Sociálne služby poskytované onkologickým sociálnym pracovníkom zahŕňajú individuálne, rodinné a skupinové poradenstvo. Tieto služby sú navrhnuté tak, aby pacient mohol maximálne využiť systém zdravotnej starostlivosti. Zároveň podporuje optimálne sociálne fungovanie pacienta a jeho rodiny, aby sa mohli stať aktívnymi účastníkmi rozhodovania a riadenia starostlivosti o zdravie.²² Podľa Národnej asociácie sociálnych pracovníkov (*National association of social workers -NASW*) v USA je sociálna práca determinovaná ako odborná činnosť zameraná na poskytovanie pomoci jedincom, skupinám či komunitám s cieľom zlepšiť alebo obnoviť ich sociálne fungovanie, alebo vytvorenie priaznivých podmienok na naplnenie tohto cieľa.²³ Levická poukazuje na sociálne fungovanie ako kľúčového komponentu sociálnej práce, keďže „význam sociálnej práce je v pomoci smerujúcej ku skvalitneniu života jednotlivcov i skupín tým, že sa zameriava na zlepšovanie fungovania jednotlivcov, skupín i komunít vo vnútri spoločnosti.“²⁴

¹⁹SPIEGEL, D., CLASSEN, C. 2000. *Group Therapy for Cancer Patients: A Research-Based Handbook of Psychosocial care.*

²⁰BENCOVÁ, V., KRAJČOVIČOVÁ I., Psychosociálna opora a sociálna integrácia prežívajúcich pacientov s karcinómom prsníka. 2011

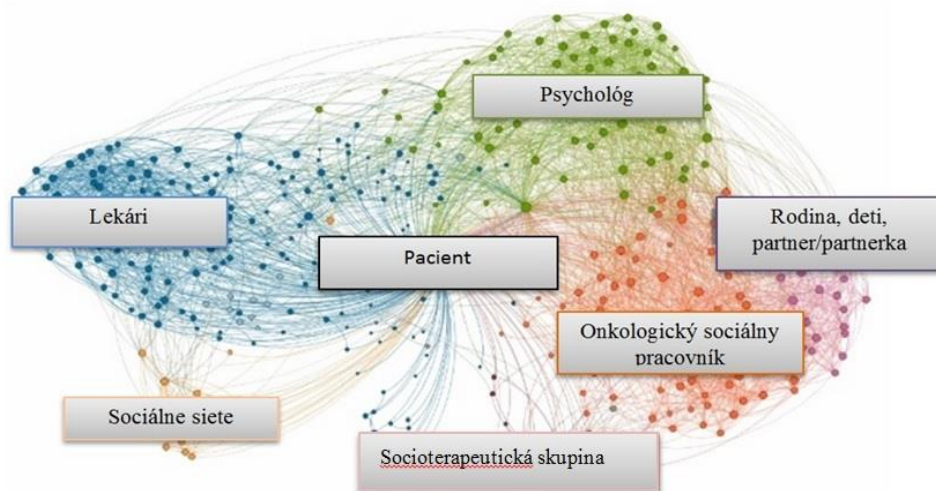
²¹CIBULA, D. A KOL., 2009. *Onkoginekologie.*

²²ASOCIÁCIA SOCIÁLNYCH ONKOLOGICKÝCH PRACOVNÍKOV, *AOSW Standards of Practice in Oncology Social Work.* 2012.

²³COURNOYER, B. R. 2013. *The social work skills work book.*

²⁴LEVICKÁ, J. 2007. *Sociálna práca . s.19*

Obrázok č. 1: Model funkčného systému poskytovateľov psychosociálnej opory pre onkologického pacienta²⁵



Sociálne fungovanie determinuje pôsobenie medzi ľuďmi a prostredím ako neustálu interakciu. Prostredie kladie na jedinca požiadavky (tlak), formuluje očakávania, definuje jeho sociálne roly, na ktoré musí byť schopný reagovať. Pacient prechádza rôznymi fázami v prežívaní emócií, ktoré sa striedajú ako môžeme vidieť v tabuľke 2. Avšak problematickou situáciou je, že týmito etapami prechádzajú aj rodinní príslušníci. Špecifické životné situácie, sociálne úlohy či problémy vyžadujú reakciu inak narušia fungovanie jedinca. Vzhľadom k tomu jedinca, ktorých sa to týka nie sú schopní efektívne reagovať v dôsledku existencie rôznych prekážok. Ďalším rizikovým faktorom je skutočnosť, že týmito etapami pacienti a rodinní príslušníci často neprebiehajú paralelne.²⁶ Úlohou sociálneho pracovníka je pomáhať a podporovať pacienta pri opätovnom zaradení sa do sociálnych rolí, čím sa stabilizuje aj jeho sociálne fungovanie.²⁷

V tomto kontexte by sme chceli poukázať na využitie socioterapie s dlhodobo chorými onkologickými pacientmi. Definičiou socioterapie sa zaoberal aj pracovný tím Inštitútu psychoterapie a socioterapie, ktorý prijal nasledovné vymedzenie socioterapie: „Socioterapia je práca so sociálnymi skupinami aj jednotlivcami, ktorí sú znevýhodnení, ohrození alebo vo vzájomnom konflikte. V tejto práci sa považujú zúčastnené strany za rovnocenných partnerov a žiadna zo zúčastnených strán sa nepovažuje za nositeľa problému.“²⁸ Socioterapia je taký spôsob práce s pacientom a jeho sociálnym systémom, ktorý smeruje k sfunkčneniu a náprave narušených sociálnych vzťahov. Socioterapeut pomáha pacientovi dostať sa cez kritické obdobie, v ktorom sa práve nachádza a nenaučil sa fungovať v novovzniknutých podmienkach. Zároveň v socioterapeutickom rozhovore mapuje potreby nielen pacienta ale aj jeho rodinných príslušníkov, napomáha im vyrovnávať sa so strachom a problémami. Predpokladom tohto procesu je, že ak sa ozdraví sociálny systém pacienta, paralelne ozdraví

²⁵ASOCIÁCIA SOCIÁLNYCH ONKOLOGICKÝCH PRACOVNÍKOV, AOSW *Standards of Practice in Oncology Social Work*. 2012.

THIBOLDEAUX, K., GOLANT M. 2013. *Reclaiming Your Life After Diagnosis: The Cancer Support Community*.

SPIEGEL, D., CLASSEN, C, 2008. *Group Therapy for Cancer Patients*.

²⁶NEZU, A. M. a kol. 2004. *Pomoc pacientum při zvládnání rakoviny*. 2004

²⁷ŽIAKOVÁ, E. – IŠTVÁNOVÁ, L. 2015. *Onkologicky chorí pacienti ako klienti sociálnej práce*.

²⁸LOZSI, L. *Socioterapia – rozdiely a styčné body socioterapie, psychoterapie a sociálnej práce*. s.2

sa aj jedinec v ňom a naopak. Výsledným cieľom je, žesi pacient uvedomí svoju hodnotu, sebaúctu a vlastnú zodpovednosť za kvalitu života.²⁹

Realita choroby a jej liečba sú len jednou súčasťou života pacienta s rakovinou. Pacienti sú vyzvaní, aby usporiadali svoje životné priority, predefinovali svoje siete sociálnej podpory, pomohli svojim blízkym vysporiadať sa s ich chorobou a zároveň získali nové druhy sociálnej podpory, ktoré naplnia ich nové potreby. Tieto problémy nemôžu byť riešené na jednoduchý predpis a tvoria základ odôvodnenia pre skupinovú socioterapeutickú intervenciu. Ak k tomu pacient trpí nedostatkom sociálnych kontaktov, prázdnotou denného programu alebo má nepríjemné skúsenosti z predchádzajúcich sociálnych väzieb aby sa vyhol sociálnej izolácii môžu využívať sociorehabilitačné programy. Dokonca aj tí pacienti, ktorí majú to šťastie byť obklopení blízkymi nemusia dostať pomoc, ktorú potrebujú. Stretnutie skupiny pacientov s odborníkom alebo s pacientom, ktorý prekonal rovnaké nádorové ochorenie je tiež formou skupinovej opory.³⁰ Pacient nie je odkázaný iba na prijímanie pomoci, s potrebou dávať vystupuje potreba cítiť sa užitočný. Vplyvom tejto potreby pacientiformou internetových stránok nemocníc, sociálnych zariadení, neziskových organizácií – (ako napr. Liga proti rakovine, Nadácia na pomoc onkologickým pacientom) sami a dobrovoľne poskytujú j elektronickú oporu, ktorá je využívaná ďalšími pacientmi. On-line podporné skupiny sú stretnutia, ktoré sa konajú online na webových stránkach. Pacienti sa stretávajú na chatovacej miestnosti, alebo sú účastníkmi moderovanej diskusnej skupiny s odborníkom a komunikujú medzi sebou cez e-mail. Pacienti často využívajú on-line podporné skupiny, pretože sa ich môžu zúčastniť kedykoľvek počas dňa alebo v noci, a sú anonymné. Oni sú tiež dobré pre ľudí, ktorí nemôžu vycestovať na skupinové stretnutia.³¹

Záver

Izolácia pacienta vo svojich pocitoch aj v sociálnych kontaktoch je problém enormných rozmerov, ktoré sme sa snažili v článku popísať. Prezentovaný funkčný systém poskytovateľov psychosociálnej opory poskytuje rovnováhu pre pacienta s onkologickým ochorením v jeho sociálnom fungovaní. Zároveň integráciou do prirodzenej sociálnej siete s pomocou sociálneho pracovníka a socioterapeuta nadobúda pacient schopnosť efektívnejšie tejto chorobe vzdorovať. Cielená intervencia a podpora profesionálnych odborníkov pomáha pacientovi vyrovnávať sa s rakovinou a zvyšuje u onkologického pacienta priemernú dobu prežívania ako aj kvalitu života. O psychoterapii a sociálnej práci má odborná aj laická verejnosť dostatok poznatkov. Avšak pri socioterapii existujú pochybnosti, či je jej pôsobnosť ako preventívnej aj terapeutickú činnosti sociálnych vzťahov a javov je jednoznačne vyhranená v rôznych pomáhajúcich profesiách. Predkladaná analýza poukazuje na nevyhnutnú integráciu aj socioterapie do komplexnej starostlivosti o onkologických pacientov i v našich podmienkach.

Zoznam bibliografických odkazov

CIBULA, D. a kol., 2009. *Onkoginekologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-7036-9

COURNOYER, B. R., 2013. *The social work skills work book*. NY: Cengage Learning. 7th edition. ISBN 13-978-1-258-17779-9.

LEVICKÁ, J., 2007. *Sociálna práca*. Trnava: OLIVA. ISBN 978-80-969454-2-9.

LOZSI, L. a kol., 2013. *Socioterapia*. Partizánske: Experiment a.s.. ISBN 978-80-971386-0-8.

²⁹LOZSI, L. a kol. 2013. Socioterapia.

³⁰SPIEGEL, D., CLASSEN, C, 2008. Group Therapy for Cancer Patients.

³¹THIBOLDEAUX, K., GOLANT M. 2013. Reclaiming Your Life After Diagnosis: The Cancer Support Community.

- LOZSI, L., 2011 Socioterapia – rozdiely a styčné body socioterapie, psychoterapie a sociálnej práce. *Socioterapia*. 1(2) [online]. [cit. 2015-10-20]. Dostupné na:http://www.socioterapia.sk/Socioterapia_2_2011.pdf
- NEZU, A. M. a kol., 2004. Pomoc pacientum při zvládnání rakoviny. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 80-7364-000-7.
- RAUDÁNSKA, J. a A. JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2223-8.
- SPIEGEL, D. a C. CLASSEN, 2008. *Group Therapy for Cancer Patients: A Research-Based Handbook of Psychosocial care*. NY: Basicbooks. ISBN 0-465-09565-8.
- THIBOLDEAUX, K. a M. GOLANT, 2013. *Reclaiming Your Life After Diagnosis: The Cancer Support Community*. Benbellabooks. ISBN 978-1-936661-76-3.
- ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SR, 2015. Správa o zdravotnom stave obyvateľstva Slovenskej republiky za roky 2012 – 2014. [online]. [cit. 2015-10-20]. Dostupné na:<http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/Sprava_o_zdravotnom_stave_obyvatelstva_SR_z_a_roky_2012_2014.pdf>
- WHO, World Health Statistics, Global Health Observatory Data Repository, 2012 [online]. Dostupné na:<http://apps.who.int/gho/data/node.imr.NCD_CCS_BreastCancer>
- WHO, INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2012. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence world wide in 2012. [online]. [cit. 2015-10-20]. Dostupné na:< http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx>
- BENCOVÁ, V. a I. KRAJČOVIČOVÁ, 2011. Psychosociálna opora a sociálna integrácia prežívajúcich pacientov s karcinómom prsníka. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 3(4) [online]. [cit. 2015-10-22]. Dostupné na:http://www.solen.sk/index.php?page=magazine_detail&issue_id=50>
- ASOCIÁCIA SOCIÁLNYCH ONKOLOGICKÝCH PRACOVNÍKOV, AOSW, 2012. *Standards of Practice in Oncology Social Work*. [online]. [cit. 2015-10-20]. Dostupné na: <http://www.aosw.org/aosw/Main/professionals/standards-of-practice/AOSWMain/Professional-Development/standards-of-practice.aspx?hkey=51fda308-28bd-48b0-8a75-a17d01251b5e>>
- ŽIAKOVÁ, E. a L. IŠTVÁNOVÁ, 2015. Onkologicky chorí pacienti ako klienti sociálnej práce. *Prohuman*. [online]. [cit. 2015-11-15]. Dostupné na:<http://www.prohuman.sk/socialna-praca/onkologicky-chori-pacienti-ako-klienti-socialnej-prace>

Kontakt na autorov

PhDr. Agnesa Kočišová, PhD.
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach
Moyzesova 9, 040 59 Košice
agnes.kocisova@upjs.sk

Mgr. Tatiana Žiaková, PhD.
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach
Moyzesova 9, 040 59 Košice
tana.ziakova@gmail.com

Profesionálna a osobná starostlivosť o seba v kontexte spôsobov zvládania pracovnej záťaže

Vladimír Lichner (SR)

Tento príspevok vznikol v rámci riešenia projektu APVV-14-0921 - „Starostlivosť o seba ako faktor vyrovnávania sa s negatívnymi dôsledkami vykonávania pomáhajúcich profesií“.

Abstrakt: Autor sa v príspevku zameriava na oblasť starostlivosti o seba týkajúcu pracovného prostredia, ktorá môže byť vnímaná ako významný faktor pre zvládanie pracovnej záťaže pomáhajúcich profesionálov – sociálnych pracovníkov. Tá môže prameniť z mnohých konkrétnych oblastí vykonávania sociálnej práce ako pomáhajúcej profesie. Zameranie sa na aktivity starostlivosti o seba je dôležité, pretože vždy ide o súhrn reálne vykonávaných aktivít, ktorým sa pomáhajúci profesionáli snažia prinavrátiť či prehĺbiť individuálnu pohodu týkajúcu sa vykonávania profesie. Za týmto účelom autor realizoval kvalitatívny výskum reálne vykonávaných aktivít starostlivosti o seba na základe ktorého identifikoval 11 konkrétnych oblastí starostlivosti o seba v pracovnom prostredí, ktoré môžu byť podľa sociálnych pracovníkov predpokladom pre výkon ostatných individuálnych či osobných aktivít starostlivosti o seba. Pracovná starostlivosť o seba môže byť vnímaná okrem spôsobu na predchádzanie pracovnej záťaži i ako predpoklad pre výkon osobnej starostlivosti o seba.

Kľúčové slová: Pracovná záťaž. Starostlivosť o seba. Sociálna práca.

Abstract: The author in this paper focuses on the area of self-care regarding work environment that can be seen as an important factor for managing the workload of helping professionals - social workers. This may stem from a number of specific areas of implementation of social work as helping professions. Focus on self-care activities is important because it is always the sum actually carrying out activities that are helping professionals seeking to restore or enhance individual well-being relating to the implementation of the profession. To this end, the author conducted qualitative research activities carried out actually care about each other on the basis of which identified 11 specific areas of self-care in the work environment that can be as social workers prerequisite for the exercise of any other individual or personal self-care activities. Working self-care can be seen in addition to ways to prevent workload and as a prerequisite for the exercise of personal care for themselves.

Keywords: Workload. Self-care. Social Work.

Úvod

Oblasť starostlivosti o seba je veľmi široká a zahŕňa v sebe veľké množstvo konkrétnych vykonávaných aktivít. Je obtiažne presne definovať všetky aktivity, ktoré tento pojem zahŕňa. Všeobecne je ale možné tvrdiť a potvrdzujú to i mnohé štúdie, že starostlivosť o seba je komplex aktivít, ktoré sú vedomé a cielene zamerané, a ktoré napomáhajú jednotlivcovi zvládať jednotlivé formy záťaže. Našou snahou je prepojiť takto definovanú starostlivosť o seba s pracovným prostredím a so záťažou, ktorú na jednotlivca kladie vykonávanie konkrétnej profesie. Je nesporné, že oblasť pomáhajúcich profesií je vďaka charakteristikám jednotlivých profesijných smerov jednou z najnáročnejšou profesijnou oblasťou, najmä vďaka každodennému kontaktu s jednotlivcami, ktorí sa nachádzajú v náročnej životnej situácii. Z dôvodu povahy týchto profesií je v týchto profesiách prítomná vysoká miera nežiaducich javov, ako napríklad syndróm nudy, syndróm vyhorenia, únavy z empatie, ako i mnohých ďalších. V tejto súvislosti je vhodné zamerať sa na tie aktivity, ktoré jednotliví pomáhajúci profesionáli vykonávajú na úrovni individuálnej, ale i na úrovni

pracovného prostredia. Máme za to, že tieto individuálne aktivity v spojitosti s oblasťou starostlivosti o jednotlivca, ktoré ponúka pracovisko sú cestou prevencie pred popísanými nežiaducimi javmi, ktoré výkon pomáhajúcej profesie prináša.

Teoretický kontext starostlivosti o seba ako faktora pre zvládanie pracovnej záťaž

Pracovná záťaž môže byť vnímaná prostredníctvom viacerých faktorov. Najvšeobecnejšie je možné pracovnú záťaž definovať ako také fyzické a emocionálne prejavy, ktoré nastúpia ako reakcia na pracovné požiadavky, ktoré sú v rozpore so zdrojmi, schopnosťami, alebo potrebami jedinca – pracovníka (Parker 2007). Tieto prejavy sú z hľadiska pracovnej výkonnosti a pracovných podmienok veľmi významné, pretože ich zvýšená frekvencia smeruje taktiež k mnohým negatívnym javom v pracovnom prostredí, ako napríklad syndróm vyhorenia, syndróm nudy, zvyšuje frekvenciu napríklad zdravotných ťažkostí, či zvyšuje riziko pracovných úrazov (Showkat, Jahan 2013). Pracovná záťaž môže prirodzene mať množstvo príčin. Z tohto pohľadu je potrebné zamerať sa na tzv. stresory, ktoré je možné v pracovnom procese identifikovať. Cooper (1981) ich kategorizuje do šiestich základných oblastí nasledovne: 1. práca (preťaženie a podmienky v práci), 2. organizačné role (nejasnosť, rolové konflikty), 3. vzťahy (pracovné vzťahy), 4. problematika rozvoja, posunu a tvorby individuálnej kariéry, 5. kultúra a prostredie v organizácii, 6. vzťah pracovnej s súkromnej (rodinnej) sféry. Ešte širšie vymedzujú pracovné stresory autori Richter a Hacker (1998), ktorí identifikovali nasledujúce pracovné stresory, ktoré vyplývajú:

- z povahy pracovnej náplne,
- z pracovnej role / pracovných rolí,
- z prostredia na pracovisku – či už materiálneho alebo sociálneho,
- zo spôsobov organizačného správania,
- z personálnych stratégií organizácie.

Starostlivosť o seba je možné všeobecne vnímať v rovine širšej a užšej. V užšom poňatí je starostlivosť o seba totožná so starostlivosťou o svoje zdravie, v tomto smere hovoríme o fyziologickej zložke starostlivosti o seba. V širšom poňatí je však definícia tohto pojmu oveľa širšia. Okrem fyzickej zložky zahrňame do tohto komplexu i psychologickú zložku, či zložku trávenia voľného času. Dôležitým aspektom však je to, že vždy ide o cieľavedomé a zámerné konanie. (Lovaš 2014) Všeobecne je možné identifikovať niekoľko základných teoretických smerov, ktoré sa zaoberajú starostlivosťou o seba.

V psychologickom kontexte je starostlivosť o seba vnímaná ako racionálna odpoveď jednotlivca na jeho vnútorné potreby. Dôležité však je, že to nie je inštinktívne vrodené konanie, ale je to reakcia, ktorá vzniká prostredníctvom potreby a je výsledkom učenia sa sociálnym interakciám. (Lovaš 2014)

V kontexte vykonávania sociálnej práce ako pomáhajúcej profesie je potrebné zamerať sa na oblasť starostlivosti o seba z viacerých hľadísk. V zmysle integratívneho modelu, vychádzajúc aj z ekosystémovej paradigmy kladieme v tomto prípade dôraz na človeka a jeho sociálny, kultúrny a environmentálny svet. V tomto zmysle však nemáme na mysli iba človeka ako klienta sociálnej práce, ale i na sociálneho pracovníka ako odborníka na riešenie klientových problémov. V rámci integratívneho modelu starostlivosti o seba sa tak zameriavame na praktickú oblasť vykonávaných aktivít v oblasti starostlivosti o seba. (Napoli, Bonifas 2011) Tie sú v profesionálnom vykonávaní starostlivosti o klienta veľmi dôležité, pretože žiaden sociálny pracovník nemôže poskytovať primerané služby, pokiaľ sú unavení, nahnevaní, alebo preťažení (Pottage, Huxley 1996). Z tohto pohľadu je potrebné pristupovať i k vzdelávaniu budúcich sociálnych pracovníkov. Z dôvodov zachovania kontinuity a profesionality v starostlivosti o klienta je nevyhnutné zamerať sa na oblasť starostlivosti o seba už počas štúdia. Tu je dôležité rozvíjať úroveň všetkých oblastí

starostlivosti o seba konkrétnymi aktivitami a taktiež prostredníctvom tréningov sociálnych a psychologických spôsobilostí. (Moore, Perry, Bledsoe, Robinson 2011)

Starostlivosť o seba môžeme takto vnímať ako prevenciu pred takými negatívnymi javmi v práci ako sú syndrómy vyhorenia, nudy, vyčerpania z empatie a ďalšími. Dobre vykonávanou a systematickou starostlivosťou o seba sa posilňujú profesionálne kompetencie sociálnych pracovníkov pri zvládaní záťažových situácií vyplývajúcich z povahy profesie a z povahy konkrétnych klientov. (Lovašová 2014; Lovašová et. al. 2014)

Je nesporným faktom, že záťaž vyplývajúca z pracovného prostredia a prejavujúca sa na pracovisku má v teoretickom kontexte veľmi blízko práve problematike starostlivosti o seba. Ako sme uviedli, vykonávanou starostlivosťou o seba je možné v prípade pomáhajúcich profesionálov do určitej miery predchádzať negatívnym javom v práci, ako napríklad syndrómu vyhorenia, vyčerpania z empatie, a inými. Máme však za to, že v najvšeobecnejšej rovine pomáha starostlivosť o seba lepšie prežívať sociálnym pracovníkom profesiu pomáhajúceho profesionála a môže prispieť k znižovaniu ich pracovnej záťaže. Starostlivosť o seba tak môže byť vnímaná ako faktor pre znižovanie pracovnej záťaže.

Výskumný kontext starostlivosti o seba v pomáhajúcich profesiách

Ako sme naznačili v predchádzajúcej časti príspevku, starostlivosť o seba môže byť vnímaná ako komplex reálne vykonávaných aktivít jedinca, ktoré prispievajú k zlepšeniu jeho fyzickej, emocionálnej, či sociálnej stránky. Prenesené do pracovného prostredia, starostlivosť o seba v pracovnom prostredí môže byť vnímaná ako komplex aktivít fyzickej, emocionálnej či sociálnej povahy, ktoré prispievajú k lepšiemu vyrovnávaniu sa pracovníka s nárokmi a podmienkami kladenými povahou vykonávanej profesie. Zhŕňajúc predchádzajúce teoretické poznatky môžeme konštatovať, že starostlivosť o seba v pracovnom prostredí môže byť v užšom zmysle slova vnímaná ako individuálny spôsob zvládania pracovnej záťaže pomáhajúceho profesionála.

V kontexte uvedeného sme sa výskumne zamerali na kvalitatívne zisťovanie reálne vykonávaných aktivít starostlivosti o seba, ktoré vnímame ako spôsob vyrovnávania sa s pracovnou záťažou. Výskum prebiehal metódou rozhovoru s pomáhajúcimi profesionálmi – sociálnymi pracovníkmi vykonávanými svoju prácu v zariadeniach štátneho i tretieho sektora. Do výskumu sa zapojilo celkovo 16 sociálnych pracovníkov a pracovníčok. Počas rozhovoru respondenti voľne rozprávali o ich reálne vykonávaných aktivitách starostlivosti o seba zameraných na pracovné prostredie. Celkovo bolo identifikovaných 11 oblastí starostlivosti o seba vykonávaných v pracovnom prostredí, ktoré sú vykonávané buď individuálne jednotlivými pracovníkmi, alebo vychádzajú z organizačného prostredia. Tieto aktivity boli v rámci teoretických poznatkov rozdelené do dvoch kategórií podľa toho, či sú záležitosťou konkrétneho pracovníka a sú vykonávané individuálne, alebo ide o aktivity zabezpečované organizáciou – pracoviskom (Steiner, Cox 2013). Medzi aktivity vykonávané v pracovnom prostredí individuálne tak podľa zistení radíme nasledujúce činnosti sociálnych pracovníkov:

- striedanie pracovných aktivít,
- intervíziu,
- pozitívne naladenie voči kolegom a na pracovisku,
- rešpektovanie rol,
- snaha o dodržanie kompetencií,
- dôsledná príprava na prácu,
- prísne oddel'ovanie práce a súkromia.

Medzi aktivity realizované pracoviskom (či už v zmysle platnej legislatívy, alebo z vlastnej vôle) radíme:

- supervíziu,

- vytváranie vhodných pracovných podmienok – tu môžeme zaradiť i umožňovanie ďalšieho vzdelávania a rozvoja zamestnancov,
- dobré pracovné prostredie.

Tieto aktivity predchádzajú ďalším aktivitám starostlivosti o seba, ktoré vykonávajú sociálni pracovníci mimo pracovného prostredia. Jedným z výsledkov kvalitatívneho výskumu je i poznatok, že individuálne aktivity starostlivosti o seba prichádzajú u väčšiny sociálnych pracovníkov až za predpokladu, že majú eliminovanú pracovnú záťaž a nepocitujú pracovné prostredie a prácu ako stresor. To je možné iba vykonávaním konkrétnych aktivít starostlivosti o seba v pracovnom prostredí. Aktivity starostlivosti o seba v pracovnom prostredí tak pôsobia ako faktor znižovania úrovne pracovnej záťaže a zároveň ako predpoklad vykonávania ďalších aktivít individuálnej starostlivosti o seba. Graficky tento predpoklad znázorňuje nasledujúcaschéma.

Obrázok č. 1: Model vykonávanej starostlivosti o seba v pracovnom prostredí



Záver

Problematika starostlivosti o seba sa dostáva v poslednom období do popredia teoretikov v globálnom kontexte. Pôvodne bola táto problematika úzko špecifikovaná na priestor starostlivosti o zdravie jedinca. Postupom času ako i rozširovaním inter- a multidisciplinárneho modelu teoretických poznatkov bolo možné definične i prakticky rozšíriť problematiku starostlivosti o seba do viac-menej dnešnej podoby. S oblasťou starostlivosti o seba sa však nestretávame iba v kontexte osobnej starostlivosti ale čoraz viac i v pracovnom kontexte. V ňom môže byť táto oblasť vykonávanej starostlivosti o seba chápaná ako také aktivity fyzického, emocionálneho či sociálneho charakteru, ktoré súvisia so zvládaním podmienok súvisiacich s prácou jednotlivca. Starostlivosť o seba tak vnímame ako praktické činnosti do značnej miery súvisiace so zvládaním pracovnej záťaže, respektíve ako jeden zo spôsobov zvládania pracovnej záťaže, čo bolo i zámerom tohto príspevku. Tieto aktivity sú obzvlášť dôležité v oblasti pomáhajúcich profesií, ktoré sú vďaka pravidelnému

kontaktu s klientmi v rôznych nepriaznivých sociálnych situáciách najnáchylnejšie na negatívne prežívanie súvisiace s pracovným prostredím. V rámci príspevku ponúkame výsledky realizovaného kvalitatívneho skúmania reálne vykonávaných aktivít starostlivosti o seba. Identifikovali sme tzv. model starostlivosti o seba u sociálnych pracovníkov a sociálnych pracovníčok pracujúcich s koncovým klientom v zariadeniach štátneho i tretieho sektora na Slovensku.

Zoznam bibliografických odkazov

- COOPER, L.C., 1981. *Streßbewältigung: Person, Familie, Beruf*. München: Urban & Schwarzenberg. ISBN 3-541-10461-9.
- COX, K. a S. STEINER., 2013. *Self-care in Social Work. A Guide for Practitioners, Supervisors, and Administrators*. Washington DC: National Assotiation of Social Workers. ISBN 978-0-87101-444-3.
- LOVAŠ, L., 2014. Starostlivosť o seba a jej psychologické kontexty. In: LOVAŠ, L. et. al., 2014. *Psychologické kontexty starostlivosti o seba*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. ISBN 978-80-8152-196-6. s. 9-26.
- LOVAŠOVÁ, S., 2014. *Klientske násilie ako súčasť sociálnej práce*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. ISBN 978-80-8152-194-2.
- LOVAŠOVÁ, S. et. al., 2014. *Analýza vybraných faktorov klientskeho násilia v sociálnej práci*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. ISBN 978-80-8152-218-5.
- MOORE, S. E., A. R. PERRY, L. K. BLEDSOE, L. K. a M. A. ROBINSON, 2011. Social Work Students and Self-care: a Model Assignment for Teaching. *Journal of Social Work Education*. 2011, **47**(3), 545-553. ISSN 1043-7797.
- NAPOLI, M., a R. BONIFAS, 2011. From Theory Toward Empathic Self-Care: Creating a Mindful Classroom for Social Work Students. *Social Work Education*. 2011, **30**(6), 635-649. ISSN 0261-5479.
- PARKER, H., 2007. *Stress Management*. Delhi: Global Media. ISBN 978-81-8994-011-9.
- POTTAGE, D. a P. HUXLEY, 1996. Stress and mental health social work: a developmental perspective. *International Journal of Social Psychiatry*. 1996, **42**(2), 124-131. ISSN 0020-7640.
- RICHTER, P. a W. HACKER, 1998. *Belastung und Beanspruchung. Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben*. München: Asanger. ISBN 978-3893343249.
- SHOWKAT, S. a N.F. JAHAN, 2013. Stress Management Practices in selected IT companies in Bangalore. *Asia Pacific Journal of Management & Entrepreneurship Research*, **2**(3), 106-116. ISSN 2277-8098.

Kontakt na autora

Mgr. Vladimír Lichner, PhD.
Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ v Košiciach
Moyzesova 9, 040 59 Košice
vladimir.lichner@upjs.sk

Nízka reziliencia ako následok syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov

Lenka Lukáčová (SR) – Eva Žiaková (SR)

Abstrakt: *Predkladaný príspevok sa zameriava na popis syndrómu vyhorenia v pomáhajúcej profesii, na jeho príznaky a príčiny vzniku. Predmetom príspevku je aj význam reziliencie, definovanie pojmov stres a záťaž rovnako ako aj možnosti zvládania záťažových situácií. Príspevok ponúka tak teoretickú rovinu, ako i empirickú, súčasťou ktorej je prezentovanie výsledkov časti autorského výskumu, ktorý bol zameraný na zisťovanie výskytu syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov, ktorí pracujú s klientmi s mentálnym postihnutím. Z výsledkov výskumu vyplynulo, že sociálni pracovníci pracujúci s vyšším počtom mentálne postihnutých klientov sú viac ohrození syndrómom vyhorenia, ako sociálni pracovníci pracujúci s nižším počtom mentálne postihnutých klientov. Výskumu sa zúčastnilo 90 respondentov z celého Slovenska, ktorí pôsobia ako sociálni pracovníci v zariadeniach zameraných na prácu s mentálne postihnutými klientmi.*

Kľúčové slová: *Reziliencia. Stres. Syndróm vyhorenia. Záťažová situácia. Sociálny pracovník.*

Abstract: *The present paper focuses on the description of burnout in assisting profession, its symptoms and causes of. The subject of this paper is the importance of resilience, defining the concepts of stress and workload as well as the possibility of coping with stressful situations. Paper provides theoretical as well as empirical, which includes presentation of results of the author's research, which was aimed to detect the presence of burnout among social workers who work with clients with intellectual disabilities. The survey showed that social workers working with the higher number of mentally disabled clients are more at risk of burnout, compared to social workers working with fewer mentally disabled clients. Participants were 90 respondents from all over Slovakia, who act as social workers in facilities designed to work with mentally handicapped clients.*

Keywords: *Resilience. Stress. Burn-out syndrome. Load situation. Social worker.*

Úvod

Syndróm vyhorenia je v dnešnej dobe aktuálnou problematikou, aj keď s jeho prvým definovaním sa môžeme stretnúť už v 80. rokoch 19. storočia. Existuje nespočetné množstvo faktorov, ktoré môžu vyvolať samotné vyhorenie. Pod pojmom syndróm vyhorenia máme mylnú mienku predstaviť si manažéra alebo niekoho, kto riadi ľudí a zlyhá. Áno, do skupiny syndrómu vyhorenia môžeme zaradiť aj manažérov, ale rovnako môže ísť o lekára, učiteľa, sociálneho pracovníka, umelca či predavača. Najčastejšie sa spája práve s ľuďmi pracujúcimi v pomáhajúcich profesiách s výkonom stereotypnej činnosti, ľudí v dlhodobom stresových situáciách. Syndróm vyhorenia sa môže týkať každého z nás, preto by sme mali vedieť, čo to je, aké sú jeho príznaky, príčiny a aká prevencia voči nemu existuje.

Každodenný život na nás kladie rôzne požiadavky, ktoré sa snažíme zvládnuť. Dennodenne riešime situácie, ktoré prichádzajú a snažíme sa využívať príležitosti, ktoré sa nám naskytujú. Mnoho z týchto situácií v nás vyvolávajú nemalú záťaž. Reziliencia, odolnosť alebo pružnosť napomáhajú človeku neupadať do zúfalstva a vyrovnávať sa so záťažovými situáciami. Rezilienciu môžeme vnímať ako možnosť prevencie pred syndrómom vyhorenia a ako možnosť zvládania záťažových situácií. Samotnú rezilienciu môžeme prirovnať k pružnosti gumovej lopty, ktorú ak hodíme o zem, vyletí späť hore a neostane prilepená o podlahu.

Syndróm vyhorenia (burn-out)

Syndróm vyhorenia pomenúvajú mnohí odborníci ako psychický stav, do ktorého sa človek dostal pri vykonávaní svojej práce, v ktorej nedokáže pracovať kvôli stresu, únave alebo chorobe. Vyhorený jedinec trpí spravidla určitou nerovnováhou medzi tým, čo dáva a medzi tým, čo od druhých sám prijíma.

Slovo vyhorenie pochádza z anglického slova burnout – ako keď dohorí lampa, v ktorej došiel olej alebo ako dom, ktorý vyhorel. Ako prvý tento pojem v kontexte pomocníkov spomína a zaoberá sa ním H. J. Freudenberger v USA. Tento jav bol dobre známy, ale v tom čase nebol pomenovaný. Freudenberger sa často zaoberal dramatickými stratami motivácie v alternatívnych inštitúciách, ktoré v USA vznikli v rámci hnutí za ľudské práva a študentského hnutia od začiatku 60. rokov. Burnout podliehal veľkému záujmu a dnes už existuje celý rad empirických štúdií o syndróme vyhorenia v rôznych sociálnych povolaniach (Schmidbauer 2008).

T. Poschkamp (2013) uvádza, že dodnes neexistuje jednotná definícia pre syndróm vyhorenia. Podľa viacerých autorov existuje vyššie riziko vyhorenia u osôb, ktoré pracujú v oblasti s intenzívnymi sociálnymi kontaktmi. Okrem iného, vyhorenie znamená aj postupnú stratu energie a idealizmu ako následok zaužívaných pracovných podmienok, sklamaných očakávaní a vytriezvenie po počiatočnom veľkom nadšení.

Pojem syndróm vyhorenia by sme mohli definovať aj ako stav totálneho psychického a fyzického vyčerpania. Toto vyčerpanie postihuje najmä ľudí, ktorí sú dlhodobo vystavení záťažovej situácii. Sú to najčastejšie ľudia, ktorých charakteristickým znakom sú prvotné nadšenie a snaha o vynikajúce výsledky. Vyhorenie vyčerpáva človeka emocionálne, fyzicky, ale aj duchovne, pretože človek je unavený a nevládze budovať svoj vzťah s Bohom (Minirth 2011).

Autorka M. Prieß (2015) vo svojej najnovšej publikácii prináša zaujímavé zistenie, že skutočnou príčinou vyhorenia nie je preťaženie a vyčerpanie, ale to, že v dôležitých oblastiach života nemáme zdravý vzťah k sebe a ľuďom okolo seba. Nevedíme dialóg so svojim vnútrom a stratili sme kontakt s tým, čo je našou podstatou. Prestávame žiť, len fungujeme. Syndróm vyhorenia je prejav dnešnej doby, ktorý musíme brať vážne.

Príznaky a príčiny vzniku syndrómu vyhorenia

Existuje široké množstvo príznakov, ktoré by sa dali zaradiť k syndrómu vyhorenia, a predsa nie sú presne ohraničené. Môže ísť o príznaky ako sú bolesti hlavy až po príznaky, kedy dochádza k strate motivácie. Je to dlhý zoznam, ktorý zahŕňa približne 130 symptómov týkajúcich sa tela a duše (Kallwass 2007).

Medzi tri základné symptómy vyhorenia Ch. Stock (2010) uvádza vyčerpanie, pokles výkonnosti a odcudzenie:

- *vyčerpanie* – človek sa cíti fyzicky, ale aj emocionálne vysilený. Čo sa týka fyzickej stránky, môžeme sem zaradiť napr. nedostatok energie, slabosť, svalové napätie, poruchy spánku, poruchy pamäte a sústredenia, náchylnosť k nehodám ako aj náchylnosť k infekčným chorobám. K emocionálnej stránke môžeme zaradiť sklúčenosť, beznádej, pocity strachu, pocity prázdnoty, apatiu, stratu sebaovládania. Niektorí autori používajú aj výraz znechutenie;
- *pokles výkonnosti* – dochádza tu k nízkej efektivite, ktorá spočíva v tom, že človek stratil dôveru vo vlastné schopnosti a považuje sa za neschopného z profesionálneho hľadiska. Človek k vykonaniu určitej úlohy, ktorú inokedy bez problémov zvládol, potrebuje viac času aj energie. K prejavom poklesu výkonnosti zaraďujeme napr. stratu nadšenia, motivácie, pocity zlyhania, nespokojnosť s vlastným výkonom, nerozhodnosť, nižšiu produktivitu a vyššiu spotrebu času a energie;

- *odcudzenie* – človek, ktorý trpí syndrómom vyhorenia, začína mať ku svojej práci a ku svojmu okoliu ľahostajný postoj. Pojem odcudzenie predstavuje v súvislosti so syndrómom vyhorenia stratu idealizmu, záujmu a cieľavedomosti. Postupne sa vytráca počiatočné pracovné nadšenie a strieda ho cynizmus. K prejavom odcudzenia môžeme zaradiť negatívny postoj k životu a k sebe samému, stratu sebaúcty, negatívny vzťah k práci a k ostatným ľuďom, pocit menejcennosti a stratu schopnosti nadväzovať vzťahy s inými ľuďmi.

Ak pátrame po príčinách vyhorenia, nájdeme rovnako ako pri vymedzení samotného slova vyhorenie rôzne objasňujúce prístupy. Keby sme zapálili oba konce sviečky, získali by sme tým dvakrát viac svetla. Sviečka ale aj dvakrát rýchlejšie vyhorí. Prostredníctvom tohto obrazu môžeme vidieť proces smerujúci k vyhoreniu. Ľudia, ktorí prechádzajú procesom vyhorenia, zisťujú, že zrazu všetka ich fyzická, duševná a emocionálna energia je spotrebovaná (Rush 2004).

Odborný poradca pre psychotraumatológiu na Nemeckom inštitúte a docent psychotraumatológie T. Poschkamp (2013) uvádza štyri príčiny pre vznik syndrómu vyhorenia:

- *obrovské nadšenie* – spočiatku sa objavuje u človeka veľké nadšenie a silná viera, že svojim pracovným nasadením vykonáva pre svojich klientov len to najlepšie. Po každom neúspechu, ktoré vníma ako osobné zlyhanie, jeho nadšenie postupne klesá;
- *prehnaná angažovanosť* – prehnaná snaha urobiť pre klienta maximum, aj keď je to nad naše sily;
- *nereálne ciele* – stanovenie si ťažko dosiahnuteľných až nereálnych cieľov, do ktorých vkladá človek všetku svoju energiu;
- *prehnané očakávanie odmeny* – ak sa pri vykonávaní práce neobjaví odmena, človek má tendenciu reagovať s ešte väčším nasadením a po opakovaných sklamaníach sa môže dostaviť pocit zlyhania, bezmocnosti a straty kontroly.

V kontexte uvedeného bol začiatkom roku 2015 realizovaný autorský výskum zameraný na zisťovanie výskytu syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov, ktorí pracujú s klientmi s mentálnym postihnutím. Pre celý výskum bol využitý MBI dotazník (Maslach Burnout Inventory, ktorý je označovaný ako najznámejší dotazník používaný na zisťovanie syndrómu vyhorenia), ktorý bol doplnený o autorské otázky zamerané na zisťovanie demografických údajov. Výber respondentov a respondentiek bol zámerný, nenáhodný, príležitostný a ich počet bol 90 (75 sociálnych pracovníčok a 15 sociálnych pracovníkov). Výskumu sa zúčastnili sociálni pracovníci z celého Slovenska pracujúci v zariadeniach, ktoré sú zamerané na prácu s mentálne postihnutými klientmi. Aktuálne budú pre potreby príspevku prezentované čiastkové výsledky autorského výskumu, ktoré sú zamerané na zisťovanie výskytu syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov v súvislosti s počtom klientov, s ktorými denne pracujú. Potrebné je vopred uviesť, že počet klientov sme si kategorizovali do dvoch skupín, a to práca s nižším počtom klientov (kategória – do 5 klientov a kategória do 10 klientov) a práca s vyšším počtom klientov (kategória do 20 klientov a kategória viac ako 20 klientov). Pre každú kategóriu, ktorá určuje počet klientov sme pomocou štatistického softvéru SPSS vyrátavali priemerné skóre (M) a štandardné odchýlky (SD) prostredníctvom troch kategórií – emocionálne vyčerpanie (EE), depersonalizácia (DP) a osobná úspešnosť v práci (PA). Na základe týchto výsledkov sme pomocou Kruskal-Walis testu vypočítali signifikanciu pre jednotlivé kategórie, prostredníctvom čoho sme zistili, že sociálni pracovníci pracujúci s vyšším počtom mentálne postihnutých klientov sú viac ohrození syndrómom vyhorenia, ako sociálni pracovníci s nižším počtom mentálne postihnutých klientov.

Tabuľka č. 1: Výsledky Kruskal-Wallis testu pre zisťovanie súvislostí medzi počtom klientov a vznikom syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov pracujúcich s mentálne postihnutými

| Počet klientov | Chi-Square | df | Sig. |
|----------------|------------|----|------|
| EE | 7.410 | 3 | .060 |
| DP | 9.278 | 3 | .026 |
| PA | 8.635 | 3 | .035 |

Z hľadiska počtu klientov, s ktorými sociálni pracovníci denne pracujú, bola prostredníctvom troch kategórií pomocou Kruskal-Wallis testu (Tab. 22) pre viac nezávislých výberov zistená signifikancia nasledovne: pre emocionálne vyčerpanie (EE) bola zistená signifikancia o hodnote .060. Pre kategóriu depersonalizácie (DP) bola zistená signifikancia o hodnote .026 a pre kategóriu osobného uspokojenia z práce (PA) bola zistená signifikancia o hodnote .035.

Nakoľko sme získali z troch kategórií zhodný predpoklad v dvoch kategóriách, môžeme pokladať náš predpoklad za potvrdený. Z výsledkov teda vyplýva, že sociálni pracovníci pracujúci s vyšším počtom mentálne postihnutých klientov sú viac ohrození syndrómom vyhorenia, ako sociálni pracovníci pracujúci s nižším počtom mentálne postihnutých klientov.

Stres a záťaž

S pojmami stres a záťaž sa podobne ako pri syndróme vyhorenia nestretávame len v oblasti pomáhajúcej profesie, ale aj v bežnom živote. Náročné životné situácie a ich zvládanie sa stali súčasťou každodenného života a týkajú sa každého z nás. Ide o situácie, ktoré nútia človeka vynakladať zvýšené úsilie pre ich zvládanie. Úlohou človeka je tieto situácie nielen riešiť, ale vedieť na ne aj primerane reagovať. Zvýšený záujem o otázky stresu a záťaže možno v poslednom období badať nielen z hľadiska vedeckého, ale taktiež z hľadiska bežnej populácie. V aktuálnej problematike sa vedci snažia o zisťovanie a popis procesov a javov, ktoré sa podieľajú na vzniku, priebehu a zvládaní záťaže a stresu.

Pojem stres pochádza z anglického jazyka a môžeme ho preložiť ako záťaž, tlak, napätie. Svoj pôvod má v latinskom *stringo*, *stringere*, čo znamená utiahnuť, zovrieť. Stresom rozumieme záťaž pochádzajúcu z vonkajšieho a vnútorného prostredia, ktorá narúša rovnováhu organizmu a prostredia, čím ho uvádza akútneho alebo chronického napätia. Stres je nešpecifická odpoveď organizmu, prebieha ako tzv. všeobecný adaptačný syndróm charakteristický pre stresovú situáciu bez ohľadu na typ vyvolávajúceho podnetu (stresoru). Záťaž je označenie najrôznejších zaťažujúcich faktorov vnútorného sveta, pre ktoré je charakteristická neobvyklosť, neočakávanosť, intenzita, resp. dlhé trvanie (Křivohlavý 2012).

Stres je termín, ktorý v posledných rokoch prešiel z odborného do tzv. obecného jazyka napr. v dôsledku popularizácie v médiách. Tento posun spôsobil aj posun obsahový, čiže za stres máme vo zvyku označovať akúkoľvek záťaž a stres používame ako univerzálny pojem. V anglickom jazyku sa tento pojem objavil na prelome 14. a 15. storočia pod pojmami *hardship* (strasť, útrapy, ťažkosti), *straits* (tieseň, ťažká situácia), *adversity* (protivenstvo, nepriazeň osudu, nešťastie). Súčasné poňatie je čiastočným návratom k pôvodnému kontextu a zahŕňa ako fyzikálnu, tak psychologickú dimenziu (Kebza 2005).

Stres je často nazývaný aj ako typický problém našej doby. Nenasvedčuje nič preto, aby zmizol. Práve naopak. Stres má značný podiel na psychických a fyzických problémoch štyroch z desiatich ľudí, ktorí vyhľadajú vo vyspelých západných krajinách lekára (Novák 2004).

J. Praško (2005) spomína niektoré prejavy stresu, medzi ktoré radí stres v myslení, v emóciách, v správaní a v telesných príznakoch. Zameriame sa bližšie na prejavy stresu v správaní, kde môžeme zaradiť:

- *vyhýbanie sa* – či už ide o vyhýbanie sa spoločnosti, rozhovoru s autoritou, rozhovoru v skupine, samote, nakupovaniu, riadeniu auta, telefonovaniu, rozhodovaniu, zodpovednosti, tme, dopravným prostriedkom, začatiu činnosti;
- *agresívne správanie* – sem môžeme zaradiť nadávanie, prchkosť, iróniu, výsmech, výčitky a obviňovanie druhých, rozbíjanie vecí, vyhrážanie, prenášanie agresie, fyzickú agresiu;
- *nervózne správanie* – prejavy ako príliš tiché rozprávanie, ohrýzanie nechtov, nervózne fajčenie, škrabanie sa, príliš veľa aktivít naraz, zvýšené pitie alkoholu, príliš rýchle rozprávanie, stále náhlenie, mlčanie v spoločnosti, spomalenie výkonu, časté úrazy, váhavosť.

Je potrebné podotknúť a uvedomiť si, že syndróm vyhorenia nie je to isté ako stres. Ku syndrómu vyhorenia dochádza v dôsledku chronického stresu. Stresové faktory alebo spúšťače hrajú pri vzniku syndrómu vyhorenia zásadnú rolu. Stres spôsobuje niekoľko stresorov, ako uvádza Ch. Stock (2010):

- *fyzické stresory* – napr. hluk, hlad, premiéra podnetov;
- *psychické stresory* – napr. príliš vysoká záťaž, časová tieseň, príliš mnoho zmien počas krátkej doby;
- *sociálne stresory* – napr. konflikty s kolegami, konflikty v rodine, strata blízkej osoby.

Reziliencia, predchádzanie a zvládanie záťažových situácií

Odolnosť voči stresu je typický ľudský zdroj. Mení sa v čase a závisí na rade faktorov, ktoré je možno vedome ovplyvňovať. Ku zvládaniu stresu môžu viesť dve cesty. Prvá smeruje k nášmu okoliu a spočíva v ovplyvňovaní záťaže, druhá smeruje do nášho vnútra a spočíva v ovplyvňovaní odolnosti (Plamínek 2013).

Na základe prežívania stresu sa v našom tele dejú určité zmeny. M. Richards (2006) uvádza, že naše telo počas stresu automaticky prechádza na zvýšený výkon a môže sa prejaviť zvýšenou tepovou frekvenciou a stúpaním krvného tlaku, tuhnutím svalstva, spomalením trávenia a zvýšeným vylučovaním žlče alebo zrýchleným dýchaním. Tieto reakcie môžeme nazvať útokom alebo útekom, pretože tieto zmeny majú pripraviť telo na boj alebo útek.

Pokiaľ je stres trvalý, znamená, že ho neustále posilňujeme, a to zvyčajne svojou snahou mať situáciu vždy pod kontrolou. Ide o určitý bludný kruh a je potrebné pochopiť ho, aby sme vedeli, čo robiť a akým spôsobom postupovať. Každý máme svoj život a každý máme svoj stres. Či už v rodine, práci, v spoločnosti, všade na nás pôsobia stresové faktory a našou úlohou je poznať, ako sa s nimi vysporiadať, inak nám hrozí neúspech, sklamanie, rozčarovanie alebo rôzne ochorenie (Cungi 2001).

Kde by sme mali začať pri zvládaní stresu? N. Truckenbrodt (2006) uvádza, že by sme mali začať v prvom rade od seba. Mali by sme sa vedieť pozrieť skutočnosti do očí a vedieť určiť, v akom strese sa momentálne nachádzame. Stres sa nedá objektívne zmerať, ale vždy sa jedná výhradne o subjektívnu záležitosť. Musíme vedieť ohodnotiť svoj stres napr. na stupnici od 0 (pohoda) do 10 (extrémny stres). Taktiež máme vedieť pomenovať stresory, čiže spúšťače z nášho okolia, ktoré nám spôsobujú stres. Tu by sme mali začať so zmenami. Je potrebné určiť si úlohu a za každé prekonanie sa odmeniť. Zmenu svojho správania by sme mali skúšať počas šiestich týždňov, minimálne jedného mesiaca a počas tejto „magickej hranice“ zmeny buď zahrnieme do svojho každodenného života, alebo ich zavrhneme.

Pre zvládanie stresu existujú rôzne techniky. Môže ísť o masáž, reguláciu krvného tlaku dýchaním, relaxačné dýchanie, psychologické techniky, meditácia a iné. Ak hovoríme o psychologických technikách, častokrát na ne narazíme v odbornej literatúre. Ich použitie však

vôbec nemusí byť jednoduché a ľahko použiteľné v bežnej praxi. Zvyknú byť zamerané na spracovanie vlastných pocitov, sebaovládanie, predvídateľnosť, uvoľnenie frustrácie (Joshi 2007).

Stres je priepasť, ktorá sa točí stále dookola a môže poškodiť naše duševné i telesné zdravie. Naše telo nás však na stres vždy upozorní. Ako uvádza M. Blatný (2001), fyzické príznaky stresu sú dôsledkom našich myšlienok a spôsobov, ako reagujeme na záťaž, preto by sme im mali venovať dostatočnú pozornosť.

Záver

Koľkokrát sme si povedali vetu „Ja už ďalej nevládzem.“, alebo „Je toho na mňa veľa, som na konci so silami.“ Niekedy tieto vety podceňujeme, nepripisujeme im váhu a myslíme si, že ide len o vyčerpanie. Veď každý má niekedy slabú chvíľu a nie sme predsa otrokmi, aby sme všetko zvládali. Povieme si, že sme momentálne v stresovej situácii a „vyspíme sa z toho.“ Je dôležité uvedomiť si, že aj tieto pre nás niekedy nevšedné vety môžu signalizovať hrozbu syndrómu vyhorenia.

Syndróm vyhorenia predstavuje hrozbu pre každého motivovaného a oduševneného pomáhajúceho. Ak pomáhajúci objaví vo svojom prežívaní a správaní znaky syndrómu vyhorenia, nemusí ísť hneď o jeho zlyhanie. Naopak, ide o uvedomenie si tohto problému, ktorý môže byť výzvou pre ďalší osobnostný rast. Preto považujeme za potrebné mať dostatok informácií z oblasti danej problematiky a byť k sebe úprimný a byť otvorený k zmenám u seba aj u svojho okolia.

Na základe ukážky časti autorského výskumu a ponúknutej teórie bolo našim cieľom poukázať na dôležitosť problematiky syndrómu vyhorenia v pomáhajúcej profesii. Syndróm vyhorenia sa stáva čoraz častejšie vyskytovaným javom najmä pri pomáhajúcich profesiách, preto je potrebné nepodceňovať akékoľvek príznaky, ktoré môžu byť príčinou jeho vzniku. V príspevku považujeme za rovnako dôležitú rezilienciu a schopnosť zvládania záťažových situácií. Ponúkame možnosti zvládania záťažových situácií, ktoré rezilienciu u človeka posilňujú, a tak slúžia ako forma prevencie pred vznikom syndrómu vyhorenia.

Zoznam bibliografických odkazov

- BLATNÝ, M., 2001. Osobnostní determinanty sebehodnocení a životní spokojnosti : Mezipohlavní rozdíly. *Československá psychologie*. **45**(5), 385-392. ISSN 0009-062X.
- CUNGI, CH., 2001. *Jak zvládat stres*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-465-6.
- JOSHI, V., 2007. *Stres a zdraví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-211-9.
- KALLWASS, A., 2007. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-299-7.
- KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, nakladatelství Akademie věd České republiky. ISBN 80-200-1307-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-573-3.
- MINIRTH, F., 2011. *Jak překonat vyhoření*. Praha: Návrat domů. ISBN 978-80-7255-252-8.
- NOVÁK, T., 2004. *Jak bojovat se stresem*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-0695-4.
- PLAMÍNEK, J., 2013. *Sebepoznání, sebeřízení a sres. Praktický atlas sebezvládnání*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4751-4.
- POSCHKAMP, T., 2013. *Vyhoření. Rozpoznání, léčba, prevence*. Praha: Albatros Media a.s. ISBN 978-80-266-0161-6.
- PRAŠKO, J., 2005. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-079-8.
- PRIEß, M., 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření : Najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-5394-2.

RUSH, M. D., 2004. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů. ISBN 80-7255-074-8.
SCHMIDBAUER, W., 2008. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-369-7.
STOCK, CH., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3553-5.
TRUCKENBRODT, N., 2006. *Stres? Neznám!*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-1688-7.

Kontakt na autorov

Mgr. Lenka Lukáčová
Katedra sociálnej práce
Filozofickej fakulty Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach,
Moyzesova 9, 040 59 Košice,
lukacova.upjs@gmail.com

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.
Katedra sociálnej práce
Filozofickej fakulty Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach,
Moyzesova 9, 040 59 Košice,
eva.ziakova@upjs.sk

Zvládanie záťaže u matiek v kontexte paradigiem sociálnej práce

Pížová Lívia (SR) - Beáta Balogová (SR)

Príspevok vznikol ako výstup z riešenia Projektu VEGA MŠVVaŠ SR č. 1/0146/14 s názvom *Teoretické a metodologické kontexty socioterapie ako novoobjavenej metódy sociálnej práce.*

Abstrakt: *Autorky v predkladanom príspevku analyzujú problematiku záťaže u matiek cez teoretický koncept paradigiem v sociálnej práci. Príspevok ponúka tiež zaujímavé zistenia realizovaných výskumov v oblasti materstva a starostlivosti matiek o seba so zameraním sa na ich problematické časti, ktoré v mnohých prípadoch vedú k záťaži matiek, ale aj rodiny ako celku a narúšajú ich sociálne fungovanie.*

Kľúčové slová: *Materstvo. Starostlivosť matiek o seba. Hypermoderná doba. Záťaž u matiek. Sociálne fungovanie. Paradigmy v sociálnej práci. Socioterapia.*

Abstract: *In this article the authors analyzes theme of burden on mothers, through theoretical concept of paradigms in social work. The article also offers interesting findings of realized research of motherhood and maternal self-care with a focus on problem areas, which in many cases leads to the burden on mothers, but also the family as a system and makes troubles in their social functioning.*

Keywords: *The motherhood. The maternal self-care. The hypermodern times. The burden of mothers. The social functioning. Paradigms in social work. Socioterapy.*

Úvod

Problematika materstva a starostlivosti o seba a s nimi spojená záťaž u matiek je pre sociálnu prácu téma málo prebádaná napriek faktu, že ženy sú častou cieľovou skupinou sociálnej práce. Je tvorená napríklad osamelými matkami s dieťaťom/deťmi, ženami zažívajúcimi domáce násilie, ženami starajúcimi sa o postihnutého člena rodiny, rozvedenými matkami, závislými matkami, nezamestnanými matkami v hmotnej núdzi a podobne. Ide o klientky, ktoré sú prijímateľkami rôznorodých ponúk sociálnych služieb, využívajúc pritom (v kontexte § 12 odseku 1, *Zákona č. 448/2008 o sociálnych službách*), pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a podpore zosúladovania rodinného života a pracovného života a sociálne služby v zariadení dočasnej starostlivosti o deti alebo v nízkoprahovom dennom centre pre deti a rodinu. Na druhej strane môžu byť a sú, v určitej fáze životného cyklu v súvislosti s narodením dieťaťa, prijímateľkami dávok³² poskytovaných rodinám s deťmi v rámci systému štátnej sociálnej podpory.

Medzi problémy žien na Slovensku a v zahraničí³³, ktoré nadobúdajú chronický charakter patrí ich dvojitá, resp. trojitá zaťaženie, ktorý Filadelfiová a Kobová (2014) označujú za skutočnosť, že ženy sú platenými pracovníčkami a zároveň vykonávajú neplatenú

³² Podľa *Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny* štát rodinám s deťmi poskytuje tieto príspevky (Podpora 2015):

- *príspevok pri narodení dieťaťa* – vo výške 829,86 eur, ak ide o dieťa narodené z prvého pôrodu až tretieho pôrodu, ktoré sa dožilo najmenej 28 dní,
- *príspevok na viac súčasne narodených detí* – vo výške 110,36 eur,
- *prídavok na dieťa* – vo výške 23,52 eur mesačne,
- *príplatok k prídavku na dieťa* – vo výške 11,02 eur mesačne,
- *rodičovský príspevok* – vo výške 203,20 eura mesačne,
- *príspevok na starostlivosť o dieťa* – 230 eur mesačne v prípade nepriaznivého zdravotného stavu dieťaťa.

³³ Filadelfiová (2008) uvádza mená zahraničných autorov venujúcich sa problematike záťaže žien. Medzi ne patrí: Možný (1990, 1999); Matoušek (1993); Čermáková, Maříková a Tuček (1995); Silva a Smart (1999), taktiež Inglehart a Baker (2000).

prácu v domácnosti ako partnerky, manželky a matky. Označujú prácu, ktorá sa od žien očakáva v rámci: *produktívnej/reproduktívnej činnosti (dvojitá záťaž)* a *sociálnej činnosti (trojitá záťaž)*. Koncept dvojitej záťaže žien predpokladá, že primárnym miestom zaťaženia žien je súkromná sféra a toto zaťaženie sa zvyšuje, ak žena participuje na verejnej sfére, v našom prípade ako zamestnankyňa. Pretrvávajúce dvojitého zaťaženia žien potvrdili aj realizované výskumy³⁴, ktoré prezentujú, že „väčšina žien v produktívnom veku ťahá za obe svoje roly – zamestnanej pracovníčky i udržiavateľky domáceho kozuba a matky“ (Bútorová 1996, s. 72).

Súčasný stav poznania v oblasti materstva a starostlivosti o seba v súvislosti so záťažou matiek predstavíme v nasledujúcich častiach príspevku prostredníctvom zahraničných výskumných zistení primárne z prostredia *Českej republiky* a *USA*, no tiež z prostredia *Slovenskej republiky* vlastného realizovaného výskumu materstva.

Záťažové okolnosti u matiek z pohľadu empirických zistení

Čo pozitívne prináša rané³⁵ materstvo ženám? A naopak, čo im prináša negatívne? Je materstvo pozitívnou alebo skôr negatívnou hodnotou? Na tieto a ďalšie otázky sa pokúšala nájsť odpoveď vo svojom kvalitatívnom výskume autorka Šeďová (2003, s. 11–27), ktorá v podmienkach *Českej republiky* realizovala výskum materstva ako hodnoty. Výskumnú vzorku tvorilo šesť žien na materskej dovolenke, u ktorých sa skúmali štyri oblasti: *okolnosti raného materstva*, *emócie* spojené s materstvom, *osobnostné vlastnosti matiek a ich osobnostný rast*. Na základe analýzy pološtruktúrovaných rozhovorov respondentiek následne skúmala, či vybrané kategórie obsahujú pozitívne alebo negatívne hodnotenia. V roku 2013 výskumníčky Barkin a Wisner (2013) realizovali neďaleko Pittsburghu kvalitatívne dizajnovaný výskum na vzorke 31 žien (ktoré porodili do roka) u ktorých prostredníctvom fokusových skupín zisťovali: hodnotenie *roly starostlivosti o seba*; jej *praktizovanie* napokon *bariéry* pri jej výkone. Na jar roku 2015 bol realizovaný vlastný výskum materstva v meste Prešov a jeho blízkom okolí. Jeho cieľom bolo zistiť *názory* bezdetných študentiek a matiek *na pojem materstvo*.

Obsahová komparácia výsledkov predložených výskumov (Šeďová 2003; Barkin a Wisner 2013) ukázala (napriek faktu, že výskumy boli svojim predmetom špecificky rozdielne³⁶) *spoločné charakteristiky materstva* identifikované vo výpovediach všetkých respondentiek. Išlo o nasledovné aspekty spájajúce materstvo s:

- *nedostatkom času pre seba, partnera a domácnosť,*
- *pocitmi viny,*
- *nesebeckosťou,*
- *finančnými problémami a náročnosťou na zdroje,*
- *odchodom partnera z rodiny za prácou,*
- *tendenciou zanedbávať starostlivosť o seba,*

³⁴ Filadelfiová (2008) uvádza nasledujúce výskumy: Úloha mužov pri podpore rodovej rovnosti: Participácia otcov na domácej starostlivosti (názory a skúsenosti populácie SR) 2006 a výskum pod názvom Ženy a muži na univerzitách podľa kvantitatívneho empirického výskumu 2006. K rovnakým zisteniam dospel aj výskum *Inštitútu pre verejné otázky* z roku 2006, kde sa zisťovala skutočná deľba práce, ako aj skutočné predstavy žien a mužov o ideálnom rozdelení povinností (Filadelfiová 2008). Bolo dokázané, že na *Slovensku* bežné práce v domácnosti „ležia“ najmä na pleciah žien a muži sú často „oslobodení“ od prevažnej zodpovednosti za výkon týchto činností, čo je však spoločnosťou vnímané za normálne. Sumarizujúc, ženy vždy alebo prevažne perú a žehlia (podľa 94% žien žijúcich s partnerom a 92% mužov žijúcich s partnerkou), varia (podľa 80% žien a 75% mužov), upratujú (73%) a umývajú riad (72%) (Inštitút pre verejné otázky 2006, in: Filadelfiová 2008).

³⁵ Termínom rané materstvo Šeďová (2003) označila obdobie od narodenia dieťaťa do jeho troch až štyroch rokov, kedy zvyčajne nastupujú do materskej školy.

³⁶ Šeďovej (2003) výskum sa zameriaval na materstvo ako multidimenzionálny jav a zároveň hodnotu, výskum Barkin a Wisner (2013) na starostlivosť o seba v rámci materstva.

➤ *úsilím vyvážiť starostlivosť o seba so starostlivosťou o dieťa/deti.*

Starostlivosť o seba vnímali všetky respondentky za potrebnú až nevyhnutnú súčasť ich materskej roly, ako prevenciu pred vyhorením, napriek tomu oznamovali ťažkosti v jej praktizovaní. V mnohých prípadoch išlo najmä o zanedbávanie vlastnej psycho/hygiény, vzhľad a fyziologických potrieb (Barkin, Wisner 2013, s. 1054). Ženy tvrdili, že „*efektívne materstvo je závislé na ich fyzickom a emocionálnom zdraví a vysvetľovali, že nezdravá matka bude napokon málo efektívna matka*“. Niektoré ženy naopak spájali starostlivosť o seba s nezdravým stupeň nezištnosti. U všetkých respondentiek boli zachytené pocity viny spojené na jednej strane s výchovou a starostlivosťou o dieťa, na strane druhej so svojou vlastnou starostlivosťou. Odklon v prioritách, odkedy sa stali matkami bol tiež príznačný, čo dokazuje výrok: „*Už viac nemôžete byť zameraná na seba, stávanie sa nesebeckou je definitívne spájané so stávaním sa novou matkou.*“ Odpovede na otázku **aplikácie starostlivosti o seba** boli rôznorodé. Niektoré ženy prenechali úlohy spojené s dojčenskou starostlivosťou svojim partnerom a tým zmiernili svoje napätie. Iné zas trávili čas aktivitami (mávali dlhé sprchy, líčili sa, jedli vonku, socializovali sa s rovesníkmi a „randili“ s ich partnermi), ktoré redukovali ich stres. Medzi **bariéry v praktizovaní efektívnej starostlivosti o seba** patili: čas, limitované zdroje a ťažkosti v prijímaní pomoci a nastavení hraníc. Väčšina zo žien tvrdila, že nemá čas v ich každodennom živote zaoberať sa aktivitami, ktoré im robili radosť pred pôrodom. Jedna z matiek hovorila o ťažkostiach v nájdení niekoho, kto dohliadne na dieťa, v prípade, že chce ísť večer von so svojim manželom. Niekoľko žien považovali svoje vlastné správanie za prekážku adekvátnej starostlivosti o seba. V tejto štúdii populácie ženy uvádzali, že mali partnerov, členov rodiny a priateľov, ktorí boli ochotní pomôcť so starostlivosťou o dieťa. A predsa, niektoré z tých istých žien boli nedôverčivé voči svojim manželom/partnerom. Často popisovali okolnosti, kedy mali problém dať najvyššiu prioritu vlastným potrebám a vymedzeniu hraníc.

Rezultujúc na základe výsledkov vlastného výskumu možno interpretovať, že **rané materstvo** je:

- *samozrejmosťou v živote ženy a logicky vyúsťujúce do roly matky,*
- *podmienené spoločenským tlakom a následne automaticky akceptované spoločnosťou,*
- *podmienené osobným rozhodnutím (nutkaním) byť matkou,*
- *prinášajúce únavu a fyzickú vyčerpanosť,*
- *uberajúce z času pre sebarealizáciu, pre očakávanú interakciu voči partnerovi a obmedzujúce limity v starostlivosti o domácnosť,*
- *obmedzujúce finančné zdroje s dôsledkami vyššej pracovnej aktivizácie (druhého) partnera a jeho obmedzenou prítomnosťou v rodine,*
- *vytvárajúce priestor pre bližší vzťah matky a dieťaťa,*
- *upevňujúce a skvalitňujúce manželstvo a vzťahy v širšej rodine,*
- *predikujúce vyššiu mieru interakcie s inými matkami,*
- *obmedzujúce sociálne kontakty s priateľmi z predrodičovskej éry,*
- *vytvárajúce podmienky pre generovanie stereotypov a sociálnu izolovanosť matiek.*

Odpoveď na otázku, či v názoroch respondentiek bol zachytený *mýtus materstva*, znie áno. Obe skupiny respondentiek považovali **materstvo za nevyhnutnú súčasť života ženy**, inými slovami za základné poslanie žien, prirodzenú funkciu i najvyšší cieľ, naplnenie zmyslu života, za niečo, čo je pre nich prirodzené a samozrejmé. Taktiež, vnímali **úlohou matky dojsť, starať sa a vychovávať deti za prvotné poslanie**. Matky boli viac (ako študentky) presvedčené o tom, že materstvo je skutočne poslaním ich života a že si bez neho nevedia predstaviť svoje sociálne fungovanie. Zarážajúce vo výskume materstva boli kladné odpovede všetkých matiek (pracujúcich a na materskej dovolenke) na to, že svoju rolu matky opatrovateľky o svoje deti považujú za prioritnú/primárnu vo svojom živote. Domnievame sa, že takéto chápanie materskej roly môže viesť k negatívnym dôsledkom najmä vo vzťahu

k samotným matkám, ktoré sa týmto zmýšľaním odsúvajú na okraj spoločnosti, izolujú sa do tzv. materského gheta, čo v konečnom dôsledku môže mať neblahý vplyv na ich materské/sociálne fungovanie. Rodové stereotypy a nefunkčné predstavy o ideálnej žene môžu viesť taktiež k disfunkcii starostlivosti matiek o seba, čo môže negatívne pôsobiť na ich mentálne a fyzické zdravie a v neposlednom rade ovplyvňovať starostlivosť matiek o dieťa.

Zvládanie záťaže u matiek v kontexte paradigiem sociálnej práce

Paradigma znamená v preklade vzor alebo príklad. Ide o systém základných vedeckých poznatkov – teórií a metód, podľa vzoru ktorých sa uskutočňujú výskumy v danej disciplíne a v určitom historickom období. Výnimkou nie je preto sociálna práca ako teoretická, praktická a vedeckú disciplína, ktorej súčasťou sú paradigmy. Payne (1996, in: Matoušek et al. 2007) hovorí o tzv. *troch malých paradigmách*, kopírujúcich *tri typy sociálnej práce*. Tie sa odlišujú filozofickými východiskami a praktickými postupmi, ktoré sa vyvíjali v priebehu 20. storočia. O malých paradigmách je diskutované z dôvodu, že sociálna práca zatiaľ nemá jednu veľkú paradigmu, ktorá by spájala teóriu, prax a výskum do jedného celku.

V kontexte možností riešenia otázok v súvislosti so záťažou matiek (a rodiny) budeme hovoriť o *terapeutickej a poradenskej paradigme*. **Terapeutická paradigma** sociálnej práce je často označovaná ako terapeutická pomoc. Základom je tu duševné zdravie a pohoda človeka. Sociálna práca je chápaná ako terapeutická intervencia, ktorá má za cieľ zabezpečiť psychosociálnu pohodu, či pomoc jednotlivcom, skupinám a komunitám. V zmysle tejto paradigmy je dôraz kladený na komunikáciu a budovanie vzťahov. Východiskom je fakt, že proces interakcie je tvorivý, aktívny a obohacujúci, a to pre všetkých zúčastnených. Základom je komunikácia, ktorá je prostriedkom na získanie kontroly nad vlastnými životmi. Profesionálnu výbavu sociálneho pracovníka tvorí terapeutický výcvik a tiež psychologické vedomosti a znalosti (Navrátil 2000, in: Matoušek et al. 2007). V rámci therapeutickej paradigmy sociálnej práce vnímame za dôležité uplatnenie *sociálnej terapie*. Vymedzenie **sociálnej terapie** hovorí, že ide o vysoko špecializovanú činnosť a špecifický druh odbornej intervencie, ktorá buď priamo alebo nepriamo pôsobí na žiaduce zmeny v správaní klienta (matky) a v jeho sociálnom okolí (rodine, práci a pod.) Rieši tak situáciu, ktorá klientku ohrozuje, no pôsobí tiež preventívne, čím predchádza vzniku rizikového správania. Zakouřilová (2014) uvádza, že práve sociálni pracovníci a pracovníčky sú tí, ktorí sa ako prví stretávajú s ľuďmi, ktorí prechádzajú záťažovým obdobím a ich situácia vyžaduje intervenciu zo strany sociálnej práce. Deje sa tak na *Úradoch práce sociálnych vecí a rodiny* (ďalej UPSVAR) v rámci oddelení sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately (ďalej SPOaSK), či v rámci iných, sociálnych alebo zdravotníckych zariadení. Medzi *nepriaznivé situácie v rodinách*, kde je intervencia sociálneho pracovníka a pracovníčky nevyhnutná, patrí (Zakouřilová 2014):

- dlhodobá nezamestnanosť člena rodiny,
- nízka akceptovanosť klienta najbližším okolím,
- nejasná komunikácia medzi klientom a okolím,
- narušené partnerstvá rodičov, rozvod a spory z neho vyplývajúce,
- nepriaznivé povahové vlastnosti rodičov,
- nízka sociokultúrna úroveň rodiny,
- neúplné rodiny a s tým spojené problémy,
- chronické telesné alebo duševné ochorenia člena rodiny, resp. zdravotné postihnutie,
- chybná výchova detí,
- absencia záujmu u dieťaťa/detí,
- záškoláctvo detí,
- delikventné správanie dieťaťa/detí,
- „preplnené“ rodinné prostredie, ktoré má na dieťa zlý vplyv (strata súkromia a zázemia)

- dlhodobé medzigeneračné konflikty (medzi matkou a babičkou) a nepriaznivý vplyv prarodičov,
- negatívne sociálno-patologické javy v rodine (alkoholizmus rodičov, gamlerstvo, kriminalita, syndróm CAN, promiskuita a pod.).

Sociálna terapia zahŕňa širokú škálu činností (metód), medzi ktoré patrí:

- *sociálne poradenstvo*,
- *sociálna diagnostika*,
- *prevencia*- primárna, sekundárna a terciárna,
- *krízová intervencia*,
- *šetrenia a návštevy* v rodine a širšom okolí klienta,
- *triangulácia*, resp. *spolupráca* s ďalšími dôležitými osobami v živote klienta/ky,
- *multiodborová spolupráca*,
- *rehabilitácia*- sociálna (zabezpečenie sociálnych služieb, materiálne zabezpečenie) rodinná (podpora vzťahov), voľnočasová (efektívne trávenie voľného času podľa záľub a koníčkov),
- *resocializácia*,
- *priama terapeutická práca* s klientom/kou (špeciálne a mediálne techniky),
- *ďalšie metódy* podporujúce priebeh sociálnej terapie (napr. prípadová konferencia, tvorba individuálneho plánu klienta, monitoring, depistáž, vyhodnocovanie situácie klienta a pod.).

Použitie vhodných metód závisí od stanovených cieľov sociálnej terapie. *Základnými cieľmi* sociálnej terapie môžu byť: podpora klienta, adaptácia klienta na nové podmienky, realistický náhľad na možnosti riešenia situácie, nájdenie zdrojov u klienta potrebných na riešenie problémov, prestavba vlastného postoja klienta k problémom, žiaduce zmeny v správaní klienta a jeho sociálnom prostredí, úprava postojov a výchovných praktík, úprava nežiadúcich vplyvov zo života klienta a sociálneho začlenenia klienta do života. Prikláňame sa k myšlienke, vypovedajúcej o tom, že „včasné začatie dobrej terapie môže zvýšiť jej úspešnosť“ (Zakouřilová 2014, s. 17). Ďalšou alternatívou k riešeniu záťaže u matiek je **poradenská paradigma**, ktorú označujeme aj ako sociálno-právnu pomoc. Sociálna práca je v tomto kontexte chápaná ako jeden z aspektov sociálnych služieb, ktorého súčasťou je aj poradenstvo. Klientom je ponúkaná pomoc prostredníctvom poskytovania informácií, kvalifikovaným poradenstvom, sprístupňovaním zdrojov a mediácií. Sociálna práca sa tu snaží zmeniť spoločenské inštitúcie, aby lepšie zodpovedali potrebám občanov. Ide o podporu osobného, ale aj komunitného rastu. Profesionálnu výbavu sociálneho pracovníka tvoria odborné vedomosti z oblasti psychológie, sociológie a práva (Payne 1996, in: Matoušek et al. 2007). Poradenská činnosť je pravdepodobne jeden z najvýznamnejších nástrojov v sociálnej sfére, ktorý využíva rôznorodé metódy a postupy. Je súčasťou sociálnej terapie, ktorá kladie dôraz na poskytovanie *komplexného sociálno-právneho poradenstva*, ktoré rieši otázky bývania, zamestnania, materiálneho zabezpečenia, rozvodového konania, osvojenia dieťaťa, vyživovacej povinnosti, výchovných problémov a iných ťažkostí vyskytujúcich sa v rodine. Okrem spomínaného oddelenia SPOaSK v rámci UPSVAR-u poskytujú poradenskú činnosť a prarodinné odborné aktivity takisto *materské³⁷/rodinné centrá*, ponúkajúce široký diapazón

³⁷ Materské centrá vznikli ako sociologický koncept v Nemecku a rozšíril sa do viacerých krajín Európy a do USA. Vzišli z myšlienky uľahčiť a spríjemniť chvíle matkám na materskej dovolenke; odstrániť spoločenskú izolovanosť, do ktorej sa počas celodennej starostlivosti o deti dostávajú; umožniť im ďalšie vzdelávanie a prístup k informáciám; rozvíjať ich vedomosti a zručnosti; vymieňať skúsenosti s inými matkami a v neposlednom rade dať deťom príležitosť naučiť sa hrať v kolektíve a spolupracovať s inými deťmi, aby prechod do materskej školy zvládli čo najlepšie (Árochová et al. 2008). Väčšina materských centier vznikla z iniciatívy matiek ako dobrovoľnícka aktivita, ale postupne sa začali profesionalizovať. Kvôli jednostrannému zameraniu sa niektoré pretransformovali na širšie koncipované rodinné centrá či medzigeneračné centrá (Gabura 2012).

možností aktivizácie³⁸ žien, ako aj služby pre rodinných príslušníkov. *Úloha sociálnej práce* v materských centrách spočíva najmä v poskytovaní *základného sociálneho poradenstva* v rôznych oblastiach; v organizácii programov zameraných na spoločné trávenie voľného času; v sprostredkovaní odborných kontaktov, prednášok, vzdelávacích aktivít a podobne. Materské centrá tak vytvárajú podmienky pre sebarealizáciu matiek a pomáhajú zmierniť sociálnu izoláciu rodičov na rodičovskej dovolenke (Model materského 2012).

Záver

Materstvo a starostlivosť o deti sa podľa slov Kellera (2006) stáva sociálnym problémom (spôsobujúcim záťaž matiek) a to v dôsledku narastajúcej krehkosti rodín, predovšetkým však kvôli znevýhodnenému postaveniu žien pri budovaní ich vlastnej profesijnej kariéry, čo možno datovať od 70 rokov 20. storočia. Iní autori označujú materstvo v hypermodernej dobe dvomi charakteristikami. Je všedné, čo značí, že subjektívnu skúsenosť s ním má väčšina dospelých žien, ktoré ho považujú za prirodzenú súčasť života. Je však paradoxne aj skryté, na verejnosti sa o ňom píše málo a v odborných, či populárno-vedeckých médiách ide o tému marginalizovanú. A preto materstvo ako dyadický vzťah matky a dieťaťa je potrebné vnímať mnohodoménne v jeho biologickej, právnej, sociálnej a zvlášť subjektívnej rovine, čím si zasluhuje pozornosť a ochranu zo strany sociálnej práce ako praktickej, vedeckej i teoretickej disciplíny, nevyklučujúc pritom intervencie iných pomáhajúcich disciplín. Jednu z možností uvažovania o predmetnej problematike ponúka koncept terapeuticko-poradenskej paradigmy, kde socioterapiu ako novoobjavenú metódu sociálnej práce považujeme za veľmi významnú.

Zoznam bibliografických odkazov

- ÁROCHOVÁ, H. et al., 2008. *Materské centrá. Neobvyklý sprievodca materskou dovolenkou*. Bratislava: Únia materských centier. ISBN 978-80-969912-0-4.
- BARKIN, L. J. a K. L. WISNER, 2013. The role of maternal self-care in new motherhood. *Midwifery journal*. **29**(9), 1050-1055. ISSN 0266-6138.
- BÚTOROVÁ, Z. et al., 2008. *Ona a on na Slovensku. Zaoštréné na rod a vek*. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky. ISBN 978-80-89345-10-6.
- FILADELFIOVÁ, J., 2008. Ženy, muži a súkromná sféra. In: Z. BÚTOROVÁ et al. *Ona a on na Slovensku. Zaoštréné na rod a vek*. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky. ISBN 978-80-89345-10-6. s. 227-253.
- FILADELFIOVÁ, J. a Ľ. KOBOVÁ, 2014. *Dvojitá/trojitá záťaž žien* [online]. [cit. 3. júla 2015]. Dostupné z: <http://glosar.aspekt.sk/default.aspx?smi=1&ami=1&vid=20>
- GABURA, J., 2012. *Teória rodiny a proces práce s rodinou*. Bratislava: IRIS. ISBN 978-80-89256-95-2.
- KELLER, J., 2006. *Soumrak sociálního státu*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-864-2941-5.
- MATOUŠEK, O. et al., 2007. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.
- Model materského centra* [online], 2012. [cit. 6. decembra 2015]. Dostupné z: http://www.materskecentra.sk/model_mc.html
- Podpora rodín s deťmi* [online], 2015. [cit. 16. októbra 2015]. Dostupné z: <http://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/podpora-rodinam-detmi/>

³⁸ Medzi služby, ktoré poskytujú materské centrá matkám Árochová (2008, s. 95) radí: kurzy cudzích jazykov; kurzy práce s internetom i PC; kurzy šitia, varenia a ručných prác; kurzy cvičenia s deťmi; masážne kurzy; služby psychologického poradenia; psychoprofilaktickú prípravu na pôrod i rodičovstvo pre oboch partnerov; starostlivosť o novorodenca; kurzy nadobúdania zručností pre nezamestnané matky; poradenstvo pri dojčení; poradenstvo pre obeť domáceho násillia...

ŠEĎOVÁ, K., 2003. Mateřství jako pozitivní hodnota a žitý svět. In: *Sborník prací Filozofické fakulty Brněnské univerzity (řada pedagogická U8)*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3120-4. s. 11-27.

ZAKOUŘILOVÁ, E., 2014. *Speciální techniky sociální terapie rodín*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0583-8.

Zákon č. 448/2008 o sociálních službách a o změně a doplnění zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenském podnikání v znení neskorších predpisov.

Kontakt na autorov

Mgr. Lívia Pížová

Inštitút edukológie a sociálnej práce

Filozofickej fakulty Prešovskej univerzity v Prešove

Ul. 17. novembra č. 1, 080 01 Prešov,

pizovalivia@centrum.sk

Prof. PhDr. Beáta Balogová, PhD.

Inštitút edukológie a sociálnej práce

Filozofickej fakulty Prešovskej univerzity v Prešove

Ul. 17. Novembra č. 1, 080 01 Prešov

beata.balogova@unipo.sk

Stress as a source of occupational burnout

Monika Pawłowska (PL)

Abstract: *Burnout syndrome is a series of characteristic symptoms of psychiatric and somatic, which are the result of chronic stress. Initially connected with the competition require close interpersonal contact, provision of assistance and support. Currently burnout syndrome is diagnosed in all professions where there is a need to involve: social, emotional, cognitive. It is a multidimensional disorder, involves several phases, bringing serious consequence sin the personal, social and organizational. Prophylaxis and therapy of burnout syndrome is an essential element of proper management in the organization.*

The aim of the article is to show burnout as a result of chronic job stress. Based on the literature and research their own determination of the strongest categories of stressors for professional groups: teachers and social workers.

Keywords: *Stress. Environmental stress conditions. Occupational burnout syndrome. Welfare at work.*

Introduction

The work provides a firm and clear position of the entity in the group, as the source of customized needs, aspirations and desires. It is a bridge between the three dimensions of human existence: biological, social and cultural (Minkiewicz 1994, p. 11). Depending on the circumstances and your goals can serve the health, foster personal development and provide satisfaction but can also be a pathogen and a source of emotional tension, diseases, disorders in social, family and mental functioning of a human (Bańka 2001, p. 5).

An indication of the correlation between stressful place to work and the experience of burnout is crucial because of the increasingly high social costs of burnout manifested in the growing indicator of sickness absence and incapacity for work-induced stress (Chmiel 2003, p. 196-203).

Occupational stress

In recent years it has increased interest in the problems of occupational stress and its consequences in the form of burnout. The very issue of stress ceased to be merely a scientific term as responsible for a number of disorders in the daily functioning of a human. H. Selye (1963, p. 61) defined *stress* as "non-specific", ie. *the overall effect of each requirement to the body, whether it be due to psychological or somatic*. There are three basic types of stress: systemic, psychological and social. The classical concept of stress as impaired sense of balance or homeostasis approach also fits W. Cannon (Ogińska-Bulik, Juczyński 2010). Transactional model of R. S. Lazarus and S. Folkman S. (1984) draws attention to the interaction with the environment and the type of activity undertaken by an individual in a stressful situation. J. Strelau (1985) attempted to develop a definition of stress consolidating physiological and interactive approach. On the need to develop adaptive mechanisms due to the inevitability of occurrence in the life of stressful situations and their consequences put an accent P. G. Zimbardo and F. Ruch (1999). Today, popular concept S. Hobfoll (2006) sources of stress sees in the disruption of equilibrium in the exchange of resources between the individual and the environment.

Each job can be stressful because of the prevalence triggers strong emotional tension. The impact on employee in centives stressors in the work environment is called *occupational stress*. Thus, professional stress is experienced by an incompatibility between the demands of the work environment and the individual resources of the individual. The result is the

presence of a variety of psychological stress reactions, physical and behavioral (Chmiel 2003, p. 170-203).

So far identified about forty potential stressors related to work. Trying to organize the stressors of work-related based on the literature (Mackiewicz 2010, p.196; Szaban 2007, p. 367; Chmiel 2003, p. 196-203; Kowal 2002, p. 64) tends to isolate five categories:

- the components of the process of work (meaningwork)andthe manner of its organization;
- the position of the worker in the work process, including the type and responsibilities of the occupation;
- employee course and career prospects;
- relationships within the organization;
- organizational climate, in particular the human team management style.

The impact of the stressors on the feeling and perception of the competition confirms American work service CareerCast.com (2015). Submits each year a list of the most and least stressful professions. The catalog of professions is developed and based on 21factorssuch as: amount of wages and its growth potential wages, working conditions, physical demand sand time pressures. The data is derived from the US statistical offices and corporate surveys. Ranking for several years consistently shows the uniformed services as the most stressful. In 2015, for the first three places they were: firefighters, professional soldiers, pilots.

In Poland such research leads Public Opinion Research Centre (2015). In the opinion of Poles most stressful profession is doctor (30%), miner (22%) and pilot (7%). In the fore front they were also a teacher and metallurgist (6%).

Disturbing are there sults of the report Employment Outlook (2015) of the year where we Poles ranks third among the most stressed-out employees in Europe behind Turkey and Greece. Specialists from the stress of professional sounding the alarm. The reasons for this state, Eurostat (2015) detects in the environmental stressors such as work-related. Low wages, lack of job stability and the prevalence of junk contracts(temporary work contract) and higher in comparis onto other European countries weekly working time.

Level of occupational stress among workers in industrialized countries is growing steadily but back in the80's, experts from the WHO on the basis of the study pointed to the danger and negative effects of job stress for the functioning of the individual and the organization. Then the definition was introduced *welfare at work*, understood as a dynamic state of mind characterized by a relative balance between the employee's abilities and expectations and the requirements flowing from the environment and opportunities offered by this environment (WHO 1979).

Occupational burnout

Burnout is one of the consequences of experiencing long-term, chronic job stress. The term *burnout* understand *the state of physical and mental exhaustion, which a rises as a result of long-term negative feelings, developing labor and human self-image* (Fengler 2001, p. 85 for: Emener 1972). Burnout, sometimes also called exhaustion syndrome has become a popular concept among professionals in the provision of assistance (doctors, teachers, educators, social workers, priests, psychologists, police officers and others). The very term "burnout" was introduced in 1874an American psychiatrist H. J. Freudenberger (2002) as the decrease of energy in the employee due to the over whelming problems of others. The phenomen on since the 80sof the twentieth century has been the subject of scientific discourse.

C. Maslach (1994) developed the first coherent concept of burnout phenomenon, assuming a three-phase training process of burning up, consisting of *emotional exhaustion*, *depersonalization* and a *negative assessment* of himself. The researchers Maslach (1994),

Schaufeli and Enzmann (1998), Sekułowicz (2002) causes of the phenomenon on perceive in three dimensions: personal, interpersonal, organizational. J. Fengler (2001p.85-86) the phenomenon describes as starting slowly or suddenly revealing a state of exhaustion bodily, spiritual or emotional occurring in professional life, in their spare time, the circle of friends, family, often associated with aversion and thoughts of escape. It is preceded by a characteristic long hypertrophy requirements without adequate means of balancing. The definition of burnout A. M. Pines and E. Aronson also highlights the element of frustration, decrease motivation to continue working with the current commitment (Sęk 2012, p. 32-57).

In considering research on burnout (Terelak 2007), (Bańka 2001), (Sęk 2012), (Fengler 2001) and affiliation phenomenon with a strong need to draw on the work of personal satisfaction authors pay attention to the particular feature of the personality of those who are affected by this syndrome. Burnout is about people who entered the profession full commitment, passion, lofty ideas, ambitions and expectations. What they're more expected to derive satisfaction from work in the sense of the meaning of life and met numerous failures and a crushing defeat, which starts burning process with them to training. C. Maslach emphasizes the disillusionment in the existential search for *meaning of life* (ed. Zimbardo, Ruch 1994, p.628). Such person have lost their sense of well-being at work, cited in relation to occupational stress and feel the lack of balance(homeostasis), both in private life and professional life.

Stressful work environment as a source of burnout

Even intuitively, we are able to conclude that chronic burnout is an inevitable consequence of the lack of cooperation of organizational environment and people working in the organization. Employees functioning in the state of chronic stress are starting to feel more acutely the lack of harmony and match between his person and the organization. According to C. Maslach situational factors in the organization are a key source of burnout (Sęk 2012, p. 13-30).

Attempt to isolate the causes of the phenomenon of burnout analysis of the results of research conducted among social workers (Sęk 2011, Waszkowska, Potocka, Wojtaszczyk 2010; Ogińska-Bulik 2006; Fengler 2001); and teachers (own study) brought consistent results. The basic categories of stressors include:

- over work correlated with the lack of job satisfaction due to the rapidly growing professional obligations;
- bad leadership associated with conflicting, ambiguous requirements from superior and lack of support on their part;
- low pay and job insecurity in a very responsible and socially important work;
- slight chance of career development, promotion, change of job.

The research results prove the validity of the approach of situational C. Maslach and P.M Leiter (2010, p. 59) in launching the process of burnout. In this respect, organizational failures result in overload at work, a sense of a lack of appreciation, loss of job satisfaction and the disintegration of positive interpersonal relationships among employees. As a result, committed, ambitious employees begin to experience difficulty in relationships with work. The consequence can be dramatic effects of the disease on the ground burnout as depression or addiction. Studies also demonstrate that the employee greater job stress experience that achieve slower job satisfaction, even dissatisfaction with its implementation. In addition, feels a sense of inadequacy and incompetence, leading to lower self-esteem (Bańka 2001, p. 5).

The risk of burnout undoubtedly occurs when the nature of the work requires intensive interpersonal contacts. More often burnout are women although you should pay attention to the strong feminized professional groups of teachers and social workers. Among women it is indicated on predictors such as irritability, emotional lability, a higher level of empathy.

Women attributed to a higher level of acceptance for *emotional exhaustion*, *depersonalization* while themento. Seniority, age is also a risk factors. Burned are more likely to young people but with professional experience. For critical of their career can be 10-15 years of seniority. Already we area ware of professional knowledge and experience in the workplace, we expect to grow careers but in the mean time we are experiencing stagnation or even a sense of failure. There is a significant relationship between the environment organization involved in the implementation of good practices in the area of interpersonal relationships as well as system solutions on the ground and the risk of burnout syndrome in the organization.

Conclusion

The article tackles the topic of burnout and its relationship with stressful work environment and the malfunctioning of the organization. The phenomenon of occupational stress and burnout is prevalent in contemporary organizations. A serious problem in the individual dimension, social and organizational yet it is still underestimated. Too often perceived especially by the management as a worker weakness for the elimination of psychological problems in the workplace. Intentionally removed part of the responsibility for the existence of the phenomenon of the employer. In considering relying on the approach C. Maslachassumeda large share of situational factors in launching the adverse mechanisms burnout. It should be made clear that the work environment is a specific place where clashes different expectations and imaginations of many participants in the interaction. Meeting the needs of all is impossible. But it is worth to make efforts to balance stressors for support in shaping the organizational environment and *welfare at work*.

Zoznam bibliografických odkazov

- BAŃKA, A., 2001. *Psychopatologia pracy*.Poznań: Gemini. ISBN 83-901059-2-6.
- CHMIEL, N. (red.), 2003. *Psychologia pracy i organizacji*. Gdańsk: GWP. ISBN 83-89120-11-9.
- FENGLER, J., 2001. *Pomaganie mężczy. Wypalenie w pracy zawodowej*. Gdańsk:GWP. ISBN 83-87957-03-8
- FREUDENBERGER, H. J.,1974. *Staff burnout*. Journal of SocialIssues. V.30.
- FREUDENBERGER, H. J and G. North, 2002. *Burn out bei Frauen, über das Gefühl das Ausgebranntseins*. Frankfurt: M.Fischer, Wyd. 9. ISBN-10: 3596122724.
- Health aspects of wellbeing in work places. Report on a WHO Working Group*. 1979. EURO Reports and Studies 31. WHO. Praga.
- HOBFOLL, S.E., 2006. *Stres, kultura i społeczność*. Gdańsk: GWP. ISBN 83-89574-97-7.
- KOWAL, E., 2002. *Ekonomiczno-społeczne aspekty ergonomii*, Warszawa-Poznań. ISBN 83-01-13877-7.
- LAZARUS, R.S and S. FOLKMAN, S. 1984. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Spinger.
- MACKIEWICZ, A., 2010. *Psychologia zwolnień-jak właściwie prowadzić działania derekrutacyjne*. Warszawa: Difin. ISBN 978-83-7641-174-3.
- MASLACH, C. and M. P. LEITER, 2010. *Pokonać wypalenie zawodowe*. Kraków: Wolters Kluwert Polska Sp.z o.o. ISBN 97888326402173.
- MINKIEWICZ, A., 1994. *Praca jako naczelną wartość w polityce społecznej*. [w:] Rynek Pracy. nr 11/12,Warszawa: Dom Wydawniczy ELIPSA.
- OGIŃSKA-BULIK, N. and Z. JUCZYŃSKI, Z., 2010. *Osobowość a stres a zdrowie*. Warszawa: Difin., ISBN 978-83-7641-294-8.
- OGIŃSKA-BULIK, N., 2006. *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych, źródła, konsekwencje, zapobieganie*. Warszawa: Difin. ISBN 83-7251-647-2.

- SCHAUFELI, W. and D. ENZMANN, 1998. *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor and Francis Ltd. ISBN 0-7484-0697-2.
- SEKUŁOWICZ, M., 2002. *Wypalenie zawodowe nauczycieli pracujących z osobami z niepełnosprawnością intelektualną. Przyczyny-symptomy-zapobieganie-przewyciężanie*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego. ISBN 83-229-2291-4.
- SELYE, H., 1963. *Stress życia*. Warszawa: PZWL.
- SEK, H. (red.), 2012. *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*. Warszawa: PWN. ISBN 9788301158842.
- STRELAU, J., 1985. *Temperament, osobowość, działanie*, Warszawa: PWN. ISBN 83-01-05573-1.
- SZABAN, J. M., 2007. *Zachowania organizacyjne. Aspekt międzykulturowy*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek. ISBN: 978-83-7780-358-5.
- TERELAK, J. F., 2007. *Stres zawodowy: charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowych*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego. ISBN: 978-83-7072-428-3.
- WASZKOWSKA, M., A. POTOCKA and P. WOJTASZCZYK, 2010. *Miejsce pracy na miarę oczekiwań. Poradnik dla pracowników socjalnych*. Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera. ISBN 978-83-60818-48-0.
- ZBYRAD, T., 2007. *Źródła stresu pracowników socjalnych*. *Polityka Społeczna* nr 5-6. ISSN 0137-4729.
- ZIMBARDO, P.G. and F. L. RUCH (red.), 1999. *Psychologia i życie*. Warszawa: PWN. ISBN 83-01-04040-8.
- SEK, M. (kierownik badania) 2011. *Praca naukowo-badawcza z zakresu prewencji wypadkowej, Identyfikacja czynników stresogennych występujących w miejscu pracy wraz z określeniem ich wpływu na występowanie wypadków przy pracy i chorób wynikających z długotrwałego narażenia na stress*. Katowice: Collect Consulting. http://www.zus.pl/files/dpir/Identyfikacja_czynnikow_stresogennych_wystepujacych_w_miejscu_pracy_wraz_z_okresleniem_ich_wplywu.pdf, 02.12.2015.
- CareerCast. <http://www.careecast.com/>, 05.10.2015.
- Eurostat. <http://ec.europa.eu/eurostat/en>. 09.10.2015.
- OECD Employment Outlook 2015. <http://www.oecd.org/els/oecd-employment-outlook-19991266.htm>. 02.10.2015.
- TNS OBOP. <http://transglobal.pl/archiwumraportow/>. 10.10.2015.

Kontakt na autora

Ph. D Monika Pawłowska
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie
State Higher Vocational Schoolin Koszalin, Poland
e-mail: m.pawlowska@pwsz-koszalin.pl

Rodové rozdiely pri syndróme vyhorenia v pomáhajúcich profesiách

Gajdošová Eva (SR) - Lovašová Soňa (SR)

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

Kľúčové slová: *Syndróm vyhorenia. Zvládanie syndrómu vyhorenia. Pomáhajúca profesia.*

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

Keywords: *Burnout syndrome. Burnout syndrome coping strategies. Helping profession.*

Úvod

Syndróm vyhorenia, známy ako burnout syndróm, sa vyskytuje vo všetkých pomáhajúcich profesiách. Charakteristický je svojím nenápadným nástupom. Na začiatku je pracovník vždy nadšený. Má veľa nereálnych ideálov a cieľov, vysoké očakávania, intenzívne pracuje a do svojej práce vkladá veľké množstvo emócií a snahy všetko zmeniť. Postupom času však zisťuje, že stanovené ciele a zmeny sa mu nedarí dosiahnuť. Dochádza k strate dôvery vo vlastné schopnosti, poklesu výkonnosti v práci, až k samotnému vyhoreniu pracovníka. Výskumy a štatistiky ukazujú, že neustále vzrastá počet vyhorených ľudí, a to nielen v pomáhajúcich profesiách. Problematika vyhorenia je vysoko aktuálna, napriek tomu, že syndróm vyhorenia nie je novým a neznámym pojmom.

Syndróm vyhorenia u pracovníkov pomáhajúcich profesií

Syndróm vyhorenia je charakterizovaný ako reakcia na chronické interpersonálne stresory v zamestnaní alebo ako situačne indukovaná stresová reakcia a podľa niektorých autorov ako posledná fáza stresovej odpovedi podľa Selyeho, teda fáza vyčerpania (Kebza 2003).

Na vznik syndrómu vyhorenia majú podstatný vplyv záťažové situácie (Jeklová 2006). Oldřich Matoušek (2003) považuje za hlavnú príčinu vzniku syndrómu vyhorenia zvláštne nároky profesie, ktoré vyplývajú z intenzívneho kontaktu so špecifickými klientmi využívajúcimi sociálne služby. Špecifikom týchto ľudí je to, že ich potreby sú akcentované, ich psychika nie je vyvážená, ich predstava nie je vždy realistická, často ide o osoby hendikepované, môže ísť o osoby ťažko choré alebo umierajúce. Časť klientov je nedobrovoľných, napríklad z väzení, výchovných ústavov alebo oddelení psychiatrických liečební, okrem toho sú mnohí agresívni a snažia sa zneužívať sociálne služby (Švingalová 2006). Pracovníci pomáhajúcich profesií majú často skúsenosť s ohrozením cudzou osobou. Väčšinou k nemu dochádza pri spontánnej agresii klienta. Pracovník musí vycítiť, či ide o klienta smutného, ktorý cíti beznádej zo vzniknutej kritickej situácie alebo je za tým niečo iné. Potom musí diplomaticky, ale o to viac nekompromisne, zaútočiť na emocionálnu stránku a využiť svoju profesionálnu výhodu, čo je neraz psychicky veľmi náročné (Ballay 2006).

Na vzniku syndrómu vyhorenia sa podieľa aj zvýšená emocionálna záťaž, presýtenosť sociálnymi kontaktmi, neúmerne vysoký počet klientov, stresujúce faktory ako časová tieseň, tlak a agresivita zo strany klientov, požiadavky zo strany nadriadených pracovníkov, nedostatočné podmienky pre regeneráciu fyzických a psychických síl. Tieto nároky bývajú častými sprievodnými znakmi výkonu týchto profesií a prinášajú riziko vzniku syndrómu vyhorenia (Danišková 2011).

Typickým prejavom syndrómu vyhorenia je neangažovaný vzťah ku klientom, snaha vyhýbať sa intenzívnemu a ďalšiemu kontaktu s klientmi, prípadne konflikty s nimi. Ďalej to je bazírovanie na štandardných a zavedených postupoch, strata citlivosti pre potreby klientov a strata schopnosti tvorivo pristupovať k práci. Pracovník práci venuje minimum energie, často je práceneschopný, žiada o neplatené voľno, obmedzuje komunikáciu s kolegami, má s nimi konflikty. Pociťuje depersonalizáciu, vyčerpanie. V ojedinelých prípadoch dochádza i zneužívaniu klientov (Švingalová 2006). Prejavy syndrómu vyhorenia sú podobné ako depresia. Depresia má veľa zhodných symptómov s vyhorením, napríklad smutná nálada, strata motivácie a energie, pocity bezcennosti. Napriek tomu, že sa syndróm vyhorenia v prejavoch nápadne podobá depresívnej epizóde, v určitých črtách sa od klasickej depresie líši. Najvýznamnejšou črtou syndrómu vyhorenia je výhradná väzba negatívneho prežitku v práci (Bérešová 2006). Syndróm vyhorenia definujeme zmenou v správaní pracovníka. Ak sa niekto ku klientom správa od začiatku svojej dráhy tak, ako sa správajú pracovníci trpiaci syndrómom vyhorenia, nejde u neho o reakciu na pracovný stres, ale o stály postoj (Matoušek 2003).

Ak máme pocit, že sami nestačíme na svoje problémy, rozhodne nie je vhodné žiadať o pomoc druhých odkladať. Požiadat' o pomoc môže byť u niektorých jedincov veľký problém. Najmä u tých, ktorí zastávajú dominantné postavenie na pracovisku a ktorí vždy a všetko bez problémov zvládli sami (Venglářová 2011). Veľmi dôležitá je otvorenosť tomu, čo sa okolo nás deje, snaha chápať udalosti ako zmysluplné, nebáť sa zmien, pri stretnutí so stresujúcimi životnými udalosťami nebyť pasívny, ale aktívne. Mali by sme vždy počítať so stresujúcimi situáciami a uvedomiť si, že sa im nevyhneme. Umením je uzavrieť svoje pracovné starosti za dverami kancelárie a schopnosť neprinášať so sebou do zamestnania partnerské a rodinné starosti (Kebza 2005).

Syndróm vyhorenia je o to pravdepodobnejší, čím viac rizikových faktorov sa u jedinca vyskytuje a kumuluje. Spoločne sa znásobuje ich vplyv (Jeklová 2006). Za neutrálne faktory z hľadiska vzniku a rozvoja syndrómu vyhorenia sa považuje inteligencia a hlavné demografické charakteristiky ako sú vek, stav, vzdelanie. Názory na dĺžku praxe na úrovni jednej pozícií sa líšia. Niektorí autori ju považujú za irelevantnú, iní naopak za podstatnú z hľadiska rozvoja vyhorenia. Z hľadiska intersexuálnych diferencií nie sú názory na výskyt vyhorenia jednotné. Z publikácií z prvých vln výskumu burnout syndrómu v osemdesiatych rokoch sa stretávame s názorom, že výskyt vyhorenia je častejší u žien ako u mužov. V ďalších štúdiách sa ale objavujú i vyrovnanejšie výsledky. Tieto nezrovnalosti sú pravdepodobne spôsobené a ovplyvnené demografickými parametrami populačnej vzorky a mnoho výskumov je realizovaných prevažne na typicky feminizovaných profesijných skupinách (Kebza 2003).

Výsledky výskumu

Hlavným cieľom výskumu bolo zistenie rodových rozdielov u pracovníkov pomáhajúcich profesií v troch faktoroch syndrómu vyhorenia, a to vo faktore emocionálne vyčerpanie, depersonalizácia a osobné uspokojenie.

Na získanie údajov pre výskum bol použitý Dotazník MBI - Maslach Burnout Inventory, ktorý diagnostikuje emocionálnu exhausciu, depersonalizáciu a osobné

uspokojenie. Záver dotazníka bol doplnený otázkami potrebnými pre charakteristiku respondentov a to pohlavie, vek, vzdelanie a dĺžka praxe v rokoch.

Výber výskumnej vzorky bol zámerný. Výskum bol realizovaný u pracovníkov pomáhajúcich profesií. Výskumná vzorka pozostávala zo 60 sociálnych pracovníkov (20 %), 58 hasičov (19,33 %), 62 príslušníkov Policajného zboru (20,67 %), 60 sestier (20 %) a 60 pedagogických pracovníkov (20 %). Výskumnú vzorku reprezentovalo 175 žien (58,33 %) a 125 mužov (41,67 %). Najviac respondentov, 33,33 % (100 ľudí), bolo vo veku 31 - 40 rokov. 26,00 % (78 ľudí) bolo vo veku 41-50 rokov, 25,67 % (77 ľudí) malo 20 - 30 rokov a najmenej, 15,00 % (45 ľudí), malo nad 50 rokov. Až 56,00 % (168 ľudí) malo ukončené vysokoškolské vzdelanie, 26,33 % (79 respondentov) malo ukončené stredoškolské vzdelanie, 16,00 % (48 ľudí) stredoškolské vzdelanie s nadstavbou a 1,67 % (5 ľudí) v dotazníku označilo, že nemá vzdelanie v odbore, v ktorom pracuje. 48,00 % (144 respondentov) uviedlo, že ich dĺžka praxe je do 10 rokov, 27,00 % (81 ľudí) od 11 do 20 rokov, 18,33 % (55 ľudí) od 20 do 30 rokov a 6,67 % (20 ľudí) nad 30 rokov. Z rozdaných 331 dotazníkov sa vrátilo 300 dotazníkov. Návratnosť bola 90,63 %.

Na spracovanie a analýzu dát bol použitý štatistický program SPSS a Microsoft Office Excel. Pre dosiahnutie cieľov výskumu bolo použité mapovanie a kauzálnokomparatívny výskum.

Deskriptívnou štatistikou sa zistilo, že príslušníci Policajného zboru, sestry a pedagógovia sú mierne vyhorení vo všetkých faktoroch syndrómu vyhorenia. Sociálni pracovníci a hasiči sú vyhorení mierne iba v oblastiach depersonalizácie a osobného uspokojenia. Rozdiel medzi týmito dvoma skupinami v emocionálnom vyčerpaní je nasledovný. Sociálni pracovníci sú vysoko emočne vyčerpaní, zatiaľ čo hasiči vykazujú nízke emocionálne vyčerpanie.

Hlavným cieľom výskumu bolo zistiť rodové rozdiely v skúmaných troch faktoroch syndrómu vyhorenia. Výskumnú vzorku tvorilo 175 žien (58,33 %) a 125 mužov (41,67 %). Na zistenie rozdielov v intenzite syndrómu vyhorenia v jednotlivých faktoroch bola použitá deskriptívna štatistika, konkrétne aritmetické priemery. Na zistenie rodových rozdielov boli v rámci induktívnej štatistiky použité t-testy pre nezávislé výbery s využitím Levenovho testu homogenity rozptylu. Muž a žena predstavovali dve úrovne nezávislej premennej, závislými premennými boli faktory syndrómu vyhorenia emocionálne vyčerpanie, depersonalizácia a osobné uspokojenie. Výsledky uvádzame v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka č. 1: **Rodové rozdiely vo faktoroch syndrómu vyhorenia**

| Faktor syndrómu vyhorenia | Pohlavie | AM | t | p |
|---------------------------|----------|-------|---------|-----------------|
| Emocionálne vyčerpanie | Ženy | 25,39 | 5,611 | 0,000*** |
| | Muži | 15,83 | | |
| Depersonalizácia | Ženy | 8,93 | - 0,582 | 0,561 |
| | Muži | 9,41 | | |
| Osobné uspokojenie | Ženy | 34,90 | 1,528 | 0,128 |
| | Muži | 33,42 | | |

*** p < 0,001

Predpokladali sme, že intenzita syndrómu vyhorenia je vo všetkých troch faktoroch syndrómu vyhorenia vyššia u žien ako u mužov. Ženy dosiahli v emocionálnom vyčerpaní aritmetický priemer 25,39, zatiaľ čo muži priemer 15,83. Z toho vyplýva, že ženy sú v tejto oblasti viac vyčerpané. Testovacia štatistika dosiahla hodnotu 5,611. Štatistická signifikancia nadobudla hodnotu 0,000, preto zistené rozdiely medzi pohlaviami sú štatisticky významné. Vo faktore depersonalizácia ženy dosiahli aritmetický priemer 8,93 a muži 9,41, čo poukazuje tak isto na vyššie vyhorenie u žien. Hodnota p je ale vyššia ako zvolená hladina

významnosti, preto sa uvedené rozdiely nemôžu považovať za štatisticky významné. Vo faktore osobné uspokojenie ženy dosiahli priemer 34,90, muži 33,42, čo predstavuje naopak vyššie vyhorenie u mužov. Ani tento výsledok na základe štatistickej signifikancie nie je štatisticky významný. Hypotéza sa nepotvrdila.

Ďalej sme predpokladali, že existuje štatisticky signifikantný rozdiel medzi pohlaviami vo faktore syndrómu vyhorenia emocionálne vyčerpanie. Testom rovnosti rozptylov sa potvrdil štatisticky významný rozdiel vo faktore emocionálne vyčerpanie medzi mužmi a ženami, keďže štatistická signifikancia v tomto faktore nadobudla hodnotu 0,000. Napriek tomu, že sa potvrdil štatisticky významný rozdiel v tomto faktore medzi mužmi a ženami a hypotéza sa potvrdila, je dôležité uviesť, že tento rozdiel mohol byť spôsobený najčastejším rodovým zastúpením jednotlivých pomáhajúcich profesií. Túto skutočnosť sme zaznamenali už pri aritmetických priemeroch a potvrdila sa nám aj pri porovnávaní faktoru emocionálne vyčerpanie s jednotlivými pomáhajúcimi profesiami. Sociálni pracovníci zastúpení prevažne ženami vykazovali vysoký stupeň emocionálneho vyčerpania, zatiaľ čo hasiči, reprezentovaní mužskou populáciou, dosiahli nízky stupeň. Ak sa pozrieme na ostaté faktory syndrómu vyhorenia, štatisticky významné rozdiely medzi mužmi a ženami vo faktore depersonalizácia a faktore osobné uspokojenie, sa nepotvrdili. Štatistická signifikancia pre faktor depersonalizácia dosiahla hodnotu 0,561 a pre faktor osobné uspokojenie hodnotu 0,128.

Diskusia

Cieľom výskumu bolo zistenie rodových rozdielov u pracovníkov pomáhajúcich profesií v skúmaných troch faktoroch syndrómu vyhorenia, a to vo faktore emocionálne vyčerpanie, depersonalizácia a osobné uspokojenie. Miera vnútornej konzistencie položiek použitého dotazníka MBI - Maslach Burnout Inventory, Cronbachov koeficient alfa, bol v tomto výskume v rámci subškály emocionálne vyčerpanie 0,927, pre subškálu depersonalizácia 0,773 a pre subškálu osobné uspokojenie 0,797. Všetky tri subškály dotazníka tohto výskumu považujeme za reliabilné.

Syndróm vyhorenia nevzniká zo dňa na deň. Stav, v ktorom sa vyhorenie nachádzajú, je podobný trvalému stresu (Merg 2007). Proces, ktorého vyvrcholením je efekt vyhorenia, väčšinou trvá mnoho rokov. Ide o neustále vyvíjajúci proces, ktorý prechádza rôznymi fázami (Švinglová 2006). Vo výskume sme sa zamerali na skúmanie syndrómu vyhorenia hľadiska rodu. Podľa Martiny Venglárovej (2011) býva na začiatku emočne vyhorenie, ktoré vnímajú viac ženy ako muži, ďalej môže dochádzať k psychickému vyhoreniu a strate inšpirácie. Nakoniec dôjde k fyzickému vyčerpaniu, ktoré môže prejsť do psychomotorického ochorenia. Ide o následok potlačovaného stresu a prirodzenej reakcie, ako sú agresivita, zlosť, plač, strach a hnev. Rodovými rozdielmi v syndróme vyhorenia sa zaoberala i Martina Wimmerová (2007). Dotazníkom MBI mapovala výskyt syndrómu vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov pracujúcich v liečebniach pre dlhodobu chorých klientov a v zariadeniach pre seniorov. Predpokladala, že syndróm vyhorenia je častejší u žien ako u mužov. V celkovom počte respondentov dosiahli v oblasti emocionálnej, odosobnenia i miery zníženia pracovného výkonu ženy na oboch typoch pracovísk vyššie priemerné hodnoty ako muži. Štrením sa potvrdila štatisticky významná závislosť medzi pohlavím jedincov a mierou emocionálneho vyčerpania, odosobnenia a mierou zníženého pracovného výkonu.

Na základe výsledkov zmieňovaného výskumu sme predpokladali, že intenzita syndrómu vyhorenia vo všetkých troch faktoroch syndrómu vyhorenia je vyššia u žien ako u mužov. Zistili sme, že ženy sú v oblasti emocionálne vyčerpanie vyhorené viac ako muži, nakoľko vo faktore emocionálne vyčerpanie dosiahli aritmetický priemer 25,39, zatiaľ čo muži aritmetický priemer 15,83. Vo faktore depersonalizácia ženy vykazovali tiež vyššiu mieru vyhorenia, avšak z hľadiska zvolenej hladiny významnosti nemôžeme tento rozdiel považovať za štatisticky významný. Zaujímavá je skutočnosť, že vo faktore osobné

uspokojenie ženy dosiahli priemer 34,90, muži 33,42, čo predstavuje naopak vyššie vyhorenie u mužov. Výsledok na základe štatistickej signifikancie nie je štatisticky významný. Keďže sa nepotvrdila štatistická významnosť vo všetkých faktoroch syndrómu vyhorenia, hypotéza sa nepotvrdila.

Zaujímalo nás, či existuje štatisticky signifikantný rozdiel medzi pohlaviami vo faktore emocionálne vyčerpanie. Podľa Christiny Maslach sa emocionálne vyčerpanie považuje za najšmerodajnejší ukazovateľ prítomnosti vyhorenia. Ide o stav vyčerpania a únavy a je považované za hlavnú zložku syndrómu vyhorenia. Významnú rolu vo vytváraní emocionálneho vyčerpania hrajú skúsenosti s emočným napätím v práci. Človek trpí pocitmi bezmocnosti, beznádeje, depresie a je unavený. Môže byť nahnevaný alebo nepriateľský (Grandey 2003). Predpokladali sme, že existuje štatisticky signifikantný rozdiel medzi pohlaviami vo faktore syndrómu vyhorenia emocionálne vyčerpanie. Štatisticky významný rozdiel vo faktore syndrómu vyhorenia emocionálne vyčerpanie medzi mužmi a ženami sme testovali testom rovnosti rozptylov. Štatistická významnosť v tomto prípade dosiahla hodnotu 0,000. Hypotéza sa potvrdila. Tento rozdiel však mohol byť spôsobený najčastejším rodovým zastúpením jednotlivých pomáhajúcich profesií. Napríklad v prípade hasičov výskumnú vzorku tvorili iba muži, na druhej strane v prípade sociálnych pracovníkov, či sestier, reprezentovali vzorku zväčša ženy. V našom okolí sa nedá zabezpečiť výskumná vzorka, v ktorej by bolo rovnomerné zastúpenie žien i mužov v jednotlivých pomáhajúcich profesiách. Z tohto dôvodu je možné, že nejde o rozdiel rodový, ale profesijný, nakoľko sme napríklad v predošlom skúmaní zistili štatisticky významný rozdiel medzi pomáhajúcimi profesiami vo faktore syndrómu vyhorenia emocionálne vyčerpanie, kde hasiči vykazovali nízky stupeň vyhorenia a sociálni pracovníci naopak vysoký. Vyčerpanie kognitívnych a energických zdrojov môže viesť k odcudzeniu od seba samého až k samotnej depersonalizácii (Grandey 2003). Čo sa týka štatistických rozdielov vo faktore depersonalizácia a osobné uspokojenie, nezaznamenali sme štatisticky významný rozdiel ani v jednom z týchto faktorov.

Záver

Štatisticky signifikantné rodové rozdiely medzi pracovníkmi pomáhajúcich profesií sa potvrdili iba v jednom faktore syndrómu vyhorenia, a to v emocionálnom vyčerpaní. U žien bola v rámci faktora emocionálne vyčerpanie potvrdená vyššia intenzita syndrómu vyhorenia ako u mužov. Emocionálne vyčerpanie však môže časom prerásť až do depersonalizácie, pocitu odcudzenia k okoliu alebo vlastnej osobe, kedy sa pracovník začína vyhýbať ľuďom a vyhľadáva samotu. Ak sa spojí emocionálne vyčerpanie s depersonalizáciou, ovplyvní to celkovú výkonnosť pracovníka, ktorý nie je schopný zvládať stres a záťažové situácie tak, ako predtým. Výsledky výskumu sú varovným signálom, keďže syndróm vyhorenia sa dotýka do istej miery všetkých skúmaných pomáhajúcich profesií. Vlastné obetovanie sa tu nie je na mieste, nakoľko má krátke trvanie a končí opačným efektom. Naším hlavným cieľom je spokojný klient, či pacient. Odbornú pomoc môže poskytnúť iba pracovník psychicky vyrovnaný a spokojný a preto je na nás, aby sme si uvedomili svoje rezervy a snažili sa ich odstrániť.

Zoznam bibliografických odkazov

- BALLAY, M. a kol., 2006. Holizmus a hraničné situácie. In: *Zborník Vedecko-odborná konferencia s medzinárodnou účasťou Komplexná starostlivosť o človeka v hraničných situáciách*. Prešov: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce bl. P. P. Gojdiča v Prešove, s. 23 – 24. ISBN 80-969449-1-6.
- BÉREŠOVÁ, A., 2006. Burnout syndróm a depresia v profesii sociálnych pracovníkov. In: *Zdravotníctvo a sociálna práca*. Roč. 1, č. 1, s. 18 – 22. ISSN 1336-9326.
- DANIŠKOVÁ, A., 2011. Ohrozenie pomáhajúcich profesionálov syndrómom vyhorenia. In: *Empatia Bulletin* [online]. Bratislava, s. 19 – 23 [cit. 2012-10-07]. Dostupné z: <http://www.psychologia.sk/empatia/em11-1/emp1.pdf>
- GRANDEY, A. A., 2003. When “the show must go on“: surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of Management Journal*. Vol. 46, no. 1, p. 86-96. ISSN 1948-0989.
- JEKLOVÁ, M. a E. REITMAYEROVÁ, 2006. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-74-1.
- KEBZA, V. a I. ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-231-7.
- KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia,. ISBN 80-200-1307-5.
- MATOUŠEK, O. a kol., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.
- MERG, K. a T. KNÖDEL, 2007. *Jak přežít v práci*. Praha: Computer Press. ISBN 978-80-251-1723-1.
- ŠVINGALOVÁ, D., 2006. *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7372-105-8.
- VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2011. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.
- WIMMEROVÁ, M., 2007. Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků pracujících v léčebnách pro dlouhodobě nemocné klienty a zařízení pro seniory. In: *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství II*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko - přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, s. 154 - 60. ISBN 978-80-7248-413-3.

Kontakt na autorov

PhDr. Eva Gajdošová

Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ v Košiciach, Slovenská republika
gajdosovaevka@gmail.com

Mgr. Soňa Lovašová, PhD.

Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ v Košiciach, Slovenská republika
sona.lovasova@upjs

Zvládanie záťažových situácií v kontexte kyberšikanovania

Magdaléna Halachová (SR) - Eva Žiaková (SR)

Abstrakt: *Príspevok sa zameriava na okruh zvládania záťažových situácií, pri uvažovaní v kontextoch kyberšikanovania. Priamo pozícia obeť by mala byť v tejto oblasti jednotlivých copingových stratégií v kombinácii s interpersonálnymi a intrapersonálnymi faktormi obeť pokladaná v za veľmi významnú. Z tejto potreby vychádzal autorský výskum, ktorého výsledky poukazujú na to, že pri zvládaní kyberšikanovania využívajú obeť kyberšikanovania v nižšej miere pozitívne a vo vyššej miere negatívne stratégie zvládania záťažových situácií. Práve sociálna práca by mala byť zameraná na aktívne pôsobenie pri etablácii účinných zvládání kyberšikanovania, či už v preventívnej, ale i intervenčnej podobe.*

Kľúčové slová: *Kyberšikanovanie. Zvládanie záťažových situácií. Adolescencia.*

Abstract: *This paper focuses on the range of coping with stressful situations, when considering the contexts of cyberbullying. Right position of the victim should be taken to this individual coping strategies, combined with interpersonal and intrapersonal the victims regarded as very important. This need was based on author's research, the results suggest that in dealing with cyberbullying victims of cyberbullying used to a lesser extent positively and in excess negative coping strategies stressful situations. The right of social work should be focused on empowerment at etablácii effectively handle cyberbullying, whether a prevention, but also a form of intervention.*

Keywords: *Cyberbullying. Coping with stressful situations. Adolescents.*

Úvod

Je nepopierateľné, že súčasná orientácia novodobej spoločnosti vyznávajúca hodnoty materializmu a spoločne s novodobými technológiami, poskytuje nespočetný rad výhod. Dôsledkom tejto zahľtenosti technológiami je, že nielen adolescenti trávajú veľa času pri počítačoch, na sociálnych sieťach, s mobilmi v rukách. Sú presýtení informáciami, ktoré nie sú schopní filtrovať a primeraným spôsobom na ne reagovať. Napriek tomu, že spoločnosť ide rýchlo technologicky dopredu, tento pokrok nereflektuje i nastavenie normatívnosti vo virtuálnom prostredí. Vyplývajú z toho následne závažné konzekvencie, akými sú novodobé patológie, ku ktorým je možné zaradiť i kyberšikanovanie. Táto novodobá sociálna patológia je príznačná i tým, že nie sú ešte vytvorené účinné stratégie jej zvládania.

Kyberšikanovanie

Jednou z nebezpečných foriem správania sa v informačno-technologickom prostredí, je kyberšikanovanie, ktoré vymedzuje Breguet (2007), ako formu šikanovania, pri ktorej páchatel' volí formu obťažovania jeho obeť prostredníctvom technologických zariadení. Môže byť úplne anonymné, jednorazového charakteru s minimom úsilia, alebo vykonávané opakovane. Podobne tento pojem podáva Dehue (2008, in Krejčí 2011), podľa ktorého je kyberšikanovanie trýznením, hrozbami, obťažovaním, ponižovaním, strápňovaním, alebo inými útokmi medzi mladistvými. Má rovnaké charakteristiky ako nepriame tradičné šikanovanie, ktoré sa deje opakovane, zahŕňa psychické násilie a je zámerné. Väčšina autorov v tejto súvislosti pri definičnom koncepte kyberšikanovania vychádzala z definície tradičnej formy šikanovania, s ktorou sa stretávajú v bodoch ako úmyselnosť, nerovnováha moci, opakovanie. Kolář (2011) popísal znaky ako: zámernosť, opakovanie, psychické násilie, vrátane symbolickej agresivity. Autori Naruskov et al. (2012) a Nocentini et al. (2010) navrhli ďalšie dve nové oblasti a vzniklo tak päť kritérií kyberšikanovania, ktorými sú:

- úmyselnosť,

- porušenie rovnováhy,
- opakovanie,
- verejnosť vz. súkromie,
- anonymita.

Pre potreby príspevku i definičných východísk v empirickej časti predkladaného výskumu bude kyberšikanovanie chápané ako úmyselné a opakované ubližovanie s využitím počítačov, mobilných telefónov a iných elektronických zariadení (Hinduja, Patchin 2010).

Stratégie zvládania kyberšikanovania

Kyberšikanovanie môže vyvolať celý rad negatívnych, traumatických, stresujúcich pocitov, ktoré so sebou prinášajú intenzívne negatívne dôsledky. Stratégie zvládania takéhoto druhu šikanovania sú v porovnaní so štúdiami o všeobecných copingových stratégiách úplne na začiatku bádania, nakoľko výskumy na zvládanie kyberšikanovania sa realizujú iba v posledných niekoľkých rokoch. (Šléglová, Černá 2011)

Perren et al. (in: Machacková 2013) vo svojej štúdií rozčleňujú stratégie obeť kyberšikanovania na:

1. stratégie cielené smerom k agresorovi (napr. odplata),
2. stratégie pri ktorých je agresor ignorovaný (napr. nerobiť nič, zámerne ignorovať šikanovanie, vyhýbavé správanie alebo iné formy emočnej regulácie),
3. stratégie zamerané na emocionálnu podporu (napr. od dospelých, učiteľov, priateľov alebo externých inštitúcií),
4. ne-copingové stratégie, orientované na konkrétne technické riešenia (napr. blokovanie agresora, výmena SIM karty, výmena účtu).

Slonje, Smith a Frisén (2013) vo svojej štúdií popísali, že jedinci najčastejšie uvádzajú ako technické stratégie zvládania blokovanie agresora, zmenu hesla, užívateľského mena, telefónneho čísla. Taktiež zistili, že technické stratégie pokladajú za tie najúčinnnejšie, naopak hľadaniu pomoci u druhých ako jednej zo stratégií riešenia neprikladajú význam. Ak však pomoc vyhľadajú, tak je to v poradí kamarát, rodič a nakoniec učiteľ.

V kontexte posledného bodu Price a Dalgleish (2010) považujú pripustenie si, že sa niečo deje za veľmi dôležitú a nevyhnutnú stratégiu zvládnutia a vyrovnania sa s kyberšikanovaním, nakoľko nečinnosť nezahŕňa ani pokus o aktívne pristupovanie k situácii a ani vyhnutie sa kyberšikanovaniu. A práve takáto stratégia nečinnosti môže mať rozsiahle nepriaznivé dôsledky.

Výskum

V tomto kontexte bol v roku 2015 realizovaný autorský výskum, ktorého cieľom bola analýza existencie a smeru vzťahov v rámci miery sebahodnotenia, sociálnej opory, spôsobom zvládania záťažových situácií a kyberšikanovaním u vysokoškolských študentov, ako novodobým sociálno-patologickým javom v súčasnej spoločnosti, vychádzajúc z ich vzájomnej prepojenosti v kontexte sociálno-ekologických teórií. Zámerom výskumu bolo i objasnenie s kyberšikanovaním súvisiacich vybraných rizikových a demografických premenných. Prezentovaný príspevok predkladá časť tohto výskumu zameranú na zvládanie záťažových situácií v kontexte kyberšikanovania.

Stratégie zvládania záťažových situácií boli zisťované s pomocou sebaopisovacieho inventára Stratégie zvládania stresu - SVF 78 (Stressverarbeitungsfragebogen), autorov Jankeho a Erdmannovej z roku 2002, ktorý predstavuje skrátenú verziu dotazníka SVF 120. Do českého jazyka ho preložil a upravil Švancara v roku 2003. Dotazník obsahuje 78 výrokov, ktoré popisujú možné spôsoby reagovania v situáciách, keď je jedinec niečím alebo niekým poškodený, vnútorne rozrušený alebo vyvedený z miery. Jednotlivé výroky sú

rozdelené do 13 faktorov. Každý z týchto faktorov obsahuje 6 položiek posudzovaných na päť stupňovej Likertovej škále (0-vôbec nie, 4-veľmi pravdepodobne). Vyhodnotenie prebieha tak na úrovni jednotlivých subtestov, ale i na úrovni sekundárnych hodnôt, ktoré sú delené na POZ - Pozitívne stratégie ďalej pozostávajúce zo stratégií POZ 1- Podhodnotenia a devalvácie viny (Podhodnotenie, Odmietanie viny), POZ 2- Stratégie odklonu (Odklon, Náhradné uspokojenie), POZ 3- Stratégie kontroly (Kontrola situácie, Kontrola reakcií, Pozitívne sebainštrukcie) a NEG- Negatívne stratégie (Úniková tendencia, Perseverácia, Rezignácia, Sebaobviňovanie). Subtesty Potreba sociálnej opory a Vyhýbanie sa nevzťahujú ku žiadnej zo stratégií a je vhodné ich samostatne interpretovať. Reliabilita pôvodného dotazníku dosahuje hodnotu 0,80 a v prípade autorského výskumu to bola hodnota 0,93.

Celkovo výskum pozostával zo 694 respondentov- študentov navštevujúcich Univerzitu Komenského v Bratislave, Univerzitu Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Slovenskú technickú univerzitu v Bratislave a Technickú univerzitu v Košiciach. Výskumnú vzorku tvorilo 380 žien (54,8 %) a 314 mužov (45,2 %).

Tabuľka č. 1: T-Test – rozdiely v pozitívnych, negatívnych stratégiách zvládania záťažových situácií medzi kyberšikanovanými a ne-kyberšikanovanými

| SVF78 | | N | X | t | p(α) |
|-------|--------------------|-----|------|--------|-----------|
| POZ | Kyberšikanovaní | 200 | 2,20 | 4,081 | < ,001*** |
| | Ne-kyberšikanovaní | 494 | 2,36 | | |
| NEG | Kyberšikanovaní | 200 | 2,18 | -2,060 | ,040 |
| | Ne-kyberšikanovaní | 494 | 2,06 | | |
| POZ1 | Kyberšikanovaní | 200 | 1,94 | 2,504 | ,013 |
| | Ne-kyberšikanovaní | 494 | 2,07 | | |
| POZ2 | Kyberšikanovaní | 200 | 2,14 | 3,310 | < ,001*** |
| | Ne-kyberšikanovaní | 494 | 2,32 | | |
| POZ3 | Kyberšikanovaní | 200 | 2,39 | 3,875 | < ,001*** |
| | Ne-kyberšikanovaní | 494 | 2,59 | | |

POZ - Pozitívne stratégie zvládania, NEG - Negatívne stratégie zvládania, POZ1 - Stratégie podhodnotenia a devalvácie viny, POZ2 - Stratégie odklonu, POZ3 - Stratégie kontroly.

Je vhodné uviesť zistenie o možných rozdieloch v oblasti jednotlivých typov stratégií zvládania medzi kyberšikanovanými a ne-kyberšikanovanými študentmi vysokých škôl (Tabuľka 1), ktorí na základe prekonania už viacerých záťažových situácií počas svojho života (v porovnaní napríklad so študentmi stredných škôl) majú vytvorené už stabilnejšie stratégie zvládania. Z výsledkov výskumu vyplynulo, že medzi skupinami respondentov sa vyskytujú veľmi vysoko významné rozdiely štatistickej významnosti na úrovni 1%, v stratégiách zvládania záťažových situácií.

Konkrétne v pozitívnych stratégiách zvládania (stratégie odklonu, stratégie kontroly), kedy práve kyberšikanovaní adolescenti dosahovali nižšie skóre v porovnaní s obeťami nezasiahnutými touto patológiou. Následne boli realizované merania i na úrovni jednotlivých subtestov zvládania záťažových situácií (Tabuľka 2) aj pri obeti aj pri agresorovi kyberšikanovania.

Pri skúmaní jednotlivých subtestov vyplynulo, že obeť kyberšikanovania vo väčšej miere menia pod vplyvom kyberšikanovania svoje stratégie zvládania ako agresori, pri ktorých sa objavili štatisticky veľmi vysoko významné rozdiely iba v subteste potreby sociálnej opory, kedy dosahovali nižšie skóre ako študenti nevyužívajúci túto formu agresívneho správania. Pri obetiach kyberšikanovania sa rozdiely vyskytli pri subteste Odklon, ktorý v pozitívnych stratégiách zvládania záťaže značí, že jedinec dosahujúci vysoké

skóre má tendenciu k odklonu pri záťaži. A to buď odvrátením záťaže, alebo navodením si takého stavu, kedy je stres vedome zmiernovaný pozitívnymi emóciami, ktoré sú v kontraste s negatívnou valenciou existujúcej záťaže. Avšak obeť práve v tomto subteste dosahovali omnoho nižšie skóre, takže možno predpokladať, že kyberšikanovanie im natoľko „zamestnávalo“ myslenie, že neboli schopní tohto typu stratégie zvládania.

Tabuľka č. 2: T-Test - rozdiely v jednotlivých subtestoch zvládania záťažových situácií medzi kyberšikanovanými a ne-kyberšikanovanými, kyberšikanujúcimi a ne-kyberšikanujúcimi

| SVF 78 | Obet' | | | | Agresor | | | |
|--------|-------|------|--------|---------------|---------|------|--------|---------------|
| | N | X | t | p(α) | N | X | t | p(α) |
| SVF1 | 200 | 1,89 | 2,781 | ,006 | 89 | 1,93 | 1,086 | ,278 |
| | 494 | 2,07 | | | 605 | 2,03 | | |
| SVF2 | 200 | 1,94 | 1,551 | ,121 | 89 | 2,04 | 0,128 | ,898 |
| | 494 | 1,81 | | | 605 | 2,04 | | |
| SVF3 | 200 | 2,16 | 3,046 | ,002* | 89 | 2,24 | 0,619 | ,536 |
| | 494 | 2,33 | | | 605 | 2,29 | | |
| SVF4 | 200 | 2,12 | 2,788 | ,005* | 89 | 2,13 | 1,538 | ,125 |
| | 494 | 2,31 | | | 605 | 2,27 | | |
| SVF5 | 200 | 2,47 | 2,345 | ,019 | 89 | 2,45 | 1,651 | ,099 |
| | 494 | 2,62 | | | 605 | 2,57 | | |
| SVF6 | 200 | 2,35 | 4,064 | < ,001*** | 89 | 2,36 | 1,928 | ,057 |
| | 494 | 2,55 | | | 605 | 2,51 | | |
| SVF7 | 200 | 2,34 | 4,089 | < ,001*** | 89 | 2,46 | 0,794 | ,427 |
| | 494 | 2,60 | | | 605 | 2,53 | | |
| SVF8 | 200 | 2,38 | 2,811 | ,005* | 89 | 2,21 | 3,839 | < ,001*** |
| | 494 | 2,56 | | | 605 | 2,55 | | |
| SVF9 | 200 | 2,43 | 1,841 | ,066 | 89 | 2,42 | 1,265 | ,206 |
| | 494 | 2,54 | | | 605 | 2,52 | | |
| SVF10 | 200 | 2,23 | -1,516 | ,130 | 89 | 2,19 | -0,404 | ,686 |
| | 494 | 2,13 | | | 605 | 2,16 | | |
| SVF11 | 200 | 2,47 | -2,335 | ,020 | 89 | 2,53 | -2,221 | ,027 |
| | 494 | 2,31 | | | 605 | 2,33 | | |
| SVF12 | 200 | 1,91 | -1,326 | ,185 | 89 | 1,91 | -0,723 | ,470 |
| | 494 | 1,83 | | | 605 | 1,85 | | |
| SVF13 | 200 | 2,12 | -2,179 | ,030 | 89 | 2,03 | -0,197 | ,844 |
| | 494 | 1,97 | | | 605 | 2,01 | | |

SVF- Stratégie zvládania záťaže, SVF1 - Podhodnotenie, SVF2 - Odmietanie viny, SVF3 - Odklon, SVF4- Náhradné uspokojenie, SVF5 - Kontrola situácie, SVF6 - Kontrola reakcií, SVF7 - Pozitívne sebaštruktúry, SVF8 - Potreba sociálnej opory, SVF9 - Vyhýbanie

Ďalším subtestom, v ktorom dosahovali obeť kyberšikanovania štatisticky významne nižšie skóre bolo Náhradné uspokojovanie, ktoré v pozitívnych stratégiách zahŕňa tendenciu k správaniu zameranému na kladné pocity vyvolávané v spojitosti s vonkajšími odmenami (napríklad: navariť si niečo dobré, kúpiť si niečo pekné,...). Takže ani táto pozitívna stratégia nie je pre obeť kyberšikanovania postačujúca, aby sa s kyberšikanovaním adekvátne vysporiadali. Pri subteste Kontrola reakcií, ktorý zahŕňa preddispozíciu kontrolovať vlastné reakcie v dvoch smeroch a to zabránenie samotnému znepokojeniu, prípadne neodrážanie

tohto prežívania do správania, obeť kyberšikanovania znovu vykazovali nižšie skóre. Dochádzalo u nich teda k značným rozrušeniam v dôsledku kyberšikanovania. Veľmi dôležitým výsledkom pre celý výskum, je znovu opätovné potvrdenie, že u obetí kyberšikanovania dochádza k výraznému zníženiu miery sebahodnotenia. Nie je teda žiadnym prekvapením, že v subteste Pozitívne sebainštrukcie, ktorý je odrazom miery sklonu ku prisudzovaniu si kompetentnosti dodávania odvahy v záťažových situáciách, dosahovali omnoho nižšie skóre ako ne-kyberšikanovaní respondenti. V nadväznosti i na už popisovanú sociálnu oporu i v subteste Potreby sociálnej opory reprezentovanom tendenciou pri záťažových situáciách nadväzovať kontakty s druhými pre získanie opory v rámci spracovania stresových situácií vykazovali obeť kyberšikanovania očakávané nižšie skóre.

Diskusia

Špecifikom kyberšikanovania sú i spôsoby zvládania tejto záťažovej situácie. V rámci tradičnej formy šikanovania bola obeť nútená buď postaviť sa fyzicky svojmu agresorovi, alebo mu uniknúť. Obeť kyberšikanovania musí využívať celkom odlišné stratégie s ohľadom na osobitosť virtuálneho prostredia i asynchrónnosť komunikácie. Zámerom výskumu bolo zistiť, aké typy stratégií obeť kyberšikanovania využívajú, či pozitívne alebo negatívne orientované. Z výsledkov vyplynulo, že obeť kyberšikanovania dosahujú štatisticky veľmi vysoko významné rozdiely i v pozitívnych i v negatívnych typoch stratégií oproti jedincom nezasiahnutým touto patológiou. Kyberšikanovaní majú oproti nim výrazne nižšie skóre v pozitívnych a vyššie skóre v negatívnych stratégiách zvládania záťažových situácií.

Pri jednotlivých subtestoch je možné pristaviť sa pri položke potreby sociálnej opory už i v kontexte predchádzajúcich vymedzení. V rámci autorského výskumu vykazovali očakávané obeť kyberšikanovania štatisticky významné nižšie skóre v porovnaní s ne-kyberšikanovanými jedincami. Možno to dať do súvisu s výskumom realizovaným Vólinkom et al. (2013), ktorí mali veľmi podobné výsledky. Následne ich interpretovali tak, že jedinci, ktorí nie sú obeťami kyberšikanovania, ho vnímajú ako niečo premenlivé a preto pokladajú vyhľadanie sociálnej pomoci za stratégiu riešenia tohto problému pre obeť. Reálne obeť kyberšikanovania toto násilie nevnímajú ako premenlivé a preto majú pocit, že nemajú inú možnosť ako akceptovať situáciu a pomoc vo svojom okolí vyhľadávajú menej. To má za následok využitie emócií zameraných na zvládanie vo forme vyhýbania sa, úniku, hnevu, pocitu bezmocnosti, alebo depresie. V autorskom výskume prevládali stratégie v zostupnom poradí perseverácia, kontrola situácie, vyhýbanie sa a potreba sociálnej opory. Je potrebné dodať, že posledná menovaná stratégia, je napriek spomínanému nižšiemu skóre v porovnaní s ne-kyberšikanovanými stále braná ako jedna z najvyužívanejších stratégií.

V rámci konkrétnych riešení kyberšikanovania sa najčastejšie (nie však podľa respondentov najúčinnnejšie) vyskytovali stratégie: povedať agresorovi aby prestal (35,5%), neurobiť nič (33,5%), vymazať obsah kyberšikanovania (31%). Aj Schenk a Fremouw (in: Nixon 2014) skúmali stratégie zvládania kyberšikanovania a zistili, že pre obeť najpoužívanejšie sú: povedať agresorovi aby prestal, vyhýbanie sa, pomsta, stiahnutie sa od sociálneho okolia, čo sa podľa autorov výrazne dotklo ich sociálnych kontaktov. V autorskom výskume pri stratégii vyhýbanie sa dosahovali obeť kyberšikanovania nižšie skóre ako ich ne-kyberšikanovaní rovesníci, avšak tieto rozdiely neboli štatisticky významné. Opakom je stratégia pomsty, v autorskom výskume reprezentovaná vrátením útoku, kde by ňou kyberšikanovanie riešilo 17% obetí. Autori Simon, Smith a Blumberg (2012) komparovali tradičnú formu šikanovania a kyberšikanovania v kontexte stratégií zvládania u adolescentov (N=900). Z výsledkov ich výskumu vyšlo, že najčastejšie využívané stratégie pri kyberšikanovaní sú: sociálna opora od rodiny, aktívne zastavenie kyberšikanovania, informovanie učiteľa a nahlásenie administrátorovi ale i nerobenie nič. V autorskom výskume mala taktiež zastúpenie možnosť povedať to učiteľovi. Aj napriek tomu, že v autorskom

výskume pozostávala výskumná vzorka zo študentov vysokých škôl, pri komparácii s výskumom so študentmi zo stredných škôl, i tak vysokoškolskí študenti by v 11% riešili kyberšikanovanie s pedagógom, čo je pomerne vysoké percento. Vo výskume Machackovej et. al. (2013) boli skúmané stratégie, ktoré boli v rámci zastavenia kyberšikanovania najúčinnnejšie. Ukázalo sa, že odplata agresorovi, konfrontácia agresora a vyhľadanie dištančnej formy poradenstva boli menej účinnými stratégiami. Ako veľmi účinné sa preukázali práve technologické riešenia kyberšikanovania (zrušenie účtu na sociálnej sieti, zmena profilu, zmena telefónneho čísla). I Slonje, Smith, a Frisén (2013) uvádzajú, že adolescenti najčastejšie volia stratégie technického charakteru, kedy blokujú agresora, menia heslá, menia užívateľské mená alebo telefónne čísla. Uvádzajú taktiež, že pomerne málo obetí hľadá pomoc u druhých a ak, tak v poradí priateľa, rodiča, učiteľa. Taktiež sa jednalo o študentov stredných škôl. Tokunaga (2010) v kontexte technicky orientovaných stratégií zvládania kyberšikanovania hovorí, že momentálne sa javia ako najúčinnnejšie, ale či to tak bude aj v budúcnosti je otázne. Preto poukazuje i na nutnosť nastavenia takých normových rámcov, ktoré by jasne vymedzovali trestnosť jednotlivých činov, nakoľko i technologické prostriedky sa budú neustále vyvíjať a zastaviť ich bude čoraz ťažšie.

Záver

Študenti vysokých škôl sú cieľovou skupinou, ktorá nie je formálne zaradená už pod žiadne prevenčné i intervenčné formy pomoci. Vysoká škola síce poskytuje poradenstvo, avšak často o tom študenti ani nevedia. Metodické usmernenie o šikanovaní je orientované pre základné a stredné školy i keď podľa výskumných zistení i tam sú značné rezervy. Študenti vysokých škôl sú už pokladaní za dospelých, ktorí sa majú v rámci svojich možností o seba postarať. Oslabujú sa vplyvy od rodičov, posilňujú sa tie rovesnícke. Preto je táto cieľová skupina nesmierne rizikovou i v rámci kyberšikanovania. A práve úloha sociálnej práce by mala byť zameraná na aktívne pôsobenie pri etablácii účinných zvládání kyberšikanovania tejto skupiny mladých ľudí, či už v rámci prevenčnej, ale i intervenčnej úrovni.

Zoznam bibliografických odkazov

- BREGUET, T., 2007. *Frequently Asked Questions About Cyberbullying*. New York: The Rosen Publishing Group. ISBN 9781404209633.
- HINDUJA, P.W. and S. PATCHIN, 2010. Bullying, Cyberbullying, and Suicide. In: *Archives of Suicide Research*, (14). p. 206-221. ISSN 1543-6136.
- KOLÁŘ, M., 2011. *Nová cesta k léčbě šikany*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-871-5.
- KREJČÍ, L., 2011. *Psychologické aspekty vzdělávání dospívajících*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3474-3.
- MACHACKOVA, H. et al., 2013. Effectiveness of coping strategies for victims of cyberbullying. In *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*. [online]. ISSN 1802-7962 [cit. 2015-09-28]. Dostupné z <http://cyberpsychology.eu/view.php?cisloclanku=2014012101&article=5>
- NARUSKOV, K. et al., 2012. Estonian students' perception and definition of cyberbullying. In: *TRAMES: A Journal of the Humanities & Social Science*. **16**(4), p. 323–343. ISSN 1736-7514.
- NOCENTINI, A. et al., 2010. Cyberbullying: Labels, Behaviours and Definition in Three European Countries. In: *Australian Journal of Guidance & Counselling*. **20**(2). pp. 129–142. ISSN: 1037-2911.
- NIXON, CH.N. 2014. Current perspectives: the impact of cyberbullying on adolescent health. In: *Adolesc Health Med Ther*. 5. pp. 143–158. ISSN 1179-318X.

PRICE, M. and J. DALGLEISH, 2010. Cyberbullying Experiences, impacts and coping strategies as described by Australian young people. In: *Youth Studies Australia*. **29**(2), p. 51-59. ISSN 1839-4914.

SIMONE, P., P.K. SMITH and H.H. BLUMBERG, 2012. Comparing student perceptions of coping strategies and school interventions in managing bullying and cyberbullying incidents. In: *Pastoral Care in Education*. **30**(2) pp.127-146. ISSN 020127-20.

SLONJE, R., P.K. SMITH, and A. FRISÉN, 2013. The nature of cyberbullying, and strategies for prevention. In: *Computers in Human Behavior*. 29. p. 26-32. ISSN 0747-5632.

ŠLÉGLOVÁ, V. and A. ČERNÁ, 2011. Cyberbullying in Adolescent Victims: Perception and Coping. In: *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*. [online]. **5**(4). [cit. 2015-09-19]. Dostupné z

<http://cyberpsychology.eu/view.php?cisloclanku=2011121901&article=4>

TOKUNAGA, R.S., 2010. Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. In: *Computers in Human Behavior*. 26. p. 277-287. ISSN 0747-5632.

VÖLLINK, T. et al., 2013. Coping with Cyberbullying: Differences Between Victims, Bully-victims and Children not Involved in Bullying. In *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 23. p. 7-24. ISSN 1099-1298.

Kontakt na autorov

Mgr. Magdaléna Halachová, PhD.

Katedra sociálnej práce

Filozofickej fakulty Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach,

Moyzesova 9, 040 59 Košice,

magdalena.halachova@gmail.com

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.

Katedra sociálnej práce

Filozofickej fakulty Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach,

Moyzesova 9, 040 59 Košice,

eva.ziakova@upjs.sk

Kybernetická šikana a formy rizikového chování jako fenomén digitálních médií

Maria Vašutová (ČR) - Viktória Kopuničová (ČR)

Abstrakt: Příspěvek se zaměřuje na kyberšikanu, která představuje sociálně-patologický jev. Jádrem článku je komparace výzkumů SGS 2010 a SGS12/FF/2015 s názvem „Rizikové chování v kyberprostoru“. Jeho součástí je popis výskytu kyberšikany, jakož i jejich protagonistů a prostředků. Zároveň se věnujeme i jiným formám rizikového chování v kyberprostoru identifikovaným oběťmi i agresory. Závěr pojednává o aktivitách, jimiž se vysokoškolští studenti zabývají na internetu.

Klíčová slova: Kyberšikana. Protagonisté kyberšikany. Prostředky kyberšikany. Kyberstalking. Kybersexting. Předstírání identity.

Abstract: This paper focuses on cyberbullying, which is a social-pathological phenomena. The main interest of the article is to compare the results of researches in 2010 and 2015 (Risk behavior in cyberspace SGS12/FF/2015). This article contains a description of the occurrence of cyberbullying, as well as their protagonists and resources. Also the other forms of risk behavior in cyberspace identified from victim and aggressors are describe. The conclusion is devoted to activities that university students use to do at the internet.

Keywords: Cyberbullying. Cyberbullying protagonists. Cyberstalking. Cybersexting. Masqueareading.

Úvod do problematiky

Šikana představuje komplexní problém. Jedná se nejen o problém psychologický a pedagogický, ale také o problém sociologický a mravní. Patří také do sféry sociální práce (Vašutová et al. 2010). Šikanu chápeme jako násilně ponižující chování jednotlivce nebo skupiny vůči slabšímu jedinci, jenž nemůže ze situace uniknout a není schopen se účinně bránit. Bill Belsey definoval v roce 2001 termín **kyberšikana**. Situace se ještě více zkomplikovala s nástupem nových médií, která se označují jako **média digitální**, neboť „jsou založena na digitálním kódování obsahů, což zásadním způsobem ovlivňuje jejich technologické vlastnosti a do značné míry i způsoby, jimiž jsou užívána ke komunikaci. Užívání narůstá, sílí a vznikají tak nová nebezpečí, nové podoby zla“ (Macek 2011, s. 14).

Terminologie, zabývající se pojmem kyberšikana, není jednotná. Peter K. Smith společně s Robertem Slonjem (2007, s. 249) označují kyberšikanu jako „Agresivní, úmyslný čin, který provádí skupina nebo jedlivec pomocí elektronických forem kontaktu. Čin je prováděn opakovaně a je zaměřen na oběť, která se mu nedokáže bránit.“ Podle S. Hinduji a J. W. Patchina, lze kyberšikanu chápat „jako záměrnou, opakovanou a zraňující činnost využívající počítač, mobilní telefon a jiné elektronické přístroje. Uvádějí také další synonyma reprezentující kyberšikanu: cyber bullying, cyber-bullying, electornic bullying, e-bullying, cyber harassment, text bullying, sms bullying, mobile bullying, digital bullying, internet bullying, online social cruelty“ (Hinduja, Patchin 2009, in: Vašutová 2010).

„Komplexní a často užívanou definici nabízí (Priceová a Dalgleish 2010, s. 51, in: Černá 2013, str. 20): Kyberšikana je kolektivní označení forem šikany prostřednictvím elektronických médií, jako je internet a mobilní telefony, která slouží k agresivnímu a záměrnému poškození uživatele těchto médií. Stejně jako tradiční šikana zahrnuje i kyberšikana opakované útoky a nepoměr sil mezi agresorem a obětí“. Mezi hlavní znaky kyberšikany zařazujeme prostorovou a časovou neomezenost, anonymitu, jednosměrnou komunikaci, proměnu agresora, oběti i svědka, nemožnost úniku, znemožnění kontroly a

opakované zraňování oběti (Vágnerová 2009). Spears et al. (2009) rozděluje kyberšikanu na: *Skrytou kyberšikanu (covert cyberbullying)*, která odráží nepříjemné sociální a vztahové chování, které vede k vyloučení, izolaci a manipulaci. Do skryté formy kyberšikany zařazujeme šíření pomluv, obrázků, které se šíří mezi uživateli, aniž by o tom oběť věděla, zneužití anonymity neznámými uživateli za účelem zastrašování; a *otevřenou (zjevnou) kyberšikanu (overt cyberbullying)*, kdy jde o záměrné zneužití technologie za účelem způsobení újmy. Například úmyslné pořizování intimních nebo jiných fotografií a jejich následné použití k trápení oběti.

Tabulka č. 1: Rozdíly mezi tradiční šikanou a kyberšikanou

| Kyberšikana | Tradiční šikana |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rysy | |
| Úmyslné agresivní chování vnímané jako ubližující. | Úmyslné agresivní chování vnímané jako ubližující. |
| Opakování | |
| Děje se i vinou veřejné povahy internetu; agresor tak může jediným aktem zahájit kyberšikanu trvající delší čas. | Agresor opakovaně napadá oběť v průběhu času (jednorázový akt agrese není šikanou). |
| Mocenská rovnováha | |
| Oběť nedokáže obtěžování technologicky zabránit, agresor se může schovat za anonymitu internetu. Nerozhoduje fyzická síla, naopak znalosti technologií mohou být výhodou. | Oběť se silnějšímu agresorovi nedokáže bránit. Rozhoduje často fyzická síla či počet agresorů. |
| Přímá | |
| Úmyslné pořizování intimních či jiných fotografií, videí oběti a jejich umístování na internet. | Bití, poškozování majetku, krádeže věcí). |
| Verbální (např. urážlivé, výhrůžné e-maily či SMS). | Verbální (např. nadávky, urážky). |
| Neverbální (např. posílání výhrůžných nebo obscénních obrázků). | Neverbální (např. obscénní gesta). |
| Nepřímá | |
| Sociální (např. vylučování někoho z online skupiny). | Sociální (např. vylučování někoho ze skupiny). |
| Verbální (např. zveřejnění soukromé konverzace či informací, šíření pomluv na internetu). | Verbální (např. šíření pomluv). |

Agresor se vydává za někoho jiného; falešné nahlášení nepravého obsahu/chování.

Zdroj: Upravené podle Černá, 2013, s. 23

Protagonistou kyberšikany se může stát kdokoliv, neboť již není důležitá fyzická zdatnost, ale zvládnutá uživatelská komunikační a informační gramotnost. Šikanující zůstává anonymní (má tak široké pole působnosti) a využívá různé styly kyberšikanování. Liší se způsoby šíření činnosti i skrýváním agresorů (někteří jsou tajnůstkáři, zatímco jiní vyžadují své publikum). Kyberagresorem se může stát i člověk, který jedná neúmyslně. Motivy agresorů jsou rozdílné, proto neexistuje řešení, které je vhodné pro všechny případy (Kavalír 2009). Oběť kybernetické šikany může být vybrána náhodně a může se jí stát kdokoli. Ukazatelem rizikovosti jedince však může být jeho užívání či zneužívání prostředků informačních a komunikačních technologií. Předpokládá se, že oběti mohou být méně obratné v používání ICT, v kybersvětě se mohou chovat nezodpovědně až rizikově (např. zveřejňují své osobní údaje, fotografie atd.). Mezi další protagonisty kyberšikany patří publikum. Svědkem, divákem, se může stát v podstatě kdokoliv (Vašutová 2010). **Důsledky kyberšikany** mohou mít závažné dopady na zdraví jedince, především působí jako faktor vyvolávající a rozvíjející psychickou poruchu. Nejčastěji se u obětí objevují deprese, které mohou v případě neléčení vést až k omezení schopnosti fungovat v každodenním životě. Též se u nich může projevovat častý smutek, plačtivost, snížený zájem o aktivity nebo neschopnost těšit se z dříve oblíbených aktivit, ztráta energie, trvající pocit nudy, zvýšená podrážděnost či hněv a časté stížnosti na fyzické obtíže jako je bolest břicha či hlavy. Největším rizikem je sebevražda (Gajdošová 2011).

Informační a komunikační technologie se neustále rozvíjejí a jsou nedílnou součástí našeho osobního i pracovního života. Avšak tyto **prostředky kyberšikany** mohou být také zneužívány agresory kyberšikany pomocí mobilního telefonu nebo počítače, tabletu, notebooku připojeného k internetu. Mobilní telefon je elektronické zařízení, jehož může být zneužito ke kyberšikaně, a to ve formě telefonátů, nahrávek, posílání textových či multimediálních zpráv. Ke druhé skupině prostředků kyberšikany patří právě již zmiňovaný internet, přičemž nejstarší prostředek kyberšikany je email. Z výzkumu Nebezpečí internetové komunikace III z roku 2012 vyplynulo, že nejčastějším prostředkem zneužitým ke kyberšikaně, je sociální síť (40,45%). S větším odstupem pak následuje odesílání textových zpráv (27,68%) a instant messaging (24,5%). V novějším výzkumu Nebezpečí internetové komunikace IV., realizovaného v roce 2013, se potvrdily jako nejvyužívanější prostředky kyberšikany sociální síť (37,17%). K napadení oběti jsou dále využívány instant messaging (21,02%) a SMS zprávy (18,49%). (Vašutová a kol. 2010; Nebezpečí internetové komunikace, 2012, 2013). Kromě šikanování v prostředí kyberprostoru patří mezi rozšířené formy rizikového chování ve virtuálním prostředí také **kyberstalking, kybersexting a předstírání cizí identity**. Deirmenijan jako první v roce 1999 použil pojem kyberstalking. Charakterizoval ho jako stalking v kybernetickém prostoru (Čírtková 2008). Kyberstalking představuje opakované zasilání zpráv, které obsahují výhrůžky, útočná a zstrašující sdělení. Jejich součástí může být i vydírání, které je opakované, dlouhodobé, systematické a stupňovité s využitím IKT technologií (Černá a kol. 2013). Kybersexting představuje elektronické rozesílání textových zpráv se sexuálním obsahem, s vlastními obnaženými fotografiemi či videi. Dochází tak k poškozování oběti, ale též k jisté formě vydírání. Internet umožňuje rychlé získání obrázků a videí, a zároveň i rychle zveřejňování a rozposílání, které je anonymní. Sexting podporuje i šíření pornografie dětí a mladistvých, což je celosvětově zakázané (Kopuničová 2012). V České republice proběhl průzkum v této oblasti. Ten ukázal, že v roce 2011 až 8,25% z 9353 respondentů ve věku 11-17 roků umístilo na internet svoje vlastní sexuální materiály. 9,7% respondentů poslalo vlastní sexuální laděný materiál jiným

osobám (např. přítelkyni, příteli, kamarádům, partnerovi/ce atd.). 73,1% respondentů považuje sexting za rizikový a riskantní (Kopecký 2012). Anonymita ve virtuálním prostředí vytváří prostor pro experimentování se svou identitou, umožňuje vydávat se za někoho jiného anebo krádež identity s jejím následným zneužitím k negativním projevům (Kopuničová 2012).

Výzkumné cíle, metodologie

Cílem výzkumu v rámci projektu SGS 12/FF/2015 s názvem „*Rizikové chování v kyberprostoru*“ byla komparace výsledků s výzkumnou studií v rámci SGS 9/FF/2010 „*Kyberšikana z pohledu jejich protagonistů*“ a následné stanovení nových cílů zaměřené na další formy rizikového chování v kyberprostoru z pohledu agresora a oběti.

Cíl 1: Komparace výsledků výzkumných studií v rámci SGS 2010 a SGS 2015

Cíl 1.1 Frekvence činností respondentů na internetu

Cíl 1.2 Zastoupení protagonistů, identifikace agresorů z pohledu oběti

Cíl 1.3 Prostředky kyberšikany

Cíl 1.4 Strategie boje proti kyberšikaně z pohledu protagonistů kybernetické šikany

Cíl 2: Formy rizikového chování v kyberprostoru z pohledu oběti

Pro výzkumnou studii v roce 2010 (SGS 09/FF/2010) s názvem „*Kyberšikana z pohledu jejich protagonistů*“ byl použit *Ostravský dotazník ke kybernetické šikaně*, jehož se zúčastnilo 1030 respondentů z řad studentů a studentek Ostravské univerzity v Ostravě (Vašutová a kol. 2010). V roce 2015 v rámci výzkumu (SGS 12/FF/2015) s názvem „*Rizikové chování v kyberprostoru*“ byla použita baterie nástrojů. Pro účely tohoto projektu byl sestaven *Dotazník rizikového chování v kyberprostoru*, který vycházel z Ostravského dotazníku ke kybernetické šikaně, který byl doplněn a upraven. Formálně i obsahově je sestavený z různých typů otázek. Zastoupeny jsou položky uzavřené, kvalitativní a kvantitativní (dichotomické a škálové). Pokud jde o obsah, dotazník obsahuje 8 identifikačních otázek a 18 otázek týkajících se různých aspektů rizikového chování v kyberprostoru.

Výsledky výzkumů k cíli 1

Při položení otázky zjišťující, které činnosti respondenti realizují na internetu, se ukázalo, že nejčastěji vykonávanou činností respondentů v roce 2010 bylo **čtení a odesílání e-mailů (81,7%)** a **prohlížení webových stránek (79,0%)**. Ve výzkumu z roku 2015 se ukázaly výrazné rozdíly, kdy nejčastěji používanou činností se stalo **prohlížení webových stránek (66,3%)**, a **návštěva sociálních sítí (63,1%)**.

Tabulka č. 2: Frekvence činností realizovaných na internetu

| Činnost na internetu | | SGS 2010 | | | | | SGS 2015 | | | | |
|-----------------------------|---|-----------------|-------|-------|------|-------|-----------------|-------|-------|------|-------|
| | | Téměř každý den | Často | Občas | Málo | Vůbec | Téměř každý den | Často | Občas | Málo | Vůbec |
| Prohlížení webových stránek | N | 814 | 146 | 51 | 17 | 0 | 334 | 72 | 84 | 13 | 1 |
| | % | 79 | 14,2 | 5 | 1,7 | 0 | 66,3 | 14,3 | 16,7 | 2,6 | 0,2 |
| Čtení a odesílání e-mailů | N | 842 | 155 | 23 | 9 | 0 | 244 | 177 | 62 | 20 | 1 |
| | % | 81,7 | 15 | 2,2 | 0,9 | 0 | 48,4 | 35,1 | 12,3 | 4 | 0,2 |
| Prohlížení | N | 195 | 314 | 310 | 170 | 33 | 139 | 88 | 143 | 107 | 27 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|-------------|------|------|------|------|-------------|------|------|------|------|
| videa youtube.com | % | 18,9 | 30,5 | 30,1 | 16,5 | 3,2 | 27,6 | 17,5 | 28,4 | 21,2 | 5,4 |
| Návštěva sociálních sítí | N | 511 | 132 | 68 | 68 | 244 | 318 | 84 | 56 | 19 | 27 |
| | % | 49,6 | 12,8 | 6,6 | 6,6 | 23,7 | 63,1 | 16,7 | 11,1 | 3,8 | 5,4 |
| Chatování | N | 116 | 107 | 122 | 192 | 486 | 221 | 44 | 87 | 47 | 105 |
| | % | 11,3 | 10,4 | 11,8 | 18,6 | 47,2 | 43,8 | 8,7 | 17,3 | 9,3 | 20,8 |
| Využívání ICQ, SKYPE | N | 458 | 179 | 151 | 119 | 116 | 46 | 23 | 60 | 110 | 265 |
| | % | 44,5 | 17,4 | 14,7 | 11,6 | 11,3 | 9,1 | 4,6 | 11,9 | 21,8 | 52,6 |
| Posílání SMS, MMS | N | 298 | 203 | 148 | 123 | 251 | 187 | 29 | 70 | 55 | 163 |
| | % | 28,9 | 19,7 | 14,4 | 11,9 | 24,4 | 37,1 | 5,8 | 13,9 | 10,9 | 32,3 |

Zdroj: Vašutová a kol., 2010, s. 135, vlastní zpracování

Tabulka č. 3: Zastoupení protagonistů kyberšikany

| Protagonisté kyberšikany | SGS 2010 | | SGS 2015 | |
|--------------------------|----------|-----|----------|------|
| | N | % | N | % |
| Oběť | 35 | 3,4 | 190 | 37,7 |
| Agresor | 5 | 4,0 | 115 | 22,8 |

Zdroj: Vašutová a kol., 2010, s. 143, vlastní zpracování

Z tabulky 3 je patrný výrazný vzestup zastoupení protagonistů kyberšikany. Počet obětí v roce 2015 vzrostl oproti roku 2010 o **31%** a počet agresorů o **21,5%**.

Tabulka č. 4: Identifikace agresora z pohledu obětí

| Agresor podle oběti | SGS 2010 | | SGS 2015 | |
|---------------------------|----------|------|----------|------|
| | N | % | N | % |
| Někdo neznámý | 33 | 44,6 | 112 | 22,2 |
| Někdo mimo školu | 29 | 39,2 | 31 | 6,2 |
| Spolužák/spolužačka | 10 | 13,5 | 87 | 17,3 |
| Student z nižšího ročníku | 1 | 1,4 | 23 | 4,6 |
| Vyučující | 1 | 1,4 | 9 | 1,8 |

Zdroj: Vašutová a kol., 2010, s. 155, vlastní zpracování

Tabulka 4 představuje identifikaci agresorů z pohledu obětí. Z výzkumu realizovaného v roce 2010 vyplývá, že agresorem se nejčastěji stal **někdo neznámý (44,6%)** a **někdo mimo školu (39,2%)**. Opět se ukázaly rozdíly, kdy v roce 2015 označily oběti za nejčastějšího agresora **někoho neznámého (22,2%)** a **spolužáka či spolužačku (17,3%)**.

V rámci projektů realizovaných v roce 2010 a 2015 byly zkoumány prostředky kyberšikany z pohledu obětí. V obou projektech výsledky ukázaly, že nejčastěji používaným prostředkem je **zasílání SMS a MMS zpráv**.

Tabulka č. 5: Prostředky kyberšikany podle obětí

| Prostředky kyberšikany | SGS 2010 | | | | SGS 2015 | | | |
|-----------------------------|----------|------|-----|------|----------|------|-----|------|
| | Ano | | Ne | | Ano | | Ne | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| SMS, MMS | 41 | 33,6 | 81 | 66,4 | 171 | 34 | 333 | 66 |
| E-mailová komunikace | 30 | 24,6 | 92 | 75,4 | 59 | 11,7 | 445 | 88,3 |
| Chat, diskuse | 28 | 23 | 94 | 77 | 157 | 31,2 | 347 | 68,8 |
| Blog a jiné webové aplikace | 16 | 13,1 | 106 | 86,9 | 23 | 4,6 | 481 | 95,4 |
| Zneužití cizího účtu | 10 | 8,2 | 112 | 91,8 | 21 | 4,2 | 483 | 95,8 |

Zdroj: Vašutová a kol., 2010, s. 157, vlastní zpracování

Jedním z cílů studie v rámci projektu SGS12/FF/2015 bylo zjistit, jakou obrannou strategii by studenti středních a vysokých škol zvolili v případě kyberšikany. Z následující tabulky 6 vyplývá, že by se studenti nejčastěji svěřili svým rodičům, a to v celých 72,4%. Obdobné výsledky se prokázaly již v minulých výzkumech (viz Vašutová 2010, Panáček 2011). Následně by se v 57,7% snažilo blokovat přístup k záběrům, které by byly zraňující. 51,3% studentů by se svěřilo svému kamarádovi či kamarádce mimo školu. Jako efektivní se studentům zdá být strategie, kdy osloví agresora a požádají jej, aby šikanování zanechal, a to ve 38,4%. Alternativu svěřit se spolužákovi nebo spolužačce by volilo 37,6% studentů.

Tabulka č. 6: Strategie boje proti kyberšikaně z pohledu protagonistů

| Obranná strategie | SGS 2010 | | SGS 2015 | |
|-------------------------------------------------|----------|------|----------|------|
| | N | % | N | % |
| Svěřit se rodičům | 642 | 62,3 | 202 | 72,4 |
| Blokovat přístup k takovým záběrům na internetu | 528 | 51,3 | 161 | 57,7 |
| Svěřit se kamarádovi mimo školu | 424 | 41,2 | 143 | 51,3 |
| Říct tomu, kdo šikanuje, aby toho nechal | 384 | 37,3 | 107 | 38,4 |
| Svěřit se spolužákovi/spolužačce | 359 | 34,9 | 105 | 37,6 |

Kromě zkoumané kyberšikany se v kyberprostoru vyskytují i jiné formy rizikového chování, jako například kyberstalking (kybernetické pronásledování), kybersexting, předstírání identity a jiné. Ve výzkumu Rizikové chování v kyberprostoru (SGS12/FF/2015) jsme se zaměřili na výše zmíněné formy chování u vysokoškolských studentů.

Výsledky výzkumu k cíli č. 2

Tabulka č. 7: **Formy rizikového chování v kyberprostoru z pohledu oběti**

| Forma rizikového chování | ano | ne | N |
|---------------------------------|------------|-------------|----------|
| Předstírání identity | 89 (17,7%) | 415 (82,3%) | 504 |
| Kybersexting | 77 (15,3%) | 427 (84,7%) | 504 |
| Kyberstalking | 41 (8,1%) | 463 (91,9%) | 504 |

Při zkoumání toho, které formy rizikového chování identifikují oběti nejčastěji, se ukázalo, že nejvíc se střetávají s fenoménem předstírání identity. To potvrzují i jiné výzkumy (Young 1998; Hinduja & Patchin 2007), které považují anonymitu za důležitý aspekt vzniku rizikového chování v kyberprostoru. Celých 17,7% vysokoškoláků se stalo obětmi podvodu lidí, kteří v kyberprostoru předstírali, že jsou někým jiným. Druhým nejčastějším projevem kyberšikany u vysokoškoláků (obětí) se stal sexting (15,3%), tedy, že jiný člověk jim posílal zprávy, obrázky anebo videa se sexuální tematikou. Tyto zprávy, obrázky či videa jsou obětmi nevyžádané, často jimi označované jako nepříjemné a mající vtíravý charakter. Na třetím místě se nachází kyberstalking, anebo též kyberpronásledování, s nímž se střetlo 8,1% obětí. Jde o fenomén, který s využitím počítačových technologií vytváří dojem reálného pronásledování obětí. Jako u jediné z forem rizikového chování v kyberprostoru může následovat za kyberstalking (podle českých zákonů) trest, v případě prokázání, že jde o „trestný čin nebezpečného pronásledování s využitím počítačové technologie“. Oběti často popisují nepříjemné pocity z toho, že jim je narušeno soukromí, že se nežádoucí člověk objevuje v jejich blízkosti, zjišťuje si o nich prostřednictvím internetu informace a následně na ně vyvíjí nátlak.

Tabulka č. 8: **Formy rizikového chování v kyberprostoru z pohledu agresora**

| Forma rizikového chování | ano | ne | N |
|---------------------------------|------------|--------------|----------|
| Předstírání identity | 136 (27%) | 368 (73%) | 504 |
| Kyberstalking | 48 (9,5%) | 456 (90,50%) | 504 |
| Kybersexting | 42 (8,3%) | 462 (91,7%) | 504 |

Při zkoumání toho, které formy rizikového chování v kyberprostoru identifikují agresori nejčastěji, se ukázalo, že výrazně převládá hra s identitou. Z celkového počtu

dotázaných jich 27% již někdy předstíralo, že jsou v kyberprostoru někým jiným. Opět se potvrzuje hlavní aspekt virtuálního prostoru, jímž je anonymita. Jako další častá forma rizikového chování se ukazuje kyberstalking, kdy 9,5% respondentů již někdy využilo internet k získávání informací, jež byly později použity proti někomu při pronásledování prostřednictvím internetu. Vzhledem k povaze takového jednání, které může mít vážnou trestně-právní dohru, jde o závažné zjištění. O to více překvapující je, že se v takové míře objevuje u vysokoškoláků. Poslední formou rizikového chování v kyberprostoru je kybersexting. Podle našich zjištění 8,3% vysokoškolských studentů již zaslalo zprávu, fotografii a/nebo video se sexuálním obsahem cizímu člověku. Citlivost takových materiálů a jejich následná možnost zneužití proti odesílateli by měly být varující do té míry, aby se lidé tomuto jednání vyhýbali. Na základě těchto analýz můžeme říci, že vysokoškoláci se stávají nejen oběťmi rizikových forem chování se v kyberprostoru, ale sami některé formy kyberšikany realizují. Ukazuje se tak, že ani akademické prostředí není v tomto směru prostředím zcela bezpečným. Je proto namístě otázka, jak dále pracovat s takovými zjištěními a zvážit možnosti zapojení studentů do otevřené diskuse zaměřené na negativní důsledky kybernetické šikany.

Shrnutí a závěr

V rámci komparace výzkumů z let 2010 a 2015 se ukazuje vzrůstající trend v počtu zastoupení jak obětí, tak agresorů kyberšikany. Analýza výzkumných dat získaných v roce 2015 týkajících se frekvence činností realizovaných na internetu, přinesla tato zjištění: nejčastější činností respondentů na internetu bylo čtení a odesílání e-mailů, prohlížení webových stránek a návštěva sociálních sítí. Agresorem byla nejčastěji osoba oběti neznámá, dále pak spolužák či spolužačka. Prostředky, které kyberagresoři používali ke kybernetické šikaně, byly především tyto: SMS/MMS, chat/diskuse, blog. Nejfrekventovanější formou rizikového chování v kyberprostoru v roce 2015 u studentů na vysoké škole bylo předstírání identity v kyberprostoru, a to jak z pohledu obětí, tak i agresorů.

Pohnutky kyberagresorů vedoucí k šikanování obětí prostřednictvím elektronických médií mohou být různé, důsledky jejich negativního počínání však mají jedno společné: velmi často jsou devastující, neboť poznamenávají jak psychiku obětí, tak jejich postavení v dané sociální skupině. Jistá míra agresivity je sice člověku vrozená, avšak vhodně cílenou výchovou od útlého věku v rodině, a později ve škole a ve společnosti, je zapotřebí ji usměrňovat tak, aby nedosáhla stupně, na nějž pak nestačí ani síly odborníků. A to se nám zatím zcela nedaří. Zda se tak děje proto, že se ve výzkumech zatím soustředujeme více na průběh a následky agresivního chování dětí a mladých lidí v kyberprostoru i mimo něj, a méně na „živnou půdu“ naší agresivity, je jednou z otázek, na které bychom měli hledat odpovědi v blízké budoucnosti. Šikanování v jakékoliv podobě je potřeba stále detailněji zkoumat a řešení tohoto stále aktuálního jevu vyžaduje spolupráci všech zainteresovaných odborníků pomáhajících profesí.

Zoznam bibliografických odkazov

- GAJDOŠOVÁ, J., 2011. *Zdravotní a psychické následky kyberšikany mezi dětmi a dospívající mládeží*. Brno: Pedagogická fakulta MU.
- ČERNÁ, A., L. DĚDKOVÁ, H. MACHÁČKOVÁ, A. ŠEVČÍKOVÁ a D. ŠMAHEL, 2013. *Kyberšikana. Průvodce novým fenoménem*. Grada: Praha.
- ČÍRTKOVÁ, L., 2008. *Moderní psychologie pro právníky*. Praha: Portál.
- HINDUJA, S. & J. W. PATCHIN, 2007. Offline consequences of online victimization: School violence and delinquency. *Journal of school violence*, 6.
- HINDUJA, S. & J. W. PATCHIN, 2009. *Bullying Beyond the Schoolyard: Preventing and Responding to Cyberbullying*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- HINDUJA, S., & J. W. PATCHIN, 2015. *Bullying beyond the schoolyard: preventing and responding to cyberbullying*. Thousand Oaks: Corwin Press.
- KAVALÍR, A., 2009. *Kyberšikana a její prevence: příručka pro učitele*. Plzeň: Člověk v tísni.
- KOPECKÝ, K., 2012. *Výzkum E-Bezpečí 2012 – fakta o sextingu u českých dětí*. Portál Bezpečí: Olomouc, 2011. Retrieved from: <http://www.e-bezpeci.cz/index.php/veda-a-vyzkum/418-sexting> 2012.
- OROSOVÁ, O., A. JANOVSKÁ, V. KOPUNIČOVÁ & M. VAŇOVÁ, 2012. *Základy prevencie užívania drog a problematického používania internetu v školskej praxi*. Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. Filozofická fakulta.
- MACEK, J., 2011. *Úvod do nových médií*. Havířov: in-press.cz.
- ROGERS, V., 2011. *Kyberšikana*. Praha: Portál.
- VÁGNEROVÁ, K. a kol., 2009. *Minimalizace šikany: Praktické rady pro rodiče* Praha: Portál.
- VAŠUTOVÁ, M., K. BARTLÍKOVÁ, J. KITLIŇSKÁ, V. MORAVEC, J. NEVŘALA & M. PANÁČEK, 2010. *Proměny šikany ve světě nových médií*. Ostrava: FF, Ostravská univerzita.
- YOUNG, K. S. & R. C. Rogers, 1998. *The relationship between depression and internet addiction*. *CyberPsychology & Behavior*. Spring 1998 1(1), 25-28.
- SLONJE, R. & P. K. SMITH, 2008. Cyberbullying: Another main type of bullying? [online]. In *Scandinavian Journal of Psychology*. [cit. 2015-10-25]. Dostupné z: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=ce64238b-b0fe-4774-975f-c4db6b23d0b7%40sessionmgr4002&vid=4&hid=4210>>.
- SPEARS, B. et al., 2009. Behind the Scenes and Screens: Insights into the Human Dimension of Covert and Cyberbullying. [online]. In *Zeitschrift fuer psychologie: journal of psychology*. [cit.2015-10-25]. Dostupné z: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=7&sid=ce64238b-b0fe-4774-975f-c4db6b23d0b7%40sessionmgr4002&hid=4210&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=edsoai&AN=edsoai.822787454>>.

Kontakt na autorov

Doc. PhDr. et Mgr. Maria Vašutová, Ph.D.
 Katedra psychologie
 Ostravská univerzita
 Filozofická fakulta
 Reální 5
 701 03 Ostrava
maria.vasutova@osu.cz

PhDr. Viktória Kopuničová, PhD.
 Katedra psychologie
 Ostravská univerzita
 Filozofická fakulta
 Reální 5
 701 03 Ostrava
viktoria.kopunicova@osu.cz

Vplyv záťažových situácií na vznik novodobej nelátkovej závislosti poruchy príjmu potravy a možnosti ich zvládania

Dušan Šlosár (SR) - Zuzana Šoltésová (SR)

Abstrakt: Autori sa v príspevku zameriavajú na významnú novodobú nelátkovú závislosť – poruchy príjmu potravy. Cieľom príspevku je popísať stres, záťaž a vybrané záťažové životné situácie ako možné príčiny vzniku porúch príjmu potravy. Zároveň autori ponúkajú prehľad jednotlivých možností zvládania tejto záťaže. V prvej časti teoreticky vymedzujú poruchy príjmu potravy a ich dve najzávažnejšie formy – mentálnu anorexiu a mentálnu bulímiu. V ďalšej časti sa zameriavajú na popísanie príčin vzniku porúch príjmu potravy, s prepojením so záťažovými situáciami a možnosťami ich zvládania.

Kľúčové slová: Poruchy príjmu potravy. Mentálna anorexia. Mentálna bulímia. Stres. Záťaž.

Abstract: The authors of the report focus on modern-day major non-substance addiction - an eating disorder. The aim of this paper is to describe the stress, burden and stress chosen life situations as possible causes of eating disorders. At the same authors provide an overview of the options of coping with this burden. In the first part theoretically define eating disorders and their two most serious forms - anorexia nervosa and bulimia nervosa. The next part will describe the causes of eating disorders, with a link with situations of stress and their coping options.

Keywords: Eating disorders. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Stress. Load.

Úvod

V priebehu posledných 50 rokov sa výskyt porúch príjmu potravy výrazne zvýšil. Incidencia a prevalencia sa však neustále mení, čo je dôsledkom toho, že tí, ktorí trpia týmito poruchami odmietajú odhaliť svoj stav. V súčasnej dobe je tento druh novodobej nelátkovej závislosti jedným z najčastejších a najzávažnejších psychických porúch postihujúcich jedincov v akomkoľvek veku, s rôznym vzdelaním, ako aj kultúrnym a rodinným zázemím. Veková hranica začiatku ochorenia sa však neustále rozširuje. Mentálna anorexia a mentálna bulímia sa objavuje predovšetkým u žien a rôzne štatistiky uvádzajú, že zatiaľ čo mentálnou anorexiou trpí až 90% žien vo veku 12 až 18 rokov, pri mentálnej bulímii je toto číslo ešte vyššie, pričom sa vyskytuje výlučne v období 15 až 30 roku života (Pribešová 2007). Aj B. Chaki, S. Pal a A. Bandyopadhyay (2013) uvádzajú, že častejšie sa poruchy príjmu potravy vyskytujú u žien ako u mužov a objavujú sa predovšetkým v období dospelosti a rannej dospelosti, kedy je jedinec náchylnejší k emocionálnym výkyvom a vplyvom. Je to však aj v dôsledku mnohých zmien, ktoré so sebou toto obdobie života prináša. V priebehu dospelosti sa stretávajú aj s vplyvom médií, ktorý je v kontexte porúch príjmu potravy kontraproduktívny. Média totiž na jednej strane poskytujú informácie o mentálnej anorexii, mentálnej bulímii, ako aj o iných druhoch porúch príjmu potravy. Na strane druhej, propagujú diétny spôsob života a štíhlosť ako symbol príťažlivosti a záruky úspechu v profesionálnom živote jedinca. Práve v dôsledku individuálnych, rodinných a sociokultúrnych rizikových determinantov, ako aj v dôsledku vplyvu záťažových situácií sa môže stať porucha príjmu potravy jedným z riešení stresujúceho obdobia dospelosti.

Poruchy príjmu potravy

Základnou biologickou potrebou, ale aj prirodzenou potrebou človeka je jedlo (Pribešová 2007), ktoré má vplyv na vzhľad človeka, a tým sa stáva dôležitým činiteľom v procese jeho začleňovania do sociokultúrneho prostredia (Smolík 2002). Pre poruchy príjmu potravy je však charakteristický veľmi nezdravý a obmedzujúci príjem potravy, ktorý

vedie nielen k rôznym zdravotným a fyziologickým komplikáciám, ale taktiež aj k rôznym psychickým poruchám, ako sú poruchy osobnosti, úzkosti a depresie (Chaki, Pal, Bandyopadhyay 2013). H. Papežová (2005) uvádza, že poruchy príjmu potravy vznikajú kombináciou viacerých biopsychosociálnych faktorov a viacerými odborníkmi sú vnímané ako kontinuum patologického správania sa v stravovaní. Podľa I. Hupkovej (2009) sú v súčasnosti poruchy príjmu potravy rozšíreným sociálno patologickým javom, ktorý sa zaradzuje medzi formy rizikového správania so zreteľným závislostným aspektom. Rovnako ako pri iných druhoch závislosti a návykového správania sa, ide o vedomú formu sebapoškodzovania resp. sebadeštrukcie jedinca. Je však o to nebezpečnejšia, že sa prejavuje v primárnej potrebe človeka, a to vo vzťahu k jedeniu a jedlu. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO – World Health Organization) vyhlásila v roku 1987 poruchy príjmu potravy za jeden z najvýznamnejších problémov svetovej populácie (Levická, Kovalčíková, Kováčová 2014). V. Jamrišková a A. Heretik, jr. (2007) uvádzajú, že sú importantným psychosomatickým ochorením a tretím najčastejšie sa vyskytujúcim chronickým ochorením u dievčat v adolescencii. Podľa odhadov trpí niektorým z foriem porúch príjmu potravy približne osem miliónov ľudí na celom svete (Levická, Kovalčíková, Kováčová 2014). V súvislosti s týmto ochorením sa každému automaticky vybaví dve najzávažnejšie formy, a to mentálna anorexia (anorexia nervosa) a mentálna bulímia (bulimia nervosa).

Mentálna anorexia

Mentálna anorexia je najčastejšie označovaná ako závažné psychické a fyzické ochorenie, ktoré bolo prvýkrát zistené v 19. storočí vo Francúzsku (Beumont, Touyz 2003), kedy sa stala krehkosť a chudosť ideálom žien (Simpson 2002). Je to porucha, pre ktorú je charakteristické najmä úmyselné znižovanie telesnej hmotnosti (Pribišová 2007). Podľa S. Lee (in: Simpson 2002) ide o stav, ktorý sa vyznačuje odmietaním potravín, držaním rôznych druhov diét a amenoreou (absencia menštruačného krvácania), pričom sa vyskytuje predovšetkým u mladých žien. Osoby trpiace mentálnou anorexiou odmietajú jedlo, pretože jesť nechcú, nie preto, žeby po jedle netúžili alebo naň nemali chuť (Krch 2007), čo vedie k vychudnutosti týchto osôb a k tomu, že sú neschopné udržať si zdravú telesnú hmotnosť (Bulik, Reba, Siega-Riz, Reichborn-Kjennerud 2005).

Ako uvádza K. Pribišová (2007) najtypickejšou črtou anorektičiek je okrem zníženia váhy predovšetkým strach z obezity. Mnohé ženy trpiace týmto ochorením totiž stále trvajú na tom, že sú príliš tučné a musia schudnúť, aj napriek zjavným znakom štihlosti, čo vedie k tomu, aby sa pomenovanie mentálna anorexia nahradila pojmom „fóbia z váhy“. Podľa A. Dyer et. al. (2012) majú totiž osoby s poruchami príjmu potravy tendenciu preceňovať rozmery ich tela, zatiaľ čo zdraví jedinca degradujú veľkosť ich tela.

Medzi ďalšie symptómy anorexie, ktoré sa týkajú fyziologických procesov patria: porucha hormonálnej regulácie, chronická zápcha, zníženie telesnej teploty, zreteľná redukcia váhy, suché vlasy a koža. Okrem nich sa vyskytujú aj zmeny nálad, pohybová hyperaktivita, popieranie hladu, narušenie seba obrazu, porucha stravovacieho správania, popieranie chorobnej chudosti, sociálna izolácia (Pribišová 2007).

Mentálna bulímia

Mentálna bulímia je často krát pokračovaním mentálnej anorexie a najčastejšie sa prejavuje záchvatmi prejedania sa a zvracania. Práve tak, ako u mentálnej anorexii, aj tu zohráva váha dôležitú úlohu pri seba hodnotení. Pri záchvatoch prejedania osoba konzumuje v priebehu krátkej doby tisíce kalórií, ktoré sú v dôsledku rekriminácií svedomia kompenzované zvracaním, prípadne hladovkou, zneužívaním laxatív, či intenzívnym cvičením. Tieto záchvaty však jedinec nedokáže ovládať, čím pribúdajú myšlienky na prejedanie, jedlo a zvracanie, a stávajú sa jedinou náplňou života (Jamrišová, Paulinyová,

Horváthová 2010). Podľa F. D. Krcha (2003, s. 19) je mentálna bulímia: „porucha charakterizovaná predovšetkým opakujúcimi sa záchvatmi prejedania, spojenými s prehnanou kontrolou telesnej hmotnosti“.

Osoby, ktoré trpia mentálnou bulímiou však nemusia byť vychudnuté, ako osoby s mentálnou anorexiou. Práve naopak, môžu mať normálnu váhu alebo nadváhu, ale v ich očiach je ideálom krásy štíhlosť. Typické sú pre nich dve túžby: na jednej strane nutkavý pocit zjesť všetko, čo im príde „pod ruku“, ale na strane druhej, silná túžba byť, či ostať štíhli. Jediným riešením, ako zosúladiť tieto dve túžby, je pre nich bulimické správanie. Okrem uvedeného je pre osobu s týmto ochorením typické aj to, že sa izoluje od ostatných ľudí, vyhýba sa spoločnej konzumácii jedla s rodinou alebo priateľmi, trpí depresiami a málo si váži sama seba (Hupková 2008).

Okrem týchto dvoch novodobých nelátkových závislostí sú vo viacerých odborných publikáciách charakterizované aj iné formy (Pribišová 2007). I. Hupková (2009) k nim zaraduje záchvatovité prejedanie (binge eating disorders) a iné poruchy príjmu potravy, ako je ortorexia (chorobná posadnutosť zdravým stravovaním a zdravou výživou), bigorexia (posadnutosť fyzickým cvičením) a diétovanie.

Príčiny vzniku porúch príjmu potravy

Na vzniku porúch príjmu potravy sa podieľajú viaceré faktory, z čoho vyplýva, že neexistuje iba jedna príčina. Pri vzniku tejto novodobej nelátkovej závislosti ide o súhrn viacerých okolností, ktoré ich udržujú alebo podmieňujú a viacerí autori spomínajú súbor psychologických, biologických a sociokultúrnych faktorov (Jamrišová, Paulinyová, Horváthová 2010). Zvyčajne ide o vzájomné pôsobenie istých dispozícií s vonkajšími, záťažovými vplyvmi. Tieto záťaže však nemusia byť špecifické, nakoľko s nimi môžu prísť do kontaktu aj iní ľudia, ktorí na nich môžu reagovať iným spôsobom, ako sú poruchy príjmu potravy (Vágnerová 1999). Podľa E. Marádovej (2007, s. 15) vznikajú poruchy príjmu potravy: „dôsledkom vplyvu sociálnych a kultúrnych faktorov, nepriaznivých životných udalostí, chronických ťažkostí, nedostatočných sociálnych a rozhodovacích zručností a nakoniec aj biologických a genetických faktorov“. Ďalšími spúšťačmi však môžu byť aj životné udalosti ako napríklad rôzne druhy ochorení, nárážky na telesný vzhľad, osamostatnenie sa, vek, sexuálne zneužívanie, problémy v rodine (Zormanová 2008).

Záťažové situácie

Stres a záťaž sú v dnešnej dobe považované za hlavné príčiny civilizačných ochorení. Akékoľvek situácie, ktoré ponúkajú možnosti riešenia, alebo vyžadujú zmenu, či potrebnú adaptáciu, môžu byť pre človeka stresujúce resp. záťažové. Činnosť každého človeka je nielen automatickým prispôbením sa externému prostrediu, ale je to proces, v ktorom musí riešiť rôzne stresové, konfliktné a frustrujúce situácie. Každý človek však na určité životné a sociálne udalosti, a na ťažkosti, ktoré z nich vyplývajú, reaguje inak. Rovnako aj každá záťaž je prežívaná individuálne, preto má rôznu kvalitatívnu podobu, ako aj rôznu intenzitu (Račková 2010). Podľa J. Plamínka (2013, s. 128) je stres: „stav napätia, ktorým ľudský organizmus reaguje na podnety (stresory). O veľkosti stresu v ľudskom organizme rozhodujú dve podobné veličiny: záťaž, ktorá na organizmus pôsobí, a schopnosť organizmu túto záťaž znášať (odolnosť). Čím väčšia záťaž, tým väčší stres, a čím väčšia odolnosť, tým menší stres“.

Stres môže človeka mobilizovať, avšak v prípade, že je vnímaný ako nezvládnuteľný, vedie k bezmocnosti a k rôznym psychickým problémom. Závažný a intenzívny stres, ktorý sa označuje ako trauma je definovaný ako skúsenosť, ktorá pre väčšinu ľudí závažne presahuje ich bežný zážitok. V dôsledku fyzickej alebo emocionálnej traumy môžu viesť reakcie na neznesiteľnú duševnú bolesť k zvykom alebo správaniu, ktorých cieľom je znížiť negatívny emočný dopad stresu a uniknúť jeho zdrojom. Výsledkom toho je maladaptívne

správanie, ktorým si človek poškodzuje svoje zdravie, a u niektorých ľudí môžu vzniknúť poruchy príjmu potravy (Papežová 2004). Jednou z traumatických udalostí a zároveň aj spúšťacím faktorom porúch príjmu potravy patrí sexuálne zneužívanie, emocionálne a fyzické zneužívanie, šikanovanie a strata blízkej osoby (Tagay et al. 2014). V minulosti sa viacerí autori pokúsili svojimi štúdiami predložiť spojitost' medzi nadmerným stresom a poruchami príjmu potravy. V rámci novších štúdií sa však snažili pochopiť sprostredkujúce faktory medzi stresom a poruchami príjmu potravy, v rámci ktorých zistili, že táto novodobá nelátková závislosť je prejavom neefektívneho a maladaptívneho štýlu zvládania záťažových a stresujúcich situácií. Niektorí výskumníci dokonca zistili, že ženy trpiace mentálnou anorexiou a bulímiou majú menšiu dôveru vo svoje schopnosti riešiť problémy a horšie zvládanie zručností (Meyer 1997).

Sexuálne zneužívanie

Sexuálne zneužívanie patrí medzi traumatické udalosti, pričom dôsledky tohto činu majú veľký dopad na emocionálne a psychické zdravie obete. U obetí sexuálneho zneužívania sa následkom toho vyskytuje úzkostná porucha, depresia, ako aj rôzne druhy závislostí (Atkinson 2003). V súčasnosti je podľa P. Řičana, D. Krejčířovej a kol. (2006, s. 254): „spomínaný význam traumatických skúseností, spojených so zážitkom sexuálneho zneužívania, ktoré môže mať charakter ako spúšťacieho faktoru vo vývoji ochorenia, ale tiež faktora predisponujúceho k patologickej reaktivite v období dospievania“.

Podľa D. F. Meyera (1997) v súvislosti so vznikom porúch príjmu potravy existuje priama súvislosť s anamnézou sexuálneho zneužívania alebo traumou. V roku 1986 J. Lacey, S. Coker a S. Birchnell zistili, že 72% žien s mentálnou bulímiou mali pred vypuknutím choroby skúsenosť so znásilnením, boli nútené mať pohlavný styk v mladom veku, alebo mali skúsenosti s iným druhom sexuálneho zneužívania. Takisto aj J. Ronnan-Woodburn odhalil v roku 1989 významné vzťahy medzi sexuálnym zneužívaním a mentálnou bulímiou, a sexuálnym zneužívaním a mentálnou anorexiou. E. Bass a L. Davis podporili tieto zistenia prostredníctvom ich klinickej práce, v ktorej zistili, že stravovacie problémy sa môžu rozvinúť u mladých žien, ktoré boli sexuálne zneužitú (in: Meyer 1997).

Rozhodujúcim faktorom pre vznik mentálnej anorexie alebo mentálnej bulímie je aj vek obete v čase sexuálneho zneužitia. Keďže sa poruchy príjmu potravy najčastejšie vyskytujú v období dospievania, rizikovým faktorom pre vznik tohto ochorenia je, ak sa sexuálne zneužitie vyskytne pred týmto obdobím. V talianskej štúdií uskutočnenej A. Favarom, S. Ferrarom a P. Santonastasom (in: Preti et al. 2006), bol zistený významný vzťah a priama súvislosť medzi sexuálnym zneužitím pred 18 rokom života a vznikom mentálnej anorexie a mentálnej bulímie. Sexuálna viktimizácia môže u obeti vyvolať pocit odporu voči svojmu telu takým spôsobom, že sa zmiešajú obavy o telesnú hmotnosť, ako aj veľkosť a tvar postavy (Preti et al. 2006).

Vývojovo podmienené špecifické záťaže

K vzniku porúch príjmu potravy môžu významným spôsobom prispieť aj vývojovo podmienené špecifické záťaže, ktoré súvisia s obdobím dospievania. Môže ísť o sociálne, psychické a biologické zmeny, ktoré sú dané dospievaním. Dospievanie je rizikovým obdobím predovšetkým pre vznik mentálnej anorexie, nakoľko dochádza k rôznym biologickým zmenám, ale aj k záťaži spojenej s osamostatnením sa od rodiny, s prijatím ženskej roly, vrátane sexuality, a s rozvojom vlastnej identity (Vágnerová 2004).

Aj F. D. Krch (2004) uvádza, že sa počas obdobia dospievania diferencuje vlastné JA, narastá interest o svet rovesníkov a zároveň narastá sebauvedomovanie sa. V tomto období je

jedinec viac sociálne vnímavejší, a z tohto dôvodu je senzitívnejší, súťaživejší a menej sebavedomý. Dospievanie je tiež spojené so zásadnými sociálnymi zmenami, ktoré pre jedinca predstavujú značný stres a pocity neistoty, čím stúpa úzkosť a senzibilita na reakcie okolia. Jednou z významných zmien je osamostatnenie sa od rodiny, úsilie o samostatnosť a seba presadenie sa. V adolescencii totiž môže viesť skorá separácia od rodiny, bez ohľadu na to, aký ma vplyv na separačný proces, práve k poruchám príjmu potravy. Príčinou osamostatnenia sa od rodiny môže byť podľa F. D. Barth (2003) napríklad odchod na vysokú školu, čo predstavuje pre jedinca veľmi vzrušujúcu zmenu, ale zároveň aj náročnú a stresujúcu. A práve alkohol, drogy, ale aj poruchy príjmu potravy predstavujú jednu z možností ako sa vyrovnáť s touto, pre jedinca, záťažovou a stresujúcou životnou situáciou.

Zvládanie záťažových situácií

Od polovice 20. storočia dochádza k posunu od skúmania stresu, k skúmaniu možností jeho zvládania, ako aj k skúmaniu menších, každodenných stresov a kritických, zložitých životných udalostí (Ruiselová a kol. 2006). Zvládanie je podľa R. S. Lazarusa (in: Křivohlavý 2001) proces riadenia vnútorných a vonkajších faktorov, ktoré sú v strese hodnotené človekom ako ohrozujúce jeho zdroje.

Pre vedomý a aktívny spôsob zvládania stresu sa určil pojem coping, ktorý sa uplatňuje v situáciách, kedy je záťaž vzhľadom k rezistencii osobnosti nad priemerná alebo pod priemerná, a je teda nevyhnutné zvýšiť úsilie sa s touto záťažou vyrovnáť. Coping charakterizuje S. Folkman et al. (in: Paulík 2010, s. 79) ako: „behaviorálnu, kognitívnu alebo sociálnu odpoveď súvisiacu s úsilím osoby eliminovať, zvládať či tolerovať vnútorné alebo vonkajšie tlaky a tenzie pochádzajúce z interakcie osobnosti a prostredia“. V roku 1993 určil R. S. Lazarus (in: Paulík 2010) dva druhy copingu prihliadajúc na to ako pôsobia:

1. coping zameraný na problém (tento druh copingu jedinca využíva vtedy, ak sa domnieva, že je možné niečo urobiť, v dôsledku čoho vynakladá úsilie na získanie, využitie a uplatnenie informácií pri vyhľadávaní pomoci od iných ľudí alebo aj na zmenu vlastného správania),
2. coping zameraný na emócie (tento druh využíva jedinca ak dôjde k záveru, že sa nedá už nič urobiť, dôsledkom čoho sa pokúša vyhnúť myšlienkam na ohrozenie a mení svoj názor na to, čo sa bude diať alebo čo sa deje, a dáva javom alebo udalostiam iný význam).

Okrem týchto dvoch druhov copingu rozlišujú C. S. Carver, M. F. Scheier a J. K. Weintraub (in: Paulík 2010) tretiu skupinu disfunkčných spôsobov zvládania, ktoré charakterizujú ako **behaviorálne a mentálne oddialenie** (úsilie odpútať sa od problémov prostredníctvom upriamenia sa na iné činnosti, prejavy bezmocnosti, pasivity, rezignácie), **prejavovanie negatívnych emócií a úsilie vyhnúť sa ťažkej situácii a jej riešenia za pomoci drog alebo nelátkových závislostí, kde môžeme zahrnúť poruchy príjmu potravy.**

Väčšina ľudí vníma proces zvládania záťažovej situácie C. Snyder (in: Žiaková, Sabolová Fabianová 2015) ako samozrejmosť, nakoľko sa týka ich každodennej činnosti. Zvládanie, ako napríklad dýchanie, nevyžaduje žiadne zjavné úsilie, a preto je považované za automatický proces. Ak však ľudia čelia reálne ohrozujúcej udalosti – stresorom – v našom prípade sexuálnemu zneužívaniu, osamostatneniu sa a podobne - začnú si v uvedomovať, že je nevyhnutné urobiť určité kroky, ktoré im pomôžu zvládnuť situáciu. Z tohto hľadiska teda vedome uplatnia vlastnú stratégiu zvládania. U adolescentov má však podľa Ľ. Medvedovej (in: Hudečková 2010) zvládanie svoje špecifiká, pretože nemajú dostatočné skúsenosti, sú závislí od dospelých a majú obmedzenú dostupnosť zdrojov, ako aj mentálnu výbavu. Vekom rastie využívanie aktívnych stratégií zvládania, predovšetkým riešenie problému a vyhľadávanie sociálnej opory.

Sociálna opora (Hudečková 2010) je najčastejšie skúmaným zdrojom zvládania, ktorá sa tiež označuje ako sociálna rezerva, z ktorej môžu jedinci čerpať v prípade, že nezvládajú stresové situácie. Na jednej strane pôsobí ako zdroj zvládania (priamy efekt), na strane druhej ako stratégia zvládania (nárazníkový efekt). Dostupnú sociálnu oporu napríklad od rodinných príslušníkov, partnera, priateľov, širšej sociálnej siete, ale aj pomoc od profesionálov môžeme zahrnúť medzi protektívne faktory. Je veľmi dôležité, aby jedinec mal k dispozícii aspoň nejakú oporu, a aby ju dokázal prijať a adekvátne využiť, pretože ak sociálna opora chýba môže dôjsť k rôznym psychickým problémom jedinca, nachádzajúceho sa v záťažovej životnej situácii (Vágnerová 2004). Podľa L. Paškovej (2013, s. 232) bola sociálna opora: „jedným z prvých faktorov, ktoré boli identifikované ako faktory moderujúce vplyv nepriaznivých životných udalostí na psychickú pohodu človeka a následne na jeho zdravie“. Podľa A. Geckovej, M. Pudelského a J. Van Dijka (in: Pašková 2013) má sociálna opora v živote človeka význam hlavne tam, kde sa človek dostáva do nepriaznivej životnej situácie a usiluje sa ju zvládnuť. Sociálnej opore sa prisudzuje pozitívny vplyv na zdravie, jednak priamo – podporou duševného zdravia, ale aj nepriamo – podporou zdravia podporujúceho životného štýlu. J. Křivohlavý (2001) uvádza, že sociálna opora zmierňuje až odstraňuje negatívne účinky stresu, a tým chráni jedinca pred chorobou a úmrtím. Taktiež ho vedie k presvedčeniu, že si ho iní ľudia vážia, a ak to bude potrebné, ochotne mu poskytnú starostlivosť a pomoc, čo tvorí základ psychologického mechanizmu. Na základe tohto mechanizmu sociálna opora nielen že funguje, ale pomáha človeku účinne sa vyrovnáť s negatívnym vplyvom stresovej situácie. Sociálna opora má preto z tohto hľadiska význam aj v živote jedinca, u ktorého v dôsledku nepriaznivej životnej udalosti vznikla niektorá z foriem porúch príjmu potravy. Práve sociálna opora od rodinných príslušníkov, priateľov alebo pomoc z radu profesionálov im pomáha zvládnuť a vyrovnáť sa so záťažovou situáciou, či už spomínanú skúsenosť so sexuálnym zneužitím alebo osamostatníť sa, a tým pádom zmierniť alebo eliminovať následky mentálnej anorexie alebo bulímie.

Nakoľko sexuálne zneužívanie patrí medzi traumatickú udalosť a u obetí sexuálneho zneužívania sa následkom toho vyskytuje úzkostná porucha, depresia, ako aj rôzne druhy závislostí, kde môžeme zaradiť aj poruchy príjmu potravy, je jednou z možností zvládnutia tohto druhu záťaže aj kognitívno-behaviorálna terapia. Podľa J. Múdrej a D. Bultmanovej (2008, s. 127) je kognitívno-behaviorálna terapia: „zameraná na problém a na faktory, ktoré ho udržiavajú a nie na pôvodné zdroje tohto problému. Je založená na terapeutickú spolupráci, pacient a terapeut sú rovnocennými partnermi pri riešení pacientovho problému“. Behaviorálna terapia využíva imitáciu, posilňovanie, diskrimináciu, napodobňovanie nedepratívneho správania, teda reagovanie na rôzne situácie, napríklad nepriaznivé životné situácie, inými spôsobmi ako depresiou. Hlavným cieľom kognitívno-behaviorálnej terapie je zmierniť príznaky a naučiť klienta používať tieto postupy v bežnom živote pri riešení svojich problémov a zároveň sa vyhnúť alebo zmierniť riziko ďalšej depresie. Kognitívno-behaviorálna terapia môže prebiehať individuálne alebo skupinovo. Človek je však tvor spoločenský, a práve v interakcii so skupinou sa odкрývajú maladaptívne vzorce správania a dysfunkčné kognitívne schémy. V skupinovej psychoterapii sa uplatňujú tieto terapeutické faktory:

- **univerzalita** (klient sa v skupine oboznamuje s utrpením iných ľudí. Ak majú podobné ťažkosti ako on, prežíva s nimi pocit spolupatričnosti, a tým stráca pocit vyčlenenia a osamelosti, čím sa znižuje existenčná separačná úzkosť),
- **dodávanie nádeje** (klient má od začiatku pocit istoty a bezpečia, pričom mu terapeut poskytuje stabilitu a dôveru a usiluje sa ho vytrhnúť z depresívnej nečinnosti),
- **rozvoj komunikácie** (klient zisťuje, že mu pomáha rozprávanie a jeho úzkosť sa znižuje, čím dochádza ku katarzii napätia),

- **altruizmus, súdržnosť** (tým, že je klient začlenený do skupiny má pocit, že niekam patrí a zažíva dobrý pocit z toho, že pomáha druhému, čím pomáha sám sebe),

Na krátkodobú liečbu depresie vytvorili v roku 1984 G. L. Klerman, M. M. Weissman, B. J. Rounsavill a E. S. Chevron (in: Krch et al. 2005) interpersonálnu terapiu, pri ktorej je liečebný postup rozdelený do troch fáz:

- v 1. fáze sa identifikuje interpersonálny problém, ktorý viedol k rozvoju a udržiavaniu problémov s jedným,
- v 2. fáze sa uzatvorí terapeutická zmluva o práci na uvedených interpersonálnych problémoch a
- 3. fáza je zameraná na otázky, ktoré sú spojené s ukončením terapie.

Interpersonálna terapia síce napomáha jedincovi k zmene a je dlhodobo účinná, avšak kognitívno-behaviorálna terapia je odporúčaná ako prvá liečba, nakoľko má rýchlejšie účinky k ústupu príznakov porúch príjmu potravy. Podľa H. Papežovej (2010) sa interpersonálna terapia ukázala ako užitočná a významná pri riešení psychologických problémov, či už vzťahových, osobnostných problémov, nízkej frustračnej tolerancie, ale aj nízkeho sebavedomia, ktoré sú užitočné najmä v rámci prevencie relapsu ochorenia.

K zvládaniu záťažových situácií u jedincov s poruchami príjmu potravy môžu prispieť aj svojpomocné skupiny vedené odborníkmi alebo laikmi. Tieto skupiny poskytujú jedincom s týmto ochorením, ako aj ich rodinám dôležité informácie, ale zároveň sú aj zdrojom emocionálnej opory. Aj keď pre väčšinu pacientov nie je svojpomoc, ako jediný spôsob terapie, dostačujúcou pomocou, existuje určitá skupina pacientov s miernymi príznakmi porúch príjmu potravy, ktorá má úžitok aj z takejto úspornej intervencie (Krch et al. 2005).

Záver

Súčasná doba prináša posadnutosť kultom krásy a krásneho tela, v dôsledku čoho sa ľudia stále viac zameriavajú na svoj výzor. Neustále sú obklopení reklamami, ktoré vyzdvihujú štíhlosť, ako predpoklad úspechu v spoločnosti, ale aj ako ideál krásy a usilujú sa napodobniť tento prototyp, aby získali uznanie od svojich rovesníkov, ako aj od spoločnosti. Neadekvátny záujem ľudí o svoje telo a vzhľad je v súčasnosti na vysokej úrovni, a tým pádom môže ľahko nadobudnúť patologickú podobu. Poruchy príjmu potravy sú v dnešnej dobe veľmi rozšírené a čoraz častejšie sa stávajú závažným zdravotným a sociálnym problémom dospievajúcich dievčat nielen v západných krajinách Európy a USA, ale aj na Slovensku.

Poruchy príjmu potravy vznikajú dôsledkom vplyvu biologických, psychologických a sociokultúrnych faktorov. Okrem vplyvu médií môžu byť príčinou ich vzniku a spúšťačmi tohto ochorenia aj rôzne životné udalosti, ako aj problémy v rodine, osamostatnenie sa a sexuálne zneužívanie. Stres, záťaž a nepriaznivé životné udalosti majú však významný vplyv na vznik mentálnej anorexie alebo bulímie, a preto je veľmi dôležité, aby ich jedinec dokázal zvládnuť adekvátnym spôsobom. Jednou z možností ako sa s nimi vyrovnáť je dostupná sociálna opora od rodinných príslušníkov, priateľov, ale aj pomoc profesionálov, kde bez pochyby patrí aj pomoc sociálnych pracovníkov, ktorí môžu jedincovi poskytnúť účinnú pomoc a cenné rady na zvládnutie životných situácií, s ktorými si nevie pomôcť sám a v dôsledku ktorých už vypukla novodobá nelátková závislosť – poruchy príjmu potravy.

Zoznam bibliografických odkazov

- ATKINSON, R. L. et al., 2003. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.
- BARTH, F. D., 2003. Separate But Not Alone: Separation-Individuation Issues in Collage Students with Eating Disorders. In: *Clinical Social Work Journal*. Vol. 31, no. 2, pp. 139-153. ISSN 0091-1674.

- BEUMONT, P. J. V. a S. W. Touyz, 2003. What kind of illness is anorexia nervosa? In: *European Child & Adolescent Psychiatry*. Vol. 12, no. 1, pp. i20-i24. ISSN 1435-165X.
- BULIK, C. M., L. REBA, A.-M. SIEGA-RIZ a T. REICHBORN-KJENNERUD, 2005. Anorexia Nervosa: Definition, Epidemiology, and Cycle of Risk. In: *The International Journal of Eating Disorders*. Vol. 37, no. S1, pp. S2-S9, ISSN1098-108X.
- DYER, A., 2012. Body Image in Patients with Posttraumatic Stress Disorder after Childhood Sexual Abuse and Co-Occurring Eating Disorder. In: *Psychopathology*. Vol. 46, no. 3, pp. 186-191. ISSN 0254-4962.
- HUDEČKOVÁ, V., 2010. Zvládanie záťažových situácií, sociálna opora a reziliencia u adolescentov umiestnených v diagnostickom centre. In: V. HUDEČKOVÁ a P. BRYNDZÁK. *Križovatky II 2010*. Záhorská Bystrica: Maclix, s. 83-93. ISBN 978-80-969253-3-9.
- HUPKOVÁ, I., 2008. Chorobná závislosť od jedla ako jedna z foriem návykového, rizikového správania. In: *Sociálna prevencia*. Roč. 3., č. 1, s. 13-20, ISSN 1336-9679.
- HUPKOVÁ, I., 2009. Niektoré formy chorobnej závislosti od jedla ako jedna z foriem návykového rizikového správania. In: *Sociálna prevencia*. Roč. 4, č.2, s. 23-25, ISSN 1336-9679.
- CHAKI, B., S. PAL a A. BANDYOPADHYAY, 2013. Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa : a newly emerging eating disorder. In: *Journal of Human Sport and Exercise*. Vol. 8, no. 4, pp. 1045-1053, ISSN 1988-5202.
- JAMRIŠKOVÁ, V. a A. HERETIK, jr., 2007. Poruchy príjmu potravy na stredných školách. In: *Verejné zdravotníctvo*. Roč. 7, č. 3. ISSN 1337-1789.
- JAMRIŠOVÁ, V., M. PAULINYOVÁ a V. HORVÁTHOVÁ, 2010. Poruchy príjmu potravy. In: *Druhý Breh - Fórum pre duševné zdravie*. Roč. 1, č. 3-4, s. 24-25. ISSN 1339-0651.
- KRCH, F. D., 2003. *Jak bojovat s přejídáním*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0527-3.
- KRCH, F. D., 2004. Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. In: *Psychiatria pre prax*. Roč. 5, č. 1, s. 15-17. ISSN 1339-4258.
- KRCH, F. D. et al., 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0840-X.
- KRCH, F. D., 2007. Poruchy příjmu potravy. In: *Medicína pro praxi*. Roč. 4, č. 10, s. 420-422. ISSN1803-5310.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2.
- LEVICKÁ, K., KOVALČÍKOVÁ, N. a KOVÁČOVÁ L., 2014. Incidence of eating disorders in family environment in high school adolescents. In: *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. Vol. 132, no. 6, pp. 391-397, ISSN 1877-0428.
- MARÁDOVÁ, E., 2007. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 978-80-86998-09-2.
- MÚDRA, J. a D. BULTMANOVÁ, 2008. Kognitívno-behaviorálna terapia v liečbe depresí. In: *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*. Roč. 15, č. 2, s. 127-130. ISSN 1338-7030.
- MEYER, D. F., 1997. Codependency as a Mediator Between Stressful Events and Eating Disorders. In: *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 53, no. 2, pp. 107-116. ISSN 1097-4679.
- PAPEŽOVÁ, H., 2004. Stres, emoce a poruchy příjmu potravy. In: *Psychiatria pre prax*. Roč. 5, č. 6, s. 278-282. ISSN 1339-4258.
- PAPEŽOVÁ, H., 2005. Poruchy příjmu potravy, novější diagnostické jednotky, společnost a média. In: *Practicus*. Roč. 4, č. 4, s. 144-146. ISSN 1213-8711.
- PAPEŽOVÁ, H., 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy : Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.

- PAŠKOVÁ, L., 2013. Rodové rozdiely vo vnímanej sociálnej opore adolescentov. In: *Zborník vedeckovýskumných prác č. 14*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, s. 232-244. ISBN 978-80-557-0534-7.
- PAULÍK, K., 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2959-6.
- PLAMÍNEK, J., 2013. *Sebepoznání, sebeřízení a stres : Praktický atlas sebezvládnání*. 3. vyd. Praha: GradaPublishing. ISBN 978-80-247-4751-4.
- PRETI, A. et al., 2006. Sexual abuse and eating disorder symptoms: the mediator role of bodily dissatisfaction. In: *Comprehensive Psychiatry*. Vol. 47, no. 6, pp. 475-481. ISSN 0010-440X.
- PRIBIŠOVÁ, K., 2007. Klinická psychológia vyššieho veku. In: A. HERETIK, A. HERETIK, jr. a kol., eds. *Klinická psychológia*. Nové Zámky: PSYCHOPROF, s. 401-438. ISBN 978-80-89322-00-8.
- RAČKOVÁ, M., 2010. Mentálne zdravie a stres. In *Zdravie ako základný predpoklad rozvoja ľudského potenciálu*. Podhájska: Východoeurópska agentúra pre rozvoj, s. 139-145. ISBN 978-80-970277-1-1.
- ŘÍČAN, P., D. KREJČÍŘOVÁ a kol., 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1049-8.
- RUISELOVÁ, Z. a kol., 2006. *Štýly zvládania záťaže a osobnosť*. Bratislava: Slovak Academic Press. ISBN 80-88910-23-4.
- SIMPSON, K. J., 2002. Anorexia nervosa and culture. In: *Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing*. Vol. 9, no. 1, pp. 65-71. ISSN 1365-2850.
- SMOLÍK, P., 2002. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Olomouc: Maxdorf. ISBN 80-85912-18-X.
- TAGAY, S. et. al., 2014. Eating Disorders, Trauma, PTSP, and Psychosocial Resources. In: *Eating Disorders*. Vol. 22, no. 1, pp. 33-49. ISSN 1532-530X.
- VÁGNEROVÁ, M., 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese : variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-678-0.
- VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- ZORMANOVÁ, L., 2008. Gender a poruchy příjmu potravy. In: E. ŘEHULKA. *ŠKOLA A ZDRAVÍ : Sociální a zdravotní aspekty výchovy ke zdraví*. Brno: MSD, s. 179-183. ISBN 978-80-7392-043-2.
- ŽIAKOVÁ, E. a T. SABOLOVÁ FABIANOVÁ, 2014. Osobnostné predpoklady sociálneho pracovníka ako nápomocný faktor ku zvládaniu klientskej agresie. In: E. ŽIAKOVÁ, ed. *Ako nájsť zmysel života v sociálnej práci s rizikovými skupinami*. Košice: Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ. ISBN 978-80-8152-140-9.

Kontakt na autorov

Mgr. Zuzana Šoltéssová

Katedra sociálnej práce FF Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Moyzesova 9, 040 59 Košice, Slovenská republika

email: zuzana.soltesova89@gmail.com

doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD.

Katedra sociálnej práce FF Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Moyzesova 9, 040 59 Košice, Slovenská republika

email: dusan.slosar@upjs.sk

Zvládanie zát'aže pri riadení mimovládnej organizácie

Monika Ponevská (SR) - Alena Bašistová (SR) - Soňa Hlaváčová (SR)

Abstrakt: *V modernej histórii sa o pojme „manažérske riadenie“ začína hovoriť až v 20. storočí, a to najmä s rozvojom vedeckého manažmentu. Mimovládne organizácie, pojem, ktorý po roku 1989 nadobudol veľkého významu, kvôli poslaniu a účelom, pre ktorý sú zakladané. Výrazným nárastom podielu neziskových organizácií pôsobiacich v sociálnej oblasti dochádza aj k progresu požiadaviek na kvalitu ich riadiaceho manažmentu, pretože dôležitým hľadiskom týchto organizácií je ich financovanie. Zakladajú sa s účelom nevytvárať zisk, ale nejakým spôsobom musia získavať prostriedky na svoju prevádzku. Téma organizácií tretieho sektora v spojení s procesmi úspešného riadenia a vedenia je v súčasnej dobe nesúcej dopad hospodárskej a morálnej krízy nanajvyš aktuálna, pretože nie je reálna existencia neziskovej organizácie bez finančnej a ľudskej podpory. Článok je krátkym exkurzom do problematiky MVO pôsobiacich v sociálnej oblasti s vyzdvihnutím dôležitosti procesov riadenia a akcentom na strategické riadenie, pričom poskytuje praktické návody prostredníctvom analýzy a zverejnenia interných materiálov nadácie, ktorej zakladateľkami sú autorky príspevku.*

Kľúčové slová: *Mimovládne organizácie. Manažment. Strategické riadenie. Finančné riadenie.*

Abstract: *In the modern history of the concept of "management control" begins to speak in the 20th century, especially with the development of scientific management. NGOs, a term which after 1989 became of great importance, because mission and purpose for which they are based. A significant increase in the share of non-profit organizations working in the social field also happens to the progression requirements for quality management of their management as an important aspect of these organizations is their funding. They are based on the purpose unprofitable but somehow they must raise funds for its operation. The topic of third sector organizations in connection with the successful process of management and leadership is currently bearing the impact of the economic and moral crisis highly topical because it is not real existence non-profit organization of financial and human support. The article is a brief excursion into the problems of NGOs working in the social field by highlighting the importance of process management and emphasis on strategic management, providing practical guidance through the analysis and publication of internal materials Foundation, founded by the author's contribution.*

Keywords: *Non-governmental organizations. Management. Strategic management. Financial management.*

Úvod

Keď sme sa pred štyrmi rokmi rozhodovali, aký typ neziskovej organizácie si založiť, tak sme si preštudovali viaceré informácie a dokumenty súvisiace s účtovníctvom, daňami, možnosťami spolupráce s inými organizáciami ako aj možnosťami poskytovať rôzne služby. Najlepšie sa nám javila Nadácia, jednak vzhľadom na spoluprácu s rôznymi subjektami ako aj uchádzaním sa o príspevok z daní, či adekvátnym marketingom smerom k externému prostrediu (iné subjekty, klienti, médiá a pod.). V súčasnosti fungujeme na trhu spomínané štyri roky a doposiaľ sme poskytovali predovšetkým:

- a) podporu, rozvoj a realizáciu vzdelávacích kurzov, zabezpečujúcich zdokonalenie a prehĺbenie vedomostí adresátov z okruhu cieľových skupín (deťom v detských domovoch, detským domovom, občianskym združeniam, neziskovým organizáciám,

vzdelávacím inštitúciám, zdravotníckym inštitúciám, samosprávam, športovým klubom a ďalším právnickým osobám a združeniam),

- b) podporu, rozvoj a realizáciu odborných vzdelávacích kurzov a poradenstva v oblastiach sociálnej práce, psychológie, marketingu, manažmentu, personálnej práce, riadenia ľudských zdrojov, a pod. pre adresátov z okruhu cieľových skupín uvedených vyššie.

Nedá nám však nespomenúť, že vzhľadom na neustále meniace sa legislatívne podmienky typu: povinnosť auditu, ktorý stojí cca 500 €, povinnosť zverejňovania v obchodnom vestníku, povinnosť zverejňovania v databáze správy finančnej kontroly, v databáze štatistického úradu SR, zmena z 2 % na 1,5 % pri daniach zo strany PO, sme zvažovali, či nadáciu napokon nezrušiť. Neustále meniace sa podmienky ako aj administratívna záťaž a poplatky za audit, či pokuty, ktoré vyplynuli zo zmeškaných termínov, ktoré nebolo v ľudských silách možné sledovať, nás viedlo k rozhodnutiu, nadáciu zrušiť. No napokon sme vytrvali a v súčasnej dobe sme rozhodnutí do nášho portfólia zahrnúť aj projekt, ktorý bude zameraný na prepojenie všetkých troch sektorov spoločenského a ekonomického života, ktorými sú: verejná správa, podnikateľský sektor a MVO, nakoľko sme presvedčení o tom, že v záujme fungovania spoločnosti a vytvárania synergií pri dosahovaní spoločensko-ekonomických cieľov je nevyhnutné, aby subjekty z rôznych sektorov vstupovali do vzájomných vzťahov a rozvíjali vzájomnú spoluprácu (v našom prípade orientovanú primárne na sociálnu oblasť). Chce to ale obrovskú dávku entuziazmu, sily, kontaktov, dobrých vzťahov s rôznymi ľuďmi a hlavne vytrvalosti. A musíme podotknúť, že nezisková organizácia je v prvom rade o osobnom presvedčení konať dobro. Nečakajte z nej ani zisky, ani výhody, ani pochvaly. Je to jednoducho pot a krv premenené na presvedčenie prispieť k spoločným dobrám.

Základné charakteristiky MVO pôsobiacich v sociálnej oblasti

V zahraničnej literatúre pojem „third sector“, čiže tretí sektor prvýkrát zaviedol v sedemdesiatych rokoch 20. storočia americký sociológ Etzioni (1978), ktorý ním popisoval akúkoľvek oblasť, ktorá vnáša nové možnosti vo vytváraní výkonov a služieb vo verejnom záujme a pre všeobecné blaho. Všeobecne prospešné spoločnosti pôsobiace v oblasti tretieho sektora sú tu vlastne preto, aby spájali pozitívne stránky dvoch protihľadných svetov a to trhu a štátu a zároveň nadobúdali vlastné špecifiká (Birkholzer 2005, s. 9).

Komplexnú a medzinárodne uznávanú charakteristiku neštátnych neziskových organizácií uvádzajú Salamon a Anheir. Podľa tzv. štrukturálno-operačného vymedzenia sú neštátne neziskové organizácie tie organizácie, ktoré podľa Škarabelovej (2002, s. 7) spĺňajú päť základných vlastností a to, že sú:

- Inštitucionalizované (organized) - majú určitú inštitucionálnu a organizačnú štruktúru, určitú skutočnosť bez ohľadu na to, či sú formálne alebo právne registrované.
- Súkromné (private) - sú inštitucionálne oddelené od štátnej správy a nie sú ňou riadené.
- Neziskové (non-profit) - v zmysle nerozdeľovania zisku, t.j. nepripúšťa sa u nich žiadne prerozdeľovanie ziskov získaných z činnosti organizácie medzi vlastníkov alebo vedenie organizácie. Neziskové organizácie môžu svojou činnosťou vytvárať zisk, avšak ten musí byť použitý na ciele dané poslaním organizácie.
- Samosprávne a nezávislé (self-governing) - majú vlastné postupy a štruktúry, ktoré umožňujú kontrolu vlastných činností, tzn., že nie sú ovládané zvonku, ale sú schopné riadiť samé seba. Nekontroluje ich štát, ani inštitúcie stojace mimo nich.
- Dobrovoľné (voluntary) - využívajú dobrovoľnú účasť na svojich činnostiach, pričom dobrovoľnosť sa môže prejavovať ako výkonom neplatenej práce pre organizáciu, tak formou darov alebo čestnou účasťou v správnych radách.

Neziskový sektor v Európskej únii je veľmi rozmanitý, čo je spôsobené rozdielnymi ľudskými záujmami a tiež geografickými a kultúrnymi rozdielmi v jednotlivých oblastiach EÚ. Preto nie je možné neziskový sektor zjednocovať tak, ako napríklad spoločný trh alebo iné spoločné politiky. Z tohto dôvodu zostáva právna úprava neziskového sektora v právomoci členských štátov (Čepelka 2003, s. 22).

Na úprave neziskového sektora sa na Slovensku podieľajú viaceré zákony. Každý typ neziskovej organizácie upravuje osobitný zákon. V súčasnosti naše zákonné normy požadujú, aby sa akékoľvek neziskové organizácie vtesnali do zákonom stanovených organizačných foriem. Pre každý typ takejto organizácie je vydaný špeciálny zákon. Všetky musia absolvovať zákonom stanovený registračný proces a v rámci neho štátu predložiť požadované dokumenty (formálny písomný návrh, stanovky, štatút, zápisnice atď.).

Z deklarácie orientácie našej nadácie na sociálnu oblasť vyvstáva všeobecná otázka, akú úlohu hrajú neštátne neziskové organizácie v tejto oblasti? Prevažne poskytujú služby svojim klientom a verejnosti. Servisná funkcia je ich podstatou. Sem spadá sociálna starostlivosť, sociálna prevencia a poradenstvo, vzdelávanie v oblasti sociálnych služieb a zanedbateľná nie je ani rola komunitná. Prevažne sú to sociálne organizácie - lídri vo svojom regióne, ktoré participujú na komunitnom rozvoji, podieľajú sa na systémovom plánovaní a rozvoji sociálnych služieb, ale zaoberajú sa aj všeobecnými problémami s dopadom na celú sociálnu oblasť.

Neštátne neziskové organizácie v oblasti sociálnej vo svojom súhrne teda poskytujú komplexné služby zacielené na zachovanie a skvalitnenie života svojich klientov. Klient je u nich primárnym cieľom. Spôsob zabezpečenia služby je variabilný a flexibilný, zohľadňuje individuálne a špecifické potreby klientov. Nezriedka, aj vďaka pôsobeniu cirkevných organizácií, zahŕňa nadhodnotu spočívajúcu v pochopení, empatii, ľudskej spolupatričnosti, morálnej podpore. Zo všetkých týchto dôvodov sú neštátne neziskové organizácie pôsobiace v oblasti sociálnej nezastupiteľné (Bergerová 2013, s. 16).

Medzi neziskovými organizáciami (čo platí obzvlášť o neziskových organizáciách v oblasti sociálnej) a inými subjektmi (obchodnými spoločnosťami) sú podstatné rozdiely (Turnerová 2007). Pripomeňme spôsob nakladania so ziskom. Firmy ho rozdeľujú, neziskové organizácie investujú do prevádzky a rozvoja služieb, napr. pre tých, ktorí sa ocitli v ťažkej životnej situácii. Firmy aj neziskové organizácie vkladajú svoje finančné zdroje do starostlivosti o klientov. Pre firmy je spokojný klient prostriedkom na dosiahnutie konečného cieľa - zisku. Unikátnosť neziskovej organizácie spočíva v tom, že klient je prvoradým cieľom. Zisk je iba prostriedkom k naplneniu tohto cieľa.

Navyše, aj nezisková organizácia musí byť dynamická a flexibilná, aby jej činnosť smerovala k efektívnemu fungovaniu. Na zabezpečenie svojho chodu potrebuje predovšetkým ľudský a finančný kapitál. Podľa spoluautorov Šedivého a Medlíkovej (2009) je know-how úspešnej neziskovej organizácie dané nasledujúcimi bodmi:

- má zrozumiteľné poslanie,
- strategicky plánuje,
- má funkčné štatutárne orgány (správnu radu),
- je ju vidieť a počuť v dôsledku pozitívnych hodnotení,
- rozvíja firemnú kultúru,
- zaujíma sa o budúcnosť a je schopná odhadnúť zmeny,
- má jasné vnútorné procesy a pravidlá,
- má viac zdrojové financovanie,
- má fundraisera.

Ako vidieť, ziskové aj neziskové subjekty sa ocitajú v spoločnom priestore ponuky a dopytu a všetky v ňom chcú obstáť. S podporou efektívneho riadenia majú šancu uspieť aj mimovládne organizácie.

Vybrané procesy riadenia MVO

Základom riadenie je „proces tvorby a implementácie rozvojových zámerov“ ako uvádza Souček (2003, s. 25), ktoré majú rozhodujúci význam pre budúcnosť inštitúcie. Zdôrazňujú špecifickosť a jedinečnosť organizácie, ktorá podporuje aj jej konkurencieschopnosť. Riadenie je nepretržitý rozhodovací proces, voľba optimálnych variantov riešenia a ich realizácia. Hovoríme o dvoch úrovniach riadenia. O **strategickom riadení**, ktoré rieši kľúčové otázky organizácie s dlhodobými dopadmi na jej život a o **operatívnom riadení** neziskových organizácií, ktoré ošetruje ich každodennú prevádzku. Obe roviny spolu úzko súvisia. Strategické riadenie vymedzuje mantinely pre operatívu, realizuje sa prostredníctvom operatívy. Tá naopak poskytuje spätnú väzbu a overuje platnosť strategických rozhodnutí (Bergerová 2013, s. 21).

K formulovanie strategických rozhodnutí je nutné, aby si organizácia odpovedala na tieto elementárne otázky (Mallya 2007, s. 16-17):

- Čo sa organizácia snaží dlhodobo dosiahnuť ?.
- Ktoré aktivity sú pre ňu kľúčové?
- Aké produkty / služby poskytuje?
- Na akom trhu / komu produkty ponúka?
- Ako vytvára cenu pre svoje produkty / služby?

Rámcové odpovede nájdeme v pojmoch, ktoré sú pre vytvorenie stratégií a strategických plánov kľúčové - poslanie, ciele, vízie, hodnoty.

Poslanie

Poslanie je elementárna informácia, ktorú o sebe organizácia poskytuje, ktorou sa predstavuje verejnosti. V poslaní organizácia oznamuje kým je, o čo sa usiluje, ako toho dosahuje (Bárta 1997). Poslaním odpovedá na tieto otázky:

- Prečo sme tu?
- Kam smerujeme?
- Čomu, komu slúžime?
- Aká je naša história (čo sme v minulosti dokázali)?
- Na akých hodnotách stavíme?
- V čom sme jedineční?

Poslanie je základným dokumentom organizácie. Má dlhodobú životnosť. Upravuje sa len vo výnimočných prípadoch, a to v situácii, keď sa zásadným spôsobom premieňa život organizácie. Napr. pri zmene okruhu klientov, pri zmene poskytovaných služieb, pri zmene cieľov apod.

Ciele, vízie

Pre účel nášho textu chápeme cieľ ako konkrétny stav, ktorý dosiahneme v stanovenom časovom období prostredníctvom jasne vymedzených činností. Víziou myslíme stav o vzdialenej budúcnosti, ku ktorému sa chceme priblížiť. Cieľ je objektivizovaný stav, jeho dosiahnutie je reálne, organizácia má predpoklady k nemu dospieť.

Vízia predstavuje stanovený ideál.

Hodnoty

Pomenovaním preferovaných a rešpektovaných hodnôt organizácie označuje, čoho si cení, aké princípy ctí, akými zásadami sa riadi. Organizácia vymedzuje svoj vzťah ku klientom, k zamestnancom, k svojmu okoliu, ku konkurentom atď. Hodnoty vyjadrujú „ducha“ organizácie, jej etické postoje a jej vzťah k spoločnosti.

Poslanie, ciele, vízie a hodnoty sa spravidla vytvárajú na úrovni manažmentu. Pre efektívne riadenie organizácie je však nevyhnutné, aby boli konsenzuálne akceptované

všetkými osobami, ktoré do organizácie vstupujú. Poslanie, ciele, vízie, hodnoty sú multifunkčné dokumenty. Sú východiskom pre tvorbu stratégie organizácie. Majú zásadný význam aj pre kontakt organizácie s vonkajším svetom. Sú oznámením, ktoré organizácia komunikuje so spoločnosťou. Musia teda byť zrozumiteľné širokej verejnosti. Ďalšími požiadavkami je stručnosť, zaujímavosť a jedinečnosť. Tieto atribúty podporia ich zapamätateľnosť. Takto formulované dokumenty sú dobrým východiskom nielen pre stratégiu organizácie, ale aj pre jej PR, marketing a fundraising (Bergerová 2013, s. 23).

Príklad z praxe neziskovej organizácie

Poslaním našej Nadácie je podporovať a presadzovať verejnoprospešný účel v súlade s cieľmi a aktivitami nadácie, ktoré sú smerované ku skvalitneniu a aktivizácii životov ľudí, ktorí sa z najrozličnejších dôvodov ocitajú v stave sociálnej exklúzie, napätia, alebo non-konformity. Uvedomujeme si, že ďalšie uplatnenie týchto ľudí, úspešný nový štart a využitie predpokladov však vo veľkej miere závisí na podpore a pomoci okolia, preto je naším cieľom byť užitočným a priateľským sprievodcom a pomocníkom pri zvládaní ťažkých životných situácií ľudí ohrozených sociálnym vylúčením, ako aj pri vytváraní podmienok pre ich ďalší život a riešení problémov, ktoré im postupne život môže priniesť.

Víziou našej Nadácie je byť jedinečnou neziskovou organizáciou na poli MVO na Slovensku v zmysle prepojenia verejnej správy, podnikateľského sektora a MVO na jednom portáli, kde sa klient dokáže bezproblémovo zorientovať a nájsť požadované informácie a pomoc.

Naším poslaním je poskytovať kvalitné vzdelávanie a služby v oblasti poradenstva, realizovať aktivity pre rôzne cieľové skupiny aj komunity, prepájať rôznorodé subjekty pôsobiace vo všetkých sektoroch do vzájomných vzťahov, aby rozvíjali vzájomnú spoluprácu, výsledkom ktorej bude rešpektovanie humanizmu voči osobám v krízových sociálnych situáciách, ale tiež rešpektovanie myšlienkového postulátu, že význam nástrojov vzájomnej humánnej, ale aj profesionálnej sociálnej pomoci sústavne rastie.

Hodnotu pre nás predstavuje úcta a rešpekt ku každému človeku a profesionalita nášho prístupu, ktorej výstupom je klient vyrovnanejší, silnejší vo svojich vlastných schopnostiach a lepšie vybavený pre praktický život.

Strategické plánovanie

Riadenie organizácie je zaisťované radom procesov, ktoré prebiehajú paralelne, na rôznych úrovniach, vzájomne do seba vstupujú, ovplyvňujú sa. Kľúčovým procesom je strategické plánovanie, ktoré dáva dlhodobú predstavu o programe organizácie, o spôsoboch, akými dosiahne svoje ciele. Berie do úvahy vonkajšie prostredie, v ktorom organizácia pôsobí, vrátane existujúcej legislatívy, ekonomickej situácie, trhu a sýtosti jeho ponuky. Zohľadňuje prognózy a predpokladané zmeny. Počíta s dispozíciami organizácie, jej silnými a slabými stránkami atď. (Fiala 2004).

Strategické plánovanie je základom všetkých ďalších riadiacich procesov, ktoré v organizácii prebiehajú. Obsahuje východiská pre personálny plán a personálne riadenie. Z neho vychádza predstava o organizačnej štruktúre, o štýle manažérskeho riadenia a kultúre organizácie, o ustanovovaní tímov a ich práci, o potrebnej kvalifikácii pracovníkov a ich ďalšom vzdelávaní atď. Strategický plán organizácie je východiskovým dokumentom aj pre finančné riadenie organizácie. Z neho vychádzajú informácie o finančných potrebách organizácie, o spôsoboch a časovom horizonte ich naplnenia, o metódach fundraisingu (Marček 2010).

V praxi strategický plán vymedzuje mantinely aj pre komunikačné stratégie, pre PR neziskovej organizácie, pre jej marketingové plány a môže sa stať východiskom pre ďalšie dokumenty a oblasti riadenia -napr. riadenie kvality služieb klientom, riadenia prepravy (v

organizáciách zaisťujúcich transport klientov s pohybovými problémami), riadenie komunikačných technológií (pre organizácie s klientmi s poruchami zraku, sluchu atď.) a pod. To všetko záleží na zameraní neziskovej organizácie.

Strategické plány teda obsahujú:

- štruktúrované ciele - hlavný cieľ, strednodobé a krátkodobé ciele,
- stratégie pre ich dosiahnutie,
- vymedzenie plánovaných služieb, projektov, vrátane odchýlok od súčasného stavu,
- vymedzenie adresátov služieb – klientov,
- aktivity, ktoré sú so službami spojené,
- personálne zabezpečenie,
- finančné náklady (Krištofová 2009).

Ku všetkým faktom strategického plánu sú pripojené dva údaje: meno / pozície osoby, ktorá je za úkon zodpovedná, termín, do ktorého bude skutočnosť zrealizovaná. Prílohou strategického plánu je zvyčajne SWOT analýza a ďalšie analýzy, ktoré organizácie považuje z hľadiska svojho strategického plánovania za významné (spravidla analýz klientov, finančná analýza, analýza podporovateľov). Strategický plán sa môže rozrásť do rozsiahleho dokumentu. Z tohto dôvodu možno odporučiť spracovanie stručného resumé, ktoré bude prezentované ako v organizácii, tak spojencom, podporovateľom, verejnosti (Krištofová 2009).

Žiadnu organizáciu nemá zmysel riadiť a teda ani uvažovať o jej manažovaní, keď neberieme do úvahy fakt, že pri riadení vznikajú isté bariéry vyvolávajúce v konečnom dôsledku záťažové situácie, s ktorými sa musí manažment vyrovnávať. Tými najznámejšími sú nepochybne:

- Zdroje finančné, materiálne, ľudské, či informačné.
- Marketing v zmysle komunikácie smerom do vnútra organizácie ako aj smerom k externému prostrediu.
- Zákony, ktoré ovplyvňujú vzťahy smerom von z organizácie k iným subjektom, akými sú napr. daňový úrad, sociálna poisťovňa, zdravotné poisťovne, jednotlivé rezorty atď.
- Postoje ľudí, ktoré sa od narodenia formujú vo výchovnom procese, vzdelávacím procesom, skúsenosťami, ale menia sa i nadobudnutím moci, či zmenou priorít a hodnôt.
- Kumulácia funkcií, kedy jeden pracovník je často zamestnaný v rôznych typoch služby.
- Čas, ktorý skutočne nemožno ani kúpiť, ani ukradnúť, je to bariéra, ktorú keď nezvládame v podobe manažmentu času, nezvládneme lehoty, nedodržíme zmluvy a výsledkom môže byť nielen strata dobrého mena ale i celkového postavenia na trhu.

Príklad z praxe neziskovej organizácie

Proces tvorby strategického plánu si priblížme konkrétne na príklade našej nadácie, kde jeden z kritických faktorov úspechu bol formulovaný takto: zaisťiť finančnú stabilitu organizácie, zbaviť ju závislosti na verejných rozpočtoch, rozvinúť viaczdrojové financovanie so zameraním na individuálnych darcov a firmy. Tento kritický faktor úspechu sme v strategickom pláne rozpracovali nasledovne:

Dlhodobý cieľ (D1):

- Dosiahnuť viaczdrojové financovanie v tejto štruktúre zdrojov: 30% verejné rozpočty, 15% individuálne osoby, 5% nadácie, 30% firmy, 5% verejnosť, 15% predaj služieb.
- Horizont dosiahnutia cieľa: 5 rokov.

Krátkodobé ciele (KC)

KC1: zvýšiť povedomie lokálnej verejnosti o existencii organizácie prostredníctvom médií.

Horizont dosiahnutia cieľa: 1 rok

KC1 aktivity: 10 mediálnych výstupov v regionálnych médiách - regionálny rozhlas, káblová televízia, spravodajstvo samosprávy

Personálne zabezpečenie: po dobu 1 roka dobrovoľník

Finančné zabezpečenie: po dobu 1 roka režijné náklady vo výške 50 € za 1 mediálny výstup, celkom 600 €.

KC2: spočítať náklady na poskytované služby, vytvoriť ceny na základe kúpy schopnosti klientov a v súlade so zákonom o sociálnych službách.

Horizont dosiahnutia cieľa: 1 rok

KC2 aktivity: cenník služieb, zisťovanie o kúpyschopnosti klientov organizácie

Personálne zabezpečenie: ekonóm organizácie, 1 pracovník na dohodu na 1 mesiac

Finančné zabezpečenie: ekonóm v rámci svojej pracovnej náplne, bez ďalších finančných nárokov, pracovník na dohodu 350 €, celkom 350 €.

KC 3: zabezpečiť finančnú firemnú podporu vo výške 15% rozpočtu organizácie. Horizont dosiahnutia cieľa: 1 rok

KC3 aktivity: spracovať projekt zaujímavý pre firemnú podporu, vytvoriť databázu firiem - potenciálnych záujemcov, spracovať prezentáciu pre firmy, osloviť cca 50 firiem a so záujemcami jednať až do podpisu zmluvy, uzavrieť 10 darcovských alebo sponzorských zmlúv

Personálne zabezpečenie: všetky úlohy spracujú zamestnanci v rámci svojich pracovných povinností, prezentáciu pre firmy spracuje VŠ študent dobrovoľník

Finančné zabezpečenie: zakladatelia a ekonóm v rámci svojej pracovnej náplne

Týmto spôsobom je možné pokračovať cez strednodobé ciele až k naplneniu globálneho cieľa. Vždy je nutné rešpektovať tieto skutočnosti. Ciele musia byť prepojené s príslušnými aktivitami, ďalej s personálnymi a finančnými nárokmi. Tak vytvoríme predpoklady preto, aby cieľ bol splniteľný.

Záver

V praxi je však možné konštatovať, že neziskové organizácie dávajú prednosť riešeniu čiastkových aktuálnych otázok pred komplexným prístupom, čo zrejme zodpovedá ich finančným a časovým možnostiam a premenlivému legislatívnemu, ekonomickému a politickému prostrediu, v ktorom mimovládne organizácie pôsobia.

Pre väčšinu MVO pôsobiacich v sociálnej sfére sú kľúčovým finančným zdrojom verejné rozpočty. Tie sa priebežne skracujú. Neziskové organizácie preto musia intenzívnejšie využívať fundraisingové zdroje a tak znižovať finančnú závislosť na štáte a jeho rozpočtoch.

Pravdou však je, že aj podpora spoločnosti raz narazí na svoje medze. Potom bude nutné zmobilizovať nielen iniciatívu mimovládnych organizácií pôsobiacich v sociálnej oblasti, ale aj zodpovednosť štátu za výkon sociálnych služieb.

Vyvážením tohto nepriaznivého stavu môže byť o. i. organizačná kultúra sociálnych neziskových organizácií, ktorá vnáša do ekonomicky neistého prostredia určité stabilné prvky, hlavne:

- verejno- prospešné poslanie,
- hodnoty vyplývajúce z verejno- prospešného poslanca,
- cieľ - klient uspokojený kvalitnou službou,
- tím ľudí, ktorí sú si blízky pracovnými činnosťami a zdieľanými hodnotami atd.,
- snaha relatívne rýchlo reagovať na zmeny a realizovať neštandardné úkony.

Zoznam bibliografických odkazov

- BERGEROVÁ, M., 2013. *Řízení neziskových organizací*. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní. ISBN 978-80-87779-05-7.
- BIRKHÖLZER, K. et al., 2005. *Dritter Sektor/Drittes System. Theorie, Funktionswandel und zivilgesellschaftliche Perspektiven*. Vs Verlag. ISBN 3-8100-3994-2.
- ČEPELKA, O., 2003. *Průvodce neziskovým sektorem Evropské unie*. Liberec: Omega. ISBN 80-902376-4-9.
- FIALA, P., 2004. *Projektové řízení: modely, metody, analýzy*. Praha: Professional Publishing, ISBN 80-86419-24-X.
- KRIŠTOFOVÁ, K., 2009. *Zásady písania projektov a získavanie finančných prostriedkov*. Martin: SNK. ISBN neuvedené.
- MARČEK, E., 2010. *Financovanie mimovládnych neziskových organizácií z verejných zdrojov na úrovni miestnych samospráv SR*. Bratislava: Panet. ISBN 978-80-968920-1-3.
- ŠEDIVÝ, M. a O. MEDLÍKOVÁ, 2009. *Úspěšná nezisková organizace*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2707-3.
- ŠKARABELOVÁ, S. et al., 2002. *Když se řekne nezisková organizace. Příručka pro zastupitele krajů, měst a obcí*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. ISBN 80-210-3031-3.
- TURNEROVÁ, J. et al., 2007. *Cesta ke skrytému bohatství*. Praha: Spiralis. ISBN 80-903015-5-X.

Kontakt na autorov

doc. PhDr. Mgr. Alena Bašistová, PhD.
Katedra sociálnej práce, Filozofickej fakulty UPJŠ v Košiciach
alena.basistova@gmail.com

PhDr. Soňa Hlaváčová,
Arcidiecézna charita v Košiciach
sona.hlavacova@charita-ke.sk

Mgr. Monika Ponevská
Nadácia Ochranné krídla v Košiciach
monika.ponevska@gmail.com

Supervízia ako prevencia zvládania záťaže a syndrómu vyhorenia

Ferenčíková Ingrid (SR)

Abstrakt: *Cieľom tohto príspevku je poukázať na dôležitosť a význam supervízie v zariadeniach sociálnych služieb. Supervíziu v zariadení SUBSIDIUM – Špecializované zariadenie, Zariadenie pre seniorov a domov sociálnych služieb využívame ako prevenciu syndrómu vyhorenia, ktorý nad pracovníkmi zariadení sociálnych služieb visí ako Damoklov meč.*

Syndróm vyhorenia sa vyskytuje u pracovníkov bez ohľadu na ich pracovné pozície, vzdelanie či vek. Supervízia je jednou z účinných metód zameranou nielen na zvládanie tohto syndrómu, ale aj na jeho predchádzanie.

Kľúčové slová: *Sociálna práca. SUBSIDIUM. Supervízia. Syndróm vyhorenia.*

Abstract: *The aim of this paper is to highlight the importance and significance of supervision in social service. Supervision device subsidium - Special facilities, facilities for the elderly and social services home used as a prevention of burnout, which the workers of social service hangs like the sword of Damocles.*

Burnout occurs in workers regardless of their jobs, education or age. Supervision is one of the effective methods aimed not only to cope with this syndrome, but also for its prevention.

Keywords: *Social work. SUBSIDIUM. Supervision. Burnout syndrome.*

Voľba povolania je jednou z najdôležitejších rozhodnutí v živote človeka. Povolanie si ľudia vyberajú podľa rôznych kritérií ako sú ich záujmy, záľuby, niektorí si povolanie vyberajú podľa vzoru rodičov, obľúbených osobností, niektorí si vyberajú zamestnanie, ktoré bude dobre platené. Dôležité je, aby mal človek kladný vzťah k svojmu budúcemu povolaniu. Tí, ktorí chcú pomáhať iným si vyberajú rôzne pomáhajúce profesie. Takouto profesiou je aj profesia sociálny pracovník. Sociálny pracovník je človek, ktorý by mal mať rád ľudí, svoju prácu nevykonávať len rozumom, ale aj srdcom.

V súčasnej dobe sú na sociálneho pracovníka kladené mnohé požiadavky, ktoré sa týkajú jeho vzdelania, osobnostných vlastností, pracovného výkonu, jeho schopnosti plánovať, manažovať prácu s klientom, klienta aktivizovať, zabezpečiť mu kvalitné sociálne poradenstvo, zvyšovať kvalitu jeho života, popritom zachovať jeho autonómiu. Jednoducho povedané pomáha ľuďom v krízových a ťažkých životných situáciách, pri zvládaní ich sociálnych, emočných a psychických problémov. A tak je všeobecne známe, že sociálni pracovníci patria medzi tie profesijné skupiny, ktoré sú ohrozené stresom, záťažou či syndrómom vyhorenia. Pomáhajúce profesie sú stále tými, kde je riziko výskytu syndrómu vyhorenia najväčšie. Skúsme si len predstaviť náročnosť práce psychoterapeutov, psychologov, lekárov, zdravotníkov či učiteľov.

Syndróm vyhorenia je pomerne diskutovanou témou, nakoľko sa môže prejaviť u ktorejkoľvek profesie, dokonca v poslednom čase sa hovorí, že postihuje i ženy v domácnosti alebo na materskej dovolenke, nevyhýba sa však ani mužom, mladším vekovým kategóriám, nerozlišuje spoločenský status či finančný zárobok.

V zariadení SUBSIDIUM sa ako prevencia zvládania záťaže a teda aj syndrómu vyhorenia využíva metóda supervízie. Supervízia v organizácii je jednou z metód ako zvládať záťaž a vysoké pracovné nároky, ktoré sú kladené na pracovníkov pomáhajúcich profesií. Napríklad v novovznikajúcej profesii sociálny pracovník sa supervízia začala veľmi rýchlo rozvíjať z dôvodu, aby bolo možné uviesť začínajúceho pracovníka do doposiaľ

neznámej profesie, postupne bola supervízia považovaná za proces orientovaný na odborný rast sociálneho pracovníka.

Je veľmi dobré, ak sociálny pracovník - začiatočník pracuje pod odborným vedením skúsenejšieho kolegu za účelom ochrany klienta. Zároveň touto metódou môže dôjsť k zlepšeniu komunikácie v organizácii, zvýšeniu odborných kompetencií zamestnancov a posilneniu ich duševného zdravia. Supervíziu môžeme považovať aj za systematickú pomoc, ktorá v neohrozujúcej atmosfére napomáha pri riešení profesionálnych problémov. Supervízia je formou prevencie pred upadnutím do stereotypov. Slúži na skvalitňovanie práce s klientom a prináša alternatívne pohľady na riešenie problémov. Supervízia môže ďalej slúžiť na minimalizáciu neistôt, emocionálnu ventiláciu, profesionálnu podporu a v konečnom dôsledku i prevenciu syndrómu vyhorenia.

Túto metódu využívame i v zariadení SUBSIDIUM. Pre ilustráciu zariadenie SUBSIDIUM je špecializované zariadenie, zariadenie pre seniorov a domov sociálnych služieb, ktoré sa nachádza v Rožňave. Zariadenie je zriadené Košickým samosprávnym krajom, ako zariadenie s celoročným pobytom, s právnou subjektivitou, ktoré poskytuje starostlivosť dospelým poberateľom starobného dôchodku a dospelým občanom so zdravotným postihnutím – telesným, duševným, zmyslovým, s poruchami správania, kombináciou postihnutí.

Predmetom činnosti zariadenia SUBSIDIUM je **poskytovanie sociálnych služieb** v súlade so zákonom č. **448/2008 Z. z. o sociálnych službách**.

V zariadení SUBSIDIUM sa supervízie nezúčastňujú len sociálni pracovníci, ale aj inštruktori sociálnej rehabilitácie, sestry, opatrovatelia, sanitári, kuchári, údržbári, vrátnici, manažment zariadenia, nakoľko všetci prichádzame do styku s prijímateľmi sociálnych služieb a je v záujme nás všetkých poskytovať kvalitné sociálne služby a zvyšovať kvalitu života našich prijímateľov.

V zariadení SUBSIDIUM sme supervíziu začali zostavením plánu supervízie, v ktorom je uvedený rozsah supervíznych stretnutí, podmienky a ciele vykonávania supervízie, kto a za akú finančnú odplatu bude supervíziu vykonávať. V prvých dvoch rokoch sa na supervízii stretávali iba pracovníci z rovnakého pracovného úseku, napr. zdravotného sociálneho, stravovacieho a technického. Pracovníci sa postupne zoznamovali s pojmom supervízia, čo to vlastne je, načo nám bude, ako nám môže byť osožná, čo od nej môžeme očakávať. Hlavou im hmýrila predovšetkým otázka, ak niečo poviem, čo z toho bude? Ako sa na mňa budú pozerat' moji kolegovia, nedostane sa to nadriadeným. A ak aj, dostane sa im presne to, čo som povedal? Takže na začiatku sa naozaj mnohí zamestnanci len učili formulovať a prezentovať svoje názory, svoju prácu s prijímateľom. Postupne sme odstránili bariéry, možno aj nejakú ostýchavosť a supervízia začala naplňovať stanovené ciele a prinášať svoje ovocie v podobe efektívnejšej komunikácie medzi zamestnancami navzájom, medzi nadriadenými a podriadenými, zlepšila sa celková informovanosť v zariadení. Po dvoch rokoch sme plán supervízie nastavili tak, aby sa supervíznych stretnutí stretávali pracovníci zo všetkých úsekov zariadenia, čím sa zamestnanci viac oboznámili s prácou jednotlivých pracovných pozícií, začali si viac vážiť vzájomnú prácu a začali sa vžívať do pozície prijímateľa, začali si viac uvedomovať jeho potreby a byť nápomocní pri ich naplňaní, začali sa viac zaoberať významom medziľudských vzťahov, vlastnou psychohygienou.

Takže supervízia prispela k prevencii zvládania záťaže. Ďalšou pomocou pri zvládaní záťaže a teda aj v prevencii syndrómu vyhorenia sú kvalitné medziľudské vzťahy. Jednak sú to dobré vzťahy na pracovisku, jednak je to existencia dobrých vzťahov s blízkymi ľuďmi, ľuďmi, ktorých máme radi, na ktorých sa môžeme spoľahnúť, ktorým sa môžeme vyrozprávať.

Dôležitý je aj súlad medzi vnútornými hodnotami človeka a hodnotami pracovného života. O problémoch na pracovisku je potrebné hovoriť a snažiť sa ich riešiť, vedieť si uvedomiť kedy povedať nie, je toho na mňa veľa, to nie je v súlade s mojimi vnútornými hodnotami. Dôležitý je aj postoj manažérov zariadení, ocenenie práce podriadených v každej pracovnej pozícii. Ocenenie jednak finančné a možno eurá zarobené navyše zamestnanci využijú na nejaký relaxačný pobyt. Jednak ocenenie morálne, napríklad pochvalou za dobre vykonanú prácu, uznaním vykonávanej práce alebo len jednoduchým úsmevom, ocenením snahy a ľudskosti pri vykonávaní práce.

Poslednou radou zameranou na zvládanie záťaže je počúvať reč vlastného tela, ktoré vysiela signály zamerané na ochranu seba samého. Ak si telo potrebuje oddýchnuť, tak potrebuje. Možno niekedy stačí krátka prechádzka v parku, kúpeľ pri blikajúcej sviečke, dobrej hudbe, spánok alebo čas strávený s blízkymi. Dôležité je aj stanovenie hranice medzi pracovným a súkromným životom. Uvedomiť si, že keď som v práci, som pre klienta tu a teraz, neprenášať rôzne pracovné problémy domov k rodine. Naopak, keď som doma, tak som doma venujem sa najbližším alebo aj domácim prácam či rodinným problémom. Tie však zase nie je dobré prenášať do práce. Určite je pomerne náročné zvládať pracovnú záťaž, najmä vo vyšších pracovných pozíciách, rôzne rodinné problémy, častokrát aj zdravotné komplikácie. Všetko sa dá riešiť a zvládnuť vyrovnanou myslou, oddýchnutým telom. Namieste je určite kalokagatia – harmónia tela a duše.

Kontakt na autora

Ingrid Ferenčíková

garant pre sociálnu prácu

SUBSIDIUM – ŠZ, ZpS a DSS

Betliarska 18

Rožňava

Coping with stress in social work

Ewa Ryś (PL)

Abstract: *Coping with stress belongs to a set of personal resources of persons who do social work. The working environment in which social workers execute their duties often includes relations with people (clients) in difficult life situations. Such a situation can be conducive to the rise and development of a phenomenon called “compassion fatigue”, i.e. the loss of distance to the experiences of others, identifying with them and giving in to their emotions, as a result of which social workers can lose their psycho-social strength to cope with their tasks. Because of it social workers should develop certain methods of coping with stress. It means not only acquisition of concrete skills to cope with stressors at work, but also personal development (e.g. coping with emotions, working on the style of events interpretation, development of interests).*

Key words: *Coping with stress. Social work. Stress.*

Introduction

Coping with stress belongs to a set of personal resources of persons who do social work. Social work, defined as aid activity directed at people who do not cope with life situations, is one of the duties of a social worker under the Act on Social Assistance. A social worker, who implements the idea of assistance bestowed upon this profession by the society, belongs to the category of public benefit professions, the representatives of which enjoy particular trust of others. The constitutive characteristics of this profession include: 1) a particular bond of trust between the person performing the work and their client; 2) guarding professional secrets; 3) expectations of irreproachable moral stance from the person performing the job; 4) high level of quality of the provided services (Bajcar, Borkowska, Czerw, Gąsiorowska 200..). The specificity of the occupation of a social worker is connected with considerable sacrifices he or she makes for the sake of realising high ideas, as well as commitment and fatigue, including physical fatigue, which might involve a potential risk of long-term overloading with physical discomfort (Okła, Steuden 1998). Considering the high and often contradictory expectations inscribed in that role, the social worker is required to have appropriate personal capabilities, including those connected with being guided by pro-social motivation and to develop competences which allow one to carry out aid activities. The working environment in which social workers execute their duties often includes relations with people (clients) in difficult life situations, which often experience emotions such as despair, rage, anger, sadness, depression. Such a situation can be conducive to the rise and development of a phenomenon called “compassion fatigue”, i.e. the loss of distance to the experiences of others, identifying with them and giving in to their emotions, as a result of which social workers can lose their psycho-social strength to cope with their tasks. Recognising these problems in the context of coping with stress in professions which involve helping others may be put to use both in cognitive, as well as pragmatic sense, i.e. by introducing changes in the training process of social workers and their professional development.

Sources of stress in the professional life of a social worker

Academic analysis suggest that the essence of stress is the lack of balance between expectations (too high or too low) and abilities, while the source of stress may be “the external situation” or “internal standards”, usually accompanied by negative emotions (Heszen 2013). In classic understanding, stress is referred to as external factors, analysed as stimulus (stressors), or as human reactions (the condition of being under stress). Modern

concepts of stress recognise it as a distortion of balance or a symptom of a distortion of balance between the resources available to a given person, and the requirements of a given situation (relation, interaction, trans-action). According to Lazarus and Folkman stress can be defined as “a particular relationship between a person and the environment, which is assessed by this person as burdensome or threatening to their well-being” (ibidem, p. 28). A relationship may be considered stressful, if a person experiences a cognitive sense of danger to their well-being. If a person decides that a situation is stressful for them (initial assessment), it means that they recognise it as 1) a harm/loss, which gives rise to emotions such as: anger, grievance, sadness; 2) a threat which causes: fear, anguish, anxiety; or 3) a challenge, which is associated with negative emotions typical for the feeling of being threatened, as well as positive: hope, zeal, excitement (ibidem p. 29). In the process of stressor assessment (secondary assessment) one evaluates the reason of stress and the remedy possibilities available (resources which would allow one to deal with the situation), which makes it the commencement of coping with stress (Heszen 2013).

Numerous studies show that the profession of a social worker belongs to the category of occupations with very high stress levels (Szmagalski 2009). Taking into account data from previous years, one can surmise that conditions of stress as experienced by people who are professional aid givers can be divided into the following types of factors: 1) macro-social; 2) micro-social; 3) interactive and 4) individual (Okła, Steuten 1999; Block 2006; Szmagalski 2009; Waszkowska, Potocka., Wojtaszczyk 2010; Rymsza 2012; Potocka A., Waszkowska 2013). Macro-social factors include: low economic and social status of social workers; lack of social prestige; changes in social policy; changes of acts of law; the peculiarities of the professional role of a social worker (ambivalence, role dilemmas). For example, the statements of social workers in survey questionnaires from Matra Sic! project show that the respondents complain most often about: government negligence of working conditions (97%); negligence on the side of intellectuals and scientists (95%); low pay (90%); bureaucracy (89%). Among the micro-social factors the most prominent sources of stress include: demands of the working environment, working conditions, emotional and social atmosphere at the place of employment (e.g. too much paperwork-89%; generally too much work-83%; new duties-71); the breadth of topics they need to deal with-71%, insufficient personnel-64%; poor working conditions-40%). Interactive factors most often include assistance fatigue, compassion fatigue; feeling of being threatened by aggression from the side of the clients. Individual factors include: constant availability for being emphatic; uncertainty of success at work; dealing with unrealistic demands of the clients; lack of reciprocity in <giving-receiving> relations with the client. In conclusions, one can state that social workers experience stress as a result of being burdened with psychological, social and professional factors connected with their working environment. Long-term exposure to stress generally leads to unwelcome effects such as: emotional draining, burnout, depression, psychosomatic ailments, fatigue, frustration, low job satisfaction, low quality of work (ibidem). The indirect consequences of stress include cardio-vascular diseases, diabetes, ulcers, and cancers (Sapolsky 2010). Conclusions which may be drawn from the analysis of results presented in academic literature point to the necessity of undertaking theoretical and empirical research regarding the problems of coping with stress experienced in the profession of a social worker. This matter is also undertaken in the context of deliberations on the training and development of social workers.

Coping with stress in social work

Coping with stress is understood as an effort undertaken by a person in the process of overcoming hardship which hinders their activity. According to researchers this phenomenon can take on various forms: 1) deliberate action directed at solving a problem; 2) reactive

action, which is about compensating an existing loss or alleviating the feeling of injury; 3) proactive action, focused on gathering resources which would allow one to deal with a stressful event that may come about in the future. (Heszen 2012).

Taking into account the specificity of the profession of a social worker, i.e. the potential exposure to stressors and the necessity of working with people in difficult life situations (experiencing stress), the theory of proactive coping with stress (Schwarzer Knoll), which was inspired by Hobfoll's Conservation of Resources Theory, seems to be pertinent. By resources Hobfoll understands everything that is valued by people. He divides it into primary resources (necessary for survival, e.g. food, shelter) and secondary (which allow one to obtain primary resources) (Hobfoll 2006, p. 70). Resources allow individuals to obtain the feeling of competence and to meet their needs. Resources largely determine the feeling of satisfaction and subjective well-being. According to Hobfoll stress appears "when (1) there is a threat of losing resources, (2) there is an actual loss of resources or (3) investing a considerable amount of resources does not bring the expected profit" (ibidem, p. 72). In the context of Hobfoll's theory, social workers should be trained and supported in their professional development with regard to strengthening their management of internal resources (feeling of self-worth, professional competences, optimism, feeling of being competent) and external resources (social support for the workers, employment, economic status). In their theory of proactive coping with stress Schwarzer and Knoll, point to the importance of being directed at future sources of stress, and they singled out three forms of coping: anticipative coping (remedial actions to preclude an expected event), preventive coping (gathering resources to alleviate the consequences of expected threats), proactive coping (gathering resources to use them in the future) (Heszen 2012).

Proactive coping with stress means not only acquisition of concrete skills to cope with stressors at work (e.g. mastering the theory and methodology of social work), but also personal development (e.g. coping with emotions, working on the style of events interpretation, development of interests). Study results point to the fact that the feeling of job satisfaction is connected with: 1) abilities of mood regulation (emotional intelligence), 2) positive thinking (optimism), 3) prosocial values preference (an element of motivational strategy) (Bajcar et al. 2011). Therefore, both the proactive method of coping with stress, as well as the feeling of satisfaction from performing professions which involve helping others are based on the disposition to have a positive attitude to people, to be altruistic, as well as the feeling of being needed and the ability to function in social relations. Test results conducted among social workers suggest that apart from improving instrumental competences (skills), there is also a need for self-development in the the area of personal character traits (working on optimism, hope, anxiety, self-assessment, own effectivity), as well as reinforcement of the mission implemented by social workers through the increase of recognition and respect from society (compare, e.g. Okła, Steuten 1999; Block 2006; Szmagański 2009; Waszkowska., Potocka., Wojtaszczyk 2010; Rymsza 2012; Potocka A., Waszkowska 2013).

Pedagogical conclusions

Preparation for the professional implementation of the role of a social worker takes place during higher education studies - B.A. and M.A level. The complexity of this professional role and its inscribed ambivalence constitute a subject for scientific research and allow us develop models of education in this profession. One of the aspects of the job of a social worker is stress, which is analysed in various contexts of their professional situation. Developing knowledge about stress-coping abilities in social work pertains not only to the theoretical, but also practical spheres (of the social workers themselves). A review of academic research in that field shows that coping with stress connected with being a social worker is associated with not only personal but also technical competences. A social worker,

while helping others, also works on him or herself, which means that personality resources are also tools of the trade for them. Research results regarding effectiveness in coping with stress suggest that changes in the way one copes with stress may be beneficial both in the physiological dimension, as well as psychological (Sapolsky 2012). Researchers point to the beneficial influence of, e.g. physical exercise, the feeling of control (in case of the more moderate stressors) and predictability, the ability to change styles of action, cognitive flexibility, the feeling of responsibility, the ability to form social ties, social support, venting frustration and tension, hobbies (ibidem, Sęk and Cieślik 2011). Equally important is the ability to “give”, to help, the feeling of being needed. Proactive form of coping with stress is a particularly interesting point of reference in these deliberations. The point is to strive to improve ones resources through protecting and broadening them.

In conclusion, the process of training social workers should involve:

- 1) obtaining knowledge about the human condition connected with the wholistic approach to the human being, also including deliberations about the human condition;
- 2) obtaining self-knowledge, recognition of personal resources (traits, capabilities, relationships in the cultural and social context);
- 3) obtaining knowledge about the mission connected with performing services of a social worker;
- 4) obtaining knowledge about the essence and the peculiarities of the role of the social worker, including problems connected stress and coping with stress at work;
- 5) obtaining experiences during workshops on effective coping with stress;
- 6) developing personal, social, interactive and pedagogical competences;
- 7) shaping rational and realistic professional convictions;
- 8) promoting the development of interests, passion, hobbies, searching for sources of gratification beyond one's job as well as the idea of life-long learning.

Zoznam bibliografických odkazov

- BAJCAR, B., A. BORKOWSKA, A. CZERW, A. GAŚSIOROWSKA, 2011. *Satysfakcja z pracy w zawodach z misją społeczną*. Psychologiczne uwarunkowania. Gdańsk.
- BLOCK, W. J. M., *Niepokojące wyniki ogólnokrajowego badania Praca Socjalna w Polsce: zawód niosący pomoc w potrzebie* www.dps.pl
- HESZEN, I., 2013. *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*. Warszawa
- OKLA, W., S. STEUDEN, 1998. Psychologiczne aspekty zespołu wypalenia. In: „*Roczniki Psychologiczne*”, t. 1
- OKLA, W., S. STEUDEN, 1999. Strukturalne i dynamiczne aspekty zespołu wypalenia w zawodach wspierających. In: „*Roczniki Psychologiczne*”, t. II;
- POTOCKA, A., P. WASZKOWSKA, 2013. Zastosowanie modelu „Wymagania w pracy-zasoby” do badania związku między satysfakcją zawodową, zasobami pracy, zasobami osobistymi pracowników i wymaganiami pracy. In: „*Medycyna Pracy*” 64(2)
- RYMSZA, P. (ed.), 2012. *Pracownicy socjalni i praca socjalna w Polsce*. Między służbą społeczną a urzędem. Warszawa
- SAPOLSKY, R. M., 2010. Dlaczego zebry nie mają wrzodów? *Psychofizjologia stresu*. Warszawa
- SĘK, H., R. CIEŚLIK (ed.), 2011. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa
- SĘK, H., 2004. Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej. In: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*. Warszawa
- SZMAGALSKI, J., 2009. *Stres i wypalenie zawodowe pracowników socjalnych*. Warszawa

WASZKOWSKA, M., A. POTOCKA, P. WOJTASZCZYK, 2010. *Miejsce pracy na miarę oczekiwań*. Poradnik dla pracowników socjalnych. Łódź

Kontakt na autora
rys.ewa@op.pl

Burnout syndrome among social workers

Marek Banach (PL) - Ireneusz Kowalewski (PL)

Abstract: *The issue of burnout syndrome appears in the scientific literature more often due to the meaning of this problem in the context of human work, its effectiveness or even security. The research presented by the authors of this work concern this phenomenon in the environment of social workers, employed in different help-centers.*

Keywords: *stress, burnout, social work, social worker.*

The Burnout Syndrome concept

The phenomenon of burnout can be considered as symptom and also a result of specific trends emerging in the modern attitudes with respect to labor, employment and broader economic activity. These trends are primarily objectification of the worker, the pressure of professional success, the conflict between work and personal life and the growing demands of employers and superiors as to the availability, mobility and efficiency of subordinates. This phenomenon began to be widely described in the seventies. The scientific literature on this subject was introduced by Herbert J. Freudenberger and Christina Maslach. You can specify the burnout as: "a state of physical and mental exhaustion, which arises as a result of long-term negative feelings, developing from work and self-image of man" (Wielgus 2013, p. 9). The term "burnout syndrome" was used precisely H. Freudenberger for the first time. The very term "burn" came from the American colloquial sixties, in which it meant a state of chronic drug abuse (Szmagalski 2008, p. 18). It was connected with the source of the observations made by H. Freudenberger, who presented "idealistic young people who worked for charity at the center for drug addicts. The job they did was extremely exhausting. Despite the enthusiasm and commitment they failed to achieve their objectives in working with clients. Working in the same center, Freudenberger observed a gradual but fairly rapid loss of energy and a decreasing commitment to work among them. It seemed that the volunteers received a few prizes in relation to the insertion of the work effort" (Bilska 2004, p. 4). Based on his findings, he published an article in which he defined burnout as "decrease of energy in the employee appearing due to the overwhelming problems of others" (Terelak 2005, p. 276-277). This understanding of the concept remained to a large extent in the course of further research - but it should be emphasized that H. Freudenberger also pointed on other characteristics of the occurrence outside the definition. First of all, he pointed to the fact that burnout affects professions involving helping others and emotional contacts - which exposes people working on a big psychological burden, and consequently on the exhaustion and weariness of work. These characteristic symptoms of burnout soon became the basis for a more comprehensive definition of the phenomenon - presented by H. Freudenberger and his collaborator Geraldine Richelson in her book - *Burnout. The high cost of high achievements.* (Published in 1980).

The title of the publication itself pointed on the nature of that concept, and the clarification of the concept was contained in the work about the definition of burnout as "a state of fatigue or frustration caused by dedication to the important matter, way of life or a social relation, which did not produce the expected reward" (Szmagalski 2008, p. 19). As is apparent from the wording, the forerunners of research on burnout united it with people of high professional ambition, but ambition specifically targeted on some important issues or ideas for the employee. Such an approach to this issue explains why no visible effects of work or professional failures have so serious consequences - if burned-out people did not show special commitment and faith in the sense of work previously, they would not felt so acutely disappointed . One of the researchers involved in describing that issue even in the eighties,

Ayala M. Pines, writes: "If you do not feel committed to the cause, if you work with people, but do not care about them, if you are not emotionally involved in your work - it is unlikely that you burned out. However, if you are a hard worker and emotionally involved in it, if you expect to derive from the work a sense of meaning of their lives - and you feel that you have suffered a defeat, then you're probably a candidate for burnout" (Pines 2000, p. 36).

In the eighties, the category of burnout was not only widely known in the scientific community, but was also a subject of numerous studies, therefore, also inevitable divergence of definition appeared. They concerned in particular the so-called burnout initial situation - ie factors which most determine the exposure of a person to the characterized syndrome. As a common ground for researchers they based on a high degree of commitment to work, which after some time is subjected to a confrontation with actual achievements and effects, and the lack of such effects or too low level - according to an employee, causing disappointment, despite the continued high motivation. Differences in individual cases had to rely on the initial sources of high motivation and commitment - sources, depending on the perspective, adopted in devotion to the matter, or in the personal treatment of clients and their problems, or a high sense of personal achievement (Pines 2000, p. 35-36). In the context of these differences and - above all - in the context of the growing number of factors perceived as manifestations of burnout, the emergence of the first attempts to generalize the problem was only a matter of time. Such a task was undertaken by European researchers - Wilmar Schaufeli and Dirk Enzmann who have classified a total of as many as 132 symptoms of burnout - pointing, however, that most of them do not have the specific character and connects also with a number of other emotional disorders or diseases (Szmagalski 2008, p. 22). The authors of the research on burnout also pointed to the fact that among the "symptoms" of this phenomena there are often both its causes and consequences, which should not have happened from the essential point of view. Critical assessment of that set, done by the researchers themselves is an important element characterized by reflection on the development of burnout - as it turned out, in a relatively short time this concept has gained immense popularity and has become extremely widely used, but not always in accordance with its proper and full meaning. These uses were often characterized by rather intuitive perception of the problem and its determinants than reliable knowledge on the subject, and the same category of burnout often became the term that allows "many different everyday life problems that are difficult to solve to be named dramatic and hard-sounding" (Szmagalski 2008, p. 22-23).

Any attempts to organize definitions that, on the basis of new studies and review of existing positions, classified both sources, symptoms, and consequences of burnout appeared to be especially valuable. W. Schaufeli and D. Enzmann defined burnout as "stable, negative state of mind associated with work that occurs among individuals, and described primarily by a sense of exhaustion, accompanied by malaise, a feeling of reduced efficiency, decrease of motivation and formation of dysfunctional attitudes and behaviors at work. This mental disorder develops gradually, but a person affected by may not be aware of it at all, for a long time. Incompatibility between the intentions of the individual and the real situation on the job is the cause of burnout. Burnout often takes the form of an unending circle, because of the wrong policies of coping with stress, which are associated with this syndrome"(P. Le Blanc, J. De Jonge, W. Schaufeli 2003, p. 176). This comprehensive definition draws attention to most of the key aspects of the problem - and therefore the relationship between burnout and professional ambitions, the progressive nature of the problem and its characteristic symptoms. A comprehensive approach to the problem suggested by these researchers may thus be the starting point for presenting the most popular model of burnout, described in the seventies and eighties by Christina Maslach and then developed by a lot of works by this researcher.

Ch. Maslach conducted her first observations almost simultaneously with HJ Freudenberger, focusing on the people employed in the health service. As a social psychologist, she has conducted hundreds of interviews with employees in this sector, which enabled her to note that the contact with suffering people and their problems can be a source of strong tensions and sometimes even a kind of emotional overwhelming. Ch. Maslach, characterizing this stage of research after few years, points out, in short, on the most important trends, including inter alia the experiencing severe tensions in certain situations by doctors (for example, when working with difficult and rude patients, during conflicts with the management or with the deaths of patients), emerging neutralization to other people's problems and the questioning of their competence and professional skills and behavior at work (Maslach 2006, p.18).

Subsequent studies confirmed the presence of these trends in other professions requiring emotional involvement - which helped Ch. Maslach to develop the initial concept of the problem in the article "Burned out" from 1976.

The author then called burnout as "loss of concern for the human" indicating the current dehumanizing approach to clients, patients or pupils, among exhausted workers (Terelak, p. 277). The key to understanding the mechanism of this occurrence was to distinguish three aspects or three dimensions of burnout: emotional exhaustion, depersonalization and lack of a sense of personal achievement.

It is precisely these areas that were included in the definition of the concept proposed by Ch. Maslach (calling burnout - "a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced sense of personal accomplishment that can occur among people who work with other people in a certain way" (Bilska, p.4) and also became the main factors studied in the so-called Maslach Burnout Inventory (MBI), a questionnaire to measure the level of mass burnout.

"It is a research tool in Polish literature known as burnout questionnaire or MBI questionnaire, that consists of 22 affirmative sentences on the feelings and attitudes of a subject in the range of 3 aspects of its work. These are the so-called sub-scales:

1. emotional exhaustion (9 statements)
2. depersonalization (5 claims)
3. sense of personal achievement (8 statements).

Their task is to determine the frequency of occurrence of each state on the questionnaire described by 22 affirmative sentences. High scores in the first two scales and low scores on a third one give the evidence of burnout" (Szmagalski, pp. 23-24).

Constructing of this tool - developed later by creating questionnaires for representatives of specific professions: social workers, teachers and the administration - allowed to examine the scale of the phenomenon and compare the results of such research with other observations, which undoubtedly has established the "burnout" as a psychological and sociological category. On the other hand, there are also critical voices, drawing attention to the excessive "expansion" of the concept, or even to treat it in terms of excuses from work and excuse for laziness.

A multitude of definitions and concepts to explain the essence of burnout had an ambivalent effect: inspired for new researches and new perspectives on the phenomenon, and at the same time limited the possibility of synthesis. In this two-way perspective - contemporary research on burnout, and in particular on its causes and consequence should also be seen.

Causes of Burnout syndrome

Assuming the definition that requires us to understand the burnout as a prolonged state of exhaustion work in jobs that require assistance to people - we should also refer to the

specific components of that state singled out in more specific definitions. Symptoms of burnout will then present the sources and the consequences of that state, which is the proper object of this subsection. Man gets many benefits, financial resources, the possibility of self-realization and other features from work. The work can be stressful, especially when it is implemented in difficult conditions, poorly paid, when there is no advancement opportunities, or excessive demands appear. Teresa Zbyrad believes that the phenomenon of stress and burnout occurs in almost every profession. It is believed that its occurrence is currently affected by so called "Employment flexibility" related to part-time work or "junk contracts". This affects the sense of security, employees are anxious, have a sense of danger. "Job insecurity, and limited opportunities in the labor market are forcing employees to continuously compete for the job. The competition aims to keep only the best, most efficient, competent, loyal and responsible employees. Therefore, it is followed by a "race" and the best win. These increasing demands directed at employees become one of the most frequently cited causes of stress, and consequently burnout"(Zbyrad 2009, p. 13).

Agnieszka Wielgus distinguishes several causes of burnout:

- Ignorance or neglecting their own needs and desires;
- Perfectionism;
- Little contact with their own emotions and feelings during the job;
- Inability to accept help from others;
- Compensation their own shortcomings and increasing self-esteem through success at work;
- The difficulty of making choices and setting priorities at work (Wielgus, Tomaszewski, s.25-32).

"The burnout is caused by environmental factors ie. professional stress and subject characteristics, especially the mechanisms of coping with stress, for which the professional self-effectiveness feeling is the main mediation. The low level of competence triggers a typical defense in the form of depersonalization and reduction of professional involvement, which in turn worsens the effects of the implementation of important and valuable life goals"(Sęk. 2007, p. 47).

You can specify the following types of mismatching the employee to work, which are also key factors for burnout: overwork, lack of control, lack of rewards, lack of recognition, lack of community with other workers, lack of justice, conflict of values. Such characteristics from this perspective opens the door for a closer look at the components of burnout by Ch. Maslach - emotional exhaustion, depersonalization and the reduced sense of personal achievement. What exactly are these indicators of loss of motivation and commitment to the job?

In response to this question we should refer to the explanations made by the author herself - in an article from 1993: "emotional exhaustion refers to the feeling of a person that is overloaded with emotions and the resources of emotions have been largely depleted . Depersonalization refers to negative, callous or too inert reactions to other people who are usually recipients of the services of a person or they are object of her care. Reduced sense of personal accomplishment refers to a decline in self-competence and success at work"(Maslach, p. 15). The components of a new typology draw attention especially to the realm of emotions, interpersonal relations and motivation - and therefore areas typical of behavior of individuals in the organization, in the world of work, characterized in previous chapters. These are also regions or critical points of this environment directly related to the risk of increased stress and tension. This relationship requires the category of burnout to be directly associated with organizational stress in terms of cause and effect - as will be further discussed in subsequent parts of the work. It is worth to notice a phase nature of burnout, accented by some researchers. Waldemar Swietochowski is the one who adopts such a

perspective view of the problem and he points on three stages of burnout, which is based precisely on the concept of Ch. Maslach.

In the first phase, the symptoms are the same as in the case of classical tiredness and include loss of power to operate, insomnia, depressed mood, irritability and headaches. Since these are the symptoms that occur with many other ailments - they are rarely consulted with psychologist.

In the second phase of the process - which is dominated by the behavior of the characteristics of depersonalization - people risky of burnout try to distance themselves from the problems and burdens. W. Swietochowski lists four models of such behavior, originating from Ch. Maslach studies. These are:

- dehumanization of relationships with customers,
- intellectualization, or seeing only rational reasons for the difficulties at work,
- isolation from professional problems,
- with drawal, or deliberate pursuit to minimize interaction with customers (Świętochowski 2001, p. 42-43).

As can be seen, the last two of these strategies are synonymous with emotional stress management techniques presented in the previous section, which once again highlights the relationship between the two categories. Such models do not solve existing problems - on the contrary, they cause their build-up and transition into the burnout in the third phase.

Burnout may be characterized by the following symptoms: - "unwillingness accompanying leaving to work - continuous complaints about the perceived lack of willingness to work or overwork - a sense of isolation from the world, - experiencing life as hard and grim. - Increasing amount of negative peer transfers in dealing with customers, - Irritability, denial - frequent illness without recognizable causes - thoughts of escape or suicide.

The occurrence of these symptoms translates into ten stages of burnout, which are: civility and idealism; overwork; decreasing politeness; feeling guilty; increasing effort to be polite and reliable; lack of success; helplessness; loss of hope; exhaustion, aversion to clients, apathy, anger; Burnout: Self-accusing, escape, cynicism, sarcasm, psychosomatic reactions, absenteeism, accidents, non-considered resigning from your job, rigid adherence to rules at work, social collapse, suicide (Fengler 2001, p. 90-94).

Other authors mention different number of stages of burnout. Ewa Bilaska identifies five: honeymoon, awakening, roughness, full burnout, rebirth (Zbyrad, p. 443-444) .. Matthias Bursich distinguishes these seven stages: warning signs, reduced commitment to customers and colleagues, emotional reactions, decay, shortness relationship and emotional reactions, psychosomatic reactions, doubt (Wielgus, p. 13-14) ..

According to Augustine Banka, the burn-out syndrome includes four symptoms: loss of concern for another human being, reduced morale, less motivation, less willingness to act (Zbyrad, p. 36). As indicated by T. Zbyrad in the study of burnout, he distinguished the following symptoms: - preoccupation with work and clients, taking work home; - Chronic fatigue without a known cause; - An increase of impatience and irritation; - The loss of enthusiasm, mechanical response to the task (Zbyrad, p. 37).

The emergence of burnout syndrome is always subject to specific feelings associated with the work and performance of a particular profession. Most often these are the professions involved in health care (doctors, nurses), social services (employees of nursing homes, hospices, social workers), education (teachers) and crisis intervention (advisers, working in various clinics) - whose common ground is an indication above social competence. Very often, this group also includes activities not directly resulting from their employment - for example, the duties performed by volunteers.

The personal qualities that increase the risk of burnout, not only in specific professions, but for any professional activity also increase the risk of burnout. In the first phase of research on burnout such features have become the focus of attention of H. Freudenberger, resulting in the classification of five personality types, most susceptible to this syndrome, including:

- people committed to jobs that take on too much responsibility
- employees excessively engaged in the work, who feel their private life as unsatisfactory
- People willing to submit to authoritarian forms of government
- managers who are overworked, but still consider themselves irreplaceable
- employees prone to excessive identification with colleagues or clients (Szmagalski, p. 18).

Types of behavior listed in this classification let to observe that not only the nature of the profession decides to increase or reduce the risk of burn-out, however the equally important in this respect, is the attitude of the employee, his personal views on the issue of professional activity and self-realization on that ground.

Ways of solving the dilemmas of social workers

It is important to refer to preferred values, and therefore it is imperative that employee is guided by its own hierarchy of values when making an important decision as a successful deal in terms of ways to solve problems without a doubt. There are indications, that a social worker can be suggested with before making a difficult decision. These are:

1. The necessity of being aware of his actions and the rightness of the actions taken.
2. Consult any action with the manager, discuss the measures taken, work with the client, do not conceal important information for him.
3. In order to achieve the objectives do only what is necessary, do not exceed the area which is not important in this case.
4. Work with your supervisor, inform him of all your actions, especially when there are problems (Olech 2006, p. 233).

In the literature there are also specific guidances to help social workers to solve problems related to burnout. They are as follows:

1. "Rules of opposing injustice against the necessary preconditions of action (such as life, health, food, shelter, mental balance) take precedence over the principles of opposing injustice such as lying or disclosure of confidential information or the threat to goods such as recreation, education and wealth.
2. An individual's right to welfare (necessary preconditions of operation) has primacy over the law of another individual to freedom.
3. An individual's right to freedom takes precedence over the right to welfare.
4. The obligation to obey the law, rules and regulations, which someone agrees of their own will and desire, usually he has an advantage over its right to engage of their own volition and desire in action that is in conflict with these laws, rules and regulations.
5. The right of individuals to welfare may be in advantage over laws, rules, regulations and agreements of voluntary associations.
6. The obligation to prevent such injustice as hunger and to promote public goods, such as housing, education and social assistance, has an advantage over the right to maintain state ownership"(Olech, p. 227-228).

These tips are useful in resolving the situation of conflict of values, responsibilities. Of course there is no single universally valid standards for giving one the choice precedence over others. Each situation is individually affected by the circumstances of the problem. It is

also important that the employee, who is facing a difficult choice to resolve had the support of a loved one or someone competent who knows the profession performed and could advise with his experience.

Methodological studies

In studies of burnout among social workers we aim to investigate problems leading to burnout occurring among social workers. Therefore problem questions were related to dilemmas at work, stress and ability to solve them. Research questions were verified through a survey modeled on the Questionnaire of burnout MBI in the adaptation of T. Pasikowski (Pasikowski 2000). The questionnaire consisted of several questions about different aspects of burnout and 22 claims comprising the three fundamental aspects of burnout, ie. The scale of emotional exhaustion, depersonalization scale and the scale of self-esteem work. Answers to all claims were included in the scale from 1 to 5 points where the answers "yes" was assigned to a value of 5 points, and answers "no" were assigned to value of 1 point. Based on the results obtained by using this scale we can say that the overall results of 4 - 5 points are characterized by positive attitudes of respondents, while results of 1 - 2 points - negative attitudes.

The study included a group of social workers from the Social Welfare Centre in Czestochowa, the Municipal Social Welfare Centre in Kłobuck, District Family Assistance Center in Nowy Targ, the Social Welfare Centre in Nowy Targ, the Municipal Social Welfare Centre in Jordanów, the Social Welfare Centre in Jordanów, the Commune Social Welfare Centre in Raba Wyżna, the nursing home in Rabka Zdrój, Social Welfare Centre in Rabka Zdrój, Social Welfare Centre in Szaflary, Social Welfare Centre in Jabłonka, Environmental Self-help in Rabka Zdrój, Environmental Self-help in Nowy Targ. We examined a total of 83 persons including 72 women (86,75%), 11 men (13,5%), in age of 20 - 30 years - 17 people (20,32%) 31 - 40 years - 34 people (40,96%) 41 - 50 years - 23 people (27,71%) over 50 - 9 patients (10,84%).

Education of surveyed social workers in most cases was a higher education, at a bachelor level - 37 people and master level - 32 people. The remaining 14 people have secondary education - these are mostly graduates of various schools, colleges of social work. Most of them complete their education at part-time studies.

Seniority of respondents was diverse, the largest group is people working 6-10 years in the profession - 31 people (37,35%), 11-15 is another group of 18 people (21,69%) Similar results were obtained by groups of individuals whose seniority is the period between 0-5 years - 13 people (15,66%) and 15-20 - 15 people (18,07%). The least seniority is over 20 years - 6 people (7,23%).

Analysis of results

Data obtained from a survey of 83 social workers provides knowledge about the difficulty practicing the profession, dilemmas that arise in the course of performance of their duties, values that employees have, and the facts of how they affect the efficiency of their work.

For the purposes of this study we chose a few key aspects in the work of social workers.

Job satisfaction is declared by 74% of respondents. The re-election of the profession would be chosen even by 61.45% of those working in social assistance centers. The desire to change jobs is declared by 32.53% of respondents. Every fourth surveyed social workers would advise such choice (25.30%). What makes that surveyed social workers chose this profession? What motives accompanied them? Most often the chosen answer was the desire to help others (51.80%), awareness of being needed (40.96%), followed by: fortuity (37.35%), ease of completion, the availability of school (14.46%), continuing a family tradition (10.84%).

Relatively few answers were received by - professional prestige (3.61%). There were also other single answer, eg. wages, ability to work, proximity to work, systems and knowledge helpful in getting a job. Themes to take up work in social welfare justify the values which guided in life. The most important is honesty and willingness to assist (32.53%), and sensitivity to human harm (22.89%). Significant are values such as respect for human dignity (19.28%), tolerance (18, 07%), social justice, professional development, self-improvement, equality of all people (respectively 6.02%).

Researched social workers questioned about their attitude to the phenomenon of burnout for the most part responded that this is how they feel. Burnout in the profession was indicated admittedly only by 40.96% of the workers but this is actually a significant number. Both people burned-out and those who weren't affected by burnout indicate that the best way to counteract burnout is a relax and rest (67.47% of people), social contacts (38.55%), hobbies, realization of interests, passions (30.12%). Respondents also indicate activities connected with improving their professional qualifications, acquiring new knowledge and skills (16.87%) as the effective operation against burnout. Special workshops, courses, training or advice of professionals dealing with this issue, are indicated by individuals.

An important element in the fight against burnout is, according to respondents – preventive actions. They focus on aspects such as: rest, building better relationships in the team, workshops for coping with stress, avoiding stress, proper cooperation, diminishing the bureaucratization, raising wages, reducing working hours, reduction in duties. Social workers feel much burdened with numerous professional duties, which often translate into overwork. 62.65% of workers complain on overload.

Every third respondent (31.32%) feels reluctance to continue working in the profession. A large group of people (37.35%) are discouraged, but only when there are any difficulties in operations. A large group of them feel emotionally exhausted. 49.38% of people often experience such condition. Many workers feel tired after a day of work. This phenomenon sometimes occurs in nearly one out of three people (28.92%), more often in 14.46% of social workers. During working hours - frustration or loss of patience appear. This did not happen only to the 15.66% of staff. Unfortunately, it happens in large groups often (14.46%) and very often (13.25%). Despite such harsh working conditions all social workers emphasize their high efficiency in solving the problems of their clients. Very often effective are 26.50% of the social workers, often effective are 49.40% of the social workers, and only sometimes effective are the others -24.10%.

Social workers meet with numerous dilemmas. One of the most common problem is that related to the lack of sufficient financial resources to cover the expectations of the beneficiaries of social assistance. It often occurs in situations where there is a need of financial support for a customer of a social center, but it does not have them in sufficient quantity. Problem also occurs in situations in which a social worker feels helpless in inefficient state of social policy, sees a lack of time to increase the effectiveness of his work, he feels helpless in a situation when he has the information that the client works, but hides this fact. Problems arise when it is necessary to take measures despite insufficient knowledge about the customer and the need to do "something" which is against the principles they profess, and the rules required by it. These situations affect the rate of appearance of stress and consequently burnout.

Social workers must be able to separate work from personal life. Unfortunately, what the research shows, not all (33.73%) are able to break away from professional problems after work. Fortunately, many of them (54.21%) can count on understanding spouse, children or other family members. In work they can count on co-workers or management. Solving their professional problems, they consult them with a friend or a work colleague (56.63%), supervisor (45.78%). On the other hand, they are looking for the optimum solution based on

the available resources (50.60%), improving their qualifications (19.27%), looking for clues in the applicable regulations (10.84%), plan strategic moves (4.82%).

Difficulties arise in the work relatively quickly and efficiently overcome the person with years of experience working in the profession (67.47%). Almost all (93.97%) agree with the statement that knowledge and skills allow them to deal with difficult situations. The most important skills that social workers should have are: listening to others with understanding (38.55%), engaging customers in their efforts to solve their own problems (36.14%), establishing contacts (33.73%). There are also required: the application of practical knowledge (19.28%), help to respond in emergency situations (18.07%), functioning under stress (14.46), careful and concise documents keeping (12.05%).

The basic features that a social worker should have are: the ability to make contact with the customer and empathy (25.30%). Other important features are: assertiveness (22.89%), a consequence in actions (14.46%), self-confidence, courage (by 13.25%), patience (12.05%), tolerance and sensitivity to emotional behavior (in 9.64%). He will surely be disturbed by such features as: a lack of respect to customers (42.17%), prejudice (34.94%), selfishness and lack of establishing contacts skills (by 30.12%) unpleasantly (16.87%), irritability (12.05%) and indecision (10.84%).

Using the tool modeled on the T. Pasikowski poll to research the burnout the results for the entire group were calculated.

Table n. 1: **Medium values and standard deviations for the group of employees**

| Category | Emotional exhaustion | | Depersonalization | | Feeling of personal achievements | |
|------------------|----------------------|-----|-------------------|-----|----------------------------------|-----|
| | M | SD | M | SD | M | SD |
| Researched group | 2,7 | 0,9 | 2,1 | 0,9 | 3,7 | 0,7 |

Source: own work.

Based on the table, it can be concluded that the social workers receive the highest scores on a scale of self-esteem. However they receive the lowest scores in the scale of depersonalization. The average values appear in a scale of emotional exhaustion. These results are not consistent with the classic sequential theory of burnout. However, some components of burnout may develop parallelly rather than sequentially as they are reactions to various factors in the working environment. Relatively high levels of a reduced sense of personal accomplishment refers to a decline in self-competence and success in their work. It can result from a lack of spectacular success in their work. Employment in social assistance institutions does not give employees too much opportunity to demonstrate their skills and abilities. Dependency, hierarchy and applicable laws and regulations mean that a social worker in is dependent on their superiors and the relevant legal solutions. This may ultimately lead to perceive themselves as ineffective, incompetent, with a sense of lack of achievements and successes. Emotional exhaustion, out of three burnout components is the most similar to the commonly accepted variable in this case which is stress. Concept of exhaustion assumes a high state of arousal or overloading. Social workers do not show excessive signs of exhaustion, which correlates with a sense of depersonalization. Emotional overload and subsequent emotional exhaustion is the core of professional burnout syndrome., Based on studies carried among the social workers we can assume that they present average level of burnout.

Table n. 2: **Medium results and standard deviations due to the age of the respondents**

| Age | Emotional exhaustion | | Depersonalization | | Feeling of personal achievements | |
|----------------|----------------------|-----|-------------------|-----|----------------------------------|-----|
| | M | SD | M | SD | M | SD |
| 20 – 30 years | 3,6 | 1,0 | 2,7 | 1,1 | 3,5 | 0,6 |
| 31 – 40 years | 2,4 | 0,8 | 2,1 | 0,8 | 3,7 | 0,8 |
| above 40 years | 2,9 | 0,4 | 1,9 | 0,4 | 3,8 | 0,5 |

Source: own work.

The highest rate of emotional exhaustion is appropriate for younger workers. The best results are relevant in the age group 30-40 years. The results slightly increase in another age group - After completed 40 years of age. This may result from the fact that young people put all the energy in the actions taken by themselves, they quickly get tired, discouraged and positive effects are difficult to grasp. Similarly, depersonalization rate is the highest in this group. It decreases gradually with age. After 40 years, the lack of success, promotion opportunities and achieving a greater salary means that there is withdrawal and inability to handle the situation.

Table n. 3: **Medium results and standard deviations due to the seniority of respondents**

| Seniority | Emotional exhaustion | | Depersonalization | | Feeling of personal achievements | |
|----------------|----------------------|-----|-------------------|-----|----------------------------------|-----|
| | M | SD | M | SD | M | SD |
| Up to 9 years | 3,0 | 0,9 | 2,3 | 0,9 | 3,7 | 0,7 |
| 10 - 15 years | 2,3 | 1,1 | 1,8 | 0,9 | 3,6 | 0,4 |
| Above 15 years | 2,6 | 0,6 | 2,0 | 1,0 | 3,8 | 1,1 |

Source: own work.

The lowest results were awarded to people with seniority in the range of 10 to 15 years. This may be due to the fact that they had got the necessary experience in the execution of professional duties or received appropriate training, courses, realized the next stage of specialized professional qualifications. They put all their knowledge into their activities, and their implementation is not yet linked to the routine. It makes them feel competent and derive satisfaction from their work. Younger experienced social workers present lower scores on scales of emotional exhaustion and depersonalization.

Table n. 4: **Medium results and standard deviations due to the level of education**

| Level of education | Emotional exhaustion | | Depersonalization | | Feeling of personal achievements | |
|--------------------|----------------------|-----|-------------------|-----|----------------------------------|-----|
| | M | SD | M | SD | M | SD |
| Medium | 2,8 | 1,0 | 2,2 | 1,0 | 3,7 | 0,8 |
| High | 2,3 | 0,5 | 1,7 | 0,2 | 3,7 | 0,3 |

Source: own work.

People with higher education much better cope with the symptoms of emotional exhaustion and depersonalization than those with secondary education. The level of a sense of personal accomplishment does not depend on your education. It can be assumed that people with higher education have better insight into themselves and their ability to better resist factors of burnout. In addition, because of the education - they know and understand the

mechanisms that govern human behavior under stress and thus better are able to cope with difficult situations.

Conclusion

Burnout is an unfavorable condition hindering the functioning of the human being. Experiencing stress in the workplace is the plane on which burnout syndrome appears and develops. It is conditioned not only with the profession, level of stress but also individual differences in the personal factors. A key factor for the development of burnout is a generalized experience of failures in coping with stress at work and emotional burdens of the profession. The aim of the study was to determine the scale of the phenomenon of burnout in a group of social workers from selected social welfare institutions. It would appear that social workers are a group of people not experiencing phenomena characteristic of burnout. Unfortunately, research has shown that they experience this adverse event. The main factor causing burnout in a group of social workers is reduced level of professional satisfaction, determined by a low social prestige, much responsibility for decisions, and relatively low financial rewards for the work. This factor appears in all groups of employees regardless of place of work, seniority, age or education.

Referring to the findings of research it is worth noting that:

- Social workers are struggling with many kinds of dilemmas that origin from the ethical or financial realm, feeling of helplessness related to social policy and the need to take actions despite the fact that they are contrary to the value system, working with clients, who are not prognostic for hope of improvement, who are not always cooperative.
- Social workers have developed a system of values which includes such values as honesty, tolerance, respect for human dignity, sensitivity to human harm. The social workers group appreciates these values and tries to be guided by them in the performance of duties. Code of ethics is the effective tool to get help from, which defines for example standards of ethical behavior which staff members should adhere to the employer, co-workers, beneficiaries, their profession and society.
- Social workers have a thorough understanding of the phenomenon of burnout. Most are aware of the need to take actions to counter the adverse manifestations of stress and burnout. It is a common knowledge deepened in training, courses or learned from their studies.
- It is worth noting that the attributes which a social worker should have include: listening to customers with understanding, empathy, engagement in efforts to resolve their problems, applying knowledge in practice and skills of networking and communication.

In conclusion, the sense of professional efficiency counters the burnout. On the other hand, increase of competence does not always eliminate the feeling of psychophysical and emotional exhaustion. Knowing that these symptoms can be ameliorated or even completely eliminated through various forms of rest, relaxation and mental and physical health can lead ultimately to mastering the negative impact of stress, and in the future to free from the phenomenon of burnout. An important role is made by the creative use of individual potential, non-professional interests and hobbies. The involvement in own development, accompanied by a positive, affirming attitude to life and work, is a naturally immunising factor for burnout. You should know that one of the best forms of risk prevention is the development of professional resourceful competences.

In ending, we present ways of coping with stress in terms of A. Jedynak. They are universally applicable and can be used also to prevent the burnout.

1. Establish realistic goals - to avoid frustration, a sense of defeat, far and ideal goals should be complemented by clearly defined partial objectives, possible to achieve.

2. Relax - take breaks at work, use physical and mental activity. Instead of sitting - go for a run, play something, work out, read a book, go for a walk, look at the trees, mute thoughts.
3. Treat things less personally - when the degree of involvement is dangerous - try to stand on the side, realize that we do not have to experience the pain of the world, to do anything, it is a prerequisite for long-term and effective work.
4. Take care of yourself as on the matter - do the same things in a different way Break up the routine: you have to have a strong body and mind, everything is conducive to maintaining and strengthening the physical and mental health, it is recommended.
5. Emphasize the positive side - notice what is good - it brings satisfaction and joy, work is nice and less painful then, the work brings satisfaction, joy, which makes people feel happy.
6. Meet yourself - be aware of your own reactions and restrictions - what stops you in life - it largely protects against burnout, watch your psychophysical states, their time of occurrence, the circumstances, the kind of feelings and the actions that accompany them.
7. Use the appropriate portion of rest, relaxation - relaxation techniques are effective, especially when practiced regularly - this means that you should allocate a certain amount of time during the day. Most of them can be used during work breaks, even a minute or two, regardless of the position of the body in which they are used.
8. Remember to decompress - the basis of many decompression techniques is the slogan "slow down, you move too fast," Engage in sports, take a variety of physical exercises, which will allow the recovery of emotional tension (Jedynak 1992, pp. 26-28).

Zoznam bibliografických odkazov

- BILSKA, E., 2004. *Jak Feniks z popiołów: czyli syndrom wypalenia zawodowego*, „Niebieska Linia” nr 4.
- FENGLER, J., 2001. *Pomaganie mężczyznom. Wypalenie w pracy zawodowej*. GWP: Gdańsk
- JEDYNAK, A., 1992. Jak radzić sobie z syndromem wypalenia, „Gestalt”, nr 5.
- Le BLANC P., J. De JONGE, W. SCHAUFELI, 2003. Stres zawodowy a zdrowie pracowników, w: *Psychologia pracy i organizacji*, N. Chmiel (red.), przekład A. Kacmąjor i in., GWP: Gdańsk
- MASLACH, CH., 2006. *Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej*, w: *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, pod red. H. Sęka, Wydawnictwo Naukowe PWN: Warszawa
- OLECH, A., 2006. *Etos zawodowy pracowników socjalnych. Wartości, normy dylematy etyczne*, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”: Katowice
- PASIKOWSKI, T., 2000. Polska adaptacja Maslach Burnout Inventory, w: *Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie*, H. Sęka (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN: Warszawa
- PINES, A. M., 2000. Wypalenie – w perspektywie egzystencjalnej (w:) *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*, pod red. H. Sęka, tłum. J. Radzicki, Wydawnictwo Naukowe PWN: Warszawa
- SĘKA, H., 2007. *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*. Wydawnictwo PWN: Warszawa
- SZMAGALSKI, J., 2008. *Stres i wypalenie zawodowe pracowników socjalnych*. Instytut Rozwoju Służb Społecznych: Warszawa
- ŚWIĘTOCHOWSKI, W., 2001. *Wypaleni ludzie*, „Charaktery” nr 1.
- TERELAK, J., 2005. *Psychologia organizacji i zarządzania*, Wydawnictwo Difin: Warszawa
- WIELGUS, A., J. TOMASZEWSKI, 2013. *Wypalenie zawodowe*. Wydawnictwo M: Kraków

ZBYRAD T., 2009. *Stres i wypalenie zawodowe pielęgniarek, pracowników socjalnych i policjantów. Raport z badań*, Stalowa Wola 2009.

Kontakt na autorów

dr Marek Banach

Katedra Profilaktyki Problemów Społecznych

Instytut Pracy Socjalnej

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

dr Ireneusz Kowalewski

Pracownia Psychosomatyki

Katedra Psychologii

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Stres a sociálna opora u študentov sociálnej práce v kontexte starostlivosti o seba

Soňa Lovašová (SR)

Abstrakt: Článok sa zberá hľadáním súvislostí medzi stresom a sociálnou oporou. Vychádza z predpokladu, že starostlivosť o seba, ktorá v komplexnom poňatí absentuje ako v príprave na povolanie sociálneho pracovníka, tak u pracovníkov v praxi, môže súvisieť s vybranými javmi. Na vzorke 217 študentov sociálnej práce sa potvrdila existencia súvislostí medzi prežívaným stresom a vnímanou sociálnou oporou. Stres pozitívne koreloval so sociálnou oporou, konkrétne v oblastiach rodina a priatelia.

Kľúčové slová: Sociálna opora. Stres. Starostlivosť o seba. Študenti sociálnej práce.

Abstract: The article deals with the search for links between stress and social support. It is based on the assumption that self-care, which is absent in the complex concept than in vocational training of social workers and for workers in practice, may be associated with the selected phenomena. On a sample of 217 students of social work has confirmed the existence of links between the experience of stress and perceived social support. Stress positively correlated with social support, particularly in the areas of family and friends.

Keywords: Social support. Stress. Self-care. Students of social work.

Úvod

Sociálna práca patrí medzi veľmi náročné pomáhajúce profesie. Jej doménou je poskytovanie pomoci a starostlivosti druhým. K tomu, aby boli sociálni pracovníci schopní dobre vykonávať svoju profesiu, je nevyhnutná dobrá zámerná celoživotná starostlivosť o seba. Existuje mnoho štúdií, ktoré vypovedajú o tom, že práve pracovníci v najnáročnejších pozíciách zanedbávajú starostlivosť o seba (Figley 2002, Burton, Pakenham, Brown 2010, Hricová, Vargová 2014), čo sa môže prejavovať výskytom rôznych negatívnych javov v práci (Figley 2002). Jednou zo zložiek starostlivosti o seba je sociálna opora. Jej súvislosť s mierou prežívaného stresu bola overovaná v tomto článku.

Sociálna opora

Sociálna opora je podrobnejšie skúmaná v posledných štyridsiatich rokoch. Medzi prvých autorov, ktorí sa ňou zaoberali patria Cassel, Caplan a Cobb (Mareš 2004). V jej teórii sa nachádzajú rôzne špecifické prístupy, ktoré ju skúmajú v rôznych línách. Definícií sociálnej opory je veľké množstvo. Po ich zhrnutí je možné konštatovať, že sociálna opora predstavuje existenciu blízkych ľudí, ktorí sú schopní a ochotní poskytnúť jedincovi v prípade potreby pomoc. Pre potreby tohto výskumu autorka pracovala s vnímanou poskytovanou sociálnou oporou v troch línách: rodina, priatelia, iní blízki.

Sociálna opora bola jedným z prvých identifikovaných faktorov ovplyvňujúcich spolu s nepriaznivými životnými situáciami psychickú pohodu a zdravie človeka, čo potvrdili mnohé výskumné štúdie (Šolcová 1999). Podľa Šolcovej a Kebzu (1999) je možné rozlišovať dva typy sociálnej opory: nárazníkový model, ktorý súvisí so zvládaním stresu a model hlavného vplyvu, ktorý predpokladá protektívny charakter sociálnej opory z hľadiska zdravia bez ohľadu na prežívaný stres. V tomto výskume sa autorka zaoberá nárazníkovým modelom, keď skúma súvislosť medzi stresom a zvládaním neúspechu v škole.

Ďalším faktorom, ktorý sociálnu oporu špecifikuje je jej smer, keď sa rozlišuje či je opora poskytovaná alebo prijímaná. Kebza a Šolcová (1999) ďalej hovoria o anticipovanej a získanej opore a o objektívnej – reálne poskytovanej a očakávanej opore. Väčšina meracích nástrojov zisťuje vnímanú sociálnu oporu, čo je dosť diskutovanou záležitosťou.

Sociálna opora a sociálna sieť je využívaná najmä v prípadoch stretu so záťažovými situáciami. Neúspech v škole je bez sporu možné považovať za záťažovú situáciu a sociálna opora môže zohrávať rolu pri jeho prežívaní a zvládaní.

Stres

Stres a jeho zvládanie sú v dnešnej dobe súčasťou každodenného života. U mladých ľudí môže predstavovať jeden zo zdrojov stresu a záťaže ako takej škola a zvládanie neúspechu v nej. Úspech alebo neúspech v škole môže ukazovať nakoľko má študent splnené učebné ciele. O úspechu je možné hovoriť ak študent dosahuje vyšší štandard s malými problémami. Zlyhanie je charakterizované ťažkosťami a neschopnosťou dosiahnuť požadované ciele a často sa spája s ďalšími problémami (Chitty 2009). Dôsledky školského zlyhávania môžu mať ďalekosiahly dopad pre jedinca, vzdelávacie ťažkosti sú u mladých ľudí spojené s nežiaducimi reakciami.

Problematika úspechu a neúspechu v škole je často spájaná aj so zameraním, čo orientáciou na cieľ a motiváciou študentov. Orientácia na cieľ pritom má súvislosť so zvládaním školského neúspechu. Podľa Brdarovej, Rijavecovej a Loncarica (2006) existuje vzťah medzi orientáciou na cieľ, zvládaním neúspechu a školským úspechom. Podľa nich je pritom dôležité rozlišovať orientáciu na učenie, kde sa dôraz kladie na pochopenie, získanie poznatkov, zlepšenie kompetencií a schopností. Hlavnou myšlienkou je, že výkon ostatných je irelevantný, ak sa budem snažiť, dosiahnem úspech, je irelevantné, či úspech dosiahnu ostatní. Orientácia na výkon je typická snahou o preukázanie vysokej schopnosti a hodnotenia v porovnaní s inými, pričom snaha, či úsilie nemajú hodnotu.

Starostlivosť o seba

Starostlivosť o seba je široký pojem, ktorý zahŕňa rôzne zložky a je predstavovaný formou niekoľkých konceptov. V literatúre je starostlivosť o seba koncipovaná ako sústava individuálnych činností, ktoré slúžia na to, aby sa pomáhajúci pracovníci vedeli vysporiadať s rôznymi internými a externými nárokmi, ktoré sú na nich kladené. Jej definície a obsahové náplne sa líšia vzhľadom k vykonávaným profesiám. Godfrey, Harrison, Lysaght, Lamb, Graham a Oakley (2011) definovali na základe obsahovej analýzy 139 definícií starostlivosti o seba sedem faktorov, ktoré definície obsahovali a v ktorých sa rôznili. Ide o hľadisko: zdravie; choroby a invalidity; všeobecných dôsledkov; vykonávateľa starostlivosti o seba; vykonávania starostlivosti o seba; profesionálnych zdravotníckych pracovníkov a hľadisko systému starostlivosti o zdravie. Mnohé z definícií vychádzajú zo zdravotníckeho poňatia a zahŕňajú najmä zložku starostlivosti o zdravie. Podľa Lovaša (2014) je dôležité vyjasniť vzťah medzi pojmi starostlivosť o seba (self-care) a starostlivosť o zdravie. Pojem starostlivosť o seba zahŕňa z pohľadu psychológie najmä hľadisko „ja“ (self). V takom poňatí je možné chápať starostlivosť o zdravie ako jednu zo zložiek starostlivosti o seba. Starostlivosť o seba potom podľa Lovaša (2014) predstavuje súhrn zámerne, na základe sebaregulácie vykonávaných aktivít týkajúcich sa zdravia, fyzickej a psychickej pohody a osobného rozvoja.

Problematika starostlivosti o seba je v rámci praxe sociálnej práce často diskutovaná v kontexte etických otázok. Súčasťou zachovania kompetencií sociálnych pracovníkov v rámci poskytovania profesionálnych služieb je dôležité, aby bol pomáhajúci pracovník v stave fyzickej, duševnej aj duchovnej pohody (Profitt 2009). Ideálnym konceptom je starostlivosť o seba v jej najširšom poňatí. V zahraničí sa už desaťročia považuje za nevyhnutnú súčasť výkonu pomáhajúcich profesií.

Pri výkone pomáhajúcich profesií je vhodné vnímať starostlivosť o seba ako súčasť profesionálneho života a mala by byť súčasťou prípravy na povolanie.

Výskumné metódy

Vo výskume boli overované súvislosti medzi zvládaním neúspechu v škole, vnímanou sociálnou oporou, mierou prežívaného stresu a vybranými charakteristikami respondentov.

Výskumu sa zúčastnilo 217 respondentov – študentov sociálnej práce, z toho 18 mužov a 194 žien. 129 respondentov bolo v dennej forme štúdia, 83 v externej forme štúdia. Vek sa pohyboval v rozmedzí 18-53 rokov, priemer 25,228 (St. dev. 5,928).

K výskumu boli použité metodiky:

- dotazník PSS (Cohen), desaťpoložkový dotazník, pracovalo sa s celkovým skóre,
- The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet), dvanásťpoložkový ktorý zisťuje mieru vnímanej sociálnej opory v troch zložkách: rodina, iné osoby, priatelia.

Vo výskume boli skúmané vzťahy medzi stresom a sociálnou oporou. V tab. 1 sa nachádza výsledok výpočtu korelácie, kde bola zisťovaná súvislosť medzi prežívaným stresom a vnímanou sociálnou oporou.

Tabuľka č. 1: Súvislosť medzi prežívaným stresom a vnímanou sociálnou oporou

| | sociálna opora | rodina | blízki | priatelia |
|-------|-----------------|--------|--------|-----------|
| stres | pearson corr. | -0,177 | -0,113 | -0,246 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,012* | 0,111 | 0,000** |

Potvrdila sa negatívna súvislosť medzi vnímaným stresom a vnímanou sociálnou oporou poskytovanou rodinou a priateľmi. Teda tí respondenti, ktorí vnímajú poskytovanú oporu udávajú menej vnímaného stresu a naopak, ktorí prežívajú viac stresu, pociťujú menej poskytovanej sociálnej opory od rodiny a priateľov.

Záver a diskusia

Hlavná myšlienka výskumného zámeru spočívala v tom, že sociálna opora ako súčasť starostlivosti o seba môže fungovať ako spôsob zvládania stresu. Na výskumnej vzorke 217 študentiek (194) a študentov (18) sociálnej práce sa potvrdili súvislosti medzi prežívanou mierou stresu a vnímanou sociálnou oporou. Išlo o pozitívnu súvislosť medzi stresom a vnímanou oporou zo strany rodičov a zo strany priateľov.

V štúdiu realizovanej v roku 2012 v Ankare na vzorke 371 univerzitných poslucháčov (Cam, Deniz, Kurnaz 2014) sa takisto potvrdila súvislosť medzi stresom a sociálnou oporou Pearsonovým korelačným koeficientom s hodnotou 0,160, ide o podobný výsledok ako v tomto výskume, kde autorka zistila pozitívnu koreláciu na úrovni hodnoty koeficientu 0,190.

Coffman a Gilligan (2003) zistili na vzorke 94 študentov prvého ročníka Southeastern University v USA súvislosť medzi stresom, sociálnou oporou a životnou spokojnosťou. Zistili, že vysoká úroveň stresu negatívne súvisí s úrovňou životnej spokojnosti, miera stresu negatívne korelovala s mierou sociálnej opory. Ich výsledným zistením bolo, že vyššia miera sociálnej opory a nižšia miera stresu súvisí s vyššou úrovňou životnou spokojnosti.

Friedlander, Reid, Shupak a Cribbie (2007) sa zaoberali zisťovaní súvislostí medzi stresom, sociálnou oporou a úspechom v škole na výskumnej vzorke 128 prvákov – univerzitných študentoch. Zistili, že vyššia úroveň sociálnej opory a nižšia úroveň stresu predikuje vyššiu mieru úspechu v škole.

Možno teda konštatovať, že v základných rysoch sa potvrdili podobné výsledky ako v iných výskumných štúdiách. Zistené rozdiely vo využívaných stratégiách dávajú možnosť ďalšieho skúmania a otvára sa otázka, či by realizácia vedomej starostlivosti o seba dokázala navodiť pozitívnu zmenu pri zvládaní školského neúspechu. Keďže ide o študentov sociálnej práce, je potrebné aby sa už počas štúdia naučili zvládať náročné situácie vhodným spôsobom, aby počas výkonu svojho povolania jednak zamedzili u seba nevhodné copingové stratégie a chránili sa tak. Jednak aby dokázali viesť klientov k vhodným výberom copingových stratégií. Keďže v podmienkach SR nie je koncept starostlivosti o seba vo svojej komplexnosti zatiaľ udomácnенý, otvárajú sa pre odborníkov v tejto oblasti nové možnosti ako praktickej realizácie, tak výskumných cieľov.

Zoznam bibliografických odkazov

- BRDAR, I., M. RIJAVEC a D. LONCARIC, 2006. Goal orientations, coping with school failure and school achievement. *European Journal of Psychology of Education*, 21:1, 53-70.
- BURTON, N.W., K.I. PAKENHAM a W. J. BROWN, 2010. Are psychologists willing and able to promote physical activity as part of psychological treatment? *International journal of behavioral medicine*, 17, 287-297.
- CAM, Z., K. Z. DENIZ a A. KURNAZ, 2014. School Burnout: Testing a Structural Equation Model Based on Percieved Social Support, Perfectionism and Stress Variables. *Education and Science*, 39:173, 310-325.
- CAREY, D., 2003. Transforming School Counseling Practice through Collaboration and the Use of Data: A Study of Academic Failure in High School. *Professional School Counseling*, 6:5, 340-350.
- COFFMAN, D. L. a T. D. GILLIGAN, 2003. Social support, Stress, and Self-Efficacy: Effects on Student's Satisfaction. *College Student Retention*, 4.1, 53-66.
- DENYES, M. J., D. E. OREM a G. BEKEL, 2001. Self-care: A foundational science. *Nursing Science Quarterly*, 14:1, 48-54.
- FIGLEY, C., R., 2002. Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. *Psychotherapy in Practice*, 58:11, 1433-1441.
- FRIEDLANDER, L. J., G. J. REID, N. SHUPAK a R. CRIBBIE, 2007. Social Support, Self-Esteem, and Stress as Predictors Adjustment to University among First-Year Undergraduates. *Journal of College Student Development*, 48:3, 259-274.
- GIAVRIMIS, P. a E. PAPANIS. 2008. Sociological Dimensions of School Failure: The Views of Educators and Students of Educational School. *The Journal of International Social Research*, 1:5, 326-354.
- GODFREY, C. M., M. B. HARRISON, R. LYSAGHT, M. LAMB, I. D. GRAHAM a P. OAKLEY, 2011. Care of self – care by other – care of other: the meaning of self-care from research, practice, policy, and industry perspective. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9:3, 3-24.
- HOUSE J. S., D. UMBERSON D. a K. R. LANDIS, 1988. Structures and process of social support. *Annual Review of Sociology* 14, 293-318.
- HRICOVÁ, M. a V. VARGOVÁ, 2014. Starostlivosť o seba u psychológov. *Psychiatria - psychoterapia - psychosomatika*, 21:2, 34 -38.
- CHITTY, C., 2009 *Eugenics, Race and Intelligence in Education*. Continuum. ISBN 978-1-4725-4115-4.

KEBZA, V. a I. ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd., Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-231-7.

LOVAŠ, L., 2014. *Starostlivosť o seba a jej psychologické kontexty*. In Lovaš, L. a kol. *Psychologické kontexty starostlivosti o seba*. Košice: UPJŠ.

STEWART, M. J., 1989. Social support instruments created by nurse investigators. *Nursing Research* 38, 268-275.

WIGGAN, G., 2007. Race, School Achievement, and Educational Inequality: Toward a Student-Based Inquiry Perspective. *Review of Educational Research*, 77:3, 310-333.

Kontakt na autora

Mgr. Soňa Lovašová, PhD.

Katedra sociálnej práce

Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach

Moyzesova 9, 040 59 Košice

sona.lovasova@upjs.sk

Zvládanie zát'aže a sociálna opora u detí na základných školách a možnosti školskej sociálnej práce

Veronika Ševčíková (SR) - Soňa Lovašová (SR)

Abstrakt: *Príspevok je rozdelený do dvoch častí. V prvej, teoretickej časti sa autorky zaoberajú zvládaním zát'aže u detí na základných školách a sociálnou oporou u detí na základných školách. V druhej časti autorky predstavili projekt výskumu, ktorý sa v kontexte teoreticky vymedzenej problematiky zaoberá zvládaním zát'aže a sociálnou oporou u detí na základných školách. Autorky v príspevku poukazujú na význam školskej sociálnej práce ako novovznikajúcej vednej disciplíny.*

Kľúčové slová: *Sociálna opora. Školská sociálna práca. Zvládanie.*

Abstract: *The article is divided into two parts. Authors in the first theoretical part deal with coping of children in primary schools and social support of children in primary schools. In the second part the authors presented the research project which in the theoretically defined context deals with coping and social support of children in primary schools. Authors in the contribution highlight the importance of school social work as a nascent scientific discipline.*

Keywords: *Social support. School social work. Coping.*

Úvod

Základná škola v živote každého človeka zohráva veľmi dôležitú úlohu a zároveň dotvára celý výchovný proces, ktorým dieťa prechádza. Preto škola ako základná spoločenská inštitúcia plní niekoľko spoločenských funkcií. V zahraničí, hlavne v USA a Nemecku, je súčasťou moderného školského systému školská sociálna práca, ktorá je považovaná za základný element sociálnej práce s mládežou. Význam spočíva hlavne v interakcii sociálnej práce s aspektom vzdelávania. Na Slovensku sa školská sociálna práca zatiaľ len rozvíja, a preto považujeme za veľmi prínosné a dôležité venovať sa tejto novovznikajúcej vednej disciplíne aj v našich podmienkach.

Zvládanie zát'aže a sociálna opora

Otázka zvládania zát'aže je v súčasnosti považovaná za veľmi dôležitú, nakoľko zvládanie súvisí so zdravím, subjektívnou pohodou jedinca, jeho emočnou senzitivitou, správaním a pod. Pri problematike zvládania je dôležité podotknúť, že súvisí so subjektívnou reprezentáciou jedinca danej zát'ažovej situácie (Ruiselová 2006).

R. S. Lazarus a S. Folkmanová (1984) chápu zvládanie ako všetky kognitívne, emocionálne a behaviorálne snahy jedinca, ktoré mu slúžia k tomu, aby mohol vyriešiť alebo redukovať požiadavky, ktoré ho zát'ažujú, tým, že prekračujú jeho osobnostné schopnosti spracovania problémov. Pre zvládanie zát'aže je charakteristické, že ide o vysporiadanie sa s internými alebo externými stresormi. Zdôrazňujú, že nemôžeme hovoriť o copingu, ak sa zvládacie správanie neodlišuje od automatizovaného správania, ale iba vtedy môžeme hovoriť o zvládaní zát'aže (copingu), ak požiadavky, ktoré sú na jedinca kladené, prekračujú jeho adaptívne zdroje. Preto vymedzili dve základné funkcie zvládania:

1. zacielenie na zmenu zát'ažujúcich vonkajších podmienok, pričom ide o tzv. inštrumentálny, resp. problémovo riešený coping),
2. zacielenie na reguláciu emócií, pričom ide o tzv. emočne orientovaný coping.

V školskom prostredí je dôležité zameriavať sa na závažné, ale aj menej závažné problémy v správaní žiakov, pretože ich prehliadanie alebo bagatelizovanie môže viesť ku závažnejším poruchám správania (Dávidová Vidrová 2013).

Obdobie mladšieho školského veku (6-12 rokov) je typické vstupom do školy. Dieťa má množstvo práce a určitú zodpovednosť. Zvládnutie školských povinností si vyžaduje usilovnosť. Je dôležité, aby dieťa v tomto období nadobudlo pocit, že jeho vlastná usilovnosť má význam a aby sa naučilo dôverovať svojim vlastným schopnostiam. Ak škola alebo rodina vyvolá u dieťaťa pocit zlyhania, objaví sa druhý pól značiaci nezvládnutie- pocit menejcennosti (Oravcová 2006).

Vstup do školy a začiatok školských povinností je pre každé dieťa záťaž. Hlavne môže byť pre dieťa vysoko zaťažujúce ak mu rodina vštípi normy, ktoré sú odlišné od noriem v škole, čo spôsobuje pre dieťa stres, nakoľko dochádza k názorovému a citovému konfliktu. Dochádza k tomu zvlášť v prípadoch, kedy príslušníci rodiny patria k etnickej menšine, ku skupine sociálne a ekonomicky oslabených obyvateľov alebo ak ide o rodinu agresívnu a násilnú. Školy vo všeobecnosti vyučujúce v európskej kultúre kladú vysoký dôraz na sebaovládanie, ambície, pracovitosť, rešpekt k autorite, slušné a nenásilné správanie a pod. To môže byť z prostredia s odlišnou sústavou hodnôt veľmi vzdialené. Ak dieťa začne prenášať školské hodnoty a normy domov, môže zistiť, že v najlepšom prípade mu nie sú nič platné alebo za to dostane výsmech alebo dokonca až trest. To isté môže platiť aj naopak, ak dieťa z rodiny, kde platia iné hodnoty a normy začne v škole presadzovať takéto správanie. Konflikt medzi rozdielnymi normami domova a školy môže dieťa vyriešiť iba tak, že sa bude ináč správať doma a ináč v škole alebo zavrhne domov alebo školu. V prípade, že zavrhne normy, ktoré platia v jeho rodine, spôsobí si problémy s osobnou identitou, v druhom prípade si spôsobí problémy v škole. Konflikt medzi domovom a školou nebýva spôsobený samotným dieťaťom. Je nesmierne dôležité, aby škola včas zistila, že ku takémuto konfliktu došlo a zapojila dieťa do intervencie, aby zmiernila dôsledky tohto konfliktu (Fontana 2014).

S témou zvládania záťaže jednoznačne súvisí aj pojem sociálna opora. Sociálna opora má kladný vplyv na rozvoj procesu psychického zdravia. Má pre človeka ochranný charakter v priebehu celého života (Křivohlavý 2012). G. Caplan a R. B. Caplan (1993) charakterizujú termín sociálna opora ako medziľudské spojenie a vzťahy daného človeka s ľuďmi v skupine, na ktorých sa tento človek môže spoľahnúť, ktorí mu poskytujú emocionálnu podporu a potrebné zdroje vo chvíľach, keď ich potrebuje.

Po vstupe do školy sa stávajú významnými osobami pre dieťa nie len rodičia, ale aj učitelia a spolužiaci. Vstupom do školy získava dieťa podriadenú rolu žiaka, ktorú musí prijať ako aj autoritu svojich učiteľov. Dieťa začína byť hodnotené na základe svojich výsledkov, ktoré si musí zaslúžiť, nezískava ich automaticky, čo pre dieťa môže byť značne stresujúce. Zvlášť prváci majú veľmi silný vzťah k triednemu učiteľovi a veľmi im záleží na tom, aby ich pozitívne prijal a to aj za cenu žalovania na ostatných spolužiakov. Postupne sa tento vzťah k učiteľovi začína meniť, je menej emocionálny a začína byť viac neutrálny. Tretiaci už vedia ohodnotiť prácu učiteľa, ako aj jeho vlastnosti. Pri nástupe do školy je pre dieťa výrazne dôležitý aj vzťah s rovesníkmi. Tento kontakt pre nich tvorí najvýznamnejšiu potrebu v rámci sociálnych vzťahov, napriek tomu, že môže ísť o vzťahy spolupracujúce, ale aj súťaživé. Zvyknú si vytvárať aj párové vzťahy, a teda kamarátstva (Končeková 2007).

Školská sociálna práca

Cieľom školskej sociálnej práce je zlepšovanie kvality života a to takým spôsobom, že dochádza k spoluvytváraniu prostredia, v ktorom žiaci získavajú potrebné kompetencie a schopnosti na riešenie problémov, adaptácie na zmeny, schopnosti samostatne rozhodovať a pod. (Skyba 2015).

Z pohľadu rozvíjania školskej sociálnej práce je potrebné si uvedomiť, že školský sociálny pracovník nepracuje samostatne, ale je členom multidisciplinárneho školského tímu. V súčasnosti v USA zastupuje množstvo úloh a rolí, aby plnohodnotne spolupracoval hlavne so školskými psychológmi, školskými poradcami a pedagógmi. Hlavnou úlohou je

predchádzať rizikovému správaniu u detí, posilňovať rodinu, aby sa podelila o svoje obavy so školou a zabezpečovať otvorenú komunikáciu medzi školou a rodinou dieťaťa, poskytujú konzultácie učiteľom a podobne (Dupper 2003).

Prioritou školského sociálneho pracovníka je vytvoriť v škole zdravý sociálny systém, ktorý akceptuje individualitu žiaka, stimuluje jeho potenciál, podporuje pozitívne emócie, nevyvoláva strach, sprostredkúva zážitok úspechu, učí otvorene komunikovať, uprednostňuje kooperatívnosť atď. Tým všetkým prispieva k vytvoreniu optimálnych podmienok na zdravý vývin mladého človeka (Matulayová 2006).

Na Slovensku sa však školská sociálna práca len rozvíja. Dôvody, pre ktoré je Slovensko v tomto smere pozadu oproti zahraničiu, Z. Kosčurová (2005) rozdelila do nasledovných oblastí:

1. **Nedostatočná informovanosť odbornej verejnosti v oblasti školstva** o profesii sociálneho pracovníka.
2. **Absentovanie profilácie sociálneho pracovníka** v rámci vysokoškolského vzdelávania, napr. ako špecializácia, alebo študijný program.
3. So vzdelávaním súvisí aj **odborná terminológia**, ktorá nie je ucelená a zjednotená. Niektorí odborníci používajú termín školská sociálna práca, niektorí sociálna práca v rezorte školstva. Ide o metodologickú otázku, o ktorej je potrebné diskutovať.
4. **Chýba zastrešujúca organizácia pre všetkých sociálnych pracovníkov** na Slovensku, ktorá by zastupovala a presadzovala na vyšších úrovniach profesiu sociálneho pracovníka.
5. **Absentujú pracovné skupiny**, ktoré by vízie, programy, štandardy alebo projekty dokázali presadzovať v rámci odborných a vedeckých diskusií.

M. Skyba (2015) vymedzuje základné predpoklady nevyhnutné na uznanie profesie školskej sociálnej práce v podmienkach Slovenska. Ako predpoklady vymedzila:

1. uznanie špecifického problému v spoločnosti a špecifického problému školskej sociálnej práce,
2. uznanie, že existuje špecifický spôsob riešenia problému (napr. aby každý vedel, čo môže očakávať od školského sociálneho pracovníka),
3. očakávanie v spoločnosti, že školskí sociálni pracovníci budú poskytovať pomoc tým, ktorí sú problémom konfrontovaní,
4. ľudia od seba vzájomne očakávajú, že keď budú s problémom konfrontovaní, tak sa obrátia na školských sociálnych pracovníkov a budú očakávať pomoc z ich strany, a to uznaným a všeobecne akceptovaným spôsobom.

Návrh projektu výskumu

V kontexte teoreticky vymedzenej problematiky ponúkame v nasledujúcej časti príspevku návrh projektu výskumu, ktorý sa zaoberá zvládaním záťaže a sociálnej opory u detí na základných školách.

Ciele výskumu

Základným výskumným cieľom bude zistiť stratégie zvládania záťaže u detí na základných školách a zistiť sociálnu oporu týchto detí a následne aplikovať tieto zistenia vypracovaním návrhov do praxe, ktoré by mohli slúžiť ako pracovné štandardy pre školských sociálnych pracovníkov. Za čiastkové ciele výskumu považujeme:

- zistiť aké záťažové situácie v školskom prostredí najviac ohrozujú deti na základnej škole,
- zistiť zdroje sociálnej opory u detí na základných školách,

- zistiť stratégie zvládania u detí na základných školách,
- zistiť, či existujú rodové rozdiely pri zvládaní školského stresu,
- zistiť vplyv pedagogických zamestnancov na zvládanie záťaže u detí na základných školách,
- zistiť rozdiel vo zvládaní školského stresu medzi deťmi, podľa toho, či navštevujú školu, kde pracuje alebo nepracuje školský sociálny pracovník (resp. zamestnanec školy, ktorý aspoň do určitej miery plní úlohy školského sociálneho pracovníka).

Hlavná hypotéza

Hlavná hypotéza výskumu predpokladá, že s rastom vnímanej sociálnej opory u detí na základnej škole klesá vnímaná miera záťaže.

Metodika

Pre realizáciu kvantitatívneho výskumu, ktorý bude zameraný na sociálnu oporu a zvládanie záťaže použijeme metódu dotazníka, ktorý bude vyhotovený v tlačenej podobe a žiakom základných škôl bude distribuovaný osobne po konzultácii s pedagogickými zamestnancami školy. Dotazník bude pozostávať z viacerých častí, pričom každá z nich sa bude zaoberať niektorou zo sledovaných oblastí.

Na zisťovanie sociálnej opory budeme používať dotazník Social Support Survey. Tento dotazník zisťuje anticipovanú sociálnu oporu (Sherborne, Stewart, 1991). Nakoľko ide o dotazník, ktorý je určený dospelaj populácii, budú z neho vynechané otázky, ktoré sú nerelevantné pre detskú výskumnú vzorku.

Na zisťovanie stratégií zvládania použijeme dotazník Brief COPE, ktorý vytvoril C. S. Carver, ktorý uvádza 14 stratégií zvládania ochorenia, a to aktívne zvládanie, plánovanie, pozitívne prerámovanie, akceptácia, humor, religiozita a spiritualita, využívanie emocionálnej podpory, použitie inštrumentálnej sociálnej podpory, sebarozptýlenie, popretie, ventilovanie, používanie drog, odangažované správanie a sebaobviňovanie. Týchto štrnásť stratégií bolo zadelených do jednotlivých okruhov, ktoré boli pôvodne rozpracované R. S. Lazarusom (Baštecká, Goldman 2001).

Ďalšia časť dotazníka bude zostavená z autorských otázok, ktoré budú zamerané na vyhodnotenie ostatných výskumných otázok. Ostatná časť dotazníka bude mapovať demografické údaje respondentov, ktoré budú slúžiť k celkovému vyhodnoteniu dotazníka.

Nakoľko pôjde o súbor metodík, spolu s autorsky doplnenými otázkami, bude potrebné zrealizovať predvýskum, resp. pilotné odskúšanie dotazníka.

Výskumná vzorka

Výskumnú vzorku budú tvoriť žiaci základných škôl na Slovensku. Konkrétne žiaci druhého stupňa základnej školy. Spôsob výskumnej vzorky bude nenáhodný a zámerný.

Záver

Výskum plánujeme realizovať v rozmedzí rokov 2016-2018. Výsledky výskumu budeme aplikovať do sociálnej práce, hlavne so zameraním na školskú sociálnu prácu ako novovznikajúcu vednú disciplínu.

Zvládanie stresu a záťaže u detí súvisí hlavne s potrebou sociálnej opory. Ide o faktor, ktorý je dôležitý pre zdravý psychický vývin jedinca. Prínos výskumu by tak spočíval v celkovom pohľade na žiaka základnej školy pri zvládaní školského stresu a v komplexnej rovine by výskum poukázala na dôvody, prečo by školská sociálna práca mala byť oficiálne zavedená do praxe, prečo by mal byť vytvorený priestor pre profesiu školského sociálneho pracovníka, ktorý by pre dieťa, resp. pre jeho rodiča, predstavoval prvý kontakt pri riešení problémov v škole a bol by plne kompetentný zaoberať sa problémami v správaní žiakov a

spolupracoval by s ďalšími odborníkmi (psychológom, špeciálnym pedagógom, logopédom) a odbornými inštitúciami.

V rámci Slovenska predstavuje školská sociálna práca veľmi málo prebádanú oblasť, nie len na teoretickej úrovni, ale aj na úrovni empirickej. Na základe toho si myslíme, že je dôležité zrealizovať výskum, ktorý by poukazoval na dôležitosť školskej sociálnej práce na Slovensku a výsledok výskumu, ktorý by predstavoval vypracovaný koncept ako konkrétne sa môže sociálny pracovník uplatniť na základnej škole, aké roly je potrebné, aby zastával a aké kompetencie vyplývajú z jeho profesie.

Zoznam bibliografických odkazov

- BAŠTECKÁ, B. a P. GOLDMAN, 2001. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-550-4.
- CAPLAN, G. a R. B. CAPLAN, 1993. *Mental Health Consultation and Collaboration*. USA: Waveland Press. ISBN 1-57766-073-0.
- DÁVIDOVÁ VIDROVÁ, A., 2013. Úloha školského sociálneho pedagóga v školách, jeho preventívna činnosť a práca s deťmi zo sociálne znevýhodneného prostredia. *Prohuman* [online]. [cit. 2015-11-17]. ISSN 1338-1415. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/pedagogika/uloha-skolskeho-socialneho-pedagoga-v-skolach-jeho-preventivna-cinnost-a-praca-s-detmi-ze-soc-znevychod-prostredia>
- DUPPER, D., 2003 *School Social Work: Skills and Interventions for Effective Practice*. USA: John Wiley. ISBN 0-471-39571-4.
- FONTANA, D., 2014. *Psychologie ve školní praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-2620-741-2.
- KONČEKOVÁ, L., 2007 *Vývinová psychológia*. Prešov: Vydavateľstvo Michala Vaška. ISBN 978-80-7165-614-2.
- KOSCUROVÁ, Z., 2005. Využitie sociálnej práce v školskom prostredí. In: A. TOKÁROVÁ, J. KREDÁTUS a V. FRK, eds. *Kvalita života a rovnosť príležitostí- z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, ktorá sa konala dňa 24. a 25. novembra 2004 v Prešove*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, s. 705-712. ISBN 80-8068-425-1.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2012. *Horieť, ale nevyhorieť*. Bratislava: Karmelitánske nakladateľstvo. ISBN 978-80-8135-003-0.
- LAZARUS, R. S. a S. FOLKMAN, 1984. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 0- 8261- 4191-9.
- LOVAŠ, L., 2001. *Metódy výskumu pre verejnú správu*. Košice: Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach. ISBN 978- 80- 7097-478-8.
- MATULAYOVÁ, T. a N. MATULAYOVÁ, 2006, Školská sociálna práca – potreba a perspektívy School Social Work –Need and Perspectives. *Sociální práce/ Sociálna práca*, **1**, 101- 108. ISSN 1213-6204.
- ORAVCOVÁ, J., 2006. *Vývinová psychológia*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici. ISBN 80-8070-510.0.
- RUISELOVÁ, Z. a kol., 2006. *Štýly zvládania záťaže a osobnosť*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV. ISBN 80-88910-23-4.
- SHERBOURNE, C. D. a A. L. STEWART, 1991. The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, **32**, 705-714. ISSN 0277- 9536.
- SKYBA, M., 2015. *Školská sociálna práca*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. ISBN 978-80-555-1287-7.

Kontakt na autorov

Mgr. Veronika Ševčíková
Katedra sociálnej práce
Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach
Moyzesova 9, 040 59 Košice
sevcikova.upjs@gmail.com

Mgr. Soňa Lovašová, PhD.
Katedra sociálnej práce
Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach
Moyzesova 9, 040 59 Košice
sona.lovasova@upjs.sk

Aspekty ovlivňující aktivizaci rodiny v procesu sociální rehabilitace

Martin Karas (ČR) - David Urban (ČR)

Abstrakt: Podpora a pomoc ohroženým rodinám za posledních pět let doznala významnou řadu změn. Na těchto změnách se jednoznačně podepsala novelizace zákona o sociálně-právní ochraně dětí a nový občanský zákoník, díky kterým pracovníci pomáhajících profesí jsou nuceni s ohledem na aktuální situaci přizpůsobovat své metody práce. Vznikají nové sociální a zdravotní služby, které by měly napomáhat k uchování rodiny jako celku. Základem celého úspěchu je nacházet takové možnosti a způsoby práce, které by přirozeně a nenásilně aktivizovaly rodiče v celém procesu sanace. Jednou z možností, která se nám v praxi naskýtá a ověřuje jako funkční je pobytová služba sociální prevence a to sociální rehabilitace pro matky a rodinné příslušníky s dětmi.

Z osobních zkušeností je nám znám celý výčet aspektů, které jak pozitivně, tak negativně ovlivňují aktivní zapojení rodiče ve zmiňovaném procesu. Po letech práce s ohroženou rodinou lze tvrdit, že významným aspektem, jenž značně ovlivňuje přístup, chování a jednání rodiče je délka celého průběhu podpory. To koneckonců dokládají polostrukturované rozhovory s matkami, které byly do procesu sanace rodiny začleněny. Cílem článku je upozornit na skutečnost, že aktivní spolupráce rodiny vede k vyřešení řady jejich problémů, nicméně délka pobytu v rámci sociální rehabilitace sužuje nejednu klientku v jejich snažení. Navíc se domníváme se, že na základě získaných dat je možné předcházet omylům a komplikacím, které nám praxe přináší.

Klíčová slova: Individuální plán péče. Multidisciplinární péče s rodinou. Ohrožené dítě. Ohrožená rodina. Sanace rodiny. Sociální práce s rodinou.

Abstract: Support and assistance to vulnerable families over the last five years has undergone a series of significant changes. At these changes are clearly signed amendments to some laws that make workers helping professions are forced with respect to the current situation, adapt their work methods. Creating new social and health services, which should assist in the preservation of the family as a whole. The basis of the whole success is finding those opportunities and ways of working that would naturally activate parents throughout the restructuring process. One possibility is a residential service social prevention is social rehabilitation for mothers and families with children.

From our own experience we know the full list of issues that both positively and negatively affect the active involvement of parents in the mentioned process. After years of working with vulnerable families can be argued that an important aspect that greatly influences the attitude, behavior and actions of parents is the length of the entire course of the promotion. This documented interviews with mothers, which were incorporated into the process. This article aims to highlight the fact that the active cooperation of the family leads to solving many of their problems, but the length of stay within social rehabilitation plaguing many a client in their efforts. Additionally, we believe that based on the data obtained, it is possible to prevent mistakes and complications, which brings us to practice.

Keywords: Individual care plan. Multidisciplinary care with families. Endangered child. Endangered family. Improvement of family life. Social work with families.

Úvod

Na základě změn a potřeb v oblasti sociálně-právní ochrany dětí vznikají zcela nové zdravotní a sociálních služby pro rodiny s dětmi.

Jednou ze služeb sociální prevence je poskytování sociální rehabilitace, jejíž úkolem je zachovat rodinu jako celek. Ta klade důraz na upevnění vztahu mezi rodičem a dítětem a posiluje vzájemné rodinné vazby (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Sociální rehabilitace má v systému péče o ohrožené rodiny své výhradní postavení. Hlavním důvodem je předcházet či eliminovat konkrétní problémy jednotlivých členů skupiny. Zmiňovaná pobytová služba může významně působit na celou rodinnou situaci. Může buď zcela zabránit nebo co možná nejdéle odložit umístění dítěte mimo vlastní rodinu (Bechyňová, Konvičková 2011).

Hlavním cílem služby je nácvik specifických činností, které matku vedou k samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti tím, že dochází k rozvoji a upevňování jejich specifických schopností a dovedností a posilování získaných návyků (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Zachování rodiny jako celku posunula sociální rehabilitaci do popředí a stala se jednou z významných složek procesu sanace. Tou se rozumí nepřetržitá multidisciplinární spolupráce zainteresovaných institucí, jenž systematicky spolupracují s ohroženou rodinou, kterou příznivě ovlivňují v rodinných a sociálních poměrech a postojích (Bechyňová, Konvičková 2011).

Sanace rodiny byla Matouškem (2003) definována jako postupy sociální práce, jenž podporují fungování rodiny. Jedná se o způsoby práce, které by měly člena rodiny podporovat a zamezit tak jeho vyčleňování z důvodu toho, že někoho ohrožuje, případně, že je sám někým z rodiny ohrožován.

Ohroženou rodinou dle zákona č. 359/1999, Sb., o sociálně-právní ochraně dětí máme na mysli takovou rodinu, kdy pečovatelé svým chováním a jednáním dítě ohrožují na jeho příznivém vývoji či výchově navíc tito rodiče nemohou nebo nejsou schopni svoji situaci sami řešit (zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí).

Míra ohrožení také vyplývá z nedostatečné a nekvalitní péče o dítě (Dubowitz, DePanfilis 2000). Velmi záleží na schopnostech a dovednostech odborníka, který má objektivně posoudit skutečnou a případnou rizikovost ohrožení dítěte (Dubowitz, DePanfilis 2000). Stanovit míru ohrožení je nelehký úkol S ohledem na míru ohrožení vyhledat vyhovující podpůrnou službu a zapojit do ní rodiče je úkol snad ještě těžší (Gjuričová, Kubička 2003).

Sociální pracovníci mohou rodině pomoci zvládnout obtížná očekávání tím, že se pokusí podpořit změnu faktorů (vlastnosti rodiny, jejich členů nebo charakteristik sociální prostředí rodiny), které způsobují, že určitá životní situace je pro rodinu těžko zvládnutelná (Šrajer, Musil 2008).

Úspěšná pomoc a podpora ohrožené rodině je ovlivňována mnoha faktory a to jak na straně rodiny, tak na straně zařízení poskytující sociálně právní ochranu dětí, orgánu sociálně-právní ochrany dětí či dalších odborníků, jenž jsou do procesu sanace v rámci sociální rehabilitace začleněny (Bechyňová, Konvičková 2011).

Praxe se nám stále více potvrzuje skutečnost, že aktivní zapojení rodiny do procesu sanace je nezbytnou nutností. Bez přímé spolupráce rodiče, nelze nic zmoci. Jak uvádějí významní odborníci zabývající se ohroženou rodinou (Bechyňová, Konvičková 2011; Gjuričová, Kubička 2003; Klégrová, Zelená 2006; Langmeier, Matějček 2011; a další), bez aktivní účasti jejich členů nelze žádného úkolu dosáhnout. Důležitým aspektem úspěšné součinnosti všech zainteresovaných stran je zapotřebí znát jejich nejen pozitivní, ale i negativní náhled na situaci.

Dětské centrum

Dětská centra nově vznikala na bázi kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let. Součástí dětských center je lůžková část (pro děti, pro rodiče s dětmi), ambulantní část, kojenecký ústav (resp. dětský domov) rodinného typu, zařízení pro děti vyžadující

okamžitou pomoc, denní zařízení, ubytovací zařízení pro matky (rodiče), včetně cvičných místností, s možností přijetí matky před porodem, rodinná poradna, výjezdní tým pro péči přímo v rodině, příprava žadatelů o NRP, setkávání rodin (pěstounů, osvojitelů) a jiné (Schneiberg 2009).

Dětské centrum Jihočeského kraje ve Strakoniciích bylo v roce 2006 pověřeno výkonem sociálně právní ochrany dětí. Jedná se o nestátní zdravotnické zařízení poskytující komplexní interdisciplinární péči dětem, jakkoliv ohroženým ve svém vývoji, včetně pomoci jejich rodinám. Kromě vedlejších činností, poskytuje dvě stěžejní sociální služby, které napomáhají ohroženým rodinám. Jedná se o zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (zde jsou často umístovány děti těch rodin), které následně využívají služeb sociální rehabilitace.

Z pohledu nejen dětského centra, ale i dalších členů multidisciplinárního týmu je nezbytné co nejdříve navázat úzkou spolupráci s rodinou. Aktivní zapojení rodiče do procesu sociální rehabilitace je nutností. Dětské centrum jako zařízení poskytující sociálně-právní ochranu dětí hraje v tomto procesu velmi významnou roli. Tato úloha spočívá v roli koordinátora mezi rodinou, dítětem a institucí.

Sociální rehabilitace (služby sociální prevence)

Jedná se o zázvukové centrum pro matky a rodinné příslušníky, kteří potřebují pomoci s osvojením si dovedností spojených s péčí o dítě. Jedná se o soubor specifických činností směřující k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilování návyků a nácvičkou výkonu běžných pro samostatný život nezbytných činností (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).

Velký důraz je kladem na upevnění vztahu mezi rodičem a dítětem. Podstatným prvkem prevence je oddálení umístění dítěte mimo vlastní rodinu, případně jeho brzké navrácení zpět do biologické rodiny.

V současné době bylo provedeno několik hloubkových rozhovorů s informantkami, u nichž byla sociální rehabilitace ukončena. Pro potřeby tohoto článku jsou ze zmiňovaných rozhovorů vybrány ukázky, které se zaměřují na to, jak rodič vnímá délku pobytu v průběhu sociální rehabilitace.

Metodika

Cílem výzkumu, realizovaného v rámci disertační práce Mgr. Martina Karase (školitel doc. PhDr. David Urban, Ph.D.) na téma: Význam dětského centra ovlivňující aktivní zapojení rodiny do procesu sanace rodiny, je provádění rozboru dílčích individuálních plánů podpory s identifikací jednotlivých složek, jež se podílejí na sanaci rodiny. Sledujeme, jaké složky sanace jsou do procesu začleňovány, v jaké míře a jejich vzájemné vztahy. Na základě dostupné dokumentace provádíme detailní rodinou, zdravotní a sociální anamnézu, která slouží k porovnávání, pochopení a vyhledávání společných znaků jednotlivých ohrožených rodin. Součástí výzkumného projektu je provádění hloubkových polostrukturovaných rozhovorů s klientkami, jež úspěšně, ale i neúspěšně ukončily proces sanace rodiny. Pozorujeme, jak jednotlivé složky sanace ovlivňují chování a jednání rodiny. Klíčovým momentem je „okamžik“, ve kterém dochází k aktivizaci rodiče do procesu sanace.

Vlastní výzkumná šetření

Důležitou roli v poskytování zmiňované sociální služby hraje délka pobytu. V tuto chvíli nemáme jednoznačné symptomy, proč je délka pobytu v celém procesu pro rodiče klíčová. Zjišťujeme, že trvání pobytu je rozhodující, jak pro samotnou matku umístěnou v

dětském centru, tak pro ostatní členy rodiny. Průměrná délka pobytu rodiče v roce 2014 činila 53 dní. Ta se však vždy odvíjí od individuálních potřeb každého jednotlivce.

“ Pobyt u vás mi přišel hrozně dlouhý. Stejskalo se mi po tom doma. Taky po kamarádech. Na začátku to bylo fajn, to sem se musela hodně učit, ale po čtrnácti dnech už jsem chtěla domů. Nevím, jestli to bylo brzo.” (zdroj: vlastní výzkum)

Další informantka sděluje: *“Mě to v centru nevadilo. Klidně bych tam zůstala i déle, protože to bylo lepší, než předtím doma. To víte, že se mi bylo občas smutno, taky jsem si říkala, že to ukončím dřív, když jsem měla problém s těma mámama ostatníma. To tak asi někdy je, že se lidem stýská. Asi mě drželo to, že jsem věděla, že tady je to lepší, než na azyláku, tak jsem čekala na ten byt.”*

Další informantka vypovídá: *“Od začátku jsem sem nechtěla. Musela jsem kvůli sociálce, jinak by mi sebrala malého. Měla jsem strach, že mě tady budou pozorovat a buzerovat. To už mi stačilo v děčáku. Kdybych tam mohla být s přítelem, tak by to bylo asi lepší, ale to nešlo. Že prej se to nesmí, že by byl problém. Já myslím, že ne. Ale stejně to bylo hodně dlouhý. Bylo to takový, že jsem byla zvyklá večer chodit ven, tady to bylo, že jsem nemohla”.* (zdroj: vlastní výzkum)

Sociální pracovník vypovídá: *První, na co se maminky ptají je, jak dlouho budou u vás muset zůstat. Je to jako s hospitalizací v nemocnici, když vás něco bolí, tak nastoupíte bez řečí. Když se vám udělá trochu dobře, už přemýšlíte, že podepíšete revers. Je to v podstatě stejné.”* U pacientů je to jiné v tom smyslu, že mají domov, zázemí, chtějí se vrátit ke svým blízkým. U našich klientů je velký rozdíl v tom, že často nemají kam jít. Zřejmě jim schází ta jejich svoboda”. (zdroj: vlastní výzkum)

Další sociální pracovník vypovídá: *“Ano, je pravda, že jak dlouho bude trvat pobyt v dětském centru řeší všechny maminy. Potřebují vědět, jak dlouho budou muset v centru zůstat. Když si představíte, že celá řada mamin vyrostal v ústavním zařízení, tak se vlastně není čemu divit. Mají strach, že budou opět omezované. Já vím, že to tak není. Když na to přijdou i ony, že to tak není, začnou si vymýšlet, že mají jiný problém. Mám zkušenost, že aby mohly odjet, alespoň na chvíli, předstírají různé zdravotní problémy.”* (zdroj: vlastní výzkum)

Závěr

Úspěšná pomoc a podpora ohrožené rodině je ovlivňována mnoha faktory, a to jak na straně rodiny, zařízení poskytující sociálně právní ochranu dětí, orgánu sociálně-právní ochrany dětí, tak i ostatních zainteresovaných institucí. Osobní zkušenosti při práci s těmito rodinami a dětmi nás vedou k tomu, že je nutné pečlivě sledovat jaké postoje, představy, názory, předsudky a zájmy brání všem zúčastněným stranám v procesu sociální rehabilitace věnovat patřičnou pozornost skutečnému problému.

Doposud provedený výzkum nám poukazuje na to, že vzájemná spolupráce, důvěra, komunikace, empatie a stimulace, celý proces sociální rehabilitace „za jistých podmínek“ posouvá kupředu. Jistými podmínkami je především myšleno: vůle klienta spolupracovat a aktivně se zapojovat do všech činností, systematická a účelná sociální práce dětského centra a dalších zainteresovaných stran. Z jednotlivých výpovědí je zřejmé, že délka pobytu má pro matku zásadní význam.

Výsledky našich šetření i z jiných oblastí sociální práce ukazují, že v práci s rodinou dochází k určitému pozitivnímu posunu. Proto, abychom mohli relevantně ověřit všechny skutečnosti, je zapotřebí provést další podrobná šetření a sesbírat nové vzorky informantů.

Zoznam bibliografických odkazov

BECHYŇOVÁ, V., M. KONVIČKOVÁ, 2011. *Sanace rodiny*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0031-4.

DUBOWITZ, H., D. DEPANFILIS, 2000. *Handbook for Child Protection Practice*. Sage Publication, Inc. Thousand Oaks. ISBN 0-7619-1370-8.

GJURIČOVÁ, Š., J. KUBIČKA, 2003. *Rodinná terapie systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0415-3

KLÉGROVÁ, A., M. ZELENÁ, 2006. *Podpora rodiny*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-67-9.

MATĚJČEK, Z., J. LANGMAIER, 2011. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1983-5.

MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O., H. PAZLAROVÁ, 2010. *Hodnocení ohroženého dítěte a jeho rodiny*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-739-8.

ŠRAJER, J., L. MUSIL, 2008. *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. České Budějovice, Brno: Albert. ISBN 978-80-7326-145-0.

VĚSTNÍK, Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let, Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, částka 9, metodické opatření č. 7, Zn. 24039/2009, 2005.

Zákon č. 108/2006 Sb.o sociálních službách. [online]. [cit. 2007-01-01]. Dostupné z: <<http://atre.cz/zakony/page0048.hmt>

Zákon č. 359/1999 Sb.o sociálně-právní ochraně dětí. [online]. Dostupné z: <http://zakony-online.cz/?s149&q149=all>

Kontakt na autorov

Mgr. Martin Karas
Dětské centrum Jihočeského kraje, o.p.s.
Radomyšlská 336
386 29 Strakonice
martin.karas.strakonice@seznam.cz
a
Katedra Sociální práce
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

doc. PhDr. David Urban, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra sociální práce
durban@zsf.jcu.cz

Intervencia umením v kontexte sociálnej práce

Monika Piliarová (SR) - Alena Bašistová (SR)

Abstrakt: *Naším cieľom bolo poukázať na dôležitosť arteterapie a význam psychoterapeutických techník s využitím arteterapie pri práci s klientmi v dlhodobej starostlivosti. Zároveň poskytnúť informácie o najčastejších technikách kognitívno-behaviorálnej terapie s možným využitím arteterapeutického prístupu a posun v emočnom prežívaní a v kvalite života klientov i v kvalite života pomáhajúcich sociálnych profesií. Práca sa zameriava na význam imaginácie a využitie v oboch prístupoch a s ňou spojené následné transformovanie do slov alebo vizuálneho stvárnenia. Uvádzame, vlastné skúsenosti pri práci s cieľovou skupinou a prepájanie KBT techník a arteterapeutického prístupu. Za prínos práce považujem najmä časť, v ktorej sa uvádzajú možnosti praktického prepojenia a vlastné postrehy pri skupinovej práci s klientmi, kde sa práve arteterapia osvedčila ako dôležitá v celkovom liečebnom procese.*

V práci uvádzame projekty s prvkami skupinovej arteterapie a popis jednotlivých sedení a ich priebehu pri práci v sociálnej oblasti.

Kľúčové slová: *Sociálna práca. Umenie. Zdroje copingu. Arteterapia. Trauma.*

Abstract: *Our aim was to highlight the importance of art therapy and the meaning of psychotherapeutic techniques using art therapy with clients in long-term care. Moreover to provide information about the most common techniques of cognitive-behavioral therapy with potential use art therapy approach and a shift in emotional survival, and quality of life of clients and in the quality of life of helping social professions.*

The work focuses on the meaning of imagination and use both approaches and the associated following transformation into words or visual interpretation. Here are our experiences in working with the target group and linking CBT techniques and art therapy approach.

As a contribution of the work I consider especially the part which provides practical connections and its own observations in group work with clients, where art therapy proved just as important in the overall healing process.

We present projects with elements of art therapy group and description of sessions and their conduct at work in the social field.

Keywords: *Social work. Art. Coping resources. Art therapy. Trauma.*

Úvod

Priznať si, že potrebujeme pomoc môže byť niekedy najťažším prvým krokom pri riešení problémov nezávisle na tom, kto sme a s akým problémom sa snažíme vyrovnáť. Ako prvá sa ozýva obvykle hrdosť: "určite to zvládnem sám", ďalším problémom je často postoj okolia "objednal si sa ku komu?", a potom je tu ešte vnútorný monológ, ktorý so sebou vedieme sami "ešte to nie je až tak zlé, aby som musel navštíviť psychológa".

Každý, kto sa vo svojej práci, v roli terapeuta, stretáva s ľuďmi, ktorí trpia nejakou formou psychickej poruchy, si je vedomý faktu, že väčšina klientov neočakáva od terapeuta – či sa jedná o lekára, psychológa a pod. – iba všeobecné povzbudenie a podporu, predpis liekov, ale predpokladá, že terapeut bude schopný poskytnúť systematickú psychoterapeutickú starostlivosť. Medializácia účinnosti a postupov jednotlivých terapeutických prístupov, a nie je ich málo, je rôzna. Od rýchlych, zázračných, pri ktorých stačí prísť a odísť, až po dlhodobé, vyžadujúce intenzívne vnáranie sa do zákutí svojho ja. Terminológia a odborný jazyk prístupov ešte všetko zahmlievajú a stavajú do polohy náročnej zrozumiteľnosti. V súčasnosti však je zreteľný posun hlavne v možnej knižnej a internetovej sa orientácii na odborných stránkach jednotlivých smerov.

U ľudí všetkých vekových kategórií môže viesť zvýšené sebaovládanie k osobnejšej voľbe a k slobode, osobná sila potom k bohatšiemu a zmysluplnejšiemu životu.

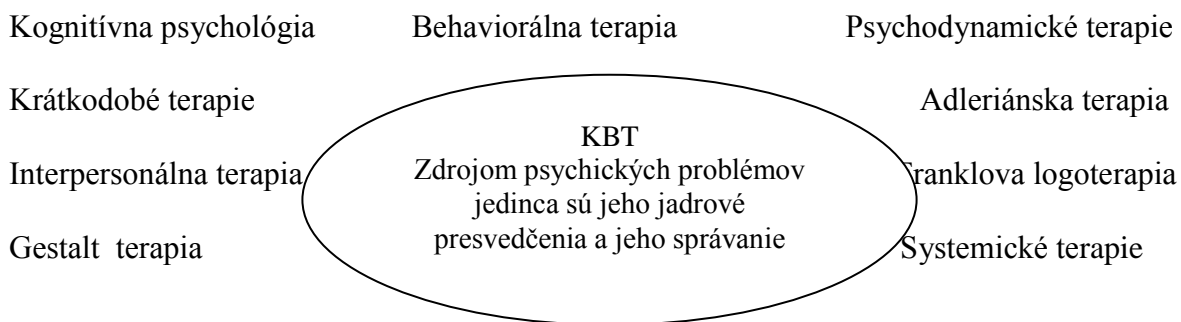
I tu sú spojnice s arteterapiou definovanou podľa J. Šickovej ako sprevádzanie, navigovanie človeka z teritória disharmónie, chaosu, z prostredia ohrozujúceho jeho telesné i duchovné zdravie, ktoré môže byť nielen v jeho okolí, ale aj v ňom samom, do priestoru – územia – teritória bezpečného a liečivého prostredníctvom umenia.

Cieľom príspevku je poukázať na dôležitosť starostlivosti o nás samých v pozícii, tých ktorí starostlivosť poskytujú. Práca sa zameriava na význam vlastného sebapoznávania, nahliadania na svoje prežívanie v interakcii s klientovým a následné transformovanie do slov alebo vizuálneho stvárnenia. Uvádzame, vlastné skúsenosti pri práci s cieľovou skupinou a prepájanie KBT edukačných techník a arteterapeutického prístupu.

Kognitívno behaviorálna terapia (ďalej KBT) je v súčasnej dobe jednou z najrozšírenejších psychoterapeutických smerov. Vznikla v druhej polovici 20. storočia ako výsledok úspešnej integrácie behaviorálnej a kognitívnej terapie. Vo svojej teórii a praxi integruje podnety mnohých ďalších psychoterapeutických smerov.

KBT je v svojej podstate integratívny a pragmatický terapeutický smer. Ako poukázal F. Datillio kognitívno-behaviorálna terapia v svojej teórii i praxi integruje poznatky a metódy mnohých ďalších psychoterapeutických smerov (Praško, Možný, Šlepecký 2007).

Obrázok č. 1: **KBT ako integratívna psychoterapia**



Zotrvačnosť raz vzniknutých názorov je veľká. Preto je KBT i v súčasnej dobe mnohými odborníkmi stále spájaná s obrazom klasickej behaviorálnej terapie z doby pred päťdesiatimi rokmi. Stále sa stretáme s postojmi, že sa jedná o povrchný, na príznaky zameraný terapeutický prístup, spočívajúci v mechanickom uplatňovaní terapeutických metód, ktorých cieľom je iba vonkajšie potlačenie príznakov.

ARTETERAPIA A KBT

V odbornej literatúre je uvádzané skromnejšie využitie techník arteterapie KBT, kde sa výrazne využíva imaginácia a následné spracovanie emočného prežívania v súvislosti s vizualizáciou rôznych tém.

Pred vyjadrením slovným či výtvarným prebieha proces imaginácie na danú tému, resp. v predtým označených problémových oblastiach. Je otázkou či sú zakomponované do priebehu KBT terapie s dostatočným využitím ich potenciálu?

V odbornej literatúre KBT smeru určenej pre prax je v kapitole o ventilácii emócií venovaných i novej výtvarnej expresii niekoľko viet: Prvým krokom je prekonanie hanby spôsobenej rôznymi myšlienkami a postojmi, ktoré nám môžu brániť v odreagovaní sa. Druhým krokom je skúsiť si nájsť vlastný spôsob ventilácie. Každému vyhovuje niečo iné. Niekomu pomôže zobrať si obyčajnú ceruzku a silnými ťahmi zafarbiť celú plochu papiera,

inému pokiaľ má tu možnosť, pomôže zísť naštípať drevo do pecky. Možností je veľa a každý klient by si mal nájsť takú možnosť, ktorá mu najviac vyhovuje a zároveň v ňom neskôr nevyvoláva pocity ľútosti či viny (Pašek, Praško, Štípek 2013).

Pri vedení klienta s PTSD pri KBT prístupe J. Benkovič uvádza možnosť u detského klienta využiť pri expozícii kresbu dieťaťa na abreakciu emočného zážitku. Spôsobom, ktorý zrejme predpokladá prácu s expozíciou v imaginácii, nakoľko ide len o pripomienku.

Autorka Rubinová (2008) uvádza nasledovné zhrňujúce prehľady využitia arteterapie v KBT dospelých:

Tabuľka č. 1: **Techniky kognitívno-behaviorálnej arteterapie u dospelých**

| Autor(ri) a Dáta | KBT ciele | KBT techniky | Aplikácia arteterapie v |
|-----------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Bowen a Rosal (1989) | ↑ Miesto vnútornej kontroly | Vedená imaginácia zmyslových skúseností | Kresby ceruzou a fantazijné koláže |
| Rosal, Ackerman-Haswel a Johnson (1994) | Určiť a označiť spúšťače | Techniky „in vivo“ a odhalenie kognitívnej distorzie | Zhotovenie dediny a zábavných parkov ako sociálnych priestorov |
| Gentile (1997) | ↑ Miesto vnútornej kontroly | Sebaovládanie | Použitie výtvarnej tvorby pri externalizácii vnútorných pocitov |
| Matto (1997) | ↓ Úzkosť pri zaobchádzaní s emóciami | „In vivo“ a systematická desenzibilizácia | Kreslenie emočných stavov od najmenej k najviac zúskostňujúcim |
| Reynolds (1999) | ↓ Vyhýbanie sa | Systematická desenzibilizácia a zaplavenie | Gobelín v reakcii na fotografie s vysokou emočnou hodnotou |

Autorka Rubinová (2008) zhrňa, že arteterapia a KBT sa k sebe hodia, pretože výtvarná tvorba je vo svojej podstate kognitívnym procesom. Keď človek tvorí, odkrýva svoje mentálne predstavy a odkazy, vyvoláva spomienky, rozhoduje sa a dochádza k riešeniu. Či už sa jedná o kreslenie alebo modelovanie, výtvarná tvorba predstavuje systém bezprostrednej spätnej väzby a trvale spevňuje uspokojivé chovanie. Každý ťah štetcom, ktorý sa na papieri objaví, môže o niečom vypovedať, podnecovať k ďalšej akcii, byť spätnou väzbou, alebo tvorcu potešiť a spevňovať.

Výtvarne tvoriť znamená, že vzniká konkrétny záznam vnútorných procesov. O tomto konkrétnom zázname môžeme diskutovať, môžeme ho meniť alebo prekresliť k našej spokojnosti. S jeho pomocou môžeme tiež vyvolať minulé udalosti alebo ich využiť ako pripomienku pozitívnej emočnej skúsenosti.

V daných aktivitách sa táto práca podobá kognitívnej reštrukturalizácii – preformulovaniu dysfunkčných myšlienok, práci s katastrofickým scenárom, práci s emóciami v doposiaľ najviac využívannej vo verbálnej forme a v písomnej forme v práci so slovom. Pritom intenzívny dôraz pri zmene kognitívnych procesov je kladený na oblasť imaginácie.

Prvoradým cieľom klienta v KBT je získať sebakontrolu. U dospeljej populácie prispieva k zníženiu problémov v správaní, zvyšuje povedomie o spúšťačoch sociálne nevhodného správania a zlepšuje miesto kontroly. Vďaka dosiahnutiu týchto cieľov u širokého spektra dospelých môžu klienti fungovať efektívnejšie a voliť v živote medzi viacerými možnosťami.

U ľudí všetkých vekových kategórií môže viesť zvýšené sebaovládanie k osobnejšej voľbe a k slobode, osobná sila potom k bohatšiemu a zmysluplnejšiemu životu.

Na IV. Konferencii KBT v Liptovskom Mikuláši v roku 2011 psychologička Hollá, G., Ondrejka, I. z Psychiatrickej kliniky JLF UK a UNM, Martin v svojom príspevku Arteterapeutické postupy v KBT vyzdvihli použiteľnosť arteterapie pri KBT v nasledujúcich oblastiach (Hollá, Ondrejka 2011):

- vyjadrenie aktuálneho stavu emócií
- analýza vývinu stavu - emocionálne hodnotenie minulosti a súčasného stavu
- analýza vývinu stavu v priebehu ochorenia - napr. "životný príbeh"
- vyjadrenie aktuálneho problému
- percepcia vlastného ochorenia
- zhodnotenie efektu liečby - emocionálne nastavenie, popri zhodnotení meraní
- stimulácia kognitívnych zložiek - tvorivosť, obrazotvornosť

Klienti stále nevedia pomenovať svoje prežívanie, orientovať sa v emočných stavoch. Áno máme pestrú paletu kognitívnych techník, ktorými pri trezlivom vedení naučíme klienta pomenúvať, zaznamenávať, znižovať kritické hodnotenie, preformulovať zúskostňujúce a dysfunkčné myšlienky. Prijemným a intenzívne nápomocným sú tréningy relaxačných techník, práca s imaginatívnymi technikami. Často posun z polohy experta do pozície sprievodcu je uvoľňujúci a posilňujúci vlastné kompetencie klienta. Som KBT terapeut, no prínos arteterapeutických techník vnímam ako výrazne nápomocný pri riešení problémov rôzneho druhu.

ARTETERAPIA PRI SKUPINOVÝCH AKTIVITÁCH KBT

V zariadeniach typu denných stacionárov zdravotného či sociálneho charakteru sú rôzne vnímané a používané výtvarné techniky, zhodne pomenúvané ako arteterapia.

I v našom Dennom centre duševného zdravia v rehabilitačnom stredisku a dennom psychiatrickom stacionári sme kreslili. Od roku 2002, popri KBT technikách, individuálnom vedení, skupinových aktivitách bola začleňovaná i výtvarná aktivita – skôr vnímaná ako diagnostická, relaxačná, uvoľňujúca, dopĺňujúca jednotlivé edukačné programy. Klienti mali najskôr vyčlenený priestor a čas v rámci denných aktivít, až po súčasnosť kedy majú k dispozícii otvorený ateliér, možnosť pracovať na svojom diele podľa ich možností a súbežne sa zapojiť do skupinových aktivít. Ide o klientov s prevažne závažnými zmenami psychického prežívania.

Podobne v ateliéri arteterapie PL v Kroměříži pracujú s tromi typmi arteterapie. Využívajú projektívnu arteterapiu v skupine, ďalej činnostnú arteterapiu a individuálnu arteterapiu. Výstava výtvarných prác klientov je ukážkou z činnostnej arteterapie. Klienti nie sú obmedzovaní témami, výtvarnou technikou, formátom ani intenzitou práce a každý tvorí podľa svojich schopností. Základom ich arteterapeutickej práce je ich slobodná vôľa. Dochádza tak k pocitu bezpečia a k emočnému uvoľneniu, čo je dobrý základ pre terapeutickú prácu (Rudolfová 2013).

Obrázok č. 2: Priestory zariadenia Denného centra duševného zdravia Košice



Pomoc stacionára najčastejšie vyhľadávajú ľudia s rôznymi depresívnymi a úzkostnými poruchami, s rôznymi formami posttraumatických stresových porúch. Ďalej sú to ľudia so schizoafektívnymi, schizofrénnymi ochoreniami a psychosomatickými poruchami. Do skupiny klientov sú integrovaní i pacienti s poruchami pozornosti a aktivity.

Sú to ľudia, u ktorých nie je nutná psychiatrická hospitalizácia alebo sú bezprostredne po hospitalizácii, preto je u nich liečba v stacionári výhodná.

Schizofrénia je závažné psychotické ochorenie charakterizované významnými poruchami v oblasti myslenia, ako formálnymi, tak i obsahovými, vnímania, emócií, správania a kognitívnych funkcií. Príčinu schizofrénie nepoznáme. V súčasnej dobe neexistuje zhoda ani v tom, či sa jedná o jedno ochorenie, v rámci ktorého sa pod rôznymi príznakmi skrýva spoločný, dosiaľ neobjavený psychopatologický proces, alebo či toto pomenovanie zahŕňa viac nozologických jednotiek, ktoré sa líšia ako svojou etiopatogéziou, tak i svojimi klinickými príznakmi, priebehom, reakciou na liečbu i prognózou. Preto sa v súčasnej dobe v terapii zameriavame na snahu o zmiernenie či odstránenie jednotlivých príznakov a syndrémov, ktorými sa schizofrénia prejavuje, nie na kauzálne vyliečenie tohto ochorenia. Schizofrénia je psychické ochorenie, ktoré najčastejšie prebieha chronicky a obvykle prináša jednotlivcovi výrazné postihnutie nielen v oblasti psychického zdravia, ale aj v oblasti sociálnej a profesijnej.

Klinické prejavy ochorenia schizofrénie pozostávajú z troch príznakových dimenzií:

- a) pozitívnych príznakov - bludy, halucinácie, uvoľnené asociácie, poruchy správania
- b) negatívnych príznakov- oploštenie emotivity a afektu, citové a sociálne stiahnutie, ochudobnenie reči, abúlia, anhedonia, poruchy abstraktného myslenia
- c) kognitívnych príznakov - postihnutie pracovnej pamäti, pozornosti, exekutívnych funkcií, reči a motoriky. Výsledný obraz je spoločným priemetom príznakov v jednotlivých dimenziách, ktorý sa môže u jednotlivca v priebehu ochorenia rôznym spôsobom meniť (Praško a kol. 2007).

Práve preto je vysoká vhodnosť integrácie KBT a arteterapie pri tvorbe skupinových aktivít.

V prehodení toho, čo vedie k retraumatizácii alebo transformácii a rastu a toho, čo robí terapeutickú prácu prostredníctvom umenia zmysluplnou, musíme sa pozrieť na kontext, v ktorom sa terapeutická práca odohráva a potom na uplatňované intervencie.

Campbellová (1998) uvádza rozdiely v prioritách vo využívaní výtvarných techník medzi skupinou oddychovou/vzdelávacou a terapeutickou:

1. skupina oddychová/vzdelávacia
 - o zameranie na činnosť,
 - o rozvíjanie predovšetkým výtvarnej techniky a zručností,
 - o dôraz na estetickom hodnotení,
 - o sebaujadrovanie je sprostredkované predchádzajúcimi dvoma bodmi,
 - o vedúci skupiny preberá rolu učiteľa.
2. skupina terapeutická
 - o výtvarné zobrazovanie je súčasťou osobného (psychického) vývinu,
 - o výtvarné techniky a zručnosti sú menej dôležité,
 - o je posilňované spontánne sebaujadrovanie,
 - o čas venovaný spoločnej diskusii o výsledkoch tvorby je rovnako dôležitý ako samotný proces tvorenia,
 - o výtvarné práce sa neposudzujú z hľadiska kvality a všetky sú akceptované,
 - o terapia sa odohráva v trojuholníku vzťahov medzi výtvarným prejavom, terapeutom a klientom,
 - o rola vedúceho skupiny spočíva v tom, že poskytuje svoje skúsenosti a predstavy a pomáha tak jednotlivým členom zvládať všetky aspekty terapeutického procesu.

Polohy vzdelávacej i terapeutickéj arteterapie v svojej práci vnímam ako doplňujúce sa. Vzhľadom k povahe a priebehu jednotlivých ochorení pri arteterapeutickej činnosti v dennom centre berieme do úvahy i zistenia a odporúčania, ktoré uvádza A. Orosová (2014-2015):

U depresívnych pacientov sa prejavuje pri tvorbe znížený záujem, potrebujú adekvátnu podporu, pacienti s ťažkou psychotickou formou depresie sú takmer neschopný tvorby, tvorba je bezfarebná, sivá, krehká, opustená, pôsobí bezducho akoby zbavená zdroja energie. Techniky by mali byť povzbudzivé, podporujúce, pozitívne, veľmi jednoduché, ľahko zvládnuteľné a zaručujúce úspech.

V terapii opretej o edukáciu, slová a úlohy sa potrebujeme dostať i k svetu tvorivej, emočnej časti. Predstavivosť, imaginácia, fantázia predstavuje pre terapiu veľký potenciál. Imaginácia má totiž veľa spoločného s vnútorným svetom človeka, je akýmsi sprostredkovateľom medzi svetom hmotným, fyzickým a svetom duchovným. Imaginácia je spojnicou do sveta slov i obrazov.

Možné zhody a odlišnosti oboch terapeutických prístupov predkladám v nasledovnom porovnaní:

Tabuľka č. 2: Nazeranie na spoločné prvky a možné odlišnosti prístupov

| Sedenie - stretnutie - terapia | Arteterapia | Kognitívno behaviorálna terapia |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Štruktúra | Kontinuum – od štrukturovaného – téma, material, čas až po neštrukturované | Štrukturované |
| Čas | Časovo poskytujúca voľnosť, sleduje priebeh, process Otvára sa téma ukončenia spoločnou diskusiou | Časovo obmedzená Krátkodobá – predpokladaný počet sedení pri jednotlivých psych stavoch |

| | | |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Ciele | integrácia osobnosti človeka | definované s klientom v merateľných kritériách |
| Vzťah | nosné porozumenie, podpora, odborník | odborník, vzájomná spolupráca, techniky, edukácia |
| Problém | Riešenie aktuálnych problémov- tu a teraz | Riešenie prítomných problémov v štruktúre KBT |
| Témy | Témy, ktoré súvisia s príbehom klienta, ktoré "prinesie" | Konkrétne, ohraňované problémy, zadané |
| Meranie | Pozorovanie kazuistický prístup | Vedecká, merateľná - dotazníky |
| | Proces, osobnostný rast | Konkrétne zmeny v živote samostatnosť |
| Priestor | Od využívania krajiny – meniaci sa priestor – po stabilné vybavené miestnosti | Bežná ambulánna miestnosť – príjemné sedenie |
| Pomôcky | Výtvarné prostriedky – podľa zamerania | Papier, pero |
| Domáca práca | Nie sú známe pri práci s fotografovaním – domáce úlohy fotky | Pravidelné domáce úlohy |
| Výstup | Vizuálne práce, možnosť sledovať proces aj pre klienta | Záznamy dotazníkov, domácich úloh, terapeuta |
| "Zážitok" | Tvoril som "o sebe" | Edukácia, aha zážitok, dominuje explorácia - verbálna |
| Imaginácia | Tvar a farba | slovo |

Myslím, že treba mať na pamäti i to, že nie každý sa cíti lepšie po terapeutických aktivitách. Dôležité je povzbudzovanie ku kreativite, uvoľnenej fantázii, k tomu, aby sa nebáli pri rozprávaní o tvorbe.

Ale slovami Huptycha, M.: vždy si musí povedať: "Moja fantázia v tom vidí..." alebo: "Je tam... Namaľoval si... Ja v tom vidím... Myslím si, že je to o tom..." Klientovi musí byť jasné, že o tom, čo namaľoval majú ostatní zo skupiny alebo i terapeut iba "svoje fantázie". A je na ňom, čo si z toho vyberie, čo osloví jeho bytostné ja, ktoré je často plnému vedomiu neprípustné. Práve v uvoľnenej fantázii sa veľakrát dostaneme ku skrytým závažným témam, ktoré sa môžu prejaviť "aha" zážitkom.³⁹

Ak zoberieme do úvahy schopnosť našich hemisfér istým spôsobom vnímať, konštruovať a následne vybavovať našu realitu, tak do desiatich rokov veku prevažuje činnosť "pravej" tvorivej hemisféry. Pribúdajúcim vekom, vzdelaním, školou "preberá" moc ľavá hemisféra, strácame hravosť a prirodzenú tvorivosť. Začína prevažovať logické myslenie nad spontánnym duševným životom (Zicha 2013).

³⁹ Rozhovor s Miroslavem Huptychem. 2014. *Stále na cestě*. In. ARTETERAPIE 35/2014. Časopis české arteterapeutické asociace se zaměřením na arteterapii, artefiletiku, muzikoterapii a dramaterapii. ISSN 1214-4460 MK ČR E 14911, s.46

Predstavy človeka predikujú jeho aktuálny emočný stav, jeho aktuálne problémy. V predstavách sa prejavujú tvorivé schopnosti človeka, ale aj jeho obavy a túžby. Pomocou imaginácie sa človek môže vrátiť k niektorým situáciám zo svojho života, môže ich znovu prežiť, spracovať ich pod vedením arteterapeuta, reflektovať ich do výtvarnej podoby, zhmotniť ich. Poskytuje príležitosť vidieť vec z iného uhla pohľadu, a tým potenciálnu možnosť meniť svoje postoje.

Podľa významného neurofyziológa Ecclese (in Kastová, 1982) je imaginácia vedľa inteligencie základnou schopnosťou človeka. Túto schopnosť má každý človek, I keď každý jedinec je ňou obdarovaný v inej miere. Významný je tiež aspekt vývojový – detská fantázia je veľmi silná, čo má za následok, že deti veľmi často nerozlišujú svet subjektívny a svet objektívny (Šicková-Fabrici 2002).

Naše emócie procesom symbolizácie získavajú vizuálnu podobu. Deje sa to prostredníctvom foriem a farieb. Práca so symbolmi je prácou v zastúpení, ktorá poskytuje klientovi ochranu pred priamou konfrontáciou s nepríjemným obsahom (Grohol 2008).

Tabuľka č. 3: Metódy a techniky oboh prístupov sa mi javia ako veľmi príbuzné

| Metódy | ARTETERAPIA (Šicková-Fabrici 2002) | KBT |
|--------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| | screening | screening |
| | imaginácia | expozície v imaginácii |
| | animácia | hranie rolí |
| | koncentrácia | práca s myšlienkami – jadrové schémy |
| | reštrukturalizácia | kognitívna reštrukturalizácia |
| | rekonštrukcia | explorácia |
| | transformácia | písanie listov |
| | fantázie, asociácie | asociácie |
| | začlenenie problémového miesta do nového kontextu | edukácia |
| | recyklácia traumy zooming | práca s katastrofickým scénarom |
| | relax pohybom | relaxačné cvičenia |
| | vychytanie problémových oblastí - pretváranie | riešenie problémov |
| | harmonizácia | prevencia relapsu |

Šicková – Fabrici, zakladateľka spirituálne – ekologickej arteterapie pomenúva arteterapiu “užitým umením” Jeho úlohou je iniciovať v tvorcovi aj v divákovi také procesy, ktoré by ho stimulovali k tomu, aby neubližoval sebe, druhým ľuďom, prírode, ale naopak, snažil sa o harmonizáciu, o uzdravenie, duchovné, telesné a duševné, celej svojej bytosti, vzťahov s druhými a prostredia v ktorom žije (Grohol 2008).

Samotná tvorba vyvoláva v človeku množstvo pocitov a následné vedenie k pomenovaniu týchto pocitov, vytvára sa bezpečie bez hodnotenia, reflektovanie tvorby, individuálny problém možno posunúť k skupinovému riešeniu. Celkovo je prítomná relaxácia a uvoľnenie.

Ciele edukačných stretnutí s témou - Práca s problémovým klientom - Využitie KBT a arteterapeutického prístupu

V ponúknutom edukačnom programe sme využili arteterapiu ako psychoterapeutickú techniku v kombinácii s edukáciou kognitívno-behaviorálneho prístupu. Zároveň sme poskytli informácie o najčastejších prejavoch správania, ktoré sa spája s agresiou a súvisí s psychickým stavom a prežívaním, či na strane klienta alebo personálu.

Spoluprácu s odborom sociálnych vecí na Košickom samosprávnom kraji podnietilo aj vedenie aktivít našim zariadením v DSS Lúč Šemša už 10 rokom v oblasti psychiatrickej, sociálno - psychologickkej starostlivosti s poskytovaním pravidelných vzdelávacích aktivít , napr.

- 27.11.2013 Psychiatrické poruchy – problémové správanie 24 zúčastnených
- 19.6.2013 Zvládanie akútneho psychomotorického nepokoja – 31 zúčastnených
- Špecifické prístupy k ľuďom s problémovým správaním v sociálnej starostlivosti /29.10.2014/
- Psychiatrické minimum – duševná zaostalosť a prejavy správania s touto diagnózou /20 zúčastnených /25.3.2015/
- Komunikácia, základy a spôsoby komunikácie s klientom / prednášková forma spojená s AT /22zúčastnených /17.6.2015/

Stretnutia v zariadeniach sociálnych služieb u verejných poskytovateľov boli naplánované

priebehu roka 2015, celkovo prebehlo 14 stretnutí v 12zariadeniach v košickom kraji u vybraných verejných poskytovateľov, predovšetkým pobytových služieb, ktorých sa zúčastnilo 268 zamestnancov .

Stretnutia prebiehali formou skupinovou, v rozsahu 6 hodín s nasledovným obsahom :

- Informácie o oblastiach vplyvu na výskyt problémového správania – premenných na strane poberateľa – poskytovateľa – zariadenia – rodinných príslušníkov a ich vzájomná prepojenosť /edukačná forma EF - vzájomná diskusia, výmena postrehov, návrhov/
- Sebaskúsenostná technika – ako sa vnímam a ako nás vníma okolie – kresebná technika – ako prijímame zmeny /arteterapeutická technika AT /.
- Spätná väzba – poskytovanie pochvaly, komplimentu a ich prijímanie /zážitková časť/ s prepojením na verbálnu a neverbálnu komunikáciu poberateľ – poskytovateľ – edukácia, príklady /AT/
- Vlastné vnímanie agresie – rozdielnosť prejavov a intenzity a možných vlastných interpretácii /EF/
- Potreby poberateľov – ich napĺňanie a možnosti krízových oblastí /EF/
- Duševné ochorenia a prejavy porúch správania – možnosti vplyvu /EF/
- Práca s arteterapeutickými technikami – kresba tušom – portrét –postupnosť sebaopoznávania vs poznávanie klientov /AT/
- Režim v zariadeniach, prístup k agresii, postupy – ich uplatniteľnosť a uchopiteľnosť /EF/
- Pravidlá kontaktu s klientom – vzájomná spolupráca, informovanosť, formálne – neformálne pravidlá /EF/
- Psychohygienu – súčasť pomáhajúcej profesie – postoj vlastný a zariadenia /EF/
- Relaxácia – praktická zážitková forma /AT/
- Reflexia, spätná väzba
- Doplnkové cvičenie na vnímanie tlaku – odhad intenzity a naše predpoklady o správaní druhej osoby /AT/.

Silné miesta, ktoré sme zaznamenali :

- Zlepšovanie priestorov poskytovaných služieb
- Možnosti vzdelávania poskytované odspodu
- Spolupráca jednotlivých zložiek s akceptáciou možných obmedzení služby
- Možnosť vs povinnosť pre klienta i pre personál zúčastňovať sa rôznych aktivít
- Osobná angažovanosť zamestnancov – osobný príklad, pomáhajú ako dar
- Aplikácia nových metód – rola ekonomických možností
- Otvorenosť komunikácie zamestnancov o problémových oblastiach, vlastných postojoch k problémovým klientom
- Schopnosť vnímať a následne akceptovať odlišnosti u klientov i u kolegov
- Pozitívne vzory v určovaní hraníc – vzory medzi nimi
- Ochota sa zapojiť do nových aktivít – bezpečie v rámci kolektívu – možnosti sebaodhalenia a sebauplatnenia znamenajú podporné prostredie

Možnosti aplikácie následných edukačno zážitkových aktivít :

Zvyšovanie informovanosti o jednotlivých poruchách a ich prejavoch / zdravotné, psychické, sociálne spôsobilosti klienta, prepojenie pohľadu jednotlivých zložiek zariadenia a to zdravotníctvo – výchova – sociálne – s cieľom podporovať flexibilitu zamestnancom pri prístupe ku klientovi – znižovať značkovanie klientov ako zlý, nespolupracujúci.

Možnosti verbalizácie napätých resp stresujúcich udalostí pre zamestnancov v bezpečnom prostredí – brain storming metódy – hľadanie nápadov voľnými asociáciami k udalosti – banka riešení

Ponúknuť zážitkové techniky – abreakcie napätia, sebaopoznávania, skúsenosť s technikou na sebe a jej využitie v praxi

Zdieľanie skúseností medzi odborníkmi – medzi jednotlivými zariadeniami

Sociálne motivácie zamestnancov

Supervízia vs sebarozvoj

Posilňovať spoluprácu oddelení – nielen spoločná práca – príjemné aktivity

Uvádame príklad programu pre klientov zariadenia rehabilitačného strediska kombinácia KBT a arte techník :

Harmónia v nás v roku 2015 podporený Nadáciou VUB, zážitkový program arteterapie bol zameraný na poznanie nášho tela ako spojených nádob tela a duševna. Venovali sme sa v edukačnej časti poznávaniu a porozumeniu fyziológii a funkcií nášho tela, súhry jednotlivých orgánov a následne odozvám psychických stavov v našom prežívaní a našom tele. Pracovali sme s našimi rôznymi i mylnými informáciami, predsudkami a stereotypmi, ktoré sa v oblasti psychosomatiky a zdravom fungovaní nášho tela na skupinách objavovali.

Cieľom bolo využiť umeleckú reflexiu, ako most medzi klientovým vnútorným prežívaním a jeho samým k lepšiemu pochopeniu seba, k chápaniu vlastnej skutočnosti a uspokojivo s ňou nakladať. Cez rôzne arteterapeutické aktivity - koláže, prácu s hlinou, veľkoformátová práca, sa nám to i úspešne podarilo.

Do projektu sa celkovo zapojilo 49 klientov zariadenia. Boli zrealizované aktivity v oblasti arteterapie : Namaľovanie ľudskej postavy - malá postava – Body Image a následne práca na veľkoformátovej vlastnej postave. Modelovanie srdca a pľúc. Stvárnenie kostí a svalov – modelovanie, kreslenie. Znázornenie miesta kde sa premýšľa – čo všetko nám beží, sedí v hlave – koláž, kreslenie. Modelovanie - znázornenie najvýznamnejších zmyslov pre seba a čo tým vnímame – podobnosti a odlišnosti skupiny. Nakreslenie cesty trávenia, koláž.

Oblasť edukácie :Čo nás drží pri živote – dýchanie a krvný obeh – edukácia, projekcia, dychové relaxačné cvičenia. Pohyb a sila – Kosti a svaly – edukácia s projekciou spojené so

svalovou progresívnou relaxáciou. „Čo robí náš mozog“ – edukácia s projekciou – spojenie s celým telom, inervácia, prenos vzruchov, riadiace centrá. Naše zmysly – ako vnímame svet okolo seba, edukácia s projekciou, zápisník nálad. Prijímanie potravy – edukácia s projekciou o procese trávenia a jednotlivých orgánoch – hravá forma – čo je a čo nie je potraviná, potravinová pyramída.

Oblasť psychosomatického spracovania : 1. Došiel mi dych, lieta mi tlak, bolí ma srdce. 2. Neudržiím sa na nohách , všetko ma bolí, už to neunesiem. 3. Praskne mi z toho hlava, asi sa z toho zbláznim. 4. Nerobit' sa hluchým, zatvárať pred niečím oči, nebyť v svojej koži. 5. Nevieim to stráviť, bolí ma z toho žalúdok.

Záverečné sedenie, prezentácia prác s foto projekciou postupného zhotovovania spoločnej postavy a prehliadka vlastnej galérie, spätné väzby.

Prvé úvodné stretnutie - oboznámenie sa s priebehom aktivít, pravidlami skupiny, časovým harmonogramom.



V aktivitách opretých o edukáciu, slová a úlohy sa potrebujeme dostať i k svetu tvorivej, emočnej časti. Predstavivosť, imaginácia, fantázia predstavujú pre rast veľký potenciál. Imaginácia má totiž vela spoločného s vnútorným svetom človeka, je akýmsi sprostredkovateľom medzi svetom hmotným, fyzickým a svetom duchovným. Imaginácia je spojnicou do sveta slov i obrazov. Následnou sa javí i spolupráca v danej oblasti naďalej, kedy ponúkame seba skúsenostný program s prvkami arteterapie a edukácie s cieľom reflexie pocitov, uvedomovania si hraníc – ja – klient, práce so sebanáhl'adom - silné a slabé miesta, korekcia slepých bodov a budovania a utužovania kolektívu. Súčasťou budú i aktuálne vedomosti a znalosti z oblasti komplexného biologicko sociálneho náhl'adu na duševné ochorenia.

Prínos takto nastaveného programu arteterapie a edukácie s cieľovou skupinou, našou skúsenosťou, sa ukazuje najmä v stmel'ovaní skupiny, posilňovaní terapeutického vzťahu, zjemňuje status expert, prináša viac empatie a osobnostného rastu v skupine a umožňuje spracovávať problém tak dlho, ako potrebujeme, a takým spôsobom aký je najvhodnejší.

Záver

Stále máme slepé miesta a niekedy nie s istotou pomenujeme svoje prežívanie, orientujeme sa v emočných stavoch vlastných a nie to iných ľudí. Áno máme pestrú paletu rôznych techník, ktorými pri trepezlivom vedení sa naučíme ako i klienta pomenúvať, zaznamenávať, znižovať kritické hodnotenie, preformulovávať zúskostňujúce a dysfunkčné myšlienky. Prijemným a intenzívne nápomocným sú tréningy relaxačných techník, práca s imaginatívnymi technikami. Často posun z polohy experta do pozície sprievodcu je uvoľňujúci a posilňujúci vlastné kompetencie nás i klienta.

Vnímame, že prínos arteterapeutických techník pri zmenách postojov a navodení spolupráce sa javí ako výrazne nápomocný pri riešení problémov rôzneho druhu.

Šicková – Fabrici, zakladateľka spirituálne – ekologickej arteterapie pomenúva arteterapiu “užitým umením” Jeho úlohou je iniciovať v tvorcovi aj v divákovi také procesy, ktoré by ho stimulovali k tomu, aby neubližoval sebe, druhým ľuďom, prírode, ale naopak, snažil sa o harmonizáciu, o uzdravenie, duchovné, telesné a duševné, celej svojej bytosti, vzťahov s druhými a prostredia v ktorom žije.

Blízka mi je úvaha Yaloma, v ktorej vysvetľuje svoj existencionalny prístup, kde tvrdí, že to čo nás sužuje, ...vychádza nielen z našej genetickej živnej pôdy (psychofarmakologický model), nielen z nášho zápasu s potlačenými inštinktívnymi túžbami (freudovské stanovisko), nielen zo zvnútornených významných dospelých, ktorí napr boli nestarostliví, nemilujúci alebo neurotíckí (stanovisko objektových vzťahov), nielen z narušených foriem myslenia (kognitívno-behaviorálna terapia), nielen z úlomkov zabudnutých traumatických spomienok alebo z aktuálnych životných kríz, vrátane tých, ktoré sa týkajú zamestnania a vzťahov s blízkymi osobami, ale tiež z konfrontácie s našou vlastnou existenciou (Yalom 2009).

Zoznam bibliografických odkazov

- BENKOVIČ, J., Prednáška KBT u PTSD. 3. Slovenská konferencia KBT. Dostupné na: www.kbt.sk
- BEDNÁŘ, O., 2014. Ven z obrazu – techniky vtahující do hry tělo v práci se školní artefiletickou skupinou. In: *ARTETERAPIE*, 34. ISSN 1214-4460 MK ČR E 14911.
- CAMPBELL, J., 1998. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál.
- EILEEN P. MCGANN, 2014. Rozvíjanie vizuálneho slovníka. In: *ARTETERAPIE*, 35. ISSN 1214-4460.
- GROHOL, M., 2008. *Arteterapia v psychiatrii*. Atestačná práca 2008. Peter Prekop Print Production. ISBN 978-80-89434-00-8.
- HOLLÁ, G., I. ONDREJKA, 2011. *Arteterapeutické postupy v KBT*. Prednáška na IV. Konferencii KBT v Liptovskom Mikuláši. Dostupné na: www.kbt.sk.
- HUPTYCH, M., 2014. Stále na cestě. In: *ARTETERAPIE*. 35 ISSN 1214-4460.
- OROSOVÁ, A., 2014-2015. *Prednáška v rámci štúdia arteterapie v rokoch 2014-2015*. Košice: Psychiatrická klinika UNLP.
- PEŠEK, R., J. PRAŠKO, P. ŠTÍPEK, 2013. *Kognitivně behaviorální terapie v praxi. Pro terapeutů, studenty a poučené laiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0501-2.
- PRAŠKO, J., P. MOŽNÝ, M. ŠLEPECKÝ a kol., 2007. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7254-865-1.
- RUBINOVÁ, J. A., (ed), 2008. *Přístupy v arteterapii. Teorie a technika*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-093-5.
- RUDOLFOVÁ, E., 2013. In: *ARTETERAPIE*, 33. ISSN 1214-4460.

STIBUREK, M., 2000. Arteterapie, artefiletika - podoby, obsah, hranice, role, cíle. In: *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí*. Praha: Univerzita Karlova v Praze - Pedagogická fakulta ve spolupráci s Českou arteterapeutickou asociací.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J., 2002. *Základy arteterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-616-0.

YALOM, I. D., 2009. *O psychoterapii a lidském bytí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-533-2.

ZICHA, Z., 2013. Expresivní a socioterapeutické metody v prevenci rizikového chování. In: *ARTETERAPIE*. 32. ISSN 1214-4460.

Kontakt na autorov

doc. PhDr. Mgr. Alena Bašistová, PhD.
Katedra sociálnej práce, Filozofickej fakulty UPJŠ v Košiciach
alena.basistova@gmail.com

PhDr. Piliarová Monika
Denné centrum duševného zdravia
Facilitas n.o.
Spišské námestie 4, Košice
mpiliarova@post.sk

Ukončenie profesionálnej kariéry – ako záťažová situácia a jej percepcia

Balogová Beáta (SR)

Abstrakt: *Cieľom predmetnej témy je spektrálny reflexívny pohľad na problematiku ukončenia pracovnej kariéry aktívneho seniora, ktorý vzhľadom k dôchodkovému veku „musí“ odísť z pracovnej pozície. Tento odchod do jeho života prináša náročnú životnú situáciu, ktorá je spojená s následnými štádiami prežívania vyrovnávania sa s touto situáciou. Impulzom k spracovaniu je potreba odpovedať na otázku, akým spôsobom zakomponovať problematiku vstupu do dôchodku do širšej problematiky aktívneho a dôstojného starnutia s poukázaním na možnosti riešenia v kontexte sociálnej práce.*

Kľúčové slová: *Percepcia. Záťažová situácia. Senior. Profesionálna kariéra.*

Abstract: *The purpose of this topic is a spectral reflective view on the end of working career issue of an active senior, which due to retirement age “has to” leave his or her job. This leaving brings to her or his life demanding life situation, which is connected to following stages of surviving this situation. The impulse for processing this paper is need to answer the question of how to incorporate the issue of entry into retirement to the wider issue of active and dignified aging with reference to possible solutions in the context of social work.*

Keywords: *Perception. Career. Profession. Stress situation. Senior.*

Úvod

Aktuálnosť, ba až naliehavosť potreby teoretickej reflexie tohto problému v súčasnej spoločenskej praxi i v živote dnešného človeka podnietili máš záujem o viacdimenzionálnu reflexiu. Je to problematika, ktorú generuje sociálna prax v súčasnej spoločnosti a pripravenosť sociálnej práce na ňu analyticky reagovať. Ide hlavne problém ukončenia profesionálnej kariéry a vstupu do dôchodku a pripravenosťou samotného seniora na túto náročnú životnú situáciu, ktorá sa stáva v súčasnej sociálnej práci nevyhnutnosťou a vyžaduje si pozornosť. Práve z dôvodu, že v dnešnej hypermodernej dobe sme každodenne svedkami narastajúceho rozporu medzi potenciálnymi možnosťami, ktorými súčasná spoločnosť pre kvalitný život dôchodcov disponuje a ich požiadavkami, ktoré vychádzajú jednak od samotných seniorov, ale aj od komunit, v ktorých seniori fungujú (či už ide o profesijnú, rodinnú rovinu, ale aj o rovinu priateľských väzieb). Sociálna štruktúra každej spoločnosti je spätá so spoločenskými vzťahmi, ktoré v nej existujú. Tieto sa vždy premietajú do hodnotenia určitej vekovej skupiny. Pre vytvorenie mravného vzťahu k starším ľuďom je preto dôležitá celá spoločenská atmosféra. Naša krajina mala doteraz systém sociálneho zabezpečenia postavený na základoch štátnej politiky a na systéme socialistického hospodárstva, čo samozrejme nemôže vyhovovať súčasným trhovým podmienkam ekonomiky a otvorenej občianskej spoločnosti. Transformácia týchto spoločenských a vedeckých tendencií sa odrazila aj v úsilí rozvíjať odbornú diskusiu. Podnetom k tomu, bola vlastná empirická skúsenosť so seniorkou ukončujúcou profesionálnu kariéru, ktorá „musela“ požiadať o vstup do dôchodku, napriek tomu, že bola schopná vysoko profesionálne zabezpečiť svoju doterajšiu pracovnú pozíciu⁴⁰. A tak sme svedkami paradoxu, vstup do dôchodku v zmysle

⁴⁰ „Som profesionálne mŕtva“, takto vyjadrila svoju náročnú situáciu 58-ročná starobná dôchodkyňa, bývalá klinická psychologička, po príchode k svojej (bývalej) kolegyni, ktorú žiada o pomoc pri riešení jej náročnej životnej situácie. A ďalej pokračuje: „napriek tomu, že viem svoju profesionálnu prácu, ktorej som zasvätila celý život, robiť perfektne, moje služby už dnes nikto nepotrebuje. Zamestnávateľ mi odporučal, aby som vstúpila do dôchodku... Dnes po dvoch mesiacoch strávených doma, neviem čo mám robiť, plačem, ľutujem sa, zlostím sa na všetkých a na všetko, ale kde to skončí...“

zákonného vymedzenia, je dobrovoľným rozhodnutím, avšak mnohí seniori túto voľbu nemôžu uplatniť, sú naopak nútení túto možnosť nevyužiť.

Vstup do dôchodku ako náročná životná situácia

Vstup do dôchodku možno z psychologického hľadiska označiť ako „*tranzitnú fázu etapového vývinu človeka*“, pre ktorú je príznačné, že človek stráca istoty predchádzajúcej etapy. Pre mnohých seniorov znamená vstup do dôchodku *náročnú životnú situáciu*. Termín označuje situáciu, do ktorej sa dospelý človek dostáva a u ktorej absentujú podmienky nutné k jeho životu (Homola, Petřková 1985). Spoločným znakom náročných situácií je prekážka v širokom slova zmysle, ktorá bráni realizácii nejakého snaženia, ktorého charakter môže byť rôzny. Tieto situácie vedú k napätiu, k ohrozeniu jedinca, dochádza k strate cenných hodnôt, možnosti uspokojiť potreby, k znemožneniu jednania smerujúceho k dosiahnutiu cieľa alebo uspokojeniu. Najväčšie ťažkosti mávajú tí, ktorí vnútorne vysoko hodnotia svoju prácu. Na prekonanie frustrácie zo vstupu do dôchodku majú vplyv rozhodujúce podmienky akými sú výška dôchodku a zabezpečenia, ale aj vnútorné podmienky akou je aj anticipácia dôchodkového postavenia. Pre seniora je rozhodujúca presná predstava o jeho živote v dôchodku s pozitívnym predbežným postojom k nemu. Prežívanie vstupu do dôchodku je závislé od postoja, ktorý sa vytvoril už dávno pred odchodom, pretože až na základe tohto postoja si môže vytvoriť budúce životné hodnoty. Odchod zo zamestnania vedie k hlbokým zmenám v životnej situácii, ku zmene roly, vyžaduje prispôbenie sa novým pomerom. Od toho, či sa prispôbenie podarí, závisí všeobecná spokojnosť a vyrovnanie seniora. Vo väčšine prípadov odchod zo zamestnania nevedie k preorientovaniu, ale môže vyvolať (zvlášť u mužov) krízovú situáciu, šok. „V tomto prípade môžeme hovoriť o strate roly a funkcie“ (Homola-Petřková 1985). U ženy nie je tento problém tak výrazný, pretože je zvyknutá mať dvojité zamestnanie a so vstupom do dôchodku sa vracia k starostlivosti o domácnosť, prípadne širšiu rodinu. Muž však stráca pre neho významnú rolu a pretože nová rola dôchodcu nie je ešte pevne určená, dochádza k prechodnej neistote. Vstupom do dôchodku dochádza k obmedzeniu rozsahu činností, k strate doterajšieho programu, a k zúženiu styku s ostatnými ľuďmi. Senior začína sústreďovať pozornosť na svoje problémy, pripisuje im veľký význam. Takéto správanie môže viesť k izolácii. K izolácii môže viesť aj to, že senior prestáva byť príslušníkom malých sociálnych skupín, ktorých bol doteraz členom. Osobná nespokojnosť (najčastejšie u muža) môže spočívať v tom, že senior nevie čo s časom, ako ho vyplniť. Povolanie mu doteraz poskytovalo životný obsah a odchod zo zamestnania mu vzniká „*dlhá chvíľa a prázdnota*“. Pracujúci šesťdesiatroční muži s pozitívnym postojom k vstupu do dôchodku mávajú viac plánov a ich pohľad do budúcnosti je optimistickejší než u mužov, ktorí vo svojom odchode vidia prevažne negatívne aspekty. Rýchlejšie sa prispôsobujú tí, ktorí si robia plány do budúcnosti ešte v čase pracovnej aktivity. Ideálny vstup do dôchodku by mal smerovať k príprave a vytvoreniu podmienok pre postupný vstup do dôchodku, ktorý by mal *vytvorený harmonogram postupného skracovania* pracovného času. Takto u seniora postupne vzniká množstvo voľného času, ktoré je potrebné vyplniť. Medzi významné skutočnosti moderného vyspelého systému práce s ľudskými zdrojmi patrí aj riešenie zamestnanosti pracovníkov pred vstupom do dôchodku. Súčasne platné pracovno-právne predpisy umožňujú pracovný pomer, ktorý je zmluvne dojednaný na dobu neurčitú ukončiť, či zmeniť z titulu nároku na starobný dôchodok len na základe *žiadosti*, resp. súhlasu zamestnanca. Pre organizáciu to znamená potrebu rozpracovať a uplatňovať taký systém opatrení, ktoré je umožniť nielen včas sa pripraviť a predísť nežiaducej situácii náhleho a neočakávaného odchodu zamestnanca, ale aj efektívne vstupovať do celého procesu mobility tejto skupiny zamestnancov a cielene ho riadiť.

Potreba sociálnej opory

Sociálna opora (*social support*) chápeme ako súbor vzťahov, ktoré jedinec percipuje v komunikačnej sieti ako subjektívne významné pre zachovanie vlastnej identity a psychickej rovnováhy (Koubeková 2006, s. 162). Je súhrnným vyjadrením pre informácie alebo aktuálne konanie, ktoré vedie jednotlivca k presvedčeniu, že si ho ostatní ľudia vážia, stoja o neho a v prípade potreby sú mu ochotní poskytnúť pomoc a starostlivosť (Heller, in: Výrost, Slamněník 2001, s. 113). Je to informácia od druhých, prostredníctvom ktorej sa človek dozvedá, že je milovaný, že je oň záujem, že je oceňovaný a je súčasťou komunikačnej siete vzájomných vzťahov.

Úlohou realizovaného výskumu bolo zistiť mieru sociálnej opory u seniorov/iek pripravovaných a nepripravovaných na vstup do dôchodku. A zároveň sme hypoteticky predpokladali, že existencia sociálnej opory súvisí s kvalitou života seniorov/iek. Že seniori/ky (pripravovaní na vstup do dôchodku) s vyššou mierou sociálnej opory majú vyššiu kvalitu života ako seniori/ky s nižšou mierou sociálnej opory. Výskum bol uskutočnený na vzorke 118 osôb, z toho 69 žien a 44 mužov (päť osôb v dotazníku neuviedlo pohlavie). V rámci výskumu sme si vytvorili dve skupiny. Prvú skupinu tvorilo 60 seniorov - členov Denných centier v Prešove, u ktorých posledný zamestnávateľ nevykonával systematickú prípravu na vstup do dôchodku a druhú skupinu 58 respondentov tvorili zamestnanci podniku U. S. Steel v Košiciach. Tento podnik v rámci politiky riadenia ľudských zdrojov vykonáva systematickú profesionálnu prípravu na vstup do dôchodku pre svojich zamestnancov. V rámci metodológie sme využili metódu *Dotazníka sociálnej opory* Social support Survey – MOS (Sherburne a Steward 1991; Sherburne et. al. 1992), vyvinutý skupinou Rand and Medical Outcomes Study a upravený J. Koženým a L. Tišanskou (2003). Nástroj je zameraný na odhad anticipovanej sociálnej opory a odráža teda jedincovu subjektívnu interpretáciu sociálneho začlenenia. Sociálne fungovanie je vymedzené ako schopnosť vytvoriť a udržiavať sociálne vzťahy. Na ich podklade môže jedinec získať oporu ako: *chápajúcu autoritu, emocionálnu blízkosť a praktickú intervenciu* meranú u nepripravovaných seniorov (NS, skupina č.1) a pripravovaných seniorov (PS, skupina č.2) v rozsahu od 0 – 5, kde číslo 5 predstavuje najvyššiu hodnotu miery sociálnej opory u seniora.

V rámci celkovej miery sociálnej opory nepripravovaní seniori (NS, skupina č.1) udávali celkovú hodnotu 194 s priemernou hodnotou 3,59 a so štandardnou odchýlkou 1,30. Pripravovaní seniori (PS, skupina č.2), bola nameraná celková hodnota 228 s priemernou hodnotou 4,15 a so štandardnou odchýlkou 0,91.

Tabuľka č. 1: Celková miera sociálnej opory

| Existencia sociálnej opory | | | | |
|----------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Hodnoty celkom | Počet ľudí (N) | Priem.hodn.(X) | Štand.odch.(S) |
| 1. skupina | 194 | 58 | 3,59 | 1,30 |
| 2. skupina | 228 | 56 | 4,15 | 0,91 |
| Spolu | 422 | 114 | 3,87 | 1,13 |

Miera sociálnej opory prejavujúca sa v *chápajúcej autorite* je u nepripravovaných seniorov (NS, skupina č.1) stredne v hodnote strednej miery ($p = 31,29$), v *emocionálnej blízkosti* je silná miera ($p = 11,23$) a v *praktickej intervencii* je na hranici silnej miery ($p = 14,50$).

Tabuľka č. 2: Potreba sociálnej opory - nepripravovaní seniori

| Proměnná | Testy normality (vyskum 1.sta) | | | |
|----------|--------------------------------|---------|----------|-----------------|
| | N | max D | K-S p | Lilliefors p |
| OsSpok | 60 | 0,08308 | p > .20 | p > .20 |
| FreqPoz | 60 | 0,13832 | p < .20 | p < ,01 |
| FreqNeg | 60 | 0,10734 | p > .20 | p < ,10 |
| SlovSpok | 60 | 0,07554 | p > .20 | p > .20 |
| ChA | 55 | 0,12806 | p > .20 | p < ,05 |
| EB | 55 | 0,12714 | p > .20 | p < ,05 |
| PI | 55 | 0,12921 | p > .20 | p < ,05 |

Tabuľka č. 3: Potreba sociálnej opory - pripravovaní seniori

| Proměnná | Testy normality (vyskum 1.sta) | | | |
|----------|--------------------------------|---------|----------|-----------------|
| | N | max D | K-S p | Lilliefors p |
| OsSpok | 58 | 0,06713 | p > .20 | p > .20 |
| FreqPoz | 58 | 0,13838 | p > .20 | p < ,01 |
| FreqNeg | 58 | 0,17908 | p < ,05 | p < ,01 |
| SlovSpok | 58 | 0,14777 | p < .20 | p < ,01 |
| ChA | 55 | 0,08994 | p > .20 | p > .20 |
| EB | 55 | 0,15270 | p < .20 | p < ,01 |
| PI | 55 | 0,12749 | p > .20 | p < ,05 |

Faktorom, ktorý sa nám ukázal ako významný pri príprave seniorov do dôchodku je miera **chápanej autority** v **sociálnej opore** v smere vyššej miery poskytovanie chápanej autority tým seniorom, ktorí boli na dôchodok pripravovaní na 5% hladine významnosti ($p = 0,043$). **Praktická intervencia** v **sociálnej opore** je zo strany pripravovaných seniorov (PS, skupina č.2) považovaná za vyššiu u pripravovaných ako u nepripravovaných seniorov na 5% hladine významnosti ($p = 0,048$). Potvrdila sa nám tak hypotéza v zmysle vyššieho výskytu sociálnej opory v prospech seniorov pripravovaných na vstup do dôchodku. Naskytá sa nám aj ďalšia interpretácia tohto faktu. Systematická príprava vstupu do dôchodku sa prejavuje predovšetkým na subjektívne emocionálnej úrovni, zvyšuje tak významný osobnostný faktor, akým je emocionálne a subjektívne chápaná sociálna opora.

Nové stratégie riešenia sociálnych problémov u seniorov/iek

Starnutie obyvateľstva ako celku sa chápe aj ako významný prvok *sociálnej neistoty*. Sociálna neistota tvorí jeden z piatich pilierov, častí štrukturálnych zmien, vyvolaných politickými impulzmi do riešenia sociálnej politiky v európskom regióne. Výsledkom má byť zmena spôsobu myslenia, a najmä nové prístupy zvládnutia sociálnej neistoty, nové dohody o sociálnom a spoločenskom vývoji a tvorbe nových systémov sociálneho zabezpečenia. Odbúranie neistoty sa nachádza aj v konkrétnom riešení viac variantnosti spôsobu zamestnanosti. Ide o aplikovanie stratégie zamestnávania na kratší pracovný úväzok, rozdelenie jedného pracovného miesta pre viacerých zamestnancov – kumulácia pracovných funkcií, kombinácia čiastočného úväzku so sociálnym zabezpečením alebo aj samozamestnanosť – podnikateľská činnosť dôchodcov, možnosti zamestnania manžela alebo manželky. Niektoré z týchto navrhovaných stratégií už nachádzajú podporu aj v legislatívnych opatreniach vlády. Výsledkom takéhoto postupu je všeobecný rast množstva práce na polovičný úväzok a preferovanie tzv. **rozumnej práce**. Ide o prácu mimo bydliska na určitý čas v priebehu týždňa, ktorá vedie k zvýšeniu produktivity a zníženiu nákladov. Je

potrebné venovať pozornosť správneprerozdeleniu zdrojov do jednotlivých vekových skupín v snahe *zabrániť globálnej ujme na bohatstve a majetku*, ktorá by bola zapríčinená starnutím jedinca. Príležitosť starších ľudí uplatniť sa na trhu práce treba podporiť legislatívnymi úpravami a koncipovaním dlhodobých stratégií na zabezpečenie priebežnej kvalifikačnej prípravy počas celého produktívneho veku. Navrhované nové riešenia sú zamerané na to, aby sa nemrhalo ľudským kapitálom a dala sa šanca ľuďom, ktorí chcú prispievať zmysluplnou prácou k tvorbe bohatstva a blahobytu.

Väčšina seniorov si chce zachovať duševnú sviežosť a dobrú fyzickú kondíciu až do vysokého veku. To predpokladá mať záujmy a udržať krok so svojou rodinou, mať okruh priateľov a udržiavať kontakty s miestnou komunitou. Zaujímať sa o iných, o prácu, rekreáciu, cvičenie, osvojovať si nové myšlienky, vnímať lokálne, národné a medzinárodné udalosti a reagovať na ne. Rozsah aktivít vhodných pre seniorov sa môže rozširovať profesionálnou prácou, ale aj pôsobením v dobrovoľníckych skupinách, členstvom v regionálnych, národných či medzinárodných organizáciách.

Záver

Je možné vyjadriť vedomé konštatovanie, že pre úspešné starnutie je potrebné, aby sa starší človek prispôbil úbytku fyzických síl a zdravia, vyrovnal sa so smrťou životného partnera, so vstupom do dôchodku a poklesom príjmu, vytvoril si pozitívne vzťahy medzi známymi, aby vedel vychádzať v ústrety sociálnym a verejným požiadavkám. Tieto náročné úlohy je možné zvládnuť len vtedy, ak je človek vyváženou osobnosťou, s reálnymi životnými cieľmi, reálnym sebahodnotením a dostatočne širokou škálou záujmov. Základným krokom pre úspešné prežitie krízy starnutia je ten, aby človek prijal to, že starne. Je nesprávne starobu iba znášať a pasívne sa jej poddávať. Treba ju vedieť prijať a pozitívne sa na ňu pripravovať. Avšak, aby sme obsiahli celé spektrum tohto javu, je potrebné zdôrazniť, že zodpovednosť je aj na strane spoločnosti, ktorá by mala vytvoriť podmienky pre individuálny rozvoj každého jedinca. Aby kvalita života, hlavne zvyšujúca kvalita života v spoločnosti nebola len teoretickým konceptom akademickej pôdy, ale odrazom reálneho života v nej.

Každá vyspelá spoločnosť by mala venovať pozornosť ľuďom tretieho a štvrtého veku, nielen preto, že ich počet v populácii narastá, ale preto, že je to humánný prejav produktívneho obyvateľstva voči postproduktívnemu, je to prejav úcty k starobe a starnutiu, k šedinám v analógii „troch grošov“. Úroveň spoločnosti sa posudzuje podľa toho, ako sa spoločnosť dokáže postarať o starých, chorých členov v nepriaznivých situáciách a dodajme, že aj o tých, ktorí chcú aj naďalej aktívne prispievať k jej rozvoju a tým aj sebarozvoju, ako je to v prípade našej seniorky. Aby na prahu 21. storočia senior, seniorka našli pomoc vo forme verejných sociálnych služieb, ktoré sú adresné, rešpektujú požiadavku individuality a prospechu pre každého člena spoločnosti. A ak vytvoríme kvalitnú formu dlhodober, strednodobej a krátkodobej prípravy seniora v kontextoch celospoločenskej, ale aj individuálnej prípravy, potom sa možno vyhneme „produkcii autoagresívnych, či heteroagresívnych seniorov, senioriek“.

Toto analyticko-syntetické vymedzenie predmetnej problematiky možno považovať za fundamentálne epistemické východiská a metodologickú platformu pre aplikáciu teoretických poznatkov do praxe sociálnej práce v podobe definovania príkladov dobrej praxe a tvorby konkrétnych opatrení sociálnej politiky, ktoré by mali smerovať k zmene postoja k seniorom, ktorí chcú, môžu a dokážu vysoko profesionálne fungovať.

Zoznam bibliografických odkazov

BALOGO VÁ, B., 2005. *Seniori*. Prešov: Akcent Print. ISBN-80-969274-9-3.

HOMOLA, M., A. PETŘKOVÁ, 1985. *Psychologie výchovy a vzdělávání dospělých I*. Olomouc: VUP, 215 s.

KOUBEKOVÁ, E., 2006. Sociálna akceptácia a sociálna opora v kontexte kvality života adolescentov s telesným postihnutím. In: *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. Roč. 41, č. 2, s. 161-173. ISSN 055-5574.

KOŽENÝ, J., L. TIŠANSKÁ, 2003. Dotazník sociální opory - MOS. In: *Československá psychologie*. Roč. XLVII, č. 2, s. 135-143. ISSN 0009-062X.

VÝROST, J., I. SLAMĚNÍK, (Eds.), 2001. *Aplikovaná sociální psychologie: Sociálně psychologický výcvik*. Praha: Grada.

Kontakt na autora

Prof. PhDr. Beáta Balogová, PhD.,

Inštitút edukológie a sociálnej práce Filozofickej fakulty Prešovskej univerzity v Prešove

Ul. 17. Novembra č. 1, 080 01 Prešov

beata.balogova@unipo.sk

Zát'azové situácie v terénnej sociálnej práci

Dušan Šlosár (SR)

Abstrakt: *Terénna sociálna práca je typická neustálym tlakom na terénneho sociálneho pracovníka. Preto je nevyhnutné zaoberať sa problematikou záťažových situácií pôsobiacich na terénnych sociálnych pracovníkov a možnosťami ako im predchádzať.*

Kľúčové slová: *Terénna sociálna práca. Coping. Stratégie zvládania.*

Abstract: *Outreach social work is characterized by constant pressure on outreach social workers. It is therefore necessary to address the issue stressful situations affecting the field social workers and work out how to prevent them.*

Keywords: *Outreach social work. Coping. Coping strategies.*

Terénna sociálna práca predstavuje v súčasnosti jednu z najdôležitejších foriem sociálnej práce vo vylúčených komunitách. Prostredníctvom metód a techník dokáže najpresnejšie posúdiť sociálnu situáciu klienta (jednotlivca), rodiny a presne adresovať sociálnu pomoc či inú službu.

Terénny sociálny pracovník prichádza za klientom a poskytuje mu služby v jeho prirodzenom prostredí. Škála riešených problémov je veľmi široká. Nemusí ísť iba o patologické problémy, ale môže ísť aj o bežné každodenné záležitosti. Cieľom terénneho sociálneho pracovníka je dohodnúť s klientom komplexný spôsob riešenia jeho problémov. Zároveň poskytnúť klientovi, ak je to potrebné, i sprevádzanie, či vo vhodnej chvíli distribuovať klienta k ďalším inštitúciám a odborníkom.

Typickým znakom terénnej sociálnej práce podľa D. Černej (in: Janoušková, Nedelníková 2008) je, že proces pomáhania sa deje mimo organizácie, ktorá pomáhajúceho zamestnáva. Preto tento spôsob práce umožňuje kontakt s ľuďmi, ktorí inštitucionálnu pomoc sami nevyhľadávajú, alebo ju odmietajú. Tento typ sociálnej práce umožňuje zameranie aj na celú rodinu a na širšie spoločenstvo. Vstup do súkromného priestoru klienta si vyžaduje vysokú profesionalitu a etické správanie sociálneho pracovníka. Za všeobecné ciele terénnej sociálnej práce môžeme považovať:

- prevenciu sociálneho vylúčenia,
- prevenciu sociálne rizikových javov,
- sociálne začlenenie,
- zmierňovanie negatívnych dôsledkov a rizík životných situácií klientov a ich dopad na spoločnosť,
- zmierňovanie nerovností a poskytnutie rovnakého prístupu ku službám, vzdelávaniu a bývaniu,
- pomoc klientom získať a znovu objaviť sociálne kompetencie,
- poskytovanie informácií (Nedelníková 2007, s. 12-13).

Na naplnenie týchto cieľov terénny sociálny pracovník sa v spolupráci s klientom usiluje o:

- zvýšenie klientových sociálnych kompetencií,
- sprostredkovanie služieb a aktivít dostupných klientovi,
- minimalizáciu rizík plynúcich zo sociálne znevýhodneného prostredia,
- rozvíjanie spolupráce s ďalšími zainteresovanými subjektmi.

Môžeme definovať jednotlivé oblasti, v ktorých vznikajú problémy klientov a môžu mať negatívne následky na život klienta ale i na činnosť terénneho sociálneho pracovníka. V týchto oblastiach rieši už vzniknuté problémy:

Bývanie – problémy v tejto oblasti sa najčastejšie prejavujú prechodom od chráneného nájomného vzťahu ku vzťahu nechránenému. Príčinou tohto procesu môže byť porušenie

povinnosti prenajímateľa alebo zo strany nájomcu. Jedná sa napr. o nezákonné praktiky prenajímateľa alebo dlhy na nájme na strane nájomcu. Možnými následkami straty bývania sú výpoveď z nájmu bytu, ohrozenie stability rodiny, zanedbávanie školskej dochádzky detí alebo dokonca riziko odobratia detí z takýchto rodín a kumulácia sociálne slabých rodín na jednom mieste. Snahou terénneho sociálneho pracovníka je udržanie bývania, pomoc s vybavovaním nárokových dávok, pomoc s hľadaním náhradného bývania, poskytnutie rád nájomcovi pri podpise nájomnej zmluvy, vyjednávanie s miestnou samosprávou a medializácia problematiky.

Financie – Príčiny vysokej miery zadlženosti klientov sú úžera, dlh na nájomnom z predchádzajúceho bývania, dlh na zdravotnom a sociálnom poistení, peňažné alebo tovarové pôžičky, nevybavené osobné doklady atď. Následky, ktoré zo zadlženosti vyplývajú sú strata bývania, exekúcie, odobratie detí z rodiny, život plný stresu a začarovaný kruh života v dlhoch. Terénny sociálny pracovník preto vysvetľuje klientom riziká rýchlych a vysoko úročených pôžičiek, radí klientom pri hospodárení s príjmami, vedie klienta k prijatiu zodpovednosti za platenie záväzkov, jedná so samosprávami a vlastníkmi bytov o prístupoch k dlžníkom a jedná s veriteľmi spoločne s klientmi.

Zamestnanosť – Príčinami zníženého uplatnenia klientov na trhu práce sú nízka vzdelanosť, chýbajúce sociálne kompetencie, absencia pracovných návykov, zlý zdravotný stav, syndróm dlhodobej nezamestnanosti, nemotivujúci sociálny systém, nelegálna práca, nízka priestorová mobilita a diskriminácia zo strany zamestnávateľa. Následkami sú chudoba, vylúčenie zo spoločnosti, psychické dôsledky a tvorba alternatívnych životných stratégií. Terénny sociálny pracovník podporuje klientov vo vyhľadávaní zamestnania a rekvalifikačných kurzov. Sprevádza ich pri jednaniach, poskytuje informácie o rizikách nezamestnanosti, motivuje klientov k získaniu a udržaniu zamestnania a pomáha klientom pri strate zamestnania nájsť možnosti ako uspieť na trhu práce.

Vzdelávanie – nížke vzdelanie obyvateľov sociálne vylúčených komunít a nízka úspešnosť detí z tohto prostredia, ktorá je spojená s následným neuplatnením sa na trhu práce, prospieva k udržovaniu sociálneho vylúčenia. Príčiny vzniku problému so vzdelávaním detí sú najmä nízka motivácia, minimálna podpora vzdelávania v rámci rodiny, nedostatočná znalosť štátneho jazyka. Neúspech rómskych žiakov pri zvládaní základnej školy, môže mať mnohé príčiny, ktoré nepramenia iba z osobných predpokladov. Z uvedeného vyplývajú následky ako obmedzená možnosť výberu zamestnania, vysoká pravdepodobnosť závislosti na sociálnych dávkach a nemožnosť opustiť sociálne vylúčenú komunitu. Terénny sociálny pracovník vytvára priestor pre spoluprácu školy s klientom, vyjednáva s klientmi ďalšie možnosti rozvoja ich detí, pomáha rodinám, ktoré nemajú podmienky na domácu prípravu detí do školy a sprostredkováva klientom kontakt s ďalšími organizáciami, ktoré realizujú vzdelávanie detí (in: Nedělníková a kol. 2007, s. 68-72).

Významnú cieľovú skupinu terénnych sociálnych pracovníkov tvoria deti na ulici a deti ulice. Obidva tieto pojmy sú si veľmi blízke, ale každý z nich označuje trochu odlišnú skupinu. Spoločným znakom je pre obidve skupiny vek. V tomto prípade sa deťmi rozumiejú osoby do 18 rokov. Deťmi ulice označujeme deti, ktoré nemajú alebo nepoznajú svojich rodičov, či z dôvodu chudoby opustili svoje domovy a žijú na ulici. Nemajú sa kam vrátiť a ich skutočným domovom je ulica. Môžeme povedať, že sú to malí bezdomovci, ktorý sa živia žobraním alebo krádežami a prespávajú na rovnakých miestach ako dospelí ľudia bez domova. Deti na ulici sú tie deti, ktoré opustili svoje domovy väčšinou z vlastného rozhodnutia, sú na úteku, skrývajú sa a po určitom čase sa spravidla vracajú domov alebo sú umiestnené do inštitucionálneho zariadenia, z ktorého však opäť utekajú. Deti sú z hľadiska vzniku sociálno-patologických javov vysoko rizikové. Tieto deti, pokiaľ pochádzajú z malých miest, migrujú do veľkomiest, kde je väčšia anonymita. Tieto deti sú nápadné tým, že sa pohybujú v skupinkách, oslovujú okoloidúcich a žobrujú (Bednářová – Pelech 2003, s. 22).

Podľa P. Juska (in: Hudecová a kol. 2010, s. 115-117) v sociálnej práci s mládežou využívame najčastejšie pomáhajúci a kontrolujúci prístup. Zodpovednosť sociálneho pracovníka za relevantnosť výberu sociálnej intervencie do sociálnej situácie mladého klienta súvisí so správnym posúdením charakteristík daného prípadu. Mládež môžeme začleniť do cieľových skupín na základe difúzneho a konfúzneho prístupu.

Terénna sociálna práca s užívateľmi drog a iných návykových látok vychádza zo všeobecných parametrov definujúcich terénne programy. Ide o vyhľadávanie kontaktov s cieľovými skupinami populácie mimo rámec inštitúcie. Nečaká na to, kým jednotlivец sám začne hľadať pomoc, pretože má problémy, ale sama vyhľadáva jednotlivcov, aby im priamo v komunite boli poskytnuté informácie a služby (Rhodes 1999, s. 11).

Hloušek (in: Nedělníková a kol. 2007, s. 94) špecifikuje terénny program na základe presnej definície cieľovej skupiny. Terénne programy sú cieleňé na tzv. problémových užívateľov drog. Jedná sa o injekčných užívateľov drog a užívateľov opiátov alebo dlhodobých užívateľov amfetamínov. V európskom kontexte medzi problémových užívateľov drog zaraďujeme aj užívateľov kokaínu.

Okrem takto úzko vymedzenej cieľovej skupiny sa sociálni pracovníci v teréne stretávajú s ďalšími klientmi. Hrdina a Korčíšová (in: Kalina a kol. 2003) ich pomenovali ako tzv. skrytú populáciu užívateľov drog a radia sem:

- experimentátorov – mladých užívateľov v počiatočných štádiách experimentovania s drogou,
- deti ulice, ktoré nachádzajú prechodný azyl v drogových bytoch a squatoch,
- pravidelných užívateľov drog – ich zdravotná a sociálna situácia ešte nie je nezvratná a sami sú motivovaní ku kontaktu s pomáhajúcou inštitúciou. Pravidelným užívaním sa myslí minimálne víkendové užívanie drog.

Terénna sociálna práca sa zaoberá aj skupinami ľudí, ktorí nie sú motivovaní alebo sa necítia byť schopní zmeniť svoj spôsob života, ktorý spoločnosť odsudzuje a ktorý je spojený s rizikom. Je nerealistické očakávať, že všetci užívatelia prestanú užívať drogy, túlať sa alebo živiť sa prostitúciou.

Pre zaobchádzanie s klientmi, ktorí nie sú odhodlaní riešiť svoj problém, bola vyvinutá stratégia znižovania nebezpečenstva známa ako harm-reduction. Táto metóda bola pôvodne vyvinutá pre injekčných užívateľov drog, ale dá sa využiť aj pri ostatných rizikových cieľových skupinách terénnej sociálnej práce. Zmysel tejto metódy nie je v presvedčení klienta, že má problém, ale cieľom našej spolupráce bude, aby klient znižoval riziká, ktoré pre neho a pre jeho blízkych pramenia z jeho spôsobu života. Je potrebné stanoviť hierarchiu možných rizík vyplývajúcich zo správania ľudí užívajúcich drogy. Možno konštatovať, že perorálne užívanie drogy je menej nebezpečné než injekčné a že pri injekčnom užívaní sa nebezpečenstvo prenosu nákazy redukuje hygienickými opatreniami (Klenovský 2006, s. 72). Cieľom terénnej sociálnej práce je poskytnúť ľuďom pomáhajúceho pracovníka, ktorý zastáva rolu poradcu, sprievodcu, mediátora, organizátora, komunitného plánovača a autoritu. Terénny sociálny pracovník sprostredkováva klientom služby a aktivity, ktoré sú lokálne dostupné, prijímatelia alebo poskytovatelia týchto služieb však navzájom o sebe nevedia. Terénny sociálny pracovník sa snaží zapojiť do aktivít čo najviac ľudí. Aktivitou klientov napomáha k zmene subjektívneho pocitu zbytočnosti.

Pre organizátora terénnej sociálnej práce je nevyhnutné využívať metodické postupy, ktoré umožňujú syndróm vyhorenia minimalizovať. Príčinou vzniku syndrómu vyhorenia sú nároky kladené na terénneho sociálneho pracovníka, ktorý pri svojej práci prichádza do kontaktu s osobami využívajúcimi sociálne služby. Pri profesionálnej sociálnej práci prichádzame do kontaktu so skupinami ľudí, ktorý majú rôzne potreby, ich psychika je labilná a predstavy o pomoci nie sú vždy realistické. Preto sa vyžaduje, aby sociálny pracovník bol schopný priebežne a efektívne sa vyrovnávať so stresom.

M. Rush (2003, s.7) syndróm vyhorenia definuje ako „druh stresu a emocionálnej únavy, frustrácie, vyčerpania, ku ktorým dochádza v dôsledku toho, že sled, alebo súhrn určitých udalostí týkajúcich sa vzťahu, poslania, životného štýlu alebo zamestnania dotyčného jedinca, neprinesie očakávané výsledky.“

J. Křivohlavý (1998, s. 52-54) vyhorenie je možné objaviť u ľudí, ktorí sú zaujatí svojou prácou, majú vysoké ciele, vysoké ambície, či výkonovú motiváciu. Špecifikom je, že vyhorenie sa objavuje len u ľudí, ktorý prichádzajú do intenzívneho kontaktu s inými ľuďmi. Terénny sociálny pracovník, ktorý trpí syndrómom, vyhorenie pociťuje ako negatívnu únavu, ktorá nie je spôsobená fyzickou záťažou. Únava sa tu úzko spája s pocitom zlyhania a márnosti. Vyhorenie má úzky vzťah k nízkej pracovnej morálke, k nespokojnosti s prácou, samého so sebou, so životom a so svetom, v ktorom človek žije.

Jedným z procesov, ktorým sa predchádza vyhoreniu je coping. Zvládanie podľa Cohena a Lazarusa (in: Křivohlavý 1994, s. 43) je snaha – ako intrapsychická, tak aj zameraná na určitú činnosť – riadiť, tolerovať, redukovať a minimalizovať vnútorné aj vonkajšie požiadavky kladené na človeka a strety medzi týmito požiadavkami. Ide pritom o požiadavky mimoriadne vysoké, ktoré človeka do značnej miery namáhajú a zaťažujú, alebo prevyšujú zdroje, ktoré má konkrétna osoba k dispozícii.“

Zvládanie má svoju špecifickú štruktúru, ktorú je možné vymedziť štyrmi pojmami.

- Procesy zvládania - ich cieľom je eliminovať, v lepšom prípade adaptovať sa na prežívajúci stres.
- Schopnosti zvládania – predstavujú také spôsobilosti jedinca, vďaka ktorým je schopný vyrovnávať sa s externými a internými stresormi na úrovni behaviorálnej, kognitívnej, či zážitkovej.
- Vzorce zvládania – sú určité schopnosti, ktoré sú charakteristické tým, že sú návykové, transsituačné a relatívne konzistentné. Poznáme ich ako stratégie, či štýly zvládania stresu.
- Zdroje zvládania – zahŕňajú predpoklady zabezpečujúce účinné zvládacie procesy. Interné zvládacie zdroje sú napríklad zdravie, schopnosť riešiť problém a najvýznamnejším externým zdrojom je sociálna opora (Bratská 2001).

Na prekonanie stresových situácií nám slúžia copingové stratégie. Predstavujú určitý plán zameraný na dosiahnutie konkrétneho cieľa, v našom prípade na prekonanie, či adaptáciu na stresové podmienky. Existuje niekoľko klasifikácií copingových stratégií. Najznámejšie delenie copingových stratégií uvádza tri formy, a to zvládanie zamerané na problém, emócie a nakoniec na únik.

Zvládanie zamerané na problém. Táto orientácia má svoju postupnosť, teda prvoradá je určiť o aký problém ide. Ďalším krokom je hľadanie alternatív riešenia, zvažovanie alternatív z hľadiska nákladov a výnosov, voľba vhodnej alternatívy a nakoniec realizácia vybraného riešenia. Stratégia môže byť orientovaná aj priamo na prežívanie jedinca. Zmena je zameraná na niečo v sebe namiesto orientácie na zmenu prostredia (zmena aspiračnej úrovne či osvojenie si nových schopností, zručností). Jedinci, ktorí sa prikláňajú k tomuto riešeniu, resp. stratégií netrpia depresiami po odznení stresovej udalosti.

Zvládanie zamerané na emócie je stratégiou slúžiacou k zmierneniu emócií prežívajúcich pri stresových podmienkach. Existuje mnoho spôsobov, či už pozitívnych alebo negatívnych zameraných na zvládanie negatívnych emócií. Príkladom sú behaviorálne stratégie, ktoré obsahujú množstvo prostriedkov k eliminovaniu naliehavosti problému (cvičenie, vybíjanie hnevu, hľadanie psychickej opory). Kognitívne stratégie sú zamerané na to, aby sa dočasne odsunul problém z vedomia a zmiernilo sa ohrozenie zmenou významu. Niekedy môže ísť aj o prehodnotenie podmienok, v ktorých sa jedinec ocitol. Jedinec si zvyčajne volí také stratégie, ktoré mu pomáhajú pri prekonávaní negatívnych emócií tzv. adaptívne stratégie. Niekedy si môžu vybrať aj nežiadúce stratégie. Ide o stratégiu vytesnenia (tzv. maladaptívne)

ako napr. popretie, vytesnenie problému z vedomia. Ďalším typom sú ruminančné stratégie. Pri nich sa jedinec uzavrie do seba, rozmýšľa o svojich problémoch, situácii, silnejšie prežíva negatívne pocity bez toho aby sa pokúsil o nápravu situácie. Táto stratégia umocňuje v jedincovi zlé pocity a prehľbuje depresívne stavy (Atkinson a kol. 2003).

Zvládanie zamerané na únik je defenzívnou stratégiou. Jedinec sa prikláňa najmä k dennému sneniu, fantazíruje, nadmerne spí, začne užívať alkohol, či iné návykové látky. Ide o stratégiu, kedy si jedinec problém neprípúšťa, odmieta, ignoruje ho.

Pravdepodobne najvýznamnejšou stratégiou je hľadanie opory, ktorá nie je len zdrojom emocionálnej útechy, ale taktiež zdrojom informácii o možných alternatívach riešenia problému (Výrost, Slaměník 2001). Okrem spomínanej klasifikácie stratégie, existuje množstvo ďalších. Pre zaujímavosť spomenieme len pár, napríklad klasickú Lazarusovu typológiu, ktorá rozlišuje stratégie zvládania stresu nasledovne:

- Stratégia apatie sprevádzaná rôznymi pocitmi beznádeje, bezmocnosti a depresie;
- Stratégia vyhnutia sa pôsobeniu noxy sprevádzaná pocitmi strachu;
- Stratégie napadnutia a útoku na noxu sprevádzaná pocitmi nebezpečia;
- Stratégia rozličných druhov činností (zamerané na posilňovanie vlastných zdrojov sily a zdokonaľovanie schopností boja s noxou).

Spomenúť môžeme aj členenie podľa J. R. Edwardsa, ktorý orientoval stratégie zvládania hodnotením deskriptívneho a normatívneho modelu. Pričom normatívny model spočíva v racionálnom rozhodovaní. Pred výberom konkrétnej stratégie sa urobí prehľad možných stratégií. Potom by mal jedinec zvážiť potenciálne výsledky týchto alternatív. Napokon uskutoční výber stratégie, ktorá mu pomôže navrátiť pocity psychickej pohody. Deskriptívny model je založený výbere stratégie bez uváženia, či je dostatočne adekvátna na riešenie daného problému (Výrost, Slaměník 2001).

Ak sa ľudia ocitnú v ťažkostiach, väčšinou vyhľadávajú pomoc od okolia. Využívajú svoju sociálnu sieť, najmä blízkych milovaných ľudí. To im umožňuje lepšie spracovávať stres. Okrem toho sa môžu naučiť aj určité techniky, ktoré môžu realizovať počas stresujúcich období. Tieto techniky slúžia na zmiernenie dopadu negatívneho stresu nielen na psychiku, ale aj na telo, resp. celkový organizmus človeka (Atkinson a kol. 2003).

Zoznam bibliografických odkazov

- ATKINSON, R. L. at al., 2003. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.
- BALOGOVÁ, B., 2007. Suicidálnosť a jej eticko-sociálna nežiaducosť. In: V. GLUCHMAN (ed.). *Kontexty a podoby morálky nedávnej minulosti*. Prešov: FF PU, s. 358-364. ISBN 978-80-8068-648-2.
- BAŠISTOVÁ, A., L. STANKOVIČ, 2012. *Vybrané kapitoly z manažmentu pre sociálnu prácu*. Košice: VÚSI. ISBN 978-80-89383-19-1.
- BEDNÁŘOVÁ, Z., L. PELECH, 2003. *Slabikář sociální práce na ulici. Supervize, streetwork, financování*. Brno: Doplněk. ISBN 80-7239-148-8.
- HALACHOVÁ, M. a E. ŽIAKOVÁ, 2010. Sociálny kapitál týraných a zneužívaných adolescentov In: *Budovanie spoločnej cesty v sociálnej inklúzii: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 08.10.2010 v Košiciach*. Košice: Katedra sociálnej práce FF UPJŠ. ISBN 9788097054311. s. 128-137.
- JUSKO, P., 2010. Sociálna práca s mládežou. In: HUDECOVÁ, A. a kol. *Profesijné kompetencie sociálnych pracovníkov v kontexte intencionálnych a inštitucionálnych reflexií* [online]. Banská Bystrica: Vedecká grantová agentúra MŠ SR a SAV. s.114-118. ISBN 978-80-557-0112-7.

KLENOVSKÝ, L., 2006. *Terénna sociálna práca*. Bratislava: OZ Sociálna práca. ISBN 80-89185-18-5.
MATOUŠEK, O. a kol., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-969390-4-1.
ŽIAKOVÁ, E. a V. LICHNER, 2012. Communication via the Internet as a Modern Social Phenomenon. In: *Dialogi o kulturze i edukacji*. Vol. 1, no. 1, pp. 165-184. ISSN 2300-360X.

Kontakt na autora

Doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ
Moyzesova 9 040 59 Košice
Dusan.slosar@upjs.sk

The authorities and charity among non-governmental organizations in Podkarpacie Province

Piotr Frączek (PL) - Patrycja Pater (PL)

Abstract: *The following article presents the results of research conducted by the authors on charity in the Podkarpacie Province. The presented data were collected between May - September of 2015. The first part of article presents the context of theoretical considerations and a review of research on philanthropy - its representation and determining factors. Subsequently presents a research problem, procedure and research tools, and then characterized group of of the respondents. The presented results of studies aimed at determining the determinants of charity in the Podkarpacie Province. Analyzed factors, among others, the age, employment, education, having the authority, religion and the family of origin. The next section presents the results of the analyzes and conclusions from them. Most of assumed factors determining were confirmed in studies. The last part of the article presents discussion of the results.*

Keywords: *Authority. Charity. Non-governmental organizations. Third sector.*

Introduction

Social policy of every country has a multidimensional character. It means that social support encompasses many areas of social life and the state, local governments and non government organizations' (NGO) aim is to create proper environment for the community. To fulfill that aim social structures oriented on development and social relations have to undertake actions on many fields that is in demographic policy, family policy, education, health care and social welfare. The way of satisfying needs and helping the society is conditioned by many factors such as the political system and legislation of the state.

In Poland before year 1989 as a result of the current system the state was interfering in satisfying the needs of society but at the same time often neglecting social problems such as poverty, unemployment or social exclusion. The socialistic system itself was regarded as a guarantee of solving social problems and providing the society with resources for high level of life. Non-government forms of help also existed (for example for the poor), however they were of minor importance for social policy. After the system shift in Poland, a rebirth of civil society was observed. The term civil society itself is broad and is associated with various meanings. Its basic idea is that the society acquires certain rights that enable it to organize and co-ordinate actions through appointing certain institutions, free from the state's surveillance. Those organizations' task is to satisfy the needs that neither the state nor the market can satisfy (Ketlińska 2010, s.10). As a consequence of their place between the state and the business those organization are called non—governmental, non-profit, the subject of social economy and the third sector organizations. Their role in satisfying social needs is still growing in civil societies. It is, undoubtedly, connected with inefficiency of governmental organs of social policy caused by lack of financial resources, lack of the efficient social infrastructure, or lack of the precise recognizing of social needs.

Growth of the importance of NGO was noticed and addressed in many papers among others Ketlińska, 2010, Tyrakowski 2007, Grewiński 2007, Grodkowski 2011, Wang and Graddy 2008, Van Wiligen 2000. In many publications authors tried to determine factors influencing charity behaviors. The Analysis of these studies allows predicting that authorities, role models and upbringing process can influence charity and involvement in non-government organizations. Present paper is devoted to those problems and authors try to determine whether authorities, religiousness, and upbringing experiences, home atmosphere, family relations can influence engaging in non-government charitable activities. Research was

conducted in Podkarpackie province a part of south-east Poland in which only a few similar studies were conducted, thus, we can venture to claim that present paper has a novelty value in it.

Firstly, synthetic information about NGOs in Poland will be stated. Then, on the basis of available literature authors described selected factors that can determine charitable activities. Next stage will be the presentation of the aim, procedure and method of the research. The last part is the discussion of the results and authors' conclusions.

NGOs in Poland - general information

After the system shift in 1989 a dynamic growth of non-government sector was observed in Poland. A rapid growth in the number of entities between the private and state sector was noted. Defining the scope of third sector is, however, problematic as well as the form of its organizations. In United States of America, for example, in comparison to Poland the notion of *third sector* is a synonym of *non-profit*, which includes institutions based on volunteering and its feature being lack of sharing the income among the members of the organization. In Europe in turn, third sector along with non-profit entities includes also so-called institution of social economy such as cooperatives, which function partially within market laws, but its main objective is not gaining profit but satisfying social needs. (Ketlińska 2010, s. 90). In Poland it is unofficially stated that the third sector comprises of non-profit and social economy institutions.

The main aim of the NGOs is satisfying needs of the society- cultural or economical needs that are not met by the state. NGOs can work locally, regionally or nationally. As it is difficult to state the exact number of NGOs in Poland we can only base on estimations presented in the chart number one.

Table n. 1: NGOs in Poland in years 1997-2012 (in thousands)

| | 1997 | 2005 | 2007 | 2012* |
|---------------------|-------------|-------------|------------|-----------|
| Generally | 24,1 | 61,4 | 78 | 83 |
| Foundations | 3,4 | 5,0 | 8,0 | 11 |
| Associations | 20,7 | 56,4 | 70 | 72 |

*without Volunteer fire department

Source: Based on: Kietlińska 2010; Klon/Jawor 2012

In 2012 in Poland around 83 thousand non-government organizations were registered. 11 thousand of them were foundations and 72 thousand associations. It can be easily observed that since 1997 the number of non-government organizations in Poland has tripled. Estimating how many organizations actually undertake charitable activities is troublesome. As Maple/Sycamore association estimates, only 60-80% of registered organizations fulfill their role. It is clear that the number of “dead souls” in non-profit organizations is very high. (Klon/Jawor 2012, s. 10). The majority of organizations are of local and regional scale- 23% of them work locally and 34 regionally. Only 7% cover small regions of closest neighborhood. What is more, 28% of organizations are national and 8% have international character.

In general, polish third sector organizations concentrate mostly on answering local community needs. It can be considered as a positive phenomenon as smaller organizations are more likely to recognize the needs of community they work for and as a consequence fulfill their goals more effectively.

Polish non-government organizations work across diverse fields. Main areas of their interest are presented in the table below.

Table n. 2: NGOs' major Fields of activities in Poland in 2005 and 2012 (in %)

| Lp. | NGOs' major Fields of activities | Poland | | Podkarpacie 2012* |
|-----|---------------------------------------------------------|--------|------|-------------------|
| | | 2005 | 2012 | |
| 1 | Sport, leisure, turism, hobby | 40 | 38 | 6,7 |
| 2 | Culture and art. | 12,8 | 17 | 5,9 |
| 3 | Education | 9,9 | 14 | 6,1 |
| 4 | Social support, welfare, humanitarian help, live saving | 8,0 | 6 | 13,9 |
| 5 | Healthcare | 19,0 | 6 | 4,6 |
| 6 | Local social and economic development | -- | 5 | 4,7 |
| 7 | Other | 10,3 | 14 | 27,1 |

*in 2012 total ≠100%

Source: Based on: Kietlińska 2010, s. 104; Klon/Jawor 2012, s. 12; Bank Danych Lokalnych- GUS

Presented data show that in 2012 almost 20% of the organizations worked in health care, social services, welfare and local development in social and economic dimension.

Determinants of charitable activities- introductory analysis

There are many attempts in literature to identify the factors that determine in people the willingness to engage in charity or finance non-government organizations (see: Lee and Chang 2007; Wang and Graddy 2008; Śliwiak 2000; Kitchen and Dalton 1990).

Review of the research allows to elicit some features and socio-economic determinants that underlie altruistic behaviors. Majority of the empirical research and theoretical analysis was unfortunately conducted outside Poland.

Definitions of altruism in the source literature lack consistency. There is consent to equal altruism with charity or volunteering, which are all defined as an activity of a person for the sake of other people and beneficial to them without expecting to gain any profit in return. Behavior of the helper is conscious, free, and is valuable in itself (Śliwiak 2000, s. 35). J. Śliwiak in his work points out that the charity may be determined by factors such as: acquaintance with the person in need, observing altruistic behaviors in everyday life, perceived level of happiness and own success, living in small communities (People from larger cities help less frequently than people living in small communities).

These postulates are partially confirmed by the results of foreign research. Research conducted by Y. K. Lee and C. T. Chang (2007) can serve as a good example. Study group consisted of 730 inhabitants of Taiwan. Results show that gender, age, family situation and marital status can significantly determine charitable activities.

Review of the empirical research results and source literature allow to formulate a model of charity determinants and their predicted influence on charitable activities.

Table n. 3: Charitable activities determinants

| Factors influencing charitable activities | | Influence of the factors on engaging in charitable activities |
|-------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Social capital | <i>Social network</i> | Having/joining has positive influence on charity (family, friends, social organizations) |
| | <i>Informal social network</i> | Interactions can encourage philanthropy (among family, friends) |
| | <i>Civic engagement</i> | Civil engagement, membership in a group, feeling a part of a bigger group encourages altruism |

| | | |
|---------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <i>Social trust</i> | „Dawanie/pomaganie jest kwestią zaufania”, zaufanie społeczne zwiększa poziom dobroczynności “Giving/helping is a matter of trust”, social trust increases level of charity |
| | <i>Volunteering activity</i> | Volunteering, offering help positively influences charity; volunteers more often engage in charity; volunteering arouses the awareness of social needs |
| | <i>Luck</i> | Optimistic, happy people more often engage in charity |
| Religiousness | | Religious people tend to be interested in other people's needs they engage in charity more often |
| Financial and personal capital | <i>Education</i> | Higher education causes the growth of the number of charitable activities |
| | <i>Income</i> | Higher income, stable financial situation, having a house increases the chances of charitable activities |
| | <i>Owning a house</i> | |
| Demografia | <i>Age</i> | Age positively influences charity, older people more often help other |
| | <i>Gnder</i> | Women more of ten than men engage in charitable activities |
| | <i>Citizenship</i> | People with clear citizenship status more likely engage in charity than immigrants. |
| | <i>Marital status</i> | Married people more willingly engage in charity than singles |
| | <i>Number of children</i> | The bigger number of children the smaller engagement in charity |
| | <i>Tine of staying in particular community</i> | Staying in one community for a longer period of time positively influences engaging in charity. |

Source: Based on Wang and Graddy (2008)

Model presented above show that religious models and authorities, family relations, and upbringing experiences can determine charitable activities including Poland.

Aim, method and research material

Characterizing determinants of charitable activities and their empirical verification is a complex and difficult task. This study has more modest aim, that is determining whether authorities, religiousness and family relations have influence on charity.

Study method chosen for our research is a questionnaire built by the authors. It consists of 27 items (open and half-open) along with the demographic data of the study group. Items of the questionnaire include the following issues: form and aims of the organization, number of members, forms of activities, problems in the organizations and motives of the undertaken charitable activities. Survey also included questions about upbringing process and family relations, religious worship forms, and engagement in charitable activity.

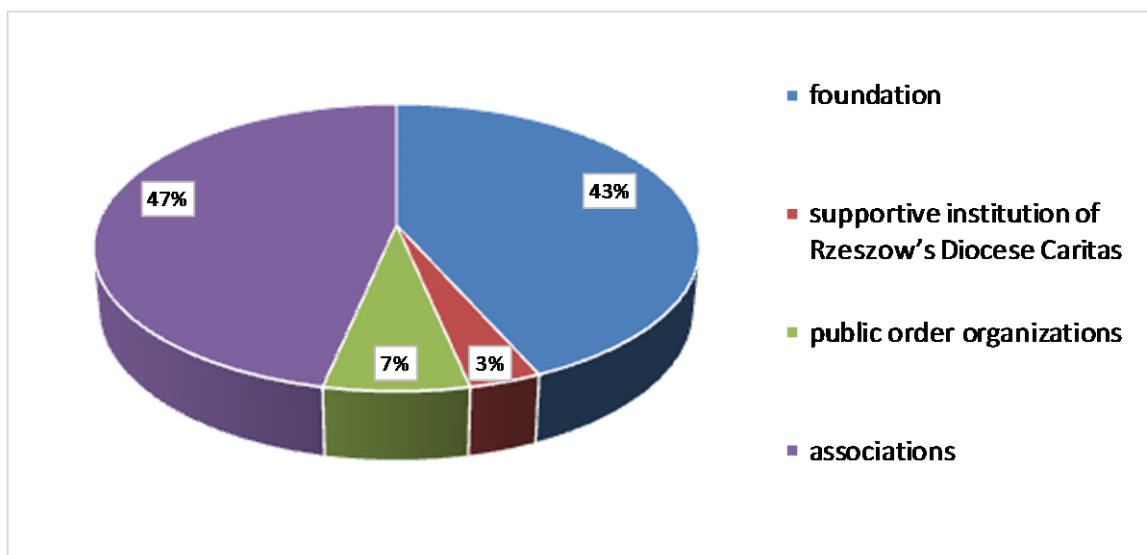
The sample for the study was chosen randomly from the data base of non-government organizations listed on the website NGO.pl- Non-Government organizations Portal. (bazy.ngo.pl). Random sample was selected by IBM SPSS software. The study included 67 entities: helping, social welfare and health care organizations. 30 surveys were qualified for the further analysis. The material was described both using descriptive methods and

qualitative analysis. The study was conducted from May to September 2015 in the Podkarpackie province.

Results

Studied NGOs were working in different organizational forms. (See chart n. 1.)

Chartn. 1: Types of organisations in the study



Source: Based on own research.

The majority of researched organizations were associations (14 organizations) and foundations (13). One respondent declared to be supportive institution of Rzeszow's Diocese Caritas and two are public order organizations.

Conducted research shows that non-government entities were found mainly by private persons (76,7%). Remaining organizations were started by businesses founds (respondents number 23, 21 and 18), the head of the Rzeszow Diocese Caritas (respondent 20) and entities being body corporate.

The obtained results indicate that the scope of activities undertaken by the organizations is wide, however all aims refer to actions focused on public welfare and health care. (See Table nr 4).

Table n. 4: Fields of activities among the study group.

| Lp. | Field of NGO activity | Total number of institutions* | Percentage |
|-----|---------------------------------------------------------|-------------------------------|------------|
| 1 | Sport, leisure, turism, hobby | 3 | 5,9 % |
| 2 | Culture and art | 0 | 0 % |
| 3 | Education | 2 | 3,9 % |
| 4 | Social support, welfare, humanitarian help, live saving | 26 | 51 % |
| 5 | Healthcare | 11 | 21,6 % |
| 6 | Local social and economic development | 8 | 15,7 % |

| | | | |
|--------------|-------|-----------|--------------|
| 7 | Other | 1 | 2 % |
| Total | | 51 | 100 % |

*researched organisations were allowed to choose up to 3 fields that is why the total number of scores is greater than the number of organisations

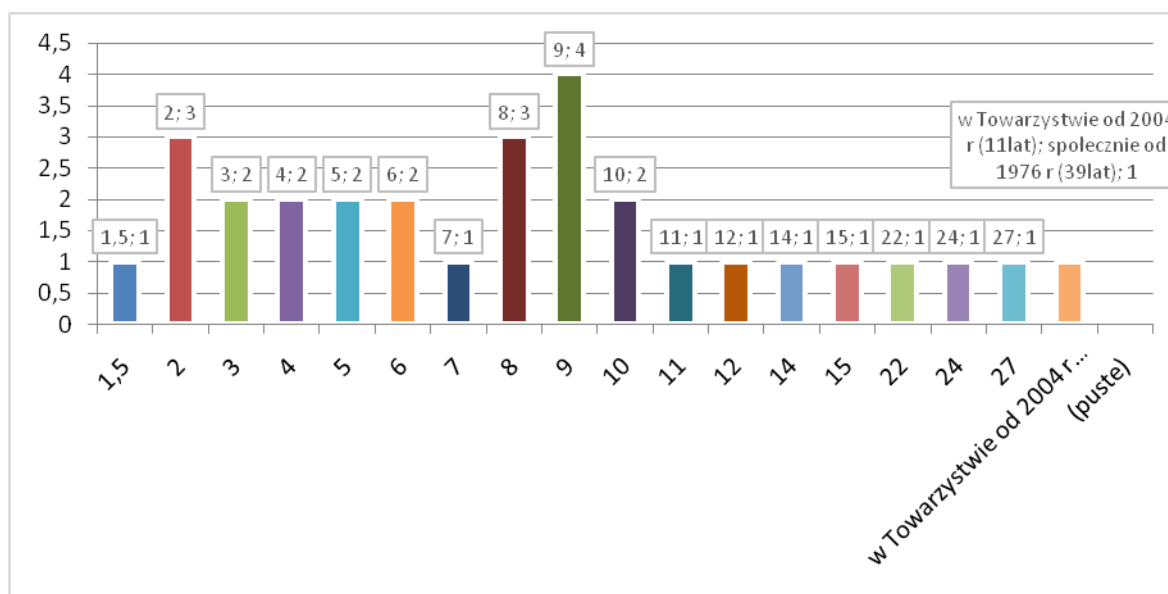
Source: Based on own research

The main aim of the research was to indicate factors affecting charitable activities and determining conditions of NGOs working in Podkarpacie. The most important issue was to determine what is the cause of engaging in charitable activities by our respondents. It is problematic to clearly define whether personal experiences were the cause of undertaking charitable actions. As 16 respondents denied that charity was connected with their personal lives and 14 confirmed that situations they have experienced inspired them to engage in charity. Below, few examples of the responses:

- R3: „On many people working here (...) the illness left its stamp”
- R7: „I was homeless myself, marginalized, invisible”
- R12: „My second conversion in Catholic Charismatic Renewal group. Personal encounter with John Paul II in 1992”

It is also difficult to state the length of the average working time in the charity in Podkarpacie.

Chart n. 2: Number of years spend in the organisation (years and percentage)



Source: Based on own research.

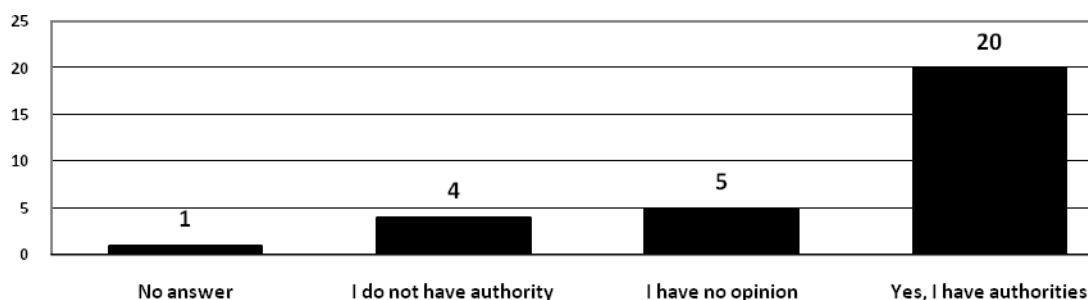
Some respondents claimed that they have been working in charity for 22 or 27 years.

There are also people who have just started to help and they have been engaged in charity for 2 years. Most of the results can be placed between 8-9 years of working in charity.

Almost all respondents feel satisfied about their charitable activity. Almost 87% of the respondents claimed that charitable activity causes satisfaction and has positive influence on their personal lives.

Having moral authorities can have positive influence on engaging in charitable activities. Almost 67% of the respondents working in NGOs (20) stated that they have authorities in their lives.

Chart n. 3: **Authorities in personal life**



Source: Based on own research

Most frequently mentioned authorities were: John Paul II, Mother Theresa of Calcutta and Edmund Bojanowski.

Table n. 5: **Authorities stated by the study group**

| Number of the respondent | Who is the authority influencing your engagement in charitable activities. |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1 | John Paul II, Mother Theresa |
| 29 | I have few authorities |
| 3 | Many |
| 27 | John Paul II, Janusz Korczak |
| 25 | Caritas |
| 6 | Pope John Paul II |
| 8 | Mother Teresa of Calcutta, John Paul II, Anna Dymna |
| 21 | My boss |
| 10 | Edmund Bojanowski |
| 11 | Mother Theresa of Calcutta |
| 12 | St. John Paul II, Mother Theresa |
| 14 | Anna Dymna |
| 15 | Princess Diana |
| 20 | Jesus Christ, St. Father Albert, St. John Paul II |
| 17 | My tutor, a Saint lady, who did a lot of good things always discretely. |
| 18 | Marek Kotański, Janusz Korczak, Jurek Owsiak, Maria Dulębianka |
| 24 | Consciousness, and mostly God and His commandments. |

Source: Based on own research

Authorities mentioned in the survey were also Anna Dymna, Jurek Owsiak, Marek Kotański and Maria Dulębianka. On the basis of the results analysis respondents choose as authorities people who based their charity on Evangelic values.

People from the study group engaged in charitable activities were mostly Roman Catholics (almost 90%).

Table n. 6: Religion and worship practices in people engaged in charitable activities

| | Number of people | % | Frequency of engaging in worship | Number | % |
|---------------------|------------------|------------|----------------------------------|------------|------------|
| - no response | 3 | 10 | - everyday | 3 | 11,5 |
| - Greek or Orthodox | 1 | 3,3 | - few times a week | 10 | 38,5 |
| - Roman Catholic | 26 | 86,7 | - once a week | 6 | 23,1 |
| Total | 30 | 100 | - once a month | 2 | 7,7 |
| | | | - fewer than few times a year | 4 | 15,4 |
| | | | - never | 1 | 3,8 |
| | | | Total | 26* | 100 |

*4 people refused to answer that question
Source: Based on own research

What is more, people from the surveyed group engaged in worship –almost 75% of all respondents stated that at least once a week they join worship (prayer, Mass).

Upbringing and family relations have a significant influence on engaging in charitable activities. In the surveyed group respondents could always count on support and understanding in family. Only 2 respondents claimed that they could count on family only in difficult and exceptional moments.

Table n. 7: Family support in the surveyed group

| | Number of responses | % |
|-----------------------------------------------------|---------------------|--------------|
| - we could always count on each other | 20 | 74,1 % |
| - we supported each other only in difficult moments | 5 | 18,5 % |
| - we could rely only on ourselves | 2 | 7,4 % |
| Total | 27* | 100 % |

*3 people refused to answer that question
Source: Based on own research

Similar distribution of data was obtained in the question about the process of communication in family. Almost 67% of the surveyed claimed that they could discuss everything among their family members and only two people (7,4%) stated that they could only talk about minor things and certain taboo topics existed in their families.

Table n. 8: Communication within family members in the study group

| | Number of responses | % |
|-------------------------------------------------------|---------------------|--------------|
| - we could discuss everything openly | 18 | 66,7 % |
| - we could discuss only important issues | 6 | 22,2 % |
| - we spoke about minor issues there were taboo topics | 2 | 7,4 % |
| - we didn't talk with each other at all | 1 | 3,7 % |
| Total | 27* | 100 % |

*3 people refused to answer that question
Source: Based on own research

In the survey we could also determine if respondents' parents engaged in solving their problems.

Table n. 9: Respondents parents' engaging in the solving of problems

| | Number of responses | % |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|
| - yes, they supported me in difficult moments, helped solving problems | 20 | 71,4 % |
| - yes, but against my will, they imposed their will on me | 3 | 10,7 % |
| - no, I was alone with my problems | 5* | 17,9 % |
| Total | 28** | 100 % |

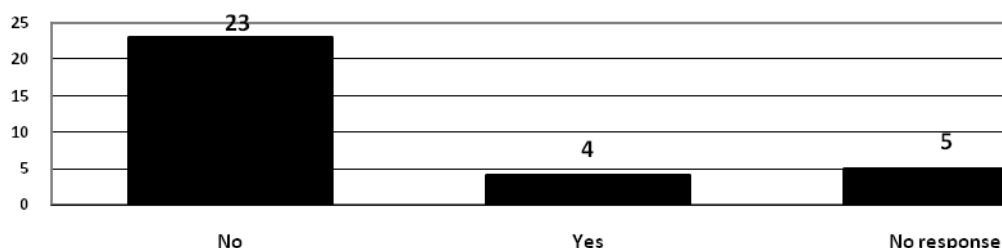
*one person stated that parents couldn't engage in problems as they were both dead

**2 people refused to answer that question

Source: Based on own research

The survey shows that respondents' parents were not engaged in charitable activities.

Chart n. 4: Parent's engagement in charitable activities



Source: Based on own research

It means that the researched group has not drawn charitable interests from their family. The table below shows the age distribution among the surveyed group.

Table n. 10: Age distribution of the surveyed group

| | Woman | Man | Total |
|---------------------|-----------|------------|-----------|
| - 20-29 years | 2 | 1 | 3 |
| - 30-39 years | 4 | 3 | 7 |
| - 40-49 years | 3 | 3 | 6 |
| - 50-59 years | 5 | 3 | 8 |
| - 60-69 years | 1 | 1 | 2 |
| - 70 years and more | 2 | 1 | 3 |
| Total | 17 | 12* | 29 |

*1man didn't state his age

Source: Based on own research

People aged 30-39 were most often engaged in charitable activities (7 people), 40-49 (6 people) and 50-59 years (8 people). Age groups from top ends were engaged in charity less often. Women dominate in engaging in helping process (17 people, that is 60%). What is more, the majority of respondents were married (18 people).

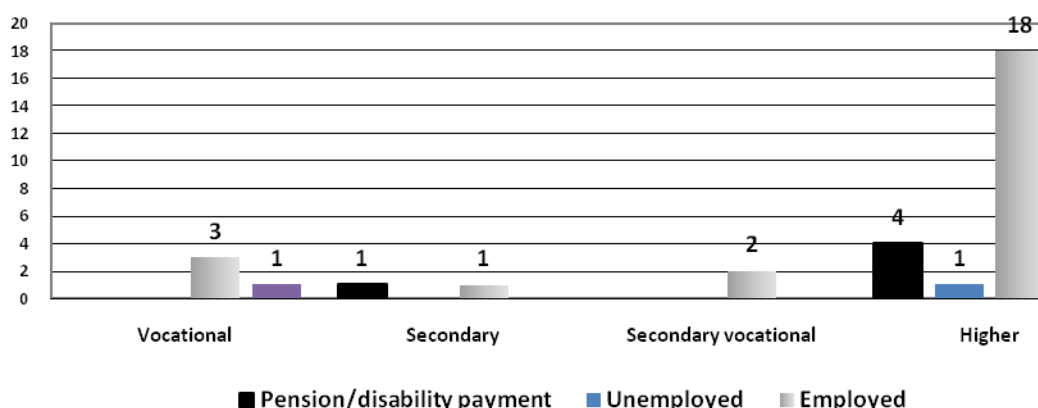
Table n. 11: **Marital status of the surveyed group**

| | Woman | Man | Total |
|-----------------|--------------|------------|--------------|
| - single | 2 | 6 | 8 |
| - divorced | 2 | 0 | 2 |
| - widow/widower | 2 | 0 | 2 |
| -married | 11 | 7 | 18 |
| Total | 17 | 13 | 30 |

Source: Based on own research

It may indicate that having stable family situation has positive influence on engaging in charitable activities. In the study it was also possible to identify the educational level of surveyed group in Podkarpackie (See, chart 5).

Chart n. 5: **Employment status of the people according to their education**



Source: Based on own research

People engaged in non-government organizations have mostly higher education completed and are employed. The majority of the respondents live in cities (78,5%), while 21,5% of the surveyed group lives in rural areas.

Conclusion

The aim of the conducted study was stating whether authorities, religiousness and upbringing experiences influence engaging in non-government organizations in Podkarpackie province.

Conducted empirical research show that it is difficult to clearly demonstrate the connection between personal experienced and engaging in charity as the responses were inconsistent.

Charitable activities are satisfying to almost everyone from the surveyed group and have positive influence on their personal life. The majority of respondents have authorities in their life. There were mostly people who based their work on values stemming from the Evangel.

At the same time respondents belong to Roman Catholic Church and frequently worship.

It means that the results confirm the source literature data about the connection between religiousness, authorities presence and engaging in charitable activities.

The results of the study show that people working in non-government organizations in Podkarpackie province could count on support and understanding in their families and they

could discuss everything with their parents. Moreover, parents of the respondents engaged in solving their children's problems. This can indicate that the normal upbringing process, appropriate atmosphere at home and proper relations with parents can inspire people to engage in helping others. Such situation can be observed in Podkarpackie province.

The research results are not sufficiently clear to determine whether parents' charitable activities have influence on their children engagement in NGOs. The majority of respondents stated that their parents were not involved in any form of charity.

Data from the source literature suggest that middle aged people, rather than young people engage more willingly in charitable activities, while our study reveals that people aged (30-39 and 40-49) engaged in charity more often.

Conducted study confirmed the conclusions from the source literature regarding gender, education and marital status. As it has been predicted women engaged in charity more often than men as well as the people with higher education, with stable family situation and married. According to theoretical assumptions people living in rural areas should engage in charity more often, however, in Podkarpacie more charitable behaviors are observed in the inhabitants of larger cities.

It needs to be taken into consideration that a dose of cautiousness is necessary when formulating general conclusions about the whole Podkarpacie province as the study was not complex and the sample was not numerous.

Zoznam bibliografických odkazov

BOCHYŃSKA-ŚMIGIELSKA, E., 2012. *Determinanty zaangażowania i efektywności zawodowej*; Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ Nauki Społeczne, Nr 4 (1/2012)

DellaVigna, S., J. A. LIST and U. Malmendier, 2012. Testing for altruism and social pressure in charitable giving. In: „*The Quarterly Journal Of Economics*”. Vol. 127, no. 1, pp. 1-56.

GOVEKAR, P. L. & M. A. GOVEKAR, 2002. Using economic theory and research to better understand volunteer behavior. In: „*Nonprofit Management and Leadership*”. Vol 13, no. 1, pp. 33-48.

GROTKOWSKI, M., 2011. Trzeci sektor w Polsce - rola i zagrożenia płynące z wypełniania funkcji i zadań administracji publicznej; „*Forum Studiów i Analiz Politycznych im. Maurycego Mochnackiego*”. ISSN 2082-7997

GUS, 2012. *Wolontariat w organizacjach i inne formy pracy niezarobkowej poza gospodarstwem domowym – 2011*; Studia i Analizy Statystyczne, Warszawa

GUS, 2014. *Wstępne wyniki badania społecznej i ekonomicznej kondycji organizacji trzeciego sektora w 2012 r.*, Warszawa

GUS- Bank Danych Lokalnych, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks, dostęp 18-11-2015 r.

KIETLIŃSKA, K., 2010. *Rola trzeciego sektora w społeczeństwie obywatelskim*. Difin: Warszawa.

KITCHEN, H., R. DALTON, 1990. Determinants of charitable donations by families in Canada: a regional analysis. In: „*Applied Economics*”. Vol. 22, no. 3, pp. 285-299.

KLON/JAWOR, 2012. *Życie codzienne organizacji pozarządowych w Polsce*; Warszawa

LEE, Y. K. & C. T. CHANG, 2007. Who gives what to charity? Characteristics affecting donation behavior. In: „*Social Behavior and Personality*”. Vol. 35, no. 9, pp. 1173-1180.

MEIER, S., A. Stutzer, 2008. „Is volunteering rewarding in itself?„. In: „*Economica*”. Vol. 75, no. 297, pp. 39-59.

ODENDAHL, T., 1990. *Charity begins at home: Generosity and self-interest among the philanthropic elite*. Vol. 251. New York: Basic Books. Portal Organizacji Pozarządowych – bazy.ngo.pl, dostęp 30-04-2015.

- SVÍTKOVÁ, K., 2006. *Corporate Philanthropy in the Czech and Slovak Republics*; CERGE-EI Working Paper, (312).
- ŚLIWAK, J., 2000. Społeczne i sytuacyjne uwarunkowania zachowań altruistycznych. Przegląd badań. In: „*Roczniki Psychologiczne*”. Vol. 03, pp. 35-47.
- TANIGUCHI, H., 2012. The determinants of formal and informal volunteering: Evidence from the American Time Use Survey. In: „*Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*”. Vol. 23, no. 4, pp. 920-939.
- TYRAKOWSKI, M., 2007. *Rola organizacji pozarządowych w rozwiązywaniu problemów społecznych*; ZNZE WSiIZ 2/2007 (4), s. 172-196. ISSN 1689-9229,
- US, 2013. *Podstawowe dane o wybranych organizacjach trzeciego sektora w 2010*, Kraków
- US, 2015. *Podstawowe dane o wybranych organizacjach trzeciego sektora w 2012 r.*; Kraków
- VAN WILLIGEN, M., 2000. Differential benefits of volunteering across the life course. In: „*The Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*”. Vol. 55, no. 5, pp. S308-S318.
- WANG, L., E. GRADDY, 2008. Social capital, volunteering, and charitable giving. In: „*Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*”. Vol. 19, no. 1, pp. 23-42.
- YI, DAVID T., 2010. Determinants of fundraising efficiency of nonprofit organizations: evidence from US public charitable organizations. In: „*Managerial and Decision Economics*”. Vol. 31, no. 7, pp. 465-475.

Kontakt na autorov

dr Piotr Frączek

mgr Patrycja Pater

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. Grodka w Sanoku

38-500 Sanok ul. Mickiewicza 21, Polska

piotrfraczek1@gmail.com

pater.snk@gmail.com

Theoretical aspects of Euro-orphanhood

Anna Kornasiewicz (PL)

During a conversation between friends or family members the issue of going abroad is often raised. The vast majority of us know a person who left their country in order to make a living. The causes of emigration vary but the most common ones concern economic reasons. Work immigration is an inherent part of our history together with all advantages as well as disadvantages of this phenomenon.

The main focus of the following dissertation is on Euro-orphanhood which affects a lot of children in our country. At the turn of the 20th and 21st centuries the number of people who emigrated from Poland so as to earn more raised.

This phenomenon escalated to such a point that in April 2008 the employees of 'European Law' Foundation presented the research findings concerning the range of this issue. From what they showed, it appears that among 110 000 Polish families children are brought up without at least one parent who emigrated for financial reasons (<http://www.fundacja-pe.nazwa.pl/joomla/pliki/eurosieroctwo.pdf>, 19.03.2013). The piece of information shocked public opinion. Since then, this topic has been spoken out about in the media.

According to CBOS, within ten years (since 1997) almost 3 million Poles have been working abroad. It was only three years (since 1st May 2004 when Poland joined the European Union) that were enough for two million Poles to start their life abroad in search of a better future. For comparison, in the 19th century, i.e. after the fall of the November Uprising over ten thousand Polish citizens emigrated.

If the emigration from before 200 years ago is defined as great, then the current situation can be treated as hyper-emigration, even if including a temporary stay or homecoming.

In 2007-2014 a new term, i.e. Euro-orphan appeared in the sources (*Polityka* magazine, report– Euro-orphans from 17.11.2007, pp. 3–4.)

If an average Pole was asked what orphanhood is, they would definitely describe it as a situation when a child does not have parents, which is true indeed. However, the issue is not that simple as there are various types as well as causes and consequences of orphanhood. The pedagogical literature provides first and foremost the division into natural and social orphanhood. Such a division is established as one of the basic ones. (<https://pl.wikipedia.org/wiki/Sieroctwo>, 10.03.2016)

We speak of natural orphanhood when both parents of a child are dead and essentially its colloquial meaning is the same as the law or scientific term.

Social orphanhood is definitely more difficult to define. It means a shortage of the family ambience due to other reasons than death of a mother or a father. It cannot be stated that it involves only pathological situations. Besides alcoholism, violence, overworking, promiscuous way of life or abandonment the reason for social orphanhood might as well be the fact that parents had to stay in hospital for a longer period of time.

In Family and Guardianship Code in Art. 1 § 1 it is clearly indicated that termination of parental rights is not always caused by their intentional activities. However, in the majority of cases that is exactly what happens.

One of the reasons why children in Poland become orphans is an exodus of one or both parents abroad. Orphanhood caused by parental emigration is not an emergent phenomenon but its range in the last couple of years has become a serious concern expressed by pedagogues, psychologists and social workers.

There are a lot of definitions of orphanhood. For the sake of the herein dissertation only a few have been mentioned.

According to B. Walczak, Euro-orphanhood is a situation in which economic emigration of a parent or both parents causes such family dysfunctions as a lack of continued socialization, emotional support or cultural transmission. The phenomenon is the main reason for various problems connected with education or upbringing of children and teenagers who have been left without due attention. (Walczak 2008). Migracje rodzicielskie – skala zjawiska oraz jego wychowawcze i edukacyjne implikacje *Social pedagogy.*, nr 3, pp.143 - 162)

S. Kozak uses the term of Euro-orphanhood to describe ‘the state when a person (underage one) does not have a parent or both of them because they left their country in search of work. Such phenomenon is considered to be one of the subdivisions of ‘social orphanhood’. (Kozak 2010). *Patologia eurosieroctwa w Polsce. Skutki migracji zarobkowej dla dzieci i ich rodzin* Difin p.112)

In the Commissioner for Children’s Rights Information Bulletin, psychologists define Euro-orphanhood as a situation when parents who were about to leave the country left their children in their motherland (...), children deprived of a stable contact even with one of parents feel like orphans (the Commissioner for Children’s Rights Information Bulletin nr 1-2, 2008, [w:] *Informacje dla rodziców podejmujących pracę poza granicami kraju*, Warszawa 2008, pp. 2–4.)

According to the Minister of National Education, current Euro-orphanhood is a kind of a circumstance concerning economic emigration of both parents (biparental orphanhood) causing unfavourable transformations in family life especially in fulfilling its fundamental function towards its underage members who feel like orphans after being abandoned by their relatives. What is more, family socialization process becomes terminated and the cultural transmission from one generation to another undermined. (<https://men.gov.pl/> from 18.10.2013)

Migrant families vary and they can be divided on the grounds of an absent member. The following four types of situations are taken into consideration, i.e.:

- both parents stay abroad together at the same time and place,
- both parents stay abroad at the same time but in different places,
- one spouse stays abroad for a long period of time,
- spouses go abroad interchangeably.

Each type of the aforementioned situation causes specific problems. In case of a father emigrating, the role of the man of the house is fulfilled by a mother. It is she who bears responsibility for the kids’ upbringing and providing care (for instance, she supports them, controls behaviour, sets rules and demands) whereas the father’s role becomes reduced only to financial matters. The children see him as a person who does not demand much and rewards often. However, it is worth mentioning that the lack of contact with a father leads to the fact that such children feel less secure repeatedly and have difficulties in their relations with peers.

On the other hand, when a mother is the one who goes abroad it is a father who has to deal with everyday chores. Men find it much more difficult to get accustomed to a new situation and for that reason they often take advantage of the closest relatives when it comes to help. Partially, it encourages getting the family life in order. Fathers admit that it is hard for them to reconcile working and family life. In extreme cases, the excess of duties and the feeling of helplessness lead to a point when such fathers turn to drink.

When both parents leave the country it is grandparents who become children’s guardians. Such a turn of events seems to be an ideal solution, however, it has a negative pedagogical impact on kids when they live with their grandparents for a long period of time, mainly

because they frequently pander to their grandchildren's whims, become overprotective and have difficulties solving conflicts they may encounter when dealing with their underage grandchildren (which results from the generation gap). This in turn leads to them being tired and dissatisfied with parents' decision.

How those children feel depends on various factors which according to W. Danielewicz are as follows: the absence of a mother, a father or both parents, the age of children, the place as well as the time spent abroad, children's emotional relation with the absent parent, the quality of marriage (before the exodus) and the financial situation of a family. Moreover, the type and frequency of contacts between a child and an absent parent are absolutely vital together with interpersonal relations between children and their guardians. (Danielewicz 2003. Dziecko w rodzinie rozłączonej pod red. J. Izdebskiej. – Białystok: Trans Humana, pp. 103-142)

S. Kozak believes that not each type of Euro-orphanhood is the same for it has its levels (which can be understood as a degree of its intensity) and she divided them into three degrees such as:

1. the highest degree: the lack of contact between a child and his natural parents; his life is guided by complete strangers
2. the moderate degree: parents keep in touch with their child but only sporadically and not regularly
3. the lowest degree: parents remain interested in their child's life, meet with them, buy them presents. Still such a child is in the custody of people unrelated to their family

A couple of definitions of Euro-orphanhood have already been discussed yet the following question arises: who is an Euro-orphan then? The most adequate ones seem to be provided by: S. Kozak – an Euro-orphan is a child who is brought up without at least one parent who left the country for work and W. Walkowska who describes an Euro-orphan as a child whose parents, legal guardians went abroad to find work and have stayed there for more than six months.

The causes of economic migrations

Why do Polish people decide to go abroad? The reasons are various but among the most important ones is high unemployment in Poland (the number of unemployed people registered in job agencies towards the end of September 2012 was estimated at 1 979 000 people, including 1 056 100 women and was 14 300 people higher than in 2011. While in comparison to 2011, it rose by 6 400, i.e. by 0,3%). Without a doubt a shortage of permanent jobs has its consequences, for instance, it lowers living standards, triggers various conflicts, increases a tendency to abuses which in turn leads to social degradation. In addition, those people who suffer from long-term unemployment with time find it even more difficult to get a job. It is first and foremost caused by insufficient qualifications, lack of skills or discouragement.

The fastest and most available way to solve long-term unemployment and at the same time to improve financial situation of a family proves to be economic migration.

That is the reason why, having joined the European Union in 2004 a lot of Poles decided to work abroad. From the data gathered in the Ministry of Education's report it is indicated that in every fifth school in Poland there are children whose both parents or a single one left their country in search of work.

According to data (by the report of the Ministry of National Education from 2010 „Sytuacja dziecka w rodzinie migrującej w Polsce”) collected from respondents, the number of children in the schools which had participated in the research was estimated at 3 384 164. Among them, there were 10 759 pupils whose both parents went abroad (that constituted 0,33 per cent of that group). Moreover, there were 9 911 children brought up by a single parent and

that constituted 0,29 per cent of the group and 5,49 when compared to those whose parents left Poland.

The scale of this phenomenon in the specific parts of the country was different, namely, the lowest percentage of pupils whose parents went abroad in order to find a job, to the best of the teachers' knowledge, could be found in the province of Mazovia, Łódź and Silesia, whereas, much above the mean for the whole population in the province of Opole (the highest percentage), West Pomerania, Podkarpackie, Lublin, Lesser Poland and Świętokrzyskie Voivodeship. (http://bialystok.wyborcza.pl/bialystok/Eurosieroctwo.Policza_dzieci_zostawione_przez_rodzicow.html from 15.10.2010)

The consequences of economic migration

The phenomenon of economic migration which is elaborated on herein has both its positive as well as negative aspects. Among its advantages Ewa Kozdrowicz singles out the following:

- an increase of the living standards due to an improvement of an economic situation of a family, financial security for a better start in children's life,
- a significant change in a parent's participation in running a household as well as motivating children to take part in everyday life of a family,
- coming to a realization what one's own feelings towards a partner are, in case of separation, getting to know the role of a family,
- becoming acquainted with the culture and a language of a country where they stayed temporarily,
- if it is a person who disturbs everyday life of a family that goes abroad, such departure increases security level of the remaining family members.

Whereas among the disadvantages of the phenomenon she mentions as follows:

- parental participation in everyday life of their children becomes definitely limited and family ties less strong,
- it is more difficult to take action and react when pedagogical problems arise,
- lack of optimal care when both parents are gone,
- excessive burden of duties rested with one of the parents,
- a feeling of alienation which, as a consequence, may lead to withdrawal from social interactions,
- deterioration of a financial situation of a family due to the failure of migration or family abandonment,
- official or nonofficial family breakdown.

When it comes to the psycho-social effects of parental migration it can be said that a family constitutes a fundamental social unit and the way a parent behaves has its consequences. The positive ones are: an improvement of a financial situation, an opportunity to develop professionally. Whereas the negative include: dysfunction of a family life, a shortage of family ties which enable appropriate moral and social development of children, a disturbance to domestic harmony, deprivation of cultural context. Parental absence changes the family structure and makes children feel alienated and alone. Other than that, they experience grief, jealousy and lack of stability on more than one occasion.

Another aspect which changes an image of a current family is a transformation of behaviour of a child from a migrant family.

Time spent without a parent, it might be the longer or shorter separation, (especially when it refers to toddlers or pre-school children) has a negative impact on the mentality of a child. The psychological side effects concerning the personal development of a child involve: an unfulfilled need for love, affiliation, safety and intimacy. The pedagogical consequences

of parental absence are very often connected with low marks at school, arrogant behaviour towards teachers, peers, playing truant or not doing their homework. Unfortunately, even suicidal attempts occur in such situations (sometimes it is just a sudden impulse to become noticed).

Another forms of social inadequacy found in psychological and pedagogical literature include thefts, addiction to alcohol, drugs or nicotine. Typical kinds of behaviour of an Euro-orphan might be unstable mentality, low self-esteem, difficulties in establishing relations with peers, suspicion, constant longing for parents, being self-contained and isolated, a lack of good pedagogical role models, aggression or fear, deviance, risky and dangerous behaviour and finally insecurity.

Euro-orphanhood in numbers

The findings of the research on the problem of Euro-orphanhood prove that the scale of this phenomenon is very vast. In 2008 the European Law Foundation estimated that there are 110 000 Euro-orphans in Poland.

The Ministry of Labour and Social Policy stated that in 2007 about 1299 abandoned children landed in orphanages and foster families. The research data show that 'every fourth pupil in Poland is a Euro-orphan' and that it is fathers (24%) who go abroad more often than mothers (9%) whose trip abroad largely depends on the age of the youngest child.

When it comes to the migration of both parents, it is mostly grandparents (46%) close relatives or grown-up siblings (only 7% of them) who take care of a child. Occasionally, such children are sent to orphanages.

In 2014 a research was conducted on a probability sample of 100 schools. 4169 surveys were gathered from the pupils and 272 from the teachers. It turns out that one fifth (1/5) of the pupils experienced separation between a child and at least one parent within three years before the research. Such findings show a decline in comparison with 2008.

The scale of migrational orphanhood varies in particular regions of the country. In the research carried out in 2008, it was Opole Province (43% of the pupils) where the highest percentage of the pupils, who experienced absence of one parent due to a trip abroad, was recorded. Moreover, in West Pomeranian (37,2%), Warmian-Masurian (35,1%), Świętokrzyskie (34,3%) and Podkarpackie Province (33,7%) such a percentage was also very high. Whereas, in the research from 2014 the findings indicate that among five provinces with the top rate of parental departure were: West Pomeranian (28,7%), Lubuskie Province (26,5%), Podkarpackie (26,4%), Warmian-Masurian (25,3%) and Wielkopolska Province (24,2%).

Institutional help in overcoming Euro-orphanhood

The phenomenon of Euro-orphanhood and complex problems connected with it constitute a huge challenge for public services and non-governmental organizations. Euro-orphans and their families can rely on professional help from the following institutions:

- school – home visits, telephone conversations with parents, cooperation with psychological and pedagogical counselling centres, teachers indicate institutions that might be helpful and they control pupil's presence at school,
- full support of pedagogues and psychologists – given at schools, psychological and pedagogical counselling centres, educational care facilities when it comes to diagnosing various disorders, providing emotional support to a child and his guardians,
- social welfare centres, family support centres – by providing money and accommodation,
- police – react in cases of lawbreaking, intervene both at school and at home,

- lawyers, prosecutors, courts – they give legal advice, hear cases concerning limitation or termination of parental rights, examine delinquency and crime,
- catholic church – financial and spiritual support,
- ‘European Law’ Foundation – it conducts training courses first and foremost for employees of social welfare centres, probation officers and other institutions that deal with legal and social aspects of Euro-orphanhood. It also sensitizes local communities to the issues of Euro-orphanhood.

If any of the people affected by the problem of Euro-orphanhood experienced a problem, each of the abovementioned institutions is obliged to provide support. In general, it is school workers (a form teacher or a pedagogue) who should be the first to notice any disturbing symptoms among pupils. Then, they have to converse with a pupil, his parents or guardians. In extreme cases, they provide information about the ensuing problem to appropriate institutions, i.e. a social welfare centre, police, a family court or a probation officer.

Minimization of the negative consequences of parental emigration: possible ways of support

Statistical data which have referred no longer to a problem but to a phenomenon of Euro-orphanhood for the last couple of years, resulted in passing an act concerning family support and a foster care system.

In accordance with the act, the diagnosis of a family situation as well as implementation of changes in the way of making decision about a financial trip abroad constitute an important area of work for a suitably prepared family councillor (a family assistant).

The act concerning the family support and a foster care system imposed an obligation on boroughs to help dysfunctional families with children. Such help will be provided by the actions of a family assistant who will also support families in overcoming difficulties taking care of and bringing up underage children.

When a manager of a social welfare centre gets some information about a family suffering from problems with fulfilling educational and nurturing functions, he/she will commission suitable people to carry out a community interview with this family. If it confirms the actual problems then the manager of a social welfare centre will pass a questionnaire from the interview to a family assistant who in turn will start cooperating with such a family.

What is taken into account when it comes to appointing a family assistant to work with a particular family, is first and foremost the scope of the support that the family should receive. Moreover, according to the act, a family assistant should conduct his duties with the family's approval and with its active participation as well as he/she should motivate all the family members to active cooperation. The work with the family should begin or continue even if a child is not temporarily staying at home.

A place where this work should be conducted is a family home or a spot that the family members chose. It is organised by a particular borough or a unit which was appointed by the borough to carry out this duty. The delegated tasks should be held in accordance with articles 25-35 of the act from 12 March 2004 on social welfare (uniform text published in Poland's Journal of Laws from 2005, No. 175, item 1362 with the following changes)

An assistant will make it easier for parents to fulfill their social roles in order for them to achieve fundamental stability and prevent putting their children in places outside home, in orphanages or foster families. If children are staying with a foster family, the role of an assistant is to act so as to bring them back to their natural parents as soon as possible. Regardless of the fact if a family decides to separate temporarily, go abroad together or stay in the country, a councillor's duties should be fulfilled in those three steps:

1. an attempt to understand the situation of a migrant family or the one at risk of migration – diagnosis of the problem,
2. activities concerning the thorough discussion about the point of going abroad and a situation that is caused by it,
3. common attempts to work out the sources essential to overcome the new situation (which might be separation due to departure, common departure or staying in a country).

The work of a family councillor can also contribute to the fact that a family will look at the situation of economic migration in a longer perspective and in a wider context of values and aims being accomplished by a family and by each and every member individually. Then, the awareness of negative and positive consequences of economic migration of both parents or a single one will also raise. What is more, family members will be able to search for various solutions which will include family uniqueness, age and developmental needs of its particular members.

As a result of the commitment, that a family makes (on its own or with a family councillor's support) in analyzing and searching for solutions, the balance of effects of parents going abroad for financial reasons might undergo some changes. What is more, even the decision concerning leaving the country or coming back itself may be altered. A contract might be developed, according to which every member of a family will understand the functions they fulfill within it and some action will be taken to prepare a family and its particular members to carry out new tasks entrusted with them (acquisition of knowledge, competence, skills, for instance gaining independence, an ability to make their own decisions, greater availability in some situations). Unfortunately, such a solution is not popular yet, due to legislative reasons.

Supportive action

Furthermore, another problem appears when parents who decide to go abroad for work leave their child without appointing a legal guardian. Such a situation constitutes a major threat to a child's well-being. This in turn, is the reason for notifying a guardianship court in accordance with article 572 of the Code of Civil Procedure and a duty of informing the court rests upon anyone who knows about an event or a situation which puts the well-being of a child in danger, especially an actual guardian, police officers, local government authorities, educational facilities, a social worker – article 572 § 2 of the Code of Civil Procedure.

Then the Guardianship Court can, in accordance with articles 109, 110 and 111 of the Family and Guardianship Code, initiate proceedings concerning a suspension, limitation or termination of parental rights. The case when parents, who decide to go abroad for work actually do not care for their children constitutes an impediment to fulfilling parental authority.

In accordance with article 110 § 1 of the Family and Guardianship Code, the Guardianship Court may adjudicate a suspension of parental right and regulate the legal position of a child. Parents who go abroad can come to a decision to conclude an agreement for patronage over a child who was left in Poland. It would involve providing current support as well as legal representation, for instance in cases of treatment or before the court. At the beginning of 2011 Codification Commission of Civil Law passed basic principles of changes in family law: 'in case of a temporary obstacle to take care of a child, parents (a parent) might entrust their kid to a patron's care by a written agreement'.

If it is possible, to a relative's care. If children are thirteen years old, they will also have to consent. The agreement should specify a child's residence, the way of providing financial support and a proper upbringing together with the rules concerning how parents will be

informed about their child. When it comes to more serious financial matters, a patron should get the parents' consent.

It is very important to take into consideration longing for their parents, and in consequence, emotional instability, the lack of attention because that might help such a young person to deal with the separation. Moreover, other issues like discipline, kind enforcement, some help in the realization of tasks, providing care during their spare time are also significant.

These duties should be fulfilled by a form teacher on condition that several issues like an action program, expectations and tasks are established in cooperation with parents. It is parents who are the most important in this action. It is their responsibility to inform school workers about the changes that their family is about to experience, to systematically discuss changes in their child's behaviour with the form teacher as well as to share concern and success. The form teacher must be treated as a partner by parents but cannot do everything for them. Thus, it is in the interests of a family and a child for parents to contact school regularly, to act before any negative events may happen by cooperating in the process of a child's education.

Non-school institutions, for example, social therapeutic centres might also be very helpful when it comes to compensation for the separation between a child and parents.

The activities of church have also a very positive influence in such cases.

The analysis of the consequences of family migration should initiate undertaking various preventive steps. Without a doubt some of them are: reinforcement of information campaign, preparation of leaflets, widespread media coverage. Paradoxically, those parents who emigrate for work leave their home and children behind in order to help to improve financial situation of their family.

It turns out that the departments of national education, work and public policy have finally noticed the problem. Let's hope that there will be no lack of determination or consent among politicians at least in that matter.

Summary

It is well-known that prevention is better than cure. For that reason, it is the most important thing to sensitize parents to the evil they can cause to their children by going abroad. Furthermore, parents should be educated and well-informed in terms of possibilities of taking their children with them (The Ministry of National Education is working on a program which would enable children to continue their education abroad in Polish) or how to legally entrust their children to grandparents' care or to transfer the legal custody to guardians appointed by the family courts.

Parental concern about the financial well-being of children and a family, their efforts and sacrifice should be much appreciated. However, one cannot forget that 'beside the affluence and a financial shortage there are other reasons for joy and sadness depending on individual predispositions of family members, their goodwill so their ability to love, to enjoy life, good health and close people, being kind, cheerful, forgiving and calm. Such an attitude towards life and values that people take from it might significantly compensate for the lack of money and determine happiness of a family. In fact, when such values are in deficit, happiness in the long run is unlikely to accompany a family that lives even in luxury' (own translation of E. Klein, *O radościach i smutkach egzystencji rodziny, Problemy Opiekuńczo - Wychowawcze* 1991, nr 8, p.123.) guaranteed owing to economic migration of parents.

Zoznam bibliografických odkazov

„Biuletyn Informacyjny” Rzecznika Praw Dziecka nr 1–2, 2008, [w:] Informacje dla rodziców podejmujących pracę poza granicami kraju, Warszawa 2008, pp. 2–4.

„Polityka”, Raport – eurosieroty from 17.11.2007, pp. 3–4.

DANILEWICZ, W., 2005. Aspiracje życiowe młodzieży z rodzin pełnych i rozłączonych z powodu migracji zagranicznej rodziców W: Edukacyjne tendencje XXI wieku w dialogu i perspektywie red. nauk. Anna Karpińska. - Białystok: Trans Humana. pp.283-295.

DANILEWICZ, W., 2008. Dzieciństwo w rodzinie migracyjnej W: Dziecko a zagrożenia współczesnego świata pod red. Sabiny Guz. - Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej. pp.185-192.

DANILEWICZ, W., 2003. Dziecko w rodzinie rozłączonej pod red. J. Izdebskiej. – Białystok: Trans Humana. pp. 103-142

KLEIN, E., 1991. *O radościach i smutkach egzystencji rodziny*, „Problemy Opiekuńczo - Wychowawcze”. nr 8, p.123.

KOZAK, S., 2010. Patologia euro sieroctwa w Polsce. Skutki migracji zarobkowej dla dzieci i ich rodzin Difin. p.112

MATYJAS, B., 2008. Dzieciństwo w kryzysie: etiologia zjawiska. - Warszawa: Żak. p.233-243: Obrazy dzieciństwa w rodzinach rozłączonych (niepełnych czasowo)

WALCZAK, B., 2008. Migracje rodzicielskie – skala zjawiska oraz jego wychowawcze i edukacyjne implikacje. *Pedagogika Społeczna*. nr 3, pp.143-162

<https://men.gov.pl/> from 18.10.2013

<http://bialystok.wyborcza.pl/bialystok>

Eurosieroctwo.Policza_dzieci_zostawione_przez_rodzicow.html from 15.10.2010r.

https://pl.wikipedia.org/wiki/Sieroctwo_dnia_10.03.2016

<http://www.fundacja-pe.nazwa.pl/joomla/pliki/eurosieroctwo.pdf>, from 19.03.2013

Recenzie

Recenzia

Názov: Jak zvládnout syndrom vyhoření : Najděte cestu zpátky k sobě

Autor: Dr. med. Mirriam Prieß

Vydavateľ: Grada Publishing, a.s.

Miesto vydania: Praha

Počet strán: 175

ISBN: 978-80-247-5394-2

Recenzent: Mgr. Lenka Lukáčová

Pracovisko recenzenta: Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach

Autorka Dr. med. Mirriam Prieß pôsobí od roku 2005 ako poradkyňa, ktorá pomáha spoločnostiam v procese reštrukturalizácie a pri úspešnom prekonávaní kríz. Realizuje tiež špeciálny koučing manažérov v oblasti riešenia konfliktov a zvládania stresu. Prednáša na Brand Academy Hamburg i v rade vzdelávacích kurzov zameraných na starostlivosť o zdravie, prevenciu chorôb ako aj predchádzanie syndrómu vyhorenia. Vyštudovala medicínu na univerzite v Hamburgu. Doktorát získala na katedre psychosomatickej medicíny. Ďalej študovala filozofiu vo Frankfurte nad Mohanom so zameraním na etiku v podnikaní. Osemročnú lekársku a psychoterapeutickú prax absolvovala na psychosomatickej klinike v Hamburgu. Autorka sa na základe dlhoročných skúseností rozhodla v publikácii *Jak zvládnout syndrom vyhoření : Najděte cestu zpátky k sobě* vysvetliť nové súvislosti syndrómu vyhorenia a popisuje príčiny jeho vzniku. Autorka v celej publikácii prezentuje vlastné poznatky a skúsenosti z praxe, ktoré sa týkajú syndrómu vyhorenia a tým prináša nový pohľad na tento jav.

Prvá kapitola *Je stres príznakem, nebo příčinou vyhoření?* sa venuje skúmaniu toho ako vzniká stres. Tvrdí, že stresovú reakciu vyvoláva až pocit, že nemáme silu alebo možnosť situáciu zvládnuť a s tým súvisí aj pocit bezmocnosti. Uvádza, akú rolu hrá stres, a že dôvodom vyhorenia sú negatívne alebo chýbajúce pozitívne vzťahy k okoliu a neporozumenie sebe samému. V neposlednom rade opisuje, kde a kedy prichádza najväčší stres a kladie dôraz na vzťahy, v ktorých sa stres najčastejšie vyskytuje (vzťah k sebe, alebo k okoliu).

Dialog jako předpoklad zdraví je názov druhej kapitoly, ktorá popisuje hľadanie techník dialógu a vzťah ako základ zdravia a choroby. Autorka charakterizuje dialóg ako symbol a predpoklad zdravia, zatiaľ čo konflikt skôr či neskôr vedie k prepuknutiu choroby.

Tretia kapitola *Popis syndromu vyhoření na základě čtyřfázového modelu* prináša bližší popis štyroch fáz vzniku syndrómu vyhorenia (poplachová fáza, fáza odporu, fáza vyčerpania a fáza ústupu), ktoré sa u každého človeka môžu prejaviť individuálne a v odlišnej intenzite. Cesta k syndrómu vyhorenia je vždy individuálna, ale nie jednosmerná. Je potrebné uvedomiť si, že vždy existuje cesta späť, ale aj tu platí, že čím viac človek ide dole, tým ťažšie je dostať sa znova hore.

V štvrtej kapitole *Model broučka – šest zásadních oblastí života* autorka rozlišuje šesť životných oblastí, ktoré tvoria základ pre zdravie jedinca – rodina/partnerstvo, práca, zdravie/fyzická kondícia, sociálne kontakty, individualita/koníčky, viera/spiritualita. Čím menej je človek v jednotlivých oblastiach svojho života spokojný, tým viac stúpa nebezpečenstvo vyhorenia pri každom ďalšom konflikte. Kapitola ďalej poukazuje na moc vnútornej reality. Stres nikdy nevyvoláva určitá situácia sama o sebe, ale subjektívny pocit, že danú situáciu nezvládneme. Daná kapitola sa orientuje aj na zodpovedanie otázky, či existujú typy ľudí so sklonom k vyhoreniu.

Syndrom vyhoření a (ne)vnímání emocí predstavuje názov piatej kapitoly, ktorá sa zameriava na zistenie toho, akú rolu zohráva pri vzniku syndrómu vyhorenia strata vnútorného dialógu.

Ďalej kapitola prináša tvrdenie, že ľudia so syndrómom vyhorenia nemajú žiaden ventil. Rovnako popisuje úzkosť a ďalšie telesné symptómy, ktoré sa často objavujú u ľudí trpiacich syndrómom vyhorenia. Kladie zreteľ na to, že rozum a cit sú dve základné dimenzie človeka. Ich rovnováha je základom a predpokladom zdravia.

Šiesta kapitola *Syndrom vyhoření a kompenzace* upozorňuje na hrozbu kompenzácie, ktorá sa môže stať závislosťou (napr. večerný pohár vína a iné kompenzačné mechanizmy). Ku kompenzácii dochádza všade tam, kde sa človek vyhýba skutočnému riešeniu a snaží sa stabilizovať situáciu, ktorá stabilná už nie je. Svet sa nestane lepším, keď človek pred ním zavrie oči. Kapitola poukazuje na to, že človek riešenie konfliktu odkladá a namiesto toho venuje energiu na hľadanie kompenzácie.

V siedmej kapitole *Syndrom vyhoření a narcismus* sa stretávame s falošným vytváraním si obrazu o sebe samom. Prekračovanie vlastných možností a hraníc, mylný obraz o sebe, domnienka, že všetko zvládneme bez akéhokoľvek problému sa často stáva príčinou vzniku syndrómu vyhorenia. Ďalej sa kapitola zameriava na charakteristiku mužského a ženského narcizmu. Prináša poznatky o sile projekcie a idealizácie si reality, ktorá ostáva stále rovnaká bez ohľadu na to, ako si ju daný jedinec prikrášli.

Syndrom vyhoření a strach je názov ôsmej kapitoly, ktorá pojednáva o príčinách strachu a zameriava sa na otázky toho, ako ovplyvňuje strach a syndróm vyhorenia fungovanie firmy. Vychádza z názoru, že keď nie sú vedúci pracovníci schopní viesť sami seba a prevziať zodpovednosť za svoju vnútornú realitu, má to závažné ľudské a ekonomické dôsledky pre ich okolie.

V deviatej kapitole *Syndrom vyhoření a věk* autorka v krátkosti popisuje, že ľudia so syndrómom vyhorenia jednájú v rozpore so svojou identitou vo väčšine prípadov preto, že ju nepoznajú. Rovnako sa sústreďujú na obdobia života z hľadiska veku, ktoré môžu byť pre človeka rizikové pri vzniku syndrómu vyhorenia.

Desiata kapitola s názvom *Vzorče chování související se syndromem vyhoření* vysvetľuje, že každá cesta k vzniku syndrómu vyhorenia a každá cesta späť je individuálna u každého človeka. Dôležité je uvedomenie si daného problému a nehľadať riešenia len vo vonkajšom svete a zároveň vedieť obnoviť vzťah sám k sebe.

Kapitola jedenásť *Ztracené dětství a jeho důsledky v dospělosti* podporuje myšlienku, že naša budúcnosť má základy v detstve. Výchova dieťaťa, ktorá nepodporuje jeho povahu a identitu, sa vypomstí veľkou dávkou egocentrickej v období dospelosti. Ďalej kapitola kladie dôraz na to, že ak sa človek viac vzdáľuje sám sebe a zbavuje sa zodpovednosti za svoj život, začne raz vyžadovať od okolia, aby sa o neho staralo a zmierňovalo tak jeho utrpenie.

Jak na syndrom vyhoření predstavuje názov poslednej, dvanástej kapitoly, ktorá odpovedá na otázky ako sa správať k syndrómom vyhorenia v rámci pracovného procesu, partnerského vzťahu a v rámci liečby. Rovnako ponúka aj niekoľko konkrétnych rád, ktoré majú pomôcť ľuďom, ktorí trpia syndrómom vyhorenia.

Ústrednou témou publikácie je prekvapivé zistenie, že skutočnou príčinou syndrómu vyhorenia nie je preťaženie a vyčerpanie, ale to, že v dôležitých oblastiach života nemáme zdravý vzťah k sebe a ľuďom okolo seba. Nevedieme dialóg so svojím vnútom a stratili sme kontakt s tým, čo je našou podstatou. Prestávame žiť, len fungujeme. Cieľom autorky je prostredníctvom tejto publikácie ukázať, že syndróm vyhorenia je prejav dnešnej doby, ktorý musíme brať vážne. Autorka ponúka myšlienku, že vyhorenie nie je prejav slabosti, ale zdravý pokus o sebareguláciu a to u ľudí, ktorí prišli o dialóg sami so sebou, so svojím okolím a žijú životom, v ktorom nie sú sami sebou. Syndróm vyhorenia je omnoho viac než prejav preťaženia. Vyhorenie je výzva. Výzva žiť a nie len fungovať a zároveň výzva žiť autentickým a osobitným životom. Publikácia ponúka čitateľovi praktické rady a cvičenia. Je písaná na základe skúseností z praxe samotnej autorky, preto je vhodná nielen pre odbornú, ale i laickú verejnosť.

Recenzia

Názov: Školská sociálna práca

Autorka: Michaela Skyba

Vydavateľ: Prešovská univerzita v Prešove

Miesto zadania: Prešov, 2015

Počet strán: 214 s.

ISBN: 978-80-555-1287-7

Recenzent: Veronika Ševčíková

Pracovisko recenzenta: Filozofická fakulta Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach

Autorka vedeckej monografie nám na 214 strán ponúka informácie o stave rozpracovania školskej sociálnej práce. Predmetná téma je veľmi aktuálna, nakoľko školská sociálna práca sa na Slovensku len rozvíja. Monografia je rozdelená do štyroch kapitol, pričom prvé tri kapitoly sú teoreticky zamerané a vo štvrtej, poslednej kapitole autorka predstavila svoj výskum, ktorý sa venuje danej problematike, a teda školskej sociálnej práci.

V prvej kapitole sa autorka knihy venuje inštitucionalizácii školskej sociálnej práce v kontexte postmodernity. Odvoláva sa na tzv. krízu v sociálnej práci z dôvodu politických zmien prebiehajúcich od 60. rokov 20. storočia. Autorka tvrdí, že vplyv postmoderných dôsledkov na sociálnu prácu je v československom odbornom diskurze reflektovaný najmä v podobe nízkej miery inštitucionalizácie sociálnej práce. Autorka tak následne vymedzuje základné predpoklady, ktoré sú dôležité pre inštitucionalizáciu sociálnej práce a nevyhnutné pre uznanie školskej sociálnej práce ako profesie na Slovensku. Ako referenčný rámec sociálnej práce v školách autorka vymedzila ekologickú perspektívu, nakoľko školská sociálna práca sa od svojho počiatku snaží prispôbovať intervenciou na aktuálne potreby spoločnosti. Tvrdí, že aplikácia ekologickej perspektívy sa ukázala ako najvhodnejšia, pretože ponúka intenzívnu spoluprácu školských sociálnych pracovníkov s učiteľmi, komunitou a žiakmi. V závere tejto kapitoly autorka ponúka modely školskej sociálnej práce, ktoré vychádzajú z centrálnych hodnôt a konceptov a vzťahujú sa k činnostiam školských sociálnych pracovníkov. Autorka sa tak snaží prostredníctvom ekologickej perspektívy zachytiť komplexnosť úloh školských sociálnych pracovníkov na rôznych úrovniach.

V druhej kapitole sa autorka zaoberá komplexne školskou sociálnou prácou a začiatok venuje práve histórii tejto vednej disciplíny. Venuje sa téme etablovania školskej sociálnej práci v zahraničí a míľnikom vývoja školskej sociálnej práce, ktoré delí do štyroch období. Následne opisuje súčasný stav a vymedzenie školskej sociálnej práce a ponúka spracované činnosti školských sociálnych pracovníkov a funkciu školskej sociálnej práce ako vednej disciplíny. Autorka postavila význam školskej sociálnej práce na interakcii sociálnej práce a vzdelávaním. Pracuje s poslaním školskej sociálnej práce a vymedzuje hodnoty sociálnej práce, ktoré následne aplikuje do školskej sociálnej práce a odzrkadľuje tak filozofiu tejto profesie. Ponúka niekoľko definícií školskej sociálnej práce, podľa toho ako ju chápu medzinárodné inštitúcie venujúce sa školskej sociálnej práci, ako aj podľa rôznych zahraničných autorov. V závere kapitoly sa autorka zaoberá školskou sociálnou prácou ako výskumnou témou.

V tretej kapitole sa autorka venuje štátnej vzdelávacej politike, nakoľko jedným z hlavných dôvodov etablovania školskej sociálnej práce v zahraničí boli aktuálne problémy detí a trávenie ich voľného času, napriek tomu, že dominantnou sférou pôsobenia sociálnych pracovníkov je práve preventívna činnosť a to aj pre také deti, ktoré nevykazujú problémové správanie. Na základe toho sa autorka pri argumentácii potreby etablovania školskej sociálnej

práce v našich podmienkach odvoláva aj na aktuálne problémy detí na Slovensku, ktoré ohrozujú kvalitu detstva. Následne sa tak autorka v samostatnej podkapitole zaoberá deťmi zo sociálne znevýhodneného prostredia v súčasnom školskom systéme.

V štvrtej, poslednej kapitole autorka rozpracovala školskú sociálnu prácu z pohľadu expertov, ktorí pracujú s deťmi a mládežou a predstavila autorský predvýskum a výskum. Autorka vo svojej výskumnej činnosti prepájala kvalitatívne a kvantitatívne metódy výskumu. Následne v jednotlivých podkapitolách interpretuje svoje zistenia. Autorka sprístupnila relevantné dáta a mapuje súčasný stav predmetnej témy. Výskumnou činnosťou chce podporiť kreovanie platforiem participácie kľúčových aktérov pri procese rozvíjania školskej sociálnej v našich podmienkach. Inšpiratívna je hlavne posledná podkapitola, kde autorka uvádza odporúčania do praxe a námety na diskusiu.

Predstavená vedecká monografia sumarizuje poznatky o školskej sociálnej práci a vytvára predpoklady pre ďalšie argumentovanie v predmetnej téme, ktorá je v súčasnosti na Slovensku veľmi málo teoreticky rozpracovaná a empiricky podložená. Preto považujem túto publikáciu za vysoko prínosnú v oblasti školskej sociálnej práce, pretože ako sama autorka vo svojej monografii uviedla, len zvyšovaním informovanosti o tejto špecifickej dimenzii praxe sociálnej práce docielime, aby sa školská sociálna práca rozvinula aj na Slovensku.

Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou v rámci projektu VEGA č. 1/0230/15 Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou kientov a klientok

Podoby vnútorných i vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce

4. ročník Košických dní sociálnej práce

konanej dňa 27. 11. 2015 v priestoroch Sokrates, Košice, Moyzesova 9

Vydal: Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ

Zborník zostavila: prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.

Počet strán: 231

Rozsah AH: 11,55

ISBN: 978-80-8152-405-9

Vydanie: prvé

Nepredajné

Všetky práva vyhradené. Toto dielo ani žiadnu jeho časť nemožno reprodukovat', ukladať do informačných systémov alebo inak rozširovať bez súhlasu majiteľov práv.

Za odbornú a jazykovú stránku publikácie zodpovedajú autori jednotlivých príspevkov.

Rukopis neprešiel redakčnou ani jazykovou úpravou.

ISBN 978-80-8152-405-9