



VÝZNAM A MIESTO RESOCIALIZÁCIE A REEDUKÁCIE V SOCIÁLNEJ PRÁCI

5. ročník Košických dní sociálnej práce

Žiaková Eva (ed.)

Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou

Košice 2017

Zborník príspevkov
z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 25. 11. 2016 v Košiciach

Význam a miesto resocializácie a reedukácie v sociálnej práci

5. ročník Košických dní sociálnej práce

Máj 2017

Vedecký výbor konferencie:

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.
prof. PhDr. Beáta Balogová, PhD.
doc. PhDr. Denisa Šoltéssová, PhD.
prof. ndzw. dr hab. Ewa Ryś
prof. ndzw. dr hab. Karol Mausch
doc. PhDr. et Mgr. Maria Vašutová, PhD.
doc. PhDr. Alena Bašistová, PhD.
doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD.
doc. Mgr. Soňa Lovašová, PhD.

Editorka:

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc. (ed.)
Filozofická fakulta UPJŠ, Katedra sociálnej práce

Recenzenti:

doc. PhDr. Eva Mydlíková, PhD.
doc. PhDr. Ladislav Vaska, PhD.

Organizačný výbor konferencie:

PhDr. Katarína Šiňanská, PhD.
Mgr. Magdaléna Halachová, PhD.
Mgr. Vladimír Lichner, PhD.
Mgr. Tatiana Žiaková, PhD.
Mgr. Zuzana Šoltéssová
Mgr. Lucia Tóthová
Mgr. Lenka Lukáčová
Mgr. Veronika Ševčíková
Mgr. Juraj Kašický
Mgr. Jana Plavnická

Zborník zostavila: prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Grafická a technická úprava: Mgr. Juraj Kašický
Mgr. Jana Plavnická

© 2017 Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta

Umiestnenie: <http://unibook.upjs.sk>

Dostupné od: 10. mája 2017

ISBN 978-80-8152-502-5

Obsah

Dušan Šlosár (SR) Socializácia a resocializácia v rómskych komunitách	11
Soňa Hlaváčová (SR), Monika Ponevská (SR), Alena Bašistová (SR) Resocializačné aktivity s ľuďmi bez domova v Charitnom dome sv. Alžbety v Košiciach	17
Lenka Lukáčová (SR), Alena Bašistová (SR) Význam a miesto supervízie vo vybraných resocializačných strediskách v SR	24
Soňa Šrobárová (SR), Lenka Štefáková (SR) Uplatňovanie prvkov resocializácie v diagnostických centrách	33
Ewa Rys (PL) Logoeducation in social work	41
Karol Mausch (PL) Supervision in social work. The method of Michael Balint in providing mental support social workers.....	45
Vladimír Lichner (SR), Gabriela Illéšová (SR) Sociálne dôsledky patologického hráčstva a možnosti sociálnej práce v ich zmierňovaní	49
Katarína Šišňanská (SR), Tatiana Žiaková (SR) Súčasná podoba podporných skupín pre pacientov s onkologickým ochorením a ich blízky s využitím edukačných programov	57
Juraj Kašický (SR), Soňa Lovašová (SR) Prínos chránených dielní a chránených pracovísk pre osoby so zrakovým znevýhodnením v sociálnom aspekte života	63
Antónia Sabolová Fabianová (SR), Eva Žiaková (SR) Vyššia úroveň reziliencie ako potenciálny ochranný mechanizmus voči klientskemu násiliu u sociálnych pracovníkov na ÚPSVaR.....	69
Maria Vašutová (ČR) Komparace výzkumných studií k adaptačním potížím u dětí sespecifickými vývojovými poruchami	74
Monika Piliarová (SR), Alena Bašistová (SR) Sociálne prístupy v oblasti duševného zdravia - Špecializované sociálne poradenstvo – Indikácie alebo Čo kedy najlepšie pomôže?	80
Jana Plavnická (SR), Magdaléna Halachová (SR) Význam sociálnej opory v kontexte zvládania kyberšikanovania	91
Katarína Greňová (SR), Eva Žiaková (SR) Logoterapia v resocializácii drogovovo závislých mladých ľudí	98

Zuzana Šoltéssová (SR), Dušan Šlosár (SR) Príčiny a dôsledky rozvodu manželstva a možnosti sociálneho pracovníka pri riešení danej problematiky	104
Lucia Tóthová (SR), Mária Lešová (SR), Eva Žiaková (SR) Kvalita života onkologických pacientov a pacientok.....	114
Veronika Ševčíková (SR), Soňa Lovašová (SR) Program školskej sociálnej práce Dobre v škole - dobre po škole.....	120
Anna Jašková (SR) Identifikácia preventívnych opatrení mobbingu v kľúčových dokumentoch sociálnej politiky	127
Sylwia Drozd (PL) Świadczenia pomocy społecznej dla seniorów	133
Ján Kahan (SR), Eva Žiaková (SR) Laický terapeut v oblasti závislostí: osobnosť alebo odbornosť?	140
Viktória Kopuničová (SR), Maria Vašutová (ČR), Kateřina Kopáčková (ČR) Dôležitosť copingových stratégií vo vzťahu k problematickému používaniu internetu	146
Ján Šimko (SR), Dušan Šlosár (SR) Biblioterapia v procese re/socializácie	152
Katarína Chovancová (SR) Úloha sociálnych pracovníkov v procese rozvodu manželstva ako negatívneho faktoru socializácie dieťaťa	157
Magdaléna Halachová, Eva Žiaková (SR) Možnosti riešenia kyberšikanovania odborníkmi pomáhajúcich profesií	162
Soňa Lovašová (SR), Zuzana Žofčáková (SR) Osamelosť a sociálna opora – prehľadová štúdia.....	166
Lýdia Lešková (SR), Tatiana Bombeková (SR), Andrea Havrillayová (SR) Intervencia sociálneho pracovníka vo výkone trestu odňatia slobody.....	173
Agnesa Kočišová (SR), Katarína Šiňanská (SR), Andrea Šafránková (SR) Komplexná onkologická rehabilitácia a stratégie zvládania onkologicky chorých	180
Ewelina Kleszcz-Ciupka (PL) Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych do 30 roku życia przy wykorzystaniu instrumentów rynku pracy.....	191
Miroslav Špánik (SR) Možnosti zapojenia neziskovej organizácie do resocializačného a reedukačného procesu v penitenciárnej a postpenitenciárnej starostlivosti.....	200

Recenzie

PhDr. Soňa Hlaváčová	207
Mgr. Juraj Kašický	208
Mgr. Jana Plavnická	210
Mgr. Ján Šimko	212

Úvodné slovo editorky a zodpovednej riešiteľky

Problematika reedukácie a resocializácie nie je novým, ale o to naliehavejším problémom, o čo viac rastú rôzne druhy závislostí, čo do rozsahu aj obsahu. Dá sa povedať, že uvedená problematika predstavuje jednu z najústrednejších problematík sociálnej práce v jeho teoretických východiskách aj praktických kontextoch. To bol aj hlavný dôvod výberu tejto problematiky ako ústrednej myšlienky 5. ročníka Košických dní sociálnej práce, ktorý bol už šiestym pokračovaním stretávania odbornej komunity k riešeniu sociálnych problémov, ktoré v súčasnosti trápia našu spoločnosť.

Uvedený zborník predstavuje takmer 3 desiatky príspevkov do viac ako dvadsiatku autorov a autoriek zo Slovenska, ale aj Poľska a Českej republiky.

Obsah príspevkov sa zaoberá okrem teoretických východísk a názorov na problematiku resocializácie a reedukácie, aj samotnými následkami daných procesov v rôznych klientskych sociálne rizikových skupinách – či už ide o závislých, agresívnych, dlhodobo chorých, trestaných, rozvedených, šikanovaných a mobbingovaných, kyberšikanovaných...atď.

Verím, že takýto široký diapazón príspevkov obohatí všetkých tých, ktorí pracujú a študujú v teoretickej, výskumnej, ale aj praktickej rovine sociálnej práce.

*Eva Žiaková
editorka*

Socializácia a resocializácia v rómskych komunitách

Socialization and social reintegration of Roma communities

Dušan Šlosár (SR)

Abstrakt

Socializácia predstavuje významný nástroj pri vytváraní vnútornej kohézie spoločnosti. Preto je socializácii, ako jednému z nástrojov, venovaná zo strany štátu a jeho inštitúcií osobitná pozornosť. Problém socializácie je v tom, že je to proces vrastania do kultúry. Ak existujú v štáte viaceré kultúry, tak socializácia má podobu vrastania do vlastnej ale i majoritnej kultúry. Tento problém nastáva aj u Rómov.

Kľúčové slová: Socializácia. Resocializácia. Rómske komunity.

Abstract

Socialization is an important instrument in creating the internal cohesion of society. Therefore, the socialization as one of the instruments devoted by the state and its institutions, special attention. Socialization problem is that it is a process ingrowth into the culture. If there are several in the state of culture and socialization takes the form ingrowth into their own as well as the majority culture. This problem occurs with the Roma.

Keywords: Socialization. Social reintegration. Roma communities.

Sociálne vylúčenie minorít z majoritnej spoločnosti predpokladá neschopnosť participácie menšiny v jednom, alebo vo viacerých systémoch majoritnej spoločnosti. Ide najmä o tieto základné systémy spoločnosti:

- Demokratický systém podporujúci občiansku integráciu.
- Právny systém podporujúci občiansku integráciu.
- Pracovný trh podporujúci ekonomickú integráciu.
- Sociálny štát podporujúci sociálnu integráciu.
- Rodinné a kultúrne systémy, ktoré prispievajú k interpersonálnej integrácii (Hepnarová 2006).

Rómske komunity sú vymedzené mestské alebo vidiecke lokality, ktoré obývajú Rómovia. Sú súčasťou obce/mesta, ale tvoria relatívne samostatný sociokultúrny celok. Ich obyvatel'ov spájajú sociálne väzby, obvykle príbuzenské, podobné životné podmienky, sociálne a kultúrne normy, pravidlá a tradície. To však neznamená, že je osídlenie homogénne. Každá rómska komunita je vnútorne stratifikovaná a rodiny (famílie) medzi sebou konkurujú. Socializácia v rómskych komunitách je orientovaná na rómsku kultúru. Tá je odlišná od kultúry majoritnej.

Socializácia rómskeho dieťaťa prebieha nielen v rodine, ale do jeho výchovy zasahuje aj širšie príbuzenstvo a celá komunita. Táto sociálna sieť poskytuje rómskym deťom emocionálnu a psychickú podporu. V porovnaní s výchovou dieťaťa v rodine majoritnej spoločnosti, je to zásadný rozdiel. V majoritnej rodine je spôsob výchovy úzkostlivo strážený. Výchova dieťaťa je silne ochranná nielen do vnútra rodiny, ale aj navonok. Výchovné praktiky sú často vnímané ako výsostne súkromná záležitosť danej rodiny. Výchova detí v rómskej rodine je predovšetkým záležitosťou matky a starších súrodencov. Širšia rodina ponúka vzory správania a predurčuje dennodenný spôsob života. To ovplyvňuje aj prebiehajúcu socializáciu.

Rómske dieťa je vychovávané pomerne voľne. V jeho výchove nie je toľko zákazov, príkazov a obmedzení ako vo výchovnom procese detí majority. Deti sú často ponechané, aby sami objavovali svet, experimentovali a učili sa pozorovaním a napodobňovaním obvyklých každodenných činností prebiehajúcich v ich komunite. Takéto prostredie je možné vnímať ako na človeka orientované prostredie, ktoré je rozlišujúcim znakom vo vzťahu k socializácii v porovnaní s majoritou. Výchova v rómskej rodine je liberálnejšia. Môže dokonca navodzovať dojem, že rómske detstvo je pestrejšie a šťastnejšie. Nižšia miera tlaku zo strany rodičov na deti vedie k tomu, že u rómskych detí len zriedka pozorujeme neurotické rysy. Nie sú pod sústavným tlakom vysokých nárokov, majú menej vnútorných konfliktov a tabuizovaných tém. Rómske deti sú aj z tohto dôvodu živšie, emocionálne uvoľnenejšie a hravejšie. Z pohľadu noriem majority pôsobia ako nevychované. Nie sú vedené k samostatnosti a rozvoju individuality. Nevštepujú sa im prísne normy správania. Sú vychovávané ako členovia kolektívu, nie ako individuálne osobnosti, ktoré majú rozvíjať a naplňovať svoje potreby a záujmy. Tento proces je rozdelený medzi rodinu a komunitu. Základné znaky výchovy, smerujúcej k socializácii detí v rómskej rodine možno zhrnúť takto:

- Výchova je kolektivistická. Dieťa sa má stať členom rómskej komunity.
- Základom výchovy je dôraz na voľnosť dieťaťa. Socializuje sa v rodine a komunite.
- Pri školskej príprave sa od dieťaťa neočakáva enormné úsilie.
- Rodina dieťa chráni, ale zároveň ho aj obmedzuje. Musí prijať normy rodiny a komunity.
- Rodina odovzdáva dieťaťu rómsku kultúru, jej hodnoty, normy, vzorce správania, ktoré môžu byť v rozpore s obdobnými vzorcami majority.

Svet dieťaťa nie je od sveta dospelých striktné oddelený. Deti sa učia hlavne napodobňovaním a sú na rodičov silne naviazané. Veľmi skoro sa zúčastňujú domácich prác, chlapec pracuje s otcom a dievča pomáha matke v domácnosti.

Spoločenská integrácia je v sociálnej politike a sociálnej práci chápaná ako snaha o začleňovanie ľudí do spoločnosti. Proces spoločenskej integrácie je zložitý a dlhodobý proces adaptácie všetkých osôb a to nielen v sociálnych vzťahoch, ale aj na trh práce (pracovná integrácia), či v oblasti vzdelávania, sociálnych služieb, či voľnočasových aktivít.

Základným strategickým dokumentom pre integráciu Rómov v spoločnosti je Stratégia Slovenskej republiky pre integráciu Rómov do roku 2020, ktorá bola schválená Uznesením vlády SR č. 1/2012 11. januára 2012. Hlavným zámerom stratégie je zlepšenie životnej situácie vylúčených Rómov na Slovensku. To sa má realizovať cez zastavenie segregácie rómskych komunít, dosiahnutie výrazného pozitívneho obratu pri sociálnom a ekonomickom začleňovaní rómskych komunít, nediskriminácie a zmeny postoja väčšinového obyvateľstva voči rómskej menšine prostredníctvom opatrení, inkluzívnych politík a právnych noriem na všetkých úrovniach štátnej a verejnej správy v SR v období rokov 2012-2020. Stratégia je založená na princípe vytvárania reálnych možností na aktivizáciu sa jednotlivca alebo komunity. Výsledkom by malo byť zmenšenie rozdielov medzi rómskou populáciou a väčšinovou spoločnosťou. Prioritnými oblasťami stratégie sú vzdelávanie, zamestnanosť, zdravie, bývanie, finančné začlenenie, nediskriminácia a prístup smerom k väčšinovej spoločnosti – iniciatíva integrácie Rómov prostredníctvom komunikácie. Pre každú prioritnú oblasť je zadefinovaný globálny cieľ, ktorý je rozpracovaný do čiastkových cieľov vrátane zadefinovania indikátorov a ich východiskových hodnôt. Takto nastavená integrácia sa nezaobera tým, čo odlišuje Rómov od majoritnej spoločnosti. V príspevku otvoríme len niektoré odlišnosti, ktoré vyplývajú z rozdielnych kultúrnych vzorcov. Akúkoľvek kultúru, teda správanie sa kultúrneho spoločenstva môžeme podľa M. Dubayovej (2001) definovať:

1. vzťahom k autoritám,
2. vzťahmi medzi jednotlivcom a spoločnosťou,

3. chápaním roly muža a ženy,
4. spôsobmi na riešenie konfliktných situácií,
5. „nastavením“ krátkodobej a dlhodobej orientácie (chápaním seba v čase),
6. sankciami, ktoré sa demonštrujú na odmenách a trestoch,
7. chápaním statusu – získaného aj pripísaného,
8. schopnosť percepcie – prijímaním iných - cudzích,
9. chápaním časového riešenia – výkonu povinností,
10. racionalitou a emocionalitou správania sa.

Myslíme si, že každý, kto sa zaoberá rómskymi komunitami si vie do jednotlivých definičných vzťahov zaradiť ako to vyzerá u majority a ako v rómskych komunitách. Tieto rozdiely sa prejavajú aj pri presadzovaní socializačných aktivít. Ak nerešpektujeme odlišnosti vyplývajúce z rómskej kultúry (romipenu) je zrejmé, že integračné pôsobenie nevyvolá žiadané účinky. Tak tomu je po celé desaťročia, keď presadzujeme zmeny, ale k žiadnym pozitívnym zmenám nedochádza.

Ďalším socializačným faktorom je analýza správania sa kultúrneho spoločenstva. Tá vypovedá aj o organizovaní a regulovaní sociálneho života. Socio - kultúrne systémy sú vyjadrené inštitúciami, ktoré organizujú ľudské správanie. Obsah jednotlivých inštitúcií u majority a u Rómov je rozdielny.

Tradičné „kastové“ vedomie skupinovej príslušnosti organizuje a reguluje do veľkej miery Rómov aj dnes. Existencia rodu ako inštitúcie vo vnútri rómskeho spoločenstva, ovplyvňuje regulovanie jeho sociálnej štruktúry. Rómsku komunitu tvorila predovšetkým širšia rodina „familija“, ktorej základom sú široké pokrvno - príbuzenské vzťahy. Tie vytvárali základnú sieť spoločenstva. Familija v praktickom slova zmysle ochraňuje každého svojho člena ako súčasť spoločenstva. Rovnako tak, ako ho zabezpečuje v sociálnej a ekonomickej rovine. Je potrebné mať na zreteli aj vnútornú stratifikáciu rómskych komunít. Pochopiť, že Rómovia netvorí homogénnu komunitu s rovným postavením členov. Rituálna čistota je vo vnútri famílie, čím sa odlišuje od ostatných famílií.

Uvedieme niektoré zábrany socializácie do majoritnej kultúry s ktorými sme sa stretli pri realizácii programov zameraných na Rómov z osád. Medzi tieto zábrany patrí najmä:

- vnútorný vzťah Rómov k majorite je bez významnejšej hodnotovej orientácie,
- socializácia, ktorá prebieha v školách je im cudzia a nie je prepojená s ich kultúrou a ani bežným životom v rómskych komunitách,
- nenachádzajú zmysel v približovaní sa k majorite, k osvojovaniu kultúrnych vzorcov majority, ktoré nie sú spojené s ich životom alebo životom rómskej komunity,
- hodnotová orientácia Rómov v oblasti socializácie je úzko spojená s odlišnosťami životného štýlu, kultúrnymi, sociálnymi a ekonomickými faktormi rómskej komunity,
- odlišný rečový vývin a jazyková bariéra vyplývajúca z obmedzeného používania jazyka majority,
- informačná entropia vyplývajúca zo sociálnej izolovanosti rómskych komunít,
- odlišná kvalita funkcie rodinnej výchovy oproti majorite a iným národnostným menšinám,
- pretrvávajúca indiferentnosť majority voči Rómom, najmä pretrvávanie predsudkov,
- u časti Rómov aj zvýšená migrácia,
- vysoká miera nezamestnanosti Rómov bez rozdielu dosiahnutého vzdelania,
- strata kontaktov s majoritou v pracovnej, susedskej či inej oblasti,
- obava z neúspešnosti, výsmechu a podceňovania (kontrast roly v komunite a majoritnej spoločnosti).

Zároveň uvádzame aj ďalšie rozdiely, ktoré vyplývajú z romipenu, ktoré je potrebné pri socializácii akceptovať a mať na zreteli. Sú to najmä tieto odlišnosti:

1. **Rómovia majú odlišnú stupnicu hodnôt.** Podceňujeme hodnotu, ktorú Róm prikladá **slobode a sebaúcte. Pocit okamžitej bezpečnosti** v tom najširšom ponímaní, má pre Róma oveľa väčšiu hodnotu, ako vzdialená budúcnosť alebo vzdelanie s príslubom lepšieho života. **Rodina tvorí najvyššiu hodnotu**, ktorej je ochotný podriať svoje konanie. Je útočiskom pred zlom, ochrancom v núdzi a miestom bezpečia.
2. **Vlastná rodina a širšia rodina**, v ktorej žijú, sú pre Rómov vyššou autoritou ako pre členov majority. **Záujem rodiny má prednosť pred individuálnymi záujmami.** Ak Róm niečo sľúbi, ale rodina s tým nesúhlasí, necíti povinnosť sľub splniť a daným sľubom sa necíti byť vôbec viazaný. **Rodina má príkazný charakter**, ktorému sa prispôbujú všetci členovia rodiny. Vnútorne vzťahy existujúce v rómskej rodine sa tvorili celé storočia a umožnili prežitie rodiny i v tých najnepriaznivejších obdobiach.
3. **Odlišný komunikačný štýl** vedie k ich ponímaniu ako ľudí, ktorí nemajú zábrany a nerešpektujú majoritnou spoločnosťou uznávaný spôsob sociálneho styku. Ich komunikácia býva **naliehavá, hlasná, sprevádzaná živšou gestikuláciou a mimikou**, ale i fyzickým priblížením. Naše chápanie ich prejavu, ako prehnaneho, niekedy až obavy vzbudzujúceho, je z ich strany len vyjadrením silných dojmov. **Zdržanlivá zdvorilosť** členov majority pri komunikácii s Rómami, je z ich strany chápaná ako nezáujem, a preto má veľmi nízku účinnosť.
4. **Projekcia vzťahu k Rómom** je trvalo ovplyvňovaná historickou skúsenosťou. Členovia majoritnej spoločnosti nevidia dôvod na prehodnotenie svojho vzťahu k Rómom, čím dochádza k obranným postojom, ktoré vyplývajú zo skúseností, ako majoritnej spoločnosti, tak aj zo strany Rómov. Zmenu možno dosiahnuť projekciou nového charakteru vzťahu v intenciách: „čo im chceme poskytnúť a čo poskytnú oni nám, čo ich chceme naučiť a čo naučia oni nás.“ Táto projekcia musí byť obojsmerná.
5. **Rozdielna poznávací stratégia** sa stáva aj problémom komunikácie. Spoliehanie sa na **abstraktné myslenie Rómov** nemusí vždy viesť k úspechu. Obdobne sa nemožno spoliehať na písomné texty, pretože Rómovia sa v nich ťažšie orientujú, aj keď písať a čítať vedia. Vyžaduje sa stále overovanie rozsahu porozumenia, ktoré obvykle absentuje.
6. **Vzťah k majetku u Rómov** sa prejavuje v ich schopnosti rozdať všetko, aj keď sami sa môžu ocitnúť v núdzi. Na druhej strane ich zábrany na zmocnenie sa cudzej veci sú nízke, najmä ak sú vedené náhlým impulzom. Neprikladanie významu majetku vedie aj k neschopnosti hospodáriť s peniazmi, nezájmu na získavaní a kumulácii majetku a vo vytváraní si obdobného vzťahu k majetku iných.

P. Hlubocký dané rozdiely dopĺňa o osobnostné vlastnosti Rómov, ktorí v mnohých prípadoch vykazujú osobnostnú štruktúru, ktorá je konformná s rómskou normou osobnosti. Oproti majoritnej spoločnosti sa Rómovia prejavujú pri rovnakom podnete iným typom reakcií. Nepoznanie a nepredvídanie reakcií, ktoré sú viazané na mentalitu Rómov, ich prežívanie a vyjadrovanie pocitov, môže vyvolávať zbytočné nedorozumenia. Ďalším rozdielom sú transkultúrne špecifiká rómskeho etnického kódexu, rómskej životnej filozofie a praxe vo vzťahu k majorite. Tieto rozdiely majorita dostatočne neidentifikuje a tým im ani neprpisuje väčší význam. Mnohokrát sú to práve tieto prvky, ktoré vyvolávajú napätie a to až do rozsahu vzájomnej averzie. Dlhodobé trvanie vzťahu sociálnej vzdialenosti medzi

Rómami a majoritou, práve tak, ako neasimilovateľnosť (neschopnosť prispôsobenia), sociokultúrna rezistencia (odolnosť) a vnútorná kohézia (súdržnosť) rómskych skupín, je istým spôsobom stále záhadou nielen pre správne orgány štátu, ale i pre skúmateľov v sociálnych vedách, takmer vo všetkých krajinách s rómskymi obyvateľmi.

Celú situáciu zhoršuje sociálne vylúčenie, ktoré je kombináciou prvkov anglosaskej (vyčlenenie vnímané ako synonymum chudoby alebo deprivácie, spája sa s nedostatkom finančných zdrojov) a francúzskej línie (vzťah k spoločenskej integrácii a participácii, narušenie sociálnych pút medzi spoločnosťou a jednotlivcom), ktoré tvoria hlavné tradície vymedzenia sociálneho vylúčenia. Rómovia neboli zaradení ani do jednej z dvoch stratifikačných pyramíd:

- vzhľadom na svoju nízku kvalifikovanosť a nízku vzdelanosť neboli formálne funkčne zaradení v zamestnaní
- neboli zaradení v istých sociálnych sieťach.

Tak sa znásobila hĺbka chudoby, do ktorej sa po roku 1989 prepadli. Následne vzniká tzv. znásobená marginalizácia, keď Rómovia žijú segregovaní na marginalizovanom území. Vzniká fenomén, ktorý sa zvykne nazývať aj „kultúrou chudoby“. Hovorí sa o fenoméne znásobenej kultúrnej závislosti, ktorá sa navonok prejavuje výraznou pasivitou, rezignáciou, apatiou a i agresivitou. Prepojenie kultúry chudoby s romipenom v rómskych komunitách znemožňuje identifikovať ktoré prvky vychádzajú priamo z romipenu a ktoré do romipenu priniesla kultúra chudoby.

Snahy o socializovanie subkultúrnych Rómov do majoritnej spoločnosti vyžaduje osobitný prístup. Najmä nastavenie inštitúcií, ktoré majú socializáciu zabezpečovať. Existencia takýchto inštitúcií je však sporná. Strategické dokumenty sa nezaobierajú tým, kto plánované aktivity preniesie do rómskych komunít a vytvorí socializačné pôsobenie umožňujúce socializáciu celých komunít. Samotná komunitná a terénna práca nemá rozpracované postupy, ktoré by socializáciu zabezpečovali, alebo k nej smerovali. A to aj napriek tomu, že socializácia v rómskych osadách je základným východiskom, ale i procesom zmeny.

Zoznam bibliografických odkazov

BALOGOVIÁ, B., 2005. *Vybrané kapitoly zo sociológie pre sociálnych a charitatívnych pracovníkov a pracovníčky*. Prešov: PBF. ISBN 80-8068-395-6.

DUBAYOVÁ, M., 2001. *Rómovia v procesoch kultúrnej zmeny*. Prešov: FF PU. ISBN 80 8068-059-0.

HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 13-978-80-7178-303-9.

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*. Košice: Regionálne združenie lokálnych partnerstiev sociálnej inklúzie CESTA n.o. a Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, s. 128-137. ISBN 978-80-970543-1-1.

KOČIŠOVÁ A., V. KRÁLIKOVÁ a K. ŠIŇANSKÁ, 2009. Hľadanie potenciálov sociálnej práce v problematike migrácie v Slovenskej republike. In: *Migrácia, chudoba, nezamestnanosť: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 11.12.2009 v Košiciach*. Košice: KSK, s. 49-59. ISBN 978-80-970306-0-5.

LICHNER, V. a E. ŽIAKOVÁ, 2010. Sociálny kapitál ako jeden z najdôležitejších zdrojov zmyslu života pubescentov v Detskom domove. 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, s. 162-169. ISBN 978-80-970543-1-1.

LUKÁČ, M., 2001. Negramotnosť a gramotnosť v meniacom sa svete. In: *Vzdelávanie dospelých*. Roč. 4, č. 1, s. 20-39. ISSN 1335-2350.

Kontakt na autora

doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD.

Katedra sociálnej práce

Moyzesova 9

Košice

e-mail: dusan.slosar@upjs.sk

Resocializačné aktivity s ľuďmi bez domova v Charitnom dome sv. Alžbety v Košiciach

Socialization activities with homeless people in a charity house St. Elizabeth in Košice

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

Abstrakt

Problém bezdomovectva si vyžaduje komplexné riešenia na všetkých jeho úrovniach. Poskytnutie prístrešia, hygieny a potravy je nepostačujúce, ak chceme človeka bez domova opäť začleniť do spoločnosti. Základom resocializácie u tejto marginalizovanej skupiny je znova začlenenie jedinca do spoločnosti. Autorky príspevku sa zaoberajú realizáciou resocializačných aktivít v Charitnom dome sv. Alžbety, kde sa ľuďom bez domova poskytujú kompletné sociálne služby útulku a nocľahárne. Resocializačné aktivity sú zamerané na individuálnu sociálnu prácu, na aktivitu zamestnávania zameranú na podporu obnovenia už stratených pracovných návykov prostredníctvom pracovnej terapie a predaja pouličného časopisu Nota Bene a Cesta a na aktivitu spojenú s prekonávaním bariér formou komunitných činností.

Kľúčové slová: Bezdomovec. Bezdomovectvo. Resocializácia. Resocializačné aktivity.

Abstract: *The problem of homelessness requires a comprehensive solution on all its levels. The provision of shelter, hygiene and food is not sufficient, if we want a man without a home once again integrated into the society. The basis of the reintegration for this marginalised group is the re-integration of the individual into society. The authors of the contribution will deal with the implementation of social reintegration activities in the Charity home of the Saint Elisabeth, where people without a home are provided complete social services shelter and homeless shelters. Reintegration activities are focused on the individual social work, activity of employment, aimed to support the restoration of already lost work habits through work therapy, and the sale of the street magazine Nota Bene, and Cesta and to the activity connected with overcoming the barriers in the form of community activities.*

Keywords: *Homeless. Homelessness. Reintegration. Reintegration activities.*

Úvod

Fenomén bezdomovectva je aj napriek dnes už mnohým aktivitám rôznych organizácií stále nie celkom riešiteľnou otázkou. Zabezpečenie základných životných potrieb, ktoré sú spojené s poskytnutím bývania, zabezpečením hygienickej očisty, stravy a čistého oblečenia nestačí na vyriešenie problému bezdomovectva a opätovného začlenenia ľudí bez domova späť medzi majoritnú spoločnosť. Príčiny, pre ktoré sa ľudia stali bezdomovcami sú rôzne, ale ak títo ľudia ostávajú dlhodobo bez motivácie k zmene, bez možnosti rozvíjať svoje schopnosti, po určitom čase sa stávajú „nepoužiteľnými“ pre spoločnosť. Ponúknuť okamžitú pomoc človeku, ktorý sa ocitol v núdzi, je veľmi dôležité pre jeho ďalšie fungovanie v živote. Ak sa ponúkaná pomoc dostaví včas, je možné človeka ešte motivovať k potrebnej zmene a preto je nevyhnutné, aby sa zabezpečovali komplexné služby pre ľudí bez domova, ktoré dokážu resocializovať týchto ľudí.

Práca s marginalizovanou skupinou obyvateľstva akými sú ľudia bez domova, je beh na dlhé trate. Ak vychádzame z predpokladu, že bezdomovectvo postihuje človeka na viacerých úrovniach, je potrebné problémy riešiť komplexne a to od bytovej otázky až po problémy komunikačného charakteru. Snahou zamestnancov Arcidiecéznej charity v Košiciach v kombinovanom zariadení útulku a nocľahárni Charitného domu sv. Alžbety je

riešiť problémy s klientmi komplexne prostredníctvom resocializačných aktivít: Individuálnej sociálnej práce, Aktivity zamestnávania a Aktivity prekonávania bariér. Cieľom resocializačných aktivít je rozvoj pracovných, komunikačných a sociálnych zručností bezdomovca. Prostredníctvom každej aktivity sa ľuďom bez domova ponúkne možnosť postupnými krokmi dosiahnuť ciele vedúce k opätovnému začleneniu sa do spoločnosti.

Poslanie charity a pomoc ľuďom bez domova

Arcidiecézna charita Košice (ďalej ADCH) pôsobí od roku 1992 v oblasti sociálnych, zdravotníckych, humanitárnych a vzdelávacích služieb. Najprv pôsobila ako organizačná zložka Slovenskej katolíckej charity bez právnej subjektivity. Po 1.1.1996 už ako samostatná organizačná jednotka s právnou subjektivitou založená diecéznym biskupom Košickej diecézy. Pomáha bez ohľadu na rasu, národnosť, politické zmýšľanie či vierovyznanie. V súčasnosti zamestnáva okolo 500 zamestnancov a spolupracuje s mnohými dobrovoľníkmi. Poskytuje služby v inštitucionálnych zariadeniach, terénne a ambulantné služby.

Základnou víziou ADCH je snažiť sa znižovať počet ľudí, ktorí sa nachádzajú v hmotnej alebo sociálnej núdzi a jej poslaním je poskytovanie verejnoprospešných činností formou sociálnych, zdravotníckych, charitatívnych a výchovno-vzdelávacích služieb a ďalšej nevyhnutnej pomoci. Charita pomáha tým, ktorí pomoc najviac potrebujú, svedčí o neopakovateľnej hodnote všetkých ľudí, podporuje ľudskú dôstojnosť a rozvoj osobnosti. Najdôležitejším aspektom pomoci je vidieť predovšetkým potreby iných.

Sociálna práca s ľuďmi bez domova v podmienkach Charitného domu sv. Alžbety

Charitný dom sv. Alžbety (ďalej CHD) je účelovým zariadením Arcidiecéznej charity v Košiciach. Ide o kombinované zariadenie útulku a nocľahárne poskytujúce v rámci zákona o sociálnych službách č.448/2008 sociálne služby ľuďom v nepriaznivej sociálnej situácii, ktorí nemajú zabezpečené prístrešie. Ide o ľudí, ktorí sú vylúčení zo života a podľa Beňovej (2008) ich vylúčenie má viacero rozmerov:

- a) **materiálny** (bezdomovec nemá strechu nad hlavou, nemá, čo jesť a čo si obliecť),
- b) **sociálny** (sociálne vzťahy v rámci rodiny bezdomovca, priateľov, kolegov a pod.),
- c) **pracovný** (bezdomovec nemá zamestnanie, je pre spoločnosť nezaujímavý, nič pre ňu neprodukuje),
- d) **kultúrny** (bezdomovec sa nezúčastňuje na živote spoločnosti),
- e) **zdravotná starostlivosť** (bezdomovec má nedostatočný prístup k zdravotnej starostlivosti).

Problémy bezdomovectva sú rôzneho charakteru a ak sa neriešia súčasne, navzájom sa cyklia a udržiavajú a hrozí, že výsledok pomoci zo strany odborníkov aj snaženia človeka bez domova zanikne v kruhu nevyriešených situácií. Dôležitou súčasťou pri riešení bezdomovectva je aktívna sociálna práca, ktorá pomáha riešiť nepriaznivé životné situácie ľudí, ktorí sa ocitli na ulici v stave beznádeje a schopnosti zmobilizovať sily na prekonanie vlastnej krízy. Sociálna práca s ľuďmi bez domova môže mať krátkodobý, dlhodobý alebo sporadický charakter. Najúčinnějšía je samozrejme dlhodobá a hlboká práca. Vytvára najvhodnejšie podmienky pre ich sociálne začlenenie. V CHD pracuje 7 sociálnych pracovníkov, ktorí svojou systematickou prácou a individuálnym prístupom ku klientom aktivizujú ich vnútornú motiváciu a tým aj zlepšujú ich sociálny status. Súčasťou sociálnej práce v zariadení je realizácia resocializačných aktivít na podporu ľudí bez domova so zámerom zvýšiť ich šance na opätovný návrat medzi majoritnú spoločnosť.

Resocializácia ľudí bez domova

Resocializáciu chápeme podľa Beňovej (2009) ako proces znovuzačlenenia jedinca do spoločnosti a základným predpokladom úspešného resocializačného procesu je, že klienta nechápeme ako objekt starostlivosti, ale ako jeho aktívny subjekt, ktorý je spoluzodpovedný za riešenie existujúcich problémov, participuje na ich odstraňovaní a minimalizovaní, mobilizuje vlastné zdroje, schopnosti a možnosti a do toho procesu vstupuje dobrovoľne, motivovane a aktívne.

Pri práci s ľuďmi bez domova využívame v CHD pobytovú formu poskytovania resocializácie ako súčasť poskytovanej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb. Jednotlivé formy resocializácie u bezdomovcov je možné kombinovať, napr. počas pobytu v zariadeniach ako sú útulky, domovy na pol ceste, nízkoprahové denné centrá, zariadenia núdzového bývania, v ktorých klient absolvuje pobytovú alebo ambulantnú formu resocializácie. Ak je však závislý od nejakých návykových látok, môže ambulantne navštevovať odborníka, kde sa podrobí liečbe závislosti.

Ak chceme ľudí bez domova opätovne zaradiť do spoločnosti, musíme v procese práce s touto marginalizovanou skupinou zabezpečiť nielen základné podmienky na ich živobytie ako je ubytovanie, strava, hygiena, ale musíme vytvárať aj efektívnu sociálnu sieť. Medzi prvky tejto siete patrí sociálne poradenstvo, program boja proti závislostiam, pracovné aktivity ako aj aktivity súvisiace s prekonávaním bariér ľudí bez domova – klubové aktivity, duchovné aktivity. A tieto resocializačné aktivity sa realizujú aj v CHD a budú analyzované v nasledujúcich častiach príspevku.

Resocializačná aktivita – individuálna práca s klientom

Dôležitým spájajúcim prvkom všetkých resocializačných aktivít je hĺbková individuálna práca. Sociálny pracovník efektívne využíva všetky vhodné metódy a postupy práce s klientom, ktoré vedú k odstraňovaniu alebo zmierňovaniu už vzniknutých problémov. Sociálny pracovník na základe dlhodobej práce s klientom reálne spozná jeho podmienky a zázemie. Získava si dôveru, čo umožňuje prístupnosť klienta a participáciu na riešení klientovej situácie. Sociálny pracovník mu pomáha vypracovať postupnosť krokov, určiť si reálne dosiahnuteľné ciele a motivuje ho v postupnom napĺňaní týchto cieľov. Podmienkou efektívnej sociálnej práce je, aby klient stanovené úlohy plnil sám, podieľal sa na ich vyhodnocovaní a aby snaha sociálneho pracovníka plnila iba podpornú úlohu. Každý sociálny pracovník má pridelených maximálne 12 klientov, s ktorými intenzívne pracuje a raz za týždeň sleduje naplnenie cieľov. Poskytuje poradenstvo v oblasti práce, sociálneho zabezpečenia, zdravia a závislosti ako aj v oblasti osobných problémov v živote klienta.

Ciele individuálnej práce s klientom v bodoch:

- a) vypracovanie plánu práce s klientom s vytýčením dosiahnuteľných krokov,
- b) vyhodnocovanie vytýčených cieľov raz týždenne,
- c) poskytovanie poradenstva v rôznych oblastiach života klienta.

Resocializačná aktivita – zamestnávanie klientov

Nezamestnanosť je jedným z príčin bezdomovectva. Stratou zamestnania človek ostáva bez finančného zabezpečenia a nie je schopný uhrádzať náklady spojené s bývaním a po určitom čase sa ocitá na ulici. Podľa Beňovej (2008) človek žijúci na ulici dlhší čas stráca pracovné návyky, ťažšie nesie zodpovednosť za svoju prácu alebo jednoducho o normálne zamestnanie nejaví záujem.

A preto dôležitou resocializačnou aktivitou je zamestnávanie klientov rôznym formami. Jednou z aktivít je **pracovná terapia**, ktorá pomáha pri obnovení stratených pracovných návykov dlhodobou nezamestnanosťou. Rozvíja nové zručnosti, ktoré klienti

môžu uplatniť na trhu práce alebo v rámci príležitostných pracovných brigád. Pracovná terapia sa vykonáva každý pracovný deň a trvá 4 hodiny denne. Klienti vykonávajú jednoduché pracovné úkony ako je upratovanie spoločných priestorov zariadenia, pranie a žehlenie bielizne, zabezpečenie doplnkových služieb pre ľudí bez domova, ktorí prichádzajú zvonku – sprcha, ošatenie. Podieľajú sa na zabezpečení a spracovaní palivového dreva, ktorým sa vykuruje zariadenie, pomáhajú pri asistencii zdravotne postihnutých klientov ako je doprovod k lekárovi, kúpanie. V priestoroch zariadenia je záhradka, kde si pestujú rôzne plodiny, ktoré potom spotrebovávajú pre vlastné potreby. Snahou zamestnancov bolo, aby si klienti rozvíjali pracovné činnosti pod dohľadom koordinátora pracovnej terapie a preto ADCH Košice umožnilo všetkým poberateľom dávky v hmotnej núdzi, aby si podľa §10 č.417/2013 Z.z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov mohli odrábať v ich známom prostredí. Výhodou tejto pracovnej činnosti je, že klient nemusí za účelom výkonu práce pre získanie dávky v hmotnej núdzi cestovať do miesta trvalého bydliska, čím ušetrí náklady na cestovanie.

Ďalšou aktivitou v rámci zamestnávania klientov je **predaj pouličného časopisu Nota Bene a Cesta**. V rámci predaja klienti rozvíjajú komunikačné schopnosti, nadväzujú kontakty s inými ľuďmi, čím sa zabraňuje sociálnej izolácii. Predajom časopisu získavajú nielen finančné prostriedky na zabezpečenie svojich potrieb, ale učia sa dodržiavať pravidlá predaja a byť zodpovednými voči práci, ktorú vykonávajú. Predajcovia pouličných časopisov si ľahšie nájdu prácu, sú komunikatívnejší a pripravený zodpovedne plniť pridelené úlohy.

Ciele resocializačnej aktivity – zamestnávania klientov v bodoch:

- a) získanie stratených pracovných návykov pomoc rôznych foriem práce,
- b) dodržanie časového limitu venovaného práci,
- c) rozvoj komunikačných zručností,
- d) zodpovednosť za pridelenú prácu,
- e) získanie finančnej odmeny,
- f) príprava pre uplatnenie na trhu práce.

Resocializačná aktivita – prekonávanie bariér

Na základe niekoľkoročných skúseností s prácou s bezdomovcami máme zmapované, čo spôsobuje neschopnosť znovuzačlenenia ľudí bez domova do spoločnosti. Najčastejšie ide o sociálne a komunikačné bariéry, stagnáciu rozvoja ich sebavedomia a posilnenia sebaúcty, neschopnosť si nájsť alebo udržať zamestnanie. Často sa stávajú obeťami rôznych trestných činov alebo nevedia ako hospodáriť s financiami. A práve tieto bariéry sa snažia sociálni pracovníci zariadenia odstrániť prostredníctvom skupinových resocializačných aktivít s cieľom posilniť u ľudí bez domova samostatnosť, zodpovednosť a aktívny prístup k riešeniu sociálnej situácie každého z nich. Na základe problémov ako je závislosť, dlhodobá nezamestnanosť, finančná zadlženosť, zlé hospodárenie, exekúcie, straty vlastného sebavedomia, úcty k sebe a k Bohu, vznikli témy na jednotlivé pracovné aktivity. Každú resocializačnú aktivitu vedie sociálny pracovník a vedúca zariadenia v skupine 5 – 10 ľudí bez domova na tému, ktorú si sám klient zvolil. Momentálne sa venujeme témam ako je: Závislosť na alkohole, Náboženstvo a medziľudské vzťahy, Hodnota ženy, Ako rozumieť úradným rozhodnutiam, Ako sa nestáť obeťou trestných činov, Ako prežiť, Chcem sa zamestnať. Okrem toho posilňujeme aktivitami rozvoj zručností a talentu a preto realizujeme športové podujatia a ergoterapiu.

Závislosť na alkohole

Na základe prieskumu, ktorý ADCH realizovala, v rámci projektu Boja proti chudobe, sa ukázalo, že najväčším problémom u ľudí bez domova je závislosť na alkohole. Problém s alkoholom u ľudí bez domova je mnohokrát problematické riešiť. V Košiciach existujú

zariadenia s presne stanovenými pravidlami a ľudia bez domova, ktorí užívajú návykové látky – alkohol a drogy, nie sú do týchto zariadení vpustení. Sociálne zariadenie, ktoré by zabezpečovalo nízkoprahovosť bez akýchkoľvek kritérií, neexistuje. Na jednej strane je to na prvý pohľad logické a služby majú pôsobiť výchovne a preventívne, ale na druhej strane vieme, že bezdomovecstvo je potrebné vnímať ako komplexný jav s príčinami a dôsledkami a preto je nutné, aby bola ponúknutá pomoc aj ľuďom bez domova s problémom užívania návykových látok. A práve z tohto dôvodu sme dali možnosť ľuďom bez doma sa zúčastňovať pravidelných skupinových sedení s MUDr. Andrejom Vladimírom. Sedenia sa realizujú dva krát do mesiaca v rámci alkoholologicko – toxikologickej poradne s aktuálnymi prednáškami. Okrem prednášok MUDr. Vladimír vedie individuálne sedenia s ľuďmi bez domova a konzultácie so sociálnymi pracovníkmi, ktorých obsahom je screening klientov, ktorí potrebujú psychiatrickú pomoc.

Náboženstvo a medziľudské vzťahy

Každý človek bez domova potrebuje medziľudské vzťahy na to, aby prežil. Oblasť medziľudských vzťahov zvykne byť tou najkomplikovanejšou časťou jeho života. Mnohí sa snažia nájsť blízke osoby v prostredí, v ktorom žijú. Ak majú narušené vzťahy, trpia pocitmi krivdy a často tkvie v nich pocit životného nenaplnenia. A práve prostredníctvom ďalšej skupinovej práce týkajúcej sa vzťahov sa sociálny pracovník zameriava na pomoc pri poznávaní príčin dekadencie medziľudských vzťahov a strát morálnych a duchovných hodnôt. So skupinou sa vedie tematický rozhovor o hľadaní príčin a ich dôsledkov pri uvedomení si poznávania seba samého pomocou morálnych a duchovných hodnôt.

Hodnota ženy

Statusom bezdomovecstva sú v súčasnosti viac ohrozené ženy, ktoré mnohokrát citlivejšie a emotívnejšie reagujú na situáciu bez domova. Tento status im uberá na vlastnej sebahodnote. Cieľom je, aby si ženy opätovne alebo prvýkrát uvedomili svoju hodnotu z Božieho pohľadu a pravdivým pohľadom samé na seba. Skupinová práca sa vedie formou interaktívnych aktivít (brainstorming, hry), rozjímaním nad Božím slovom a spoločným zdieľaním a rozhovormi.

Ako rozumieť úradným rozhodnutiam

Poznáme to, dostaneme rozhodnutie plné paragrafov, odkazov a právnických pojmov, ktorým vôbec nerozumieme a tak ako úradné rozhodnutie otvoríme, tak ho aj odložíme späť. Ľudia bez domova majú veľmi nízke právne vedomie, často nerozumejú, čo je obsahom ich poštových zásielok, ktoré pojednávajú o ich právach a povinnostiach. Mnohých z nich to ani nezaujíma, odložia to a potom sú prekvapení z následkov ich nečinnosti. Snahou skupinovej práce je aj to, aby ľudia bez domova vedeli, čo je obsahom ich rozhodnutí, aby porozumeli základným informáciám a aby vedeli, aká lehota je potrebná na doručenie odvolania, prípadne zaplatenie pohľadávky. Okrem toho sa dozvedia, že adresa trvalého pobytu, prechodná adresa a korešpondenčná adresa nie je to isté, a že je ich povinnosťou nahlásiť úradom v stanovenej lehote každú zmenu ich pobytu, a v prípade ak tak neurobili, aby vedeli, že úradné zásielky im budú zasielané na adresu ich trvalého pobytu, kde sa už roky nezdržiavajú. Je potrebné, aby boli informovaní o skutočnosti, že každá zásielka odoslaná na ich adresu trvalého bydliska je na vývesnej tabuli miestneho úradu, kde majú trvalý pobyt po dobu 15 dní a ak si ju nevyzdvihnú, ich rozhodnutie sa stáva právoplatným a ani o ňom nemusia vedieť. Poradenstvo informatívneho charakteru má dôležitú úlohu pri práci s ľuďmi bez domova z dôvodu získania základných informácií o ich právach a povinnostiach.

Ako sa nestat' obeťou trestných činov

Ľudia bez domova sa pravdepodobne stávajú obeťami trestnej činnosti častejšie než bežná populácia obyvateľstva. Najviac sú ohrození tí, ktorí prespávajú na verejných priestranstvách ale aj tí, ktorí pod vidinou získania finančného obnosu podpíšu čokoľvek. Pritom netušia, že si podpísali celoživotný problém a stali sa tzv. „bielymi koňmi“. Biely kôň

je slangovo označená osoba, ktorá je nastrčená k páchaniu trestnej činnosti, aby zakryla osobu páchatela, ktorá má z tejto činnosti prospech. Biely kôň potom figuruje ako páchatel' i ako poškodený. K úlohe bieleho koňa býva osoba často donútená násilím, ale môže sa jednať aj o osobu naivnú, či nevzdelanú, ktorá nemusí tušiť, že sa dopúšťa trestnej činnosti.

V rámci práce s ľuďmi bez domova máme v zariadení niekoľko „bielych koňov“ a požiadanie o prešetrovanie, prípadne zrušenie živnosti je nemožné. Práve táto situácia nás doviedla k tomu, aby sme sa touto problematikou v rámci skupiny zaoberali a upozornili na riziká spojené či už so zneužitím dokladov alebo súvisiace s podpisom rôznych zmlúv.

Ako prežiť – Financie a zodpovednosť

Problémom ľudí bez domova je aj finančná otázka. Odkázanosť na dávku v hmotnej núdzi a nízky príjem v podobe dôchodku im nezabezpečí to, čo by potrebovali. Často sa stáva, že majú pocit, že financie, ktoré získali, musia rýchlo minúť. A tak neostane na to, čo je dôležité – na úhradu platby za sociálne služby, na stravu a pod. Cieľom tejto skupinovej práce je získanie finančnej a hmotnej zodpovednosti. Spoločne so sociálnym pracovníkom hľadajú možnosti ako zvládnuť výdaje s nízkym príjmom a nezadlžovať sa, ako si rozdeliť financie, čo uhradiť ako prvé. Dôležité je poznanie, ako byť obozretný pri „lákavých pôžičkách“, ponukách „šmejdvov“ a pod. Súčasťou resocializačnej aktivity je aj téma „Aké mám šance, či osobné predpoklady riešiť svoju situáciu smerom k ekonomickej nezávislosti“ a „Čo sa stane keď prestanem uhrádzať povinné platby, splácať pôžičky, pokuty a exekúcie.“

Chcem sa zamestnať

Nezamestnanosť postihuje aj ľudí bez domova a ak takýto človek dlhodobo nepracuje, stráca kontakt s ľuďmi ako aj pracovné návyky a dostáva sa do stavu, kedy si začne zvykať na stereotypný život bez práce a odkázanosť na minimálnu dávku, ktorú mu poskytuje štát. Začne spoločenský upadať a strácať aj získané zručnosti, ktoré nadobudol počas aktívnej činnosti v predchádzajúcom zamestnaní. V dôsledku dlhodobej nezamestnanosti dochádza aj k porušovaniu bežného sociálneho správania. Podľa Kleinovej (1997) strata práce, potreba rekvalifikovať sa, prípadne adaptovať sa na kratšiu alebo dlhodobejšiu nezamestnanosť, narúša sociálnu stabilitu aj mnohých ľudí bez domova. V rámci práce s ľuďmi bez domova realizujeme každý deň pracovnú terapiu s cieľom obnovenia už stratených pracovných návykov z dôvodu dlhodobej nezamestnanosti. Postupným osvojením pracovných návykov zapájame ľudí bez domova do príležitostných pracovných ponúk, ktoré dostávajú od podnikateľov alebo občanov, ktorí potrebujú vymaľovať, pokosiť a pod. Súčasťou tejto aktivity je aj vedieť akým spôsobom viesť rozhovor pri hľadaní práce, ako reagovať na inzeráty, ako si napísať životopis, žiadosť a motivačný list. Aj v rámci tejto aktivity je v našom zariadení zamestnaných 30% klientov.

Skupinová práca - tvorivé dielne

Z dôvodu zvyšovania kvality sociálnej služby CHD sv. Alžbety v zariadení pre ľudí bez domova vytvára podmienky na záujmovú činnosť a činnosťnú terapiu (ergoterapiu) prostredníctvom zapájania sa do zmysluplných a tvorivých činností, pomáha rozvíjať motorické, kognitívne, komunikačné, sociálne a osobnostné kompetencie ľudí bez domova.

Cieľom skupinovej práce s klientmi je vlastnou sebarealizáciou prispieť k zvyšovaniu zručností klientov, rozvíjať ich kreatívne myslenie a umelecké cítenie. Človek je súčasťou sveta, ktorý je nádhere stvorený a prepracovaný, preto je snahou skupinovej práce, aby klienti objavovali krásu pri tvorbe s rôznymi materiálmi, pri výrobe rôznych výrobkov a okrem toho sa naučili aj rôzne umelecké techniky (maľovanie, práca so sadrou, servítková technika, práca s drôtkom...).

Ciele resocializačnej aktivity – prekonávanie bariér v bodoch:

- a) rozvoj sebavedomia,
- b) posilnenie sebaúcty,
- c) rozvoj komunikačných a sociálnych zručností,

- d) správne zhodnotenie situácie,
- e) vlastná sebarealizácia,
- f) zodpovednosť za rozdelenie financií,
- g) príprava pre uplatnenie na trhu práce.

Záver

Práca s ľuďmi bez domova je náročná a vyžaduje si schopnosť vcítiť sa do ich problémov a vnímať ich život v súvislostiach. Najúčinnějšía je dlhodobá a hĺbková práca, ktorá si vyžaduje participáciu sociálneho pracovníka a klienta. Cieľom pomoci je, aby boli ľudia bez domova sebestační a schopní postarať sa o svoju existenciu vlastnou aktivitou. A k tomu je potrebné využívať také metódy práce, pri ktorých si uvedomia vlastnú hodnotu a stanú sa sociálne kompetentnými. Dôležité je, aby ľudia bez domova mali možnosť byť súčasťou kolektívu, ktorý ich formuje, núti ich prispôbiť sa a rešpektovať jeden druhého. A práve forma resocializačných aktivít s ľuďmi bez domova v Charitnom dome sv. Alžbety dáva príležitosť k ich samostatnosti, vzdelanosti a zodpovednosti za svoj život. Aj keď snaha o opätovné začlenenie sa do spoločnosti trvá aj niekoľko rokov, úspechom je už to, ak človek bez domova zmení svoj pohľad na život, ktorý bol pre neho ešte nedávno plný beznádeje. Základným predpokladom úspešného resocializačného procesu je, ak klient je zodpovedný za riešenie svojich problémov, participuje na ich minimalizovaní a do celého procesu vstupuje dobrovoľne. Aj napriek možnostiam, ktoré sa ľuďom bez domova poskytujú, je potrebné na záver skonštatovať, že človeku v núdzi sa dá vždy pomôcť, ale on tú pomoc musí chcieť prijať, pretože tu platí pravidlo: Dá sa pomôcť iba tomu, kto sa tomu nebráni.

Zoznam bibliografických odkazov

BEŇOVÁ, N., 2008. *Bezdomovci, ľudia ako my*. Bratislava: OZ Proti prúdu. ISBN 978-80-969924.

BEŇOVÁ, N. et al., 2008. *Projekt Krištof*. Bratislava: OZ Proti prúdu. ISBN 978-80-969860-2-6.

DALE, L., 2013. *Žaloby na finančnú správu* [online]. [cit.2015-24-09]. Dostupné z: <http://www.ginn.press/news/biele-kone-zaloby>

CHARITA KOŠICE. *O Nás*. [online]. [cit.2015-25-09]. Dostupné z: <http://www.charita-ke.sk/index.php/sk/o-nas/nase-poslanie>

KLEINOVÁ, R., 1997. Osobné prežívanie ako predpoklad pre zvládanie nožnej nezamestnaností. In: *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. Roč. 2, č. 4, s. 32. ISSN 055-5574.

Kontakt na autorky

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

Význam a miesto supervízie vo vybraných resocializačných strediskách v SR – projekt výskumu

The importance and place of supervision in selected social reintegration centers in the Slovak Republic - research project

Lenka Lukáčová (SK), Alena Bašistová (SR)

Abstrakt

Predkladaný príspevok sa zameriava na definovanie pojmu supervízia, ktorá by mala byť hlavným kľúčom v oblasti sociálnej práce v resocializačných strediskách. Predmetom príspevku je aj popis fungovania resocializačných stredísk na Slovensku, stručný prehľad fáz resocializačného programu ako aj priblíženie obsadenosti vybraných resocializačných stredísk na Slovensku. Autorky ponúkajú tak teoretickú rovinu, ako i empirickú, súčasťou ktorej je prezentovanie návrhu výskumu týkajúceho sa zistenia významu a miesta supervízie v resocializačných strediskách. Rovnako cieľom výskumu bude zistiť resp. overiť, kto spracúva a pripravuje supervízny program a supervízne plány a v spolupráci s kým, na základe čoho, kedy a ako sa supervízne plány vyhodnocujú, aká je spolupráca s rodinou klienta, zákonnými zástupcami klienta (pokiaľ ide o deti a maloletých), sociálnym kurátorom, ÚPSVaR (v roly orgánu sociálno-právnej ochrany a sociálnej kurately), MPSVR SR, súdmi, inými inštitúciami a zistenie toho, aké formy supervízie sa najčastejšie vykonávajú a akým spôsobom.

Kľúčové slová: Legislatíva. Resocializačné strediská. Sociálna práca. Supervízia.

Abstract

The present paper focuses on the definition of the concept of supervision, which should be the primary key in the field of social work in social reintegration centers. The subject of this paper is a description of the functioning of social reintegration centers Slovakia, a brief overview of the phases of the social reintegration program and the approaching occupation of the resocialization centers in Slovakia. The authors offer as theoretical as well as empirical, which includes the presentation of the draft findings of the research on importance and place of supervision in social reintegration centers. Similarly Research will determine respectively. check who handles and prepares a supervisor program and supervision plans and in cooperation with whom, on what basis, when and how parenthood plans evaluated, as is cooperation with the client's family, legal representatives of the client (in terms of children and minors), a parole officer, ÚPSVaR (in the role of a social-legal protection and social guardianship), the Labour Ministry and the courts, other institutions and ascertain what forms of supervision is most common and how.

Keywords: Legislation. Social reintegration centers. Social work. Supervision.

Úvod

Pri pojme supervízia si máme tendenciu predstaviť pojem kontrola a zároveň supervíziu týmto spôsobom etiketizujeme. Je však potrebné si uvedomiť, že supervízia je v prvom rade forma pomoci pre sociálnych pracovníkov a pracovníčky v pomáhajúcej profesii. Ide o kvalifikovaný dohľad, ktorý je zameraný na kvalitu činnosti sociálnych pracovníkov a pracovníčok a zároveň prispieva ku skvalitňovaniu prístupu práce s klientom. V praxi sociálnej práce sa supervízia objavuje najmä v neziskovom sektore a menej v štátnom a verejnom sektore. Legislatíva upravuje a ukladá povinnosť niektorým sociálnym

organizáciám supervíziu organizovať. Supervízia je spravidla určená pre všetky pomáhajúce profesie a je dobre uplatniteľná pri riešení problémov v skupine, ale i pri riešení problémov jednotlivca poskytujúceho sociálne služby. Supervízia poskytuje príležitosť na premýšľanie, inšpiráciu, vyjasňovanie si nejasností, vedie k lepšiemu vzájomnému porozumeniu a uvedomovaniu si, že človek nie je na všetko sám, a že pri výkone svojej práce sa nemôže riadiť iba vlastným svedomím.

V súčasnosti povinnosť supervízie priamo vyplýva pre pracovníkov a pracovníčky detských domovov a krízových centier (Zákon č. 305/2005 Z.z., Zákon o sociálno-právnej ochrane detí a sociálnej kuratele) a pre pracovníkov a pracovníčky zariadení sociálnych služieb (Zákon č. 448/2008 Z.z., Zákon o sociálnych službách). V ostatných prípadoch sa z hľadiska ochrany sociálnych klientov supervízia doporučuje a tu bez akýchkoľvek pochyb môžeme zaradiť aj resocializačné strediská.

Supervízia a jej miesto v roli sociálneho pracovníka a pracovníčky

Potrebuje vôbec sociálny pracovník alebo pracovníčka supervíziu? Nakoľko sú títo pracovníci pomáhajúcimi pracovníkmi, ktorí majú byť schopní kompetentne vykonávať sociálnu prácu a naplňovať jej ciele, dovoľujeme si na túto otázku odpovedať kladne – áno, supervízia je v sociálnej práci ako pomáhajúcej profesii potrebná a má zastávať svoje opodstatnené miesto. Supervízia má napomáhať k zvyšovaniu profesionality sociálneho pracovníka a pracovníčky, prostredníctvom ktorej majú možnosť sa vzdelávať a rozvíjať, teda odborne rásť. Môžeme konštatovať, že význam supervízie pre sociálneho pracovníka/pracovníčku a ich pracovnú činnosť spočíva v tom, že im umožňuje stať sa takými odborníkmi, ako si to vyžaduje ich profesia.

Úleha (2007) uvádza, že sociálny pracovník potrebuje supervíziu najmä vtedy, keď cíti, že to, čo sa stalo, sa nemalo stať, malo sa to stať inak, no túto zmenu sa mu nedarí uskutočniť, a preto vyhľadá pomoc toho (supervízora), s kým sa o tomto probléme môže porozprávať. Ciele supervízie podľa Vasku (2012) závisia aj od cieľovej skupiny, s ktorou pracovník pracuje. Prvou funkciou je pomoc pri stanovovaní problémov na pracovisku, ktoré ovplyvňujú kvalitu výkonu práce a pomoc pri riešení problémov. Druhou funkciou je ponuka možností ako riešiť etické dilemy u supervidovaného aj v prípade, že sa dozvie o porušovaní etických dilem na pracovisku.

Sociálni pracovníci disponujú osobnostnou a profesionálnou výbavou. Tieto profesionálne kompetencie dosahujú až vtedy, keď dokážu integratívne spájať nástrojovú, reflexívnu a sociálnu kompetenciu. Základom dosiahnutia a udržania týchto kompetencií je aktívna orientácia na vlastný odborný rast, ktorý dosiahnu okrem vzdelávania v klasickom. ponímaní práve aj prostredníctvom zážitkového vzdelávania, ktoré supervízia ponúka (Levická et al. 2007) Každý sociálny pracovník a sociálna pracovníčka by mali byť schopní kompetentne vykonávať sociálnu prácu a naplňovať jej ciele. Ich profesionálna výbava zahŕňa adekvátne vzdelanie v oblasti vykonávaných činností, otvorenosť prijímať a aplikovať nové výzvy, poznatky, spôsobilosti, vedomosti a schopnosti integratívne spájať všetky zložky profesionálnej výbavy (Vaska 2012).

Supervízia môže teda vzdelávať, informovať, podporovať, motivovať a zefektívniť prácu jednotlivca či tímu v pomáhajúcej profesii a zároveň plní viacero funkcií. Môžeme povedať, že supervízia prispieva ku skvalitňovaniu prístupu práce s klientom. Ak majú pracovníci dobrú a kvalitnú supervíziu, nakoniec to pocíti aj samotný klient.

História supervízie

História supervízie je úzko spojená s históriou sociálnej práce. V roku 1904 bola vydaná prvá oficiálne publikácia zo sociálnej oblasti, v ktorej sa objavil termín supervízia -

„*Supervision and Education in Charity respective*“, ktorého autorom bol J. R. Brackett (Schavel et al. 2013). V roku 1977 vydala Britská poradenská asociácia prvý dokument o supervízii, kde je uznaná skutočnosť, že supervízia je určená nie len pre supervidovaného, ale aj v prospech klienta (Hawkins, Shohet 2004).

Za počiatky supervízie môžeme považovať neformálne pohovory, pri ktorých skúsenejší kolega sprostredkováva svoje skúsenosti začínajúcemu kolegovi. Podľa viacerých autorov má supervízia latinský pôvod, kde slovo *super* znamená nad a *videre* znamená hľadať, vidieť. Pojem supervízia sa v minulosti používal v rámci vzdelávania v oblasti psychoterapie, kde boli začínajúci psychoterapeuti uvádzaní do praxe (Matoušek et al. 2007).

Za prvotného zakladateľa pojmu supervízia, tak ako ju poznáme dnes, sa považuje Michael Bálint. Skupiny, ktoré sú nazývané bálintovské skupiny, boli zvláštnym druhom výcvikových a supervíznych skupín. Bálint viedol pomáhajúcich profesionálov k tomu, aby si uvedomili, čo z vlastných postojov, zážitkov a konania im bráni v účinnejšej pomoci klientovi. Postupne sa supervízia rozšírila z oblasti psychoterapie na ostatné pomáhajúce profesie, teda aj do oblasti sociálnej práce (Schavel et al. 2013).

Weiss (2013, s. 190) vníma supervíziu ako „poradenskú metódu, ktorá sa využíva na zaistenie a zlepšenie kvality práce v povolání a na realizovanie nutných zmien v pracovnom kontexte (inštitúcia – organizácia – zariadenia).“ Ďalej uvádza, že supervízia funguje na viacerých úrovniach zároveň, teda pracuje s kvalifikovanými ľuďmi, ktorí v inštitúcii alebo organizácii vykonávajú nejakú prácu.

Už viac než pred deväťdesiatimi rokmi poukázala Mary Richmond na supervíziu ako dôležitú súčasť profesionálneho rozvoja sociálnych pracovníkov v súvislosti s vypracovanou sociálnou diagnostikou a následného zostavenia optimálneho a kvalitného plánu riešenia sociálnej situácie klienta. Rovnako zastáva názor, že spracované sociálne diagnózy sú len akýmsi začiatkom cesty pre sociálnych pracovníkov a sú vhodným počiatočným materiálom v prípadovej práci pre supervíziu. Dané zozbierané fakty pre diagnostikovanie sú materiály, ktoré sociálni pracovníci s pomocou supervízora preštudujú a budú hľadať spoločne odpovede na to, čo dané informácie znamenajú (Vaska, Brnula 2011).

V zmysle uvedeného môžeme teda konštatovať, že supervízia má v oblasti pomáhajúcich profesií významnú úlohu. Pri tomto type profesie neexistuje jednotný návod pre prácu s klientom, ktorý nám zaručí jednotný výsledok. Každý klient je rozmanitý a odlišný svojou osobnosťou a metódy ktorými sa nám podarí vyriešiť klientovu situáciu nemusia platiť pre druhého klienta s rovnakým problémom. Práve v týchto situáciách má sociálny pracovník alebo sociálna pracovníčka možnosť v rámci supervízie konzultovať svoj postup práce s klientmi a prehodnotiť, či postupoval alebo postupovala správne. Postupy práce s klientmi nie je možné naštudovať z kníh, človek sa najlepšie učí z vlastnej skúsenosti a súčasťou odborného rastu sociálnych pracovníkov by mala byť práve supervízia.

Legislatívna opora supervízie

Supervízia je v rámci Slovenskej republiky ukotvená v Zákone č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele. Tento zákon uvádza, že „na účel zvyšovania profesionality práce v zariadení, zariadenie vypracúva a uskutočňuje program supervízie.“ Zmena nastala až novelizáciami zákona, kde sa upravilo znenie: „Súčasťou programu supervízie detského domova, detského domova pre maloletých bez sprievodu, krízového strediska a resocializačného strediska je aj spôsob zabezpečenia supervízie.“ §93 ods. 8 vymedzuje, že supervíziu na účely sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately môžu vykonávať len fyzické osoby, ktoré skončili odbornú akreditovanú prípravu supervízora v oblasti sociálnej práce alebo poradenskej práce.

Ďalším zákonom, ktorý upravuje povinnosť realizovať supervíziu je Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, ktorý uvádza, že „poskytovateľ sociálnej služby je

povinný za účelom odbornej úrovne a kvality sociálnej služby vypracovať a uskutočňovať program supervízie.“

Úleha (2007) uvádza, že sociálny pracovník potrebuje supervíziu najmä vtedy, keď cíti, že to, čo sa stalo, sa nemalo stať, malo sa to stať inak, no túto zmenu sa mu nedarí uskutočniť, a preto vyhladá pomoc toho (supervízora), s kým sa o tomto probléme môže porozprávať.

Formy supervízie

V rámci supervízie rozoznávame rozmanité množstvo foriem. Môže ísť o supervíziu z hľadiska počtu supervidovaných, miesta výkonu, z hľadiska vzťahu, z hľadiska naliehavosti, dĺžky supervízie a stanovených cieľov, z hľadiska formálnosti a pod. Pre účely príspevku vyberáme hľadisko počtu supervidovaných, pre ktoré rozlišujeme tieto formy (Vaska 2012):

- *individuálna supervízia* – je typická znakmi reflektujúceho rozhovoru medzi supervízorom a supervidovaným, kde je vytvorená bezpečná atmosféra medzi aktérmi supervízie a podporným prostredím. Väčšinou ide o plánované stretnutia, ktoré majú jasnú štruktúru a cieľ,

- *skupinová supervízia* – pri tomto type supervízie je využitá najmä sila skupiny, ktorá sa prejavuje skupinovými pravidlami, kohéziou, dynamikou, spätnou väzbou, vzájomnou podporou a možnosťou viacerých pohľadov. Najoptimálnejší počet členov takejto skupiny je osem až desať pracovníkov, (Matoušek et al. 2003)

- *tandemová supervízia* – využíva zážitky dvoch pracovníkov, ktorí pracujú na tom istom prípade, v tom istom čase pod supervíziou. Využívajú sa rôzne pohľady na rovnakú situáciu a tieto pohľady sú jedinečné, atraktívne a prinášajú konečný efekt pri práci s klientom. Pracovníci sa môžu navzájom dopĺňať alebo zastupovať,

- *tímová supervízia* – pri tomto type supervízie je potrebné vyzdvihnúť vzájomnú komunikáciu a kooperáciu členov, rozdelenie kompetencií a mocenských štruktúr. Weiss (2013) sa zameriava na tím, kde ľudia pracujú na spoločnej úlohe aj keď môžu mať inú pracovnú pozíciu či funkciu. Táto skupina členov supervízie by nemala prekročiť počet šesť až osem členov,

- *supervízia organizácie* – sa zameriava na sociálnu podporu, posilňuje kultúru prostredia, funkčnosť sociálnych vzťahov, pracovné skupiny s cieľom aby sa dodržiavali ľudské práva a dôstojnosť života klientov. Pri tejto forme supervízie sú potrebné znalosti z riadenia organizácie (Schavel et al. 2013).

Resocializačné strediská a ich fungovanie na Slovensku

Resocializačné strediská môžeme podľa zákona 305/2005 Z.z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene doplnení niektorých zákonov definovať ako subjekty, ktorých cieľom je zaktivizovanie vnútorných schopností detí a plnoletých fyzických osôb s cieľom prekonať psychické, fyzické a sociálne dôsledky drogových závislostí alebo iných závislostí a zapojiť sa do života v prirodzenom prostredí.

V resocializačných strediskách (ďalej už len RS) sa vykonávajú opatrenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately podľa zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov pre klienta ktorým môže byť:

1. dieťa:

- umiestnené v RS na základe dohody medzi RS a zákonným zástupcom dieťaťa (tzv. dobrovoľný pobyt),
- so súdom nariadeným výchovným opatrením alebo neodkladným opatrením,

- umiestnené do RS na základe dohody s iným zariadením - najčastejšie ide o dieťa s nariadenou ústavnou starostlivosťou v detskom domove.

2. **plnoletá fyzická osoba** prijatá do RS na základe dohody s RS.

Účelom resocializácie v RS je aktivizovanie vnútorných schopností klienta (Dvorská, Šavrnochová 2010):

- na prekonanie psychických, fyzických a sociálnych dôsledkov drogových a iných závislostí
- a na zapojenie sa do života v prirodzenom prostredí.

Každé RS má vypracovaný vlastný Resocializačný program, ktorý (Pavelová 2014):

- je verejne dostupný,
- obsahuje najmä zariadenie cieľovej skupiny klientov, kapacitu, podmienky prijatia, metódy a postupy práce RS, profesijné zabezpečenie, práva a povinnosti klientov a ponuku následnej odbornej pomoci po skončení pobytu.

RS zabezpečuje starostlivosť o klienta pobytovou formou 8 a viac mesiacov a môže poskytovať ambulatnú formu starostlivosti podľa individuálnej potreby klienta. RS plánuje, realizuje a vyhodnocuje za aktívnej účasti klienta, jeho zákonného zástupcu, ÚPSVaR a ďalších zainteresovaných subjektov (najmä školou a akreditovaným subjektom na výkon opatrení v oblasti sanácie rodiny) individuálny resocializačný plán klienta, ktorý sa vyhodnocuje najmenej 1-krát mesačne s klientom a 1-krát za 3 mesiace s ÚPSVaR. (www.upsvar.sk)

Každé RS má vo vlastnom Resocializačnom programe zariadené fázy, ktorými klient počas svojho pobytu v RS prechádza. Najčastejšie sú to štyri fázy (www.rsadam.sk):

1. **adaptačná**, počas ktorej je klient izolovaný od vplyvov vonkajšieho prostredia a platia pre neho pravidlá, ktoré musí dodržiavať,
2. **„práca na sebe“**, ktorá je pre klienta mimoriadne záťažová, nastupujú vážnejšie problémy s abstinenciou, je potrebné ho motivovať a pracovať s jeho rodinou,
3. **stabilizácia**, počas ktorej sa už zabezpečuje aj príprava na budúce povolanie, získanie pracovných návykov a zručností a pomoc pri hľadaní zamestnania,
4. **osamostatňovanie** - RS musí pripraviť klienta a jeho rodinu na záťažovú situáciu návratu do prirodzeného rodinného prostredia a otvoreného prostredia.

V praxi významnú úlohu v RS zohráva takzvaná „komunita“, ktorej:

- sa zúčastňujú všetci klienti RS,
- má podpornú funkciu v dodržiavaní abstinencie,
- spoločne rozhoduje, či klient je schopný postúpiť do ďalšej fázy.

Zriaďovanie RS je v zriaďovateľskej pôsobnosti vyšších územných celkov, to znamená, že aj financovanie neštátnych RS patrí do ich pôsobnosti (podmienky poskytovania príspevku si upravujú VÚC vo všeobecne záväzných nariadeniach), výnimku tvorí finančný príspevok na výkon rozhodnutia súdu (výchovné opatrenie, ktorého účelom je zabezpečenie resocializácie drogových a iných závislostí, resp. neodkladné opatrenie), ktorý na základe zmluvy poskytuje resocializačnému stredisku ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny (štát) podľa počtu reálne vykonávaných súdnych rozhodnutí (www.upsvar.sk).

Maximálna výška príspevku na aktuálny rok sa určuje podľa priemerných bežných výdavkov za predchádzajúci rok na dieťa a rok v štátnych detských domovoch. Aktuálne je to 12 442 eur ročne = 1 037 eur mesačne na dieťa. Príspevok sa poskytuje vo výške

preukázaných bežných výdavkov maximálne však do sumy podľa predchádzajúcej vety (rovnaký mechanizmus vypočítania výšky príspevku sa používa aj v platení výkonu súdnych rozhodnutí v iných neštátnych zariadeniach – krízových strediskách aj detských domovoch, tam sa ale predplácajú miesta a v RS sa platia skutočné obsadené miesta) (www.upsvar.sk).

Neštátne RS musí mať na výkon opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately udelenú akreditáciu MPSVR SR alebo musí byť zriadené územnou samosprávou.

V súčasnosti je na území SR celkovo 20 RS – z toho:

- 19 RS má udelenú akreditáciu MPSVR SR a 1 RS je zriadené územnou samosprávou,
- 15 RS vykonáva opatrenia aj pre deti a z toho 9 RS ponúka miesta na výkon rozhodnutia súdu (výchovné opatrenia a neodkladné opatrenia).

Celková kapacita resocializačných stredísk je cca 500 a za ostatné roky sa nemení. V roku 2015 mali resocializačné strediská 429 klientov (dospelých + deti), z celkového počtu bolo 96 detí (do 18 rokov veku), z toho bolo 68 detí umiestnených na základe rozhodnutia súdu. Ostatní klienti boli na tzv. dobrovoľných pobytoch (starostlivosť v resocializačnom stredisku sa poskytovala na základe zmluvy s klientmi alebo v prípade detí na základe zmluvy s ich zákonnými zástupcami). V roku 2016 bolo umiestnených do resocializačných stredísk 44 detí na základe rozhodnutia súdu.

Tabuľka 1 - Prehľad obsadenosti vybraných resocializačných stredísk

Resocializačné stredisko	Celková kapacita zariadenia	Ponuka miest	Obsadenosť			
			r.2014	r.2015	r.2016	aktuálna v %
Komunita Ludovítov	56	24	26	28	24	100%
Čistý deň, Galanta	42	42	51	47	45	100%
ROAD Tomky	31	31	14	15	13	42%
Návrat RDZO, Zvolen	12	12	5	7	7	58%
COR Centrum Badín	25	25	10	8	8	32%
Z-Návrat Centrum Bobrov	14	14	3	4	4	29%
Adam Gbely, Adamov	17	17	3	5	4	24%
Manus Martin	15	15	1	1	1	7%
FILIUS Paul	21	21	3	6	12	57%
			116	121	118	

Zdroj: Interné materiály MPSVR SR, Sekcia sociálnej a rodinnej politiky

Tabuľka 2 - Počet novoprijatých maloletých detí v danom roku na rozhodnutie súdu

Resocializačné stredisko	r. 2014	r. 2015	1.1.2016 – 13.9.2016
Čistý deň, Galanta	13	31	11
Komunita Ludovítov	10	14	7
ROAD Tomky	9	8	6
Návrat RDZO, Zvolen	4	3	4
COR Centrum Badín	4	3	5
Z-Návrat Centrum Bobrov	2	3	1
Adam Gbely, Adamov	2	1	2
Manus Martin	1	1	1
FILIUS Paul	2	4	7

Zdroj: Interné materiály MPSVR SR, Sekcia sociálnej a rodinnej politiky

Návrh projektu výskumu

Ciele

Hlavný cieľ:

Zistiť, aký je význam a miesto supervízie v resocializačných strediskách (RS) v SR.

Čiastkové ciele:

- zistiť význam supervízie v resocializačných strediskách v SR,
- zistiť, kto spracúva a pripravuje supervízny program a supervízne plány a v spolupráci s kým (dodržanie podmienok zákona č.305/2005 Z. z. z 25. mája 2005 o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov),
- zistiť na základe čoho, kedy a ako sa supervízne plány vyhodnocujú,
- zistiť, aká je spolupráca s rodinou klienta, zákonnými zástupcami klienta (pokiaľ ide o deti a maloletých), sociálnym kurátorom, ÚPSVaR (v roly orgánu sociálno-právnej ochrany a sociálnej kurately), MPSVR SR, súdmi, inými inštitúciami,
- zistiť, aké formy supervízie sa najčastejšie vykonávajú a akým spôsobom.

Metodika výskumu

Dotazníky a odpoved'ové hárky vlastnej konštrukcie.

Výskumná vzorka

Dotazník bude anonymný a bude adresovaný zriaďovateľom a pracovníkom - v rámci pomáhajúcich profesií (zameriame sa na sociálnych pracovníkov, psychológov, zdravotnícky personál a pod.) ako aj klientom (dospelí klienti, pri deťoch a maloletých bude pri vyplňaní prítomný zákonný zástupca, resp. získame jeho súhlas v súlade s dodržaním etiky výskumu) pracujúcich, resp. umiestnených v RS v rámci všetkých týchto stredísk v SR.

Analýza výskumného materiálu

Realizovaný výskum bude kauzálno-komparatívny. V tomto type výskumu sú zisťované kauzálne vzťahy (vplyv) na základe stavu vecí a následne sa realizuje komparácia (porovnávanie skupín). Zisťujú sa rozdiely medzi skupinami. Výsledky výskumu uvedieme na základe získaných informácií z dotazníkov, ktoré budeme interpretovať prostredníctvom tabuliek.

Dotazník doplníme o otázky týkajúce sa nami stanovených premenných vyplývajúcich z hypotéz, ktoré si vymedzíme. Rovnako doplníme dotazník o ďalšie škálové otázky, ktorými budeme zisťovať vzťahy medzi premennými pomocou korelačných koeficientov, ktoré môžu poukázať na existenciu silných, resp. slabých vzťahov. Ako techniku použijeme faktorovú analýzu.

Vyhodnotenie a interpretácia získaných výsledkov

Získané údaje budeme spracovávať prostredníctvom deskriptívnej štatistiky. Všeobecnú analýzu údajov budeme realizovať prostredníctvom mapovania a výsledky pre lepšiu prehľadnosť a zrozumiteľnosť zobrazíme prostredníctvom tabuliek a grafov. Pre spracovanie údajov a vyhodnotenie hypotéz použijeme štatistický softvér SPSS. Otázky, ktoré budú obsahovať porovnanie dvoch nezávislých skupín pre závislú premennú, vyhodnotíme prostredníctvom t-testu. Pre otázky, ktoré budú obsahovať porovnanie viac ako dvoch nezávislých skupín pre závislú premennú, vyhodnotíme prostredníctvom Kruskal-

Wallis testu. Pre zisťovanie signifikancie medzi premennými použijeme Pearsonov koeficient korelácie.

Teoretické a praktické prínosy výskumu

Očakávame, že teoretické spracovanie problematiky zameranej na zisťovanie významu a miesta supervízie v resocializačných strediskách v SR pomôže jednak:

1. Zmapovať, či majú dané RS písomne vypracované supervízne plány ako aj program supervízie a aký je spôsob zabezpečovania programu supervízie,
2. zároveň, zistiť, či majú zamestnanci zabezpečenú odbornú akreditovanú prípravu supervízora (resp. osobu, ktorá je supervízorom podľa zákona č.305/2005 Z. z. z 25. mája 2005 o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov, § 47, 7 ; § 47, e ; § 73, 1 s; 2 h) v oblasti sociálnej práce alebo poradenskej práce,
3. a aký typ supervízie (externá, interná, individuálna, skupinová a pod.) je v danom RS vykonávaný a ako často.

Záver

Dobre odvedenú prácu v rámci pomáhajúcej profesie si nedokážeme predstaviť bez kvalitnej supervízie. Považujeme ju za prostriedok, ktorý nám napomáha priblížiť sa ku klientovi. Supervízia môže byť náročná vzhľadom k množstvu pracovných povinností, keďže prebieha väčšinou na konci dňa. Tento čas ale nie je nikdy zbytočný, pretože dáva veľa pozitívneho pomáhajúceho pracovníkovi v rámci psychohygieny, ale najmä dáva možnosť zdokonaľovať sa v odbornej práci vo vzťahu ku klientom.

V oblasti praktických prínosov očakávame zistenia do akej miery je supervízia vykonávaná v skúmaných RS a zároveň, čo vnímajú konkrétni pracovníci za jej slabé a silné stránky. Na základe vyhodnotenia výskumu sa pokúsime navrhnúť odporúčania, ktoré budú silné stránky posilňovať a slabé stránky eliminovať.

Zoznam bibliografických odkazov

- DVORSKÁ, S. a M. ŠAVRNOCHOVÁ, 2010. *Súčasný stav resocializácie v socioterapeutických kluboch na Slovensku*. Ružomberok: VERBUM. ISBN 978-80-8084-545-2.
- HAWKINS, P. a R. SHOHET, 2004. *Supervízia v pomáhajúcich profesiách*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-715-9.
- LEVICKÁ, J. et al., 2007. *Sociálna práca*. Trnava: OLIVA – edícia ProSocio. ISBN 978-80-969454-2-9.
- MATOUŠEK, O. et al., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O. et al., 2007. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.
- PAVELOVÁ, Ľ. et al., 2014. *Profil klienta pri vstupe do resocializačného strediska*. Bratislava: IRIS. ISBN 978-80-89238-96-5.
- SCHAVEL, M. et al., 2013. *Supervízia v sociálnej práci - Teória, prax a výskum*. Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce, OZ. ISBN 978-80-971445-0-0.
- ÚLEHA, I., 2007. *Umění pomáhat*. Praha: Slon. ISBN 978-80-86429-36-6.
- VASKA, L. a P. BRNULA, 2011. The Essence of the Supervision in the Work of Social Worker during the Process of Social Diagnosis/Assessment of the Client's Life Situation in the Conditions of Slovak Republic. In: *Sociálna robota ta upravlinnja: sociologija, psychologija, pedagogika, sociálna robota*. Kyjev: Nacional'nij pedagogičnij universitet imeni M. P. Dragomanova, s. 182-193.

WEISS, H., 2013. *Pastorálka - supervízia - pastorálna psychológia*. Bratislava: Kartprint. ISBN 978-80-89553-14-3.

Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele.

Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov.

ÚPSVAR, 2016. Závislosti detí [online]. 2016 [cit. 2016-11-15]. Dostupné z: http://www.upsvar.sk/socialne-veci-a-rodina-1/rodina/vychovne-problemy-deti/zavislosti-deti.html?page_id=262373&urad=240173

ÚPSVAR, 2016. Priemerný bežný výdavok na nasledujúci rok. [online]. 2016 [cit. 2016-11-15]. Dostupné z: http://www.upsvar.sk/detske-domovy-a-ine-zariadenia/priemerny-bezny-vydavok-na-nasledujuci-rok.html?page_id=149325

Resocializačné stredisko Adam, 2016. Akreditované resocializačné stredisko. Resocializačný program. [online]. 2016 [cit. 2016-11-15]. Dostupné z: <http://www.rsadam.wbl.sk/Resocializacny-program.html>

Kontakt na autorky

Mgr. Lenka Lukáčová

Katedra sociálnej práce

Filozofickej fakulty Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach,

Moyzesova 9, 040 59 Košice,

lukacova.upjs@gmail.com

doc. PhDr. Alena Bašistová, PhD.

Katedra sociálnej práce

Filozofickej fakulty Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach,

Moyzesova 9, 040 59 Košice,

alena.basistova@gmail.com

Uplatňovanie prvkov resocializácie v diagnostických centrách

The Significance of Applying the Elements of Social Reintegration in Diagnostic Centers

Soňa Šrobárová (SK), Lenka Štefáková (SK)

Abstrakt

Resocializácia a resocializačný proces je efektívny len v prípade ak jeho prvky plnia takú funkciu, že požadované správanie jednotlivca alebo skupiny je naviazané na terapeutický režim a kladie si za podmienku jeho funkčnosť v dôsledkoch života a v jeho kľúčových momentoch v skupine, do ktorej prichádza a v jeho súčinnosti. Je neodmysliteľne dôležité postaviť resocializačný proces do podmienok diagnostických centier a stavať na ňom, hlavne preto, že samotnou resocializáciou sa jednotlivец pridŕža učných pravidiel a spôsobov v nových hodnotách a zároveň jeho primárna skupina z ktorej vychádza je s týmito pravidlami oboznámená a saturuje potreby spätného návratu človeka do spoločnosti. Bez efektívnych prvkov a upravených prvkov resocializácie nie je proces plnohodnotný a ukončený. Preto aj tento príspevok reflektuje nutnosť a podporu resocializácie pre klientov diagnostických centier a ich rodín.

Kľúčové slová: Diagnostické centrum. Resocializácia. Sociálny pracovník.

Abstract

Re-socialization and re-socialization process is effective, but only if its elements perform such a function that the required behavior of an individual or group is linked to the therapeutic regimen and put you in a condition of its functionality as a result of life and the key moments in the group that receives and close cooperation. Is inherently important to build a re-socialization process in terms of diagnostic centers and build on it, mainly because the very social reintegration of the individual adheres learned the rules and procedures in the new value, while its primary group underlying it is with these principles informed and Saturn needs rollback man in society. Without effective elements and modified elements of social reintegration process it is not a full and complete. Therefore, even this contribution reflects the need for support and social reintegration for clients diagnostic centers and their families.

Keywords: Diagnostic center. Social reintegration. Social worker.

Úvod

Podľa vyhlášky Ministerstva školstva Slovenskej republiky č. 323/2008 Z.z o špeciálnych výchovných zariadeniach sa diagnostické centrum orientuje hlavne na špeciálno-pedagogickú diagnostiku. Cieľom špeciálno-pedagogickej diagnostiky je určiť aktuálny stav vedomostí, zručností, vzdelania, návykov a schopností, ktoré vedú k určeniu adekvátnych postupov, k ich následnej náprave v reedukačnom procese. Počas pobytu dieťaťa v diagnostickom centre sa formou individuálnych alebo skupinových stretnutí poskytujú odborné služby tiež rodičom. Tieto služby poskytuje diagnostické centrum aj fyzickej osobe, ktorej je na základe súdu dieťa zverené do osobnej, prípadne pestúnskej starostlivosti.

Vyhláška Ministerstva školstva Slovenskej republiky ďalej uvádza, že úlohou skupinových a individuálnych stretnutí je zapojiť deti do resocializačného, reedukačného a taktiež diagnostického procesu.

Bryndzák a kol. (2010, s. 22) uvádzajú, že inštitucionálna starostlivosť o deti s poruchami správania prešla mnohými legislatívnymi zmenami v posledných rokoch na našom území. Tieto legislatívne zmeny veľmi výrazne ovplyvnili náplň práce, ako aj poslanie

diagnostických centier. A dodávajú, že „diagnostické centrá sa tak stali zariadeniami zameriavajúcimi sa na krátkodobé (3-6 mesačné) pobyty, ktorých cieľom nie je len diagnostikovať závažnosť porúch správania u klientov a ich perspektívu, ale aj snaha o nápravu, poradenstvo, terapiu u klientov a ich rodín.“

Práca s rodinou ako klientom diagnostického centra

Vancáková (2013, s. 62) uvádza: „klientmi diagnostického centra nie sú len deti, ale aj ich rodičia, sociálna komunita v ktorej dieťa žije, jeho rovesníci, blízka rodina a spolužiaci“. Do diagnostického centra prichádzajú deti z dysfunkčných rodín a preto je práca s rodinou veľmi dôležitá.

Murínová (2010) uvádza, že práca s rodinou v diagnostickom centre má dlhú tradíciu. Ide hlavne o tieto formy práce:

- *neformálne rodičovské združenia* (ide hlavne o skupinovú prácu v rámci ktorej informuje vychovávateľ rodiča) a *terapeutická rodičovská skupina*,
- *práca psychológa s rodičmi dieťaťa*,
- *skupinové a víkendové stretnutia* po ukončení pobytu v diagnostickom centre,
- *skupinová práca* (odborník – rodič - dieťa).

Individuálna práca

V diagnostickom centre pracuje psychológ, sociálny pracovník a špeciálny pedagóg v rámci individuálnej práce s rodičmi. V rámci tejto práce sa snažia uvedení odborníci informovať rodiča o dôvodoch umiestnenia dieťaťa do diagnostického centra a aké sú možnosti riešenia problémovej situácie dieťaťa. Je veľmi dôležité pristupovať k rodičom citlivo. Pracovníci si pozývajú rodičov a cielene s nimi pracujú, až do odchodu dieťaťa. Odborníci často pracujú s deťmi; či rodičmi aj po odchode z diagnostického centra, a to ambulantnou formou.

Skupinová práca

Skupinová práca s rodičmi spočívala vo forme neformálnych rodičovských združení, ktoré vedú špeciálni pedagógovia. Úlohou týchto stretnutí je, aby si rodičia mohli vymieňať skúsenosti, rozprávať sa o svojich problémoch, ventilovať svoje osobné napätie spojené s existujúcou situáciou. Väčšina rodičov je vhodná na skupinovú prácu, avšak v prípade rodičov, ktorí nie sú schopní komunikácie v skupine. V týchto prípadoch s rodičmi pracuje psychológ individuálne.

Dlhodobú tradíciu majú stretnutia rodičov detí po ukončení pobytu, vďaka ktorým získava diagnostické centrum informácie o tom, ako sa dieťaťu darí a poskytuje rodičom pocit, že diagnostické centrum neustále vedie dieťa v evidencii, takže sa naň môžu kedykoľvek obrátiť. Víkendové pobyty nadväzujú na prácu s rodičmi a deťmi a cieľom je prehĺbenie prínosov tejto práce. Zo skupinových stretnutí je možné získať oveľa viac informácií, než z individuálnych rozhovorov. Počas víkendového pobytu je snaha kopírovať režim, ktorý prebieha v diagnostickom centre a rodičia môžu na vlastnej koži zažiť, čo dieťa absolvuje počas pobytu v zariadení. Rodičia sa taktiež môžu inšpirovať prácou odborníkov a niektoré prvky preniesť do svojej vlastnej výchovy (Murínová 2010).

Stretnutia rodičov a detí

Prvá úloha spočíva v predstavení rodín, ktoré sú na stretnutí po prvý krát. V úvodnej časti rodičia definujú tri základné pozitívne vlastnosti dieťaťa a následne uvedie dieťa tri pozitívne vlastnosti každého zo svojich rodičov. Je veľmi prekvapivé, že rodičia majú často

problém nájsť tri pozitívne vlastnosti svojho dieťaťa. Následné sa hovorí o tom, „kto má čo nové“ a realizuje sa aktivita, ktorá sa zvolí vzhľadom na potreby skupiny. Poslednú časť stretnutia tvoria „chvilky pre rodičov“, kde majú rodičia priestor na realizáciu svojich aktivít.

V rámci týchto stretnutí je cieľom zmeniť postoje rodičov voči deťom - nehanbiť sa za svoje deti, zistiť, že nielen v deťoch je chyba, že aj oni veľmi často zlyhajú, ale majú vôľu sa komunikovať, hľadať kompromisy a dohodnúť sa, lepšie pracovať s príkazmi. Rodičia majú šancu zmeniť svoj odmietavý postoj voči dieťaťu, „nelámu nad svojím dieťaťom palicu“. Často pochopia, aké chyby robia pri výchove a kde sa majú obrátiť s prosbou o pomoc (Bryndzák, 2011).

Bryndzák (2011) uvádza, že rodina sa veľmi rada a ochotne zapája do riešenia problémov dieťaťa umiestneného v diagnostickom centre. Napr., ako vyplýva z analýzy databázy anamnestických údajov zaznamenaných pri príchode dieťaťa do diagnostického centra v Záhorskej Bystrici, na riešení problémov dieťaťa sa zúčastňujú hlavne matky, starí rodičia a niekedy obaja rodičia - aj keď zväčša chýba otec, ktorý je neustále v práci, poprípade o spoluprácu nemá záujem. Väčšina rodičov je veľmi ochotných a spolupracujúcich, napriek tomu sa nájdu aj rodiny, ktoré ihneď na začiatku prezentujú svoj nezáujem o spoluprácu. Autor uvádza, že aktívnejší sú rodičia detí, ktoré sú umiestnené v diagnostickom centre na základe dobrovoľného pobytu. Pokiaľ je dieťa umiestnené na základe súdneho rozhodnutia, rodičia zväčša nemajú záujem o spoluprácu. Najmenší záujem prejavujú rodičia detí, ktoré prišli z detského domova.

Autor ďalej uvádza, že každý rodič má určité predstavy o pobyte svojho dieťaťa v diagnostickom centre.

Očakávania rodičov o procese reedukácie a resocializácie v diagnostickom centre

Bryndzák (2011) uvádza nasledovné očakávania rodičov od pobytu dieťaťa v diagnostickom centre:

Tabuľka 1: Očakávania rodičov detí od pobytu dieťaťa v diagnostickom centre v Záhorskej Bystrici

Výsledok reedukačného procesu	Percento Respondentov
Zodpovednosť u detí	25%
Zlepšenie správania	25%
Zlepšenie komunikácie	16%
Vzdelanie	18%
Disciplína	11%
Pretrhnutie vzťahov s doterajšou partiou	5%

Zdroj: Bryndzák, 2010

Rodičia zväčša očakávajú zmeny na strane dieťaťa a nevedia si určiť takzvané zrkadlo na seba, na svoje vlastné rezervy.

V prípade diagnostického centra pre deti a mládež ide o školské prevýchovné zariadenie, v ktorom primárne prebieha hlavne reedukácia a diagnostika, a práve proces resocializácie spočíva v prevýchove dieťaťa umiestneného do diagnostického centra. V rámci práce s dieťaťom v diagnostickom centre sa prelína reedukácia, diagnostika, socializácia ako aj resocializácia. Resocializácia v diagnostickom centre spočíva v príprave dieťaťa na návrat do bežného života.

Resocializácia je proces transformácie identity, v rámci ktorej sa ľudia túžia naučiť nové roly spolu, s odúčaním sa niektorých aspektov tých starých. Potreba učiť sa novým rolám môže prameniť z dobrovoľných či nedobrovoľných zmien ich statusu. Pokiaľ požiadavky roly v rámci nového statusu sú v konflikte s jedincovou skoršou alebo primárnou

socializáciou, môže byť proces resocializácie nevyhnutný. Tento proces často požaduje odučenie sa internalizovaných noriem, hodnôt, presvedčení a praktík, aby bol nahradený novými, ktoré sú považované za primerané novej roly (Morisson, 2007).

Resocializácia je postup prevýchovy, úlohou a cieľom je zmierniť alebo prekonať dlhodobú sociálnu núdzu jedinca, núdzu, do ktorej sa jednotlivec dostal a dôležité je zabrániť opakovaniu tejto núdze. Podstatné je prinavrátiť jedinca do prostredia, z ktorého sa vymanil (Šrobárová, 2011).

V každom prípade, osoba musí prijať novú identitu ako profesionalizované a inštitucionalizované poňatie svojho, „ja“ a musí prijať nové spôsoby ako pristupovať k sebe a k iným. Správanie a hodnoty, ktoré sú dieťaťom považované za bežné, sú považované za deviantné a nežiaduce, preto musia byť v nových situáciách odučené (Morisson, 2007).

Resocializácia v diagnostickom centre pre deti a mládež

Diagnostické centrá nie sú resocializačnými strediskami a neposkytuje sa v nich resocializácia v zmysle, akom sa chápe na našom území, t.j. ako prinavrátenie a primerané fungovanie v spoločnosti najmä drogovovo závislých osôb. V diagnostickom centre prebieha najmä reedukácia a diagnostika.

Labáth (2004) uvádza, že práve resocializácia je súčasťou prevýchovy a práve prevýchova je poslaním diagnostického centra. V rámci resocializácie v diagnostickom centre sa pracuje najmä na zmene postoja k doterajšiemu správaniu.

Hartl a Hartlová (2010) uvádzajú, že proces resocializácie spočíva najmä v opätovnom zaradení jedinca do spoločnosti, pričom tento proces využíva rôzne poradenské a taktiež aj terapeutické prvky. V rámci procesu resocializácie sa taktiež využívajú reedukačné prvky a systémy. Podľa autorov hlavný cieľ spočíva v rozširovaní a upevňovaní schopností a správneho rozhodovania sa u jedinca a vo vylučovaní nepriaznivých vplyvov, ktoré sa vyskytujú v sociálnom prostredí z ktorého jedinec pochádza. Dôležité je, aby jedinec dokázal fungovať v prospech spoločnosti, ale najmä v prospech seba. Môžeme povedať, že aj v tomto spočíva úloha diagnostického centra v rámci procesu resocializácie detí umiestnených do diagnostického centra. Ako uvádzajú autori, proces resocializácie využíva rôzne terapeutické prvky.

V diagnostickom centre prebieha aj ranná, poobedná a večerná komunita. Ako uvádzajú Murínová a Šmilňák (2010), je komunita stretnutím všetkých detí a pracovníkov všetkých oddelení, realizuje sa každý deň v rovnakom čase a vytvára priestor najmä pre sociálne učenie. Autori taktiež uvádzajú, že deti počas komunity prednášajú svoje návrhy, pochvaly ale aj sťažnosti. Komunita vytvára tlak na účastníkov, prezentujú svoje problémy, návrhy, čo deti učí riešiť vlastné problémy otvorene.

Poláchová a Bryndzák (2010, s. 65) uvádzajú: „*Pokiaľ chceme hovoriť o úspešnej resocializácii dieťaťa, je potrebné poznať samotné dieťa, jeho potreby, to ako sa samo vníma, ale aj jeho zlyhávania, pravdivé príčiny umiestnenia do diagnostického centra*“.

Labáth (2004) tvrdí, že v špeciálnych výchovných zariadeniach, akým je aj diagnostické centrum, prebieha komunitný ako aj režimový systém. Môžeme povedať, že v zariadeniach prebiehajú rituály, ktoré následne emočne spájajú klientov a uľahčujú im prispôbenie sa, ale aj odchod zo zariadenia. V úvodnej fáze príchodu do diagnostického centra, ktorá sa môže nazvať orientačno-motivačná, sa dieťa oboznamuje s režimom zariadenia, hodnotením, podmienkami pobytu. Môžeme povedať, že dieťa nabieha na diagnostický a reedukačný pobyt.

Následne prebieha reedukácia a diagnostika, ktoré sa počas pobytu neustále prelínajú a v rámci týchto procesov sa zisťujú potrebné informácie o dieťati a o možnostiach práce s dieťaťom.

V diagnostickom centre prebieha presne stanovený režim, v rámci ktorého si deti musia plniť povinnosti, učia sa sociálnym zručnostiam, chodia do školy. Počas celého pobytu v zariadení musia dodržiavať časový harmonogram, ktorý je v diagnostickom centre pevne stanovený.

Ako sme už uviedli, v diagnostickom centre ide najmä o diagnostiku a reedukáciu. Autori Průcha, Walterová a Mareš (2009) uvádzajú, že pri reedukačnej starostlivosti sa realizujú prostriedky, ktoré sa orientujú na to, aby smerovali k výchovnému štýlu. Autori uvádzajú ako príklad liberálny a demokratický štýl. Tieto prostriedky a postupy sa nazývajú metódy výchovy. Osobitnú skupinu tvoria vyučovacie metódy, k nim patria napríklad odmeny a tresty alebo pôsobenie prostredníctvom príkladov a príkazov. Autori uvádzajú, že reedukácia je úsilie rozvíjať osobnosť človeka, a to po osobnostnej stránke, ako aj snaha o jeho spoločenskú zmenu s využitím špeciálno-psychologických metód.

Úlohou prevýchovy - reedukácie je rozvinúť správnym smerom nevyvinuté vlastnosti jedinca (Hartl, Hartlová, 2010). V tom taktiež spočíva resocializácia v diagnostickom centre.

Ako sme uviedli, do diagnostického centra pre deti a mládež sú najčastejšie umiestňované deti s poruchami správania. Lechta uvádza (2010), že v súčasnosti narastá počet detí s poruchami správania, a tým pádom aj narastá počet žiadostí na dobrovoľný pobyt v diagnostickom centre. Autor taktiež uvádza, že cieľom reedukácie je zmena osobnosti a jej vlastností, kvality týchto vlastností.

Navrátil a Mattioli (2011) uvádzajú, že hodnotiaci systém a režim sa využívajú ako zásadný nástroj prevýchovy. Jednou z možností, ako potlačiť nežiaduce správanie u detí, sú takzvané odmeny a tresty. V diagnostickom centre majú odmeny a tresty efektívny účinok a najmä pôsobia na dieťa prevýchovne.

Čapek (2008) hovorí, že trest je pôsobenie, ktoré je prepojené so správaním jedinca a toto správanie vyjadruje negatívne hodnotenie. Trest prináša vychovávanému obmedzenie jeho potrieb a veľmi často aj frustráciu. Autor taktiež definuje odmenu, a hovorí, že odmena je pôsobenie spojené s pozitívnym chovaním jedinca a prináša vychovávanému radosť a najmä uspokojenie jeho potrieb.

Počas pobytu dieťaťa v diagnostickom centre sa pedagógovia snažia najmä pôsobiť na dieťa cestou pozitívnej motivácie, skôr chváliť než trestať.

Levická (2008) uvádza, že režimové zariadenia majú určené pravidlá, ktoré vyplývajú z vnútorných noriem a tieto normy sú platné pre deti ako aj pre personál. Diagnostické centrum patrí medzi takéto zariadenia.

Filip (2014) tvrdí, že edukácia je jeden z hlavných nástrojov, ktoré vedú k dosiahnutiu stanovených cieľov procesu resocializácie. Je to proces, ktorý nezačína ani nekončí v inštitucionálnom priestore. Resocializácia je proces, v rámci ktorého prebiehajú rôzne procesy, ktoré pôsobia a formujú jednotlivca. Autor ako príklad uvádza proces výchovy a vzdelávania. Účinnosť a vyváženosť týchto procesov môže mať priaznivý vplyv na jedinca.

Diagnostické centrá využívajú proces výchovy a vzdelávania na resocializáciu detí umiestnených v diagnostickom centre, keďže v prípade týchto zariadení ide o prevýchovné zariadenie. Diagnostické centrum sa snaží o prinavrátenie detí do bežného života a ich plnohodnotné fungovanie.

Úloha sociálneho pracovníka v diagnostickom centre pre deti a mládež

Z pohľadu sociálnej práce je potrebné aj s ohľadom na naplnenie vyššie uvedených cieľov a poslania diagnostického centra uvedomiť si resp. vnímať ako nevyhnutný fakt, že pri riešení sociálnych problémov klientov je pri stálom nedostatku pracovníkov prvoradá úloha dostatočnej a efektívnej komunikácie (Špánik, 2009, s.206). Komunikáciu všetkých zainteresovaných strán.

V náplni práce sociálneho pracovníka v diagnostickom centre pre deti a mládež sa prelínajú viaceré funkcie. Sociálny pracovník je tým, kto veľmi často dieťa prijíma do diagnostického centra a taktiež veľmi často participuje pri vstupnom pohovore s dieťaťom. Niekedy je vstupný rozhovor s dieťaťom výsostne v kompetencii sociálneho pracovníka, ale taktiež tento rozhovor môže dieťa absolvovať u liečebného pedagóga a psychológa. Sociálny pracovník po ukončení rozhovoru zapíše tento rozhovor do takzvaného diagnostického protokolu. Úvodný, respektíve vstupný rozhovor slúži na ozrejenie prostredia, v ktorom určitý čas dieťa bude žiť a slúži na to, aby sa dieťa s prostredím zoznámilo.

Úlohou sociálneho pracovníka je administratívna stránka prijatia dieťaťa, skompletizovanie jeho spisovej dokumentácie, taktiež vyplňa anamnestické údaje, dohoduje termín prijatia dieťaťa do diagnostického centra, ako aj jeho premiestnenie do iného zariadenia. Všetky získané údaje ukladá do diagnostického obalu. Sociálny pracovník taktiež prepúšťa deti, a to po organizačnej stránke, fyzicky aj administratívne.

Sociálny pracovník vykonáva hlavne sociálnu diagnostiku, ale jeho práca spočíva aj v sociálnom poradenstve.

Levíková (2003, s. 43) uvádza, že správne stanovená sociálna diagnóza obsahuje sociálnu anamnézu. Podľa autorky sociálna anamnéza: „*obsahuje informácie:*

- *osobnosti klienta,*
- *vzťahoch klienta k jeho užšiemu i širšiemu sociálnemu prostrediu,*
- *o situácii, v ktorej sa klient nachádza,*
- *reálny popis všeobecnej situácie, v ktorej klient žije, čiže z jeho širšieho či užšieho sociálneho prostredia“.*

V kompetencii sociálneho pracovníka v diagnostickom centre je aj vypracovať anamnézu dieťaťa umiestneného do diagnostického centra:

- na základe informácii od sociálnej kurately,
- od rodičov dieťaťa, umiestneného v diagnostickom centre (informácie taktiež od náhradnej rodiny a inštitúcie),
- od samotného dieťaťa (ako aj jeho bližšieho sociálneho prostredia, a to školy, známych).

Sociálny pracovník je taktiež povinný do troch dní od umiestnenia dieťaťa do diagnostického centra písomne informovať ÚPSVaR v mieste bydliska rodičov dieťaťa, popri prípade zákonných zástupcov, ako aj príslušný súd. Jeho úlohou je komunikácia s rodičmi, so sociálnymi kurátormi, školami, súdmi. Taktiež sa sociálny pracovník zúčastňuje na pojednávaniach, na ktoré sú predvolané deti, ako aj účasť na výsluchoch, pokiaľ je dieťa vypočúvané policajtm. Úlohou je aj vymáhanie platieb za pobyt v diagnostickom centre a vymáhanie dlžôb od rodičov.

Súčasťou práce sociálneho pracovníka v diagnostickom centre je priama práca s umiestneným dieťaťom, udržuje s dieťaťom najmä individuálny kontakt, ale taktiež je súčasťou diagnostického tímu. Sociálny pracovník vedie terapeutickú komunitu, hodnotí správanie detí. Počas pobytu dieťaťa v diagnostickom centre sa sociálny pracovník zúčastňuje na poradách diagnostického oddelenia. Taktiež je aktívny na komunitných stretnutiach a psychoterapeutickej skupine.

Z uvedeného popisu vyplýva náročnosť a zodpovednosť sociálneho pracovníka v diagnostickom centre. V tejto súvislosti sa jednoznačne stotožňujeme s tvrdením Špánikovej (2013, s. 225), že rozhodujúcim faktorom v procese zvyšovania kvality v sociálnej sfére sú ľudské zdroje a v rámci ich kompetentnosti je potrebné vytvárať podmienky aj pre zabezpečenie ich kontinuálneho vzdelávacieho rastu. Ten podľa nás vytvára predpoklad nielen pre prípadné udržanie, ale významné zlepšenie kompetencií a kompetentnosti sociálneho pracovníka.

Záver

Diagnostické centrá sa snažia o to, aby dieťa dokázalo primerane fungovať po návrate domov, apelovať na rodičov, aby pracovali na vzťahoch v rámci rodiny, aby vytvárali pevný režim pre deti aj v domácom prostredí. Je veľmi dôležité, aby rodina na sebe zapracovala, aby sa rodičia snažili vytvoriť deťom režim, pravidiel aj po absolvovaní pobytu.

Bolo by preto potrebné v rámci efektívnej resocializácie:

- vytvoriť účinný program na monitorovanie detí, po pobyte dieťaťa umiestneného v diagnostickom centre, ktorým by bolo možné získať relevantné informácie o účinnosti resocializácie dieťaťa v diagnostickom centre,
- apelovať na vytvorenie pravidelnejších stretnutí rodičov, detí a personálu po absolvovaní pobytu dieťaťa umiestneného v diagnostickom centre,
- aspoň raz ročne organizovať stretnutia všetkých rodičov, detí a personálu diagnostických centier, oboznamovať sa s úspešnosťou resocializácie, s tým ako sa deťom darí,
- viac apelovať na pozíciu sociálneho pracovníka v diagnostickom centre, aby jeho pozícia nespočívala iba v administratívnej stránke, ale, aby sa zúčastňoval stretnutí rodičov a detí, kde by s ďalšími pracovníkmi diagnostického centra pracoval na sanácii rodinných vzťahov.

Efektívnosť procesu resocializácie a reedukácie si vyžaduje dosiahnutie synergického efektu vyplývajúceho z činnosti všetkých pracovníkov, medzi ktorých radíme aj sociálneho pracovníka. V sociálnej sfére, ktorej poslaním je zabezpečenie určitej (možnej) kvality života klientov, prípadné odkladanie rozhodnutí (tzv. prokrastinácia) ohľadom veľkého percenta záležitostí zvyšuje pravdepodobnosť škodlivého dopadu na klienta (Špánik, 2009, s. 239). Preto nielen jednoznačné vymedzenie kompetencií a kompetentnosť pracovníkov všetkých profesií v diagnostickom centre, ale aj zabezpečenie efektívnej komunikácie v ich každodennej práci vytvára predpoklady pre optimálne fungovanie zariadenia.

Zoznam bibliografických odkazov

- BRYNDZÁK, P. a J. POLÁCHOVÁ, 2010. Príčiny umiestňovania detí do diagnostických centier. In: *Križovatky II: recenzovaný zborník z medzinárodnej konferencie „Škola alebo výchova“*. Bratislava: Maclix, s. 66-73. ISBN 978-80-969-253-3-9.
- BRYNDZÁK, P. a J. POLÁCHOVÁ, 2011. Príčiny umiestňovania detí do diagnostických centier. In: *Sociálna patológia rodiny*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, s. 36-44. ISBN 978-80-8132-000-2.
- ČAPEK, R., 2008. *Odměny a tresty ve školní praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1718-0.
- FILIP, M., 2014. Význam andragogickej intervencie v procese resocializácie. In: *Intervencia, terapia, resocializácia v systéme sociálnej pomoci*. Ružomberok: VERBUM, s. 25-29. ISBN 978-80-561-0123-0.
- HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- LABÁTH, V., 2004. *Rezidenčná starostlivosť*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca. ISBN 80-89185-03-7.
- LECHTA, V., 2010. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-679-7.
- MORRISON, L., 2007. *Resocialization*. [online]. Blackwell Encyclopedia of Sociology online [cit. 2014-11-02]. ISBN 9781405124331. Dostupné z: http://www.sociologyencyclopedia.com/public/tocnode?query=Santana+Schneider+social+capital&widen=1&result_number=10&topics=id2246449&from=search&id=g9781405124331_yr2012_chunk_g978140512433124_ss1-59&type=or&fuzzy=0&slop=1#citation

- MURÍNOVÁ, L., 2010. Práca s rodinou detí s poruchami správania v diagnostickom centre. In: *Mosty k rodine*. Roč. 1, č. 1, s. 14-15. ISSN 1338-2713.
- MURÍNOVÁ, L. A M. ŠMILŇÁK, 2010. Prieniky výchovy, vzdelávania a terapie u detí s poruchami správania v diagnostickom centre. In: *Križovatky II: recenzovaný zborník z medzinárodnej konferencie „Škola alebo výchova“*. Bratislava: Maclix, s. 75-82. ISBN 978-80-969-253-3-9.
- NAVRÁTIL, S. a J. MATTIOLI, 2011. *Problémové chování dětí a mládeže: jak mu předcházet, jak ho eliminovat*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3672-3.
- PRUCHA, J., E. WALTEROVÁ, E. a J. MAREŠ, 2009. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-647-6.
- ŠPÁNIK, M., 2009. Možnosti znalostného manažmentu pre zníženie vplyvov prokrastinácie v práci manažéra v sociálnej sfére. In: *Týždeň vedy a techniky na PF KU v Ružomberku. Zborník prednášok z týždňa európskej vedy v Ružomberku. 24. – 28.11.2008*. Ružomberok: PF KU v Ružomberku, s. 200-207. ISBN 978-80-8084-426-4.
- ŠPÁNIK, M., 2009. Znalostný manažment a jeho vplyv na prokrastináciu pri rozhodovaní manažéra v sociálnej sfére. In: *Konferencia „2. sympózium Manažment '09“*. Zborník príspevkov zo sympózia. Žilina, apríl 2009. Žilina: FRI ŽU v Žiline, EDIS – vydavateľstvo ŽU v Žiline, s. 234-240. ISBN 978-80-554-0063-1.
- ŠPÁNIKOVÁ, M., 2013. Význam celoživotného vzdelávania v procese profesionálneho rastu pracovníka pomáhajúcej profesie. In: *Studia Scientifica Facultatis Paedagogicae Universitas Catholica Ružomberok*. Ružomberok: Verbum, s. 215 – 227. ISSN 1335-2232.
- ŠROBÁROVÁ, S., 2011. *Intervencia, resocializácia a terapia v sociálnej práci*. Ružomberok: VERBUM. ISBN 978-80-8084-715-9.
- VANCÁKOVÁ, S., 2013. Rezidenciálna sociálna práca -ústavné zariadenia pre deti. Vývoj a súčasný stav na Slovensku a vo vybraných krajinách EÚ. In: *Rezidenciálna sociálna práca na Slovensku*. Prešov: Vydavateľstvo Michal Vaško, s. 57-84. ISBN 978-80-7165-914-3.
- Vyhláška Ministerstva školstva Slovenskej republiky 323/2008 Z. z. o špeciálnych výchovných zariadeniach.

Kontakt na autorky

PhDr. Soňa Šrobárová, PhD.

PhDr. Lenka Štefáková, PhD.

Katedra sociálnej práce

Pedagogická fakulta, Katolícka univerzita v Ružomberku

Hrabovská cesta 1, 034 01 Ružomberok

e-mail: sona.srobarova@ku.sk, lenka.stefakova@ku.sk

Logoeducation in social work

Ewa Rys (PL)

Abstract

Intentional and organized social assistance is focused on the realization of the property of others (social group, or institution). The application of social work in logoeducation means use them in working with clients including logotherapy. In order to apply a correct offer spiritual support to clients of social work who work in the area of helping should: to deepen knowledge of the dimension of the noetic man, construct programs spiritual help so that they are adequate to the possibilities of their receipt by the needy and attractive - which will allow them to awaken internal motivation to concern for their own existence, and to engage in work on themselves, deepen the appropriate knowledge and skills that allow to work with clients in the area of the meaning of life.

Keywords: Social work. Logoeducation. The meaning of life. Spiritual support.

The main areas of assistance in the framework of social work include, among others, working with families and children at risk, and the pathological, the organization of care to dependent persons, the mentally handicapped, the mentally ill, the animation of life of local communities, social activities, health promotion (communication of health issues, awareness of rights and the possibility of using protection services health, supporting those who help taking care of people in emergencies, influencing policy makers to promote health). Interests social workers are concentrated around the human experience and suffering and the possibility of overcoming human crises. The aim of social work is to understand the causes of the suffering, support the weak and helpless, to improve the human condition.

The essence of the actions of social workers is to provide such support to people in crisis, which is based on the motto: helping you so that you continue to himself advised. Professionally trained to perform these actions worker practical actions should be based inter alia on the interdisciplinary knowledge about the man, his multidimensional nature regularities of development and its threats, existential challenges, the causes and course of life crises. Particularly noteworthy are the issues related to the spiritual dimension, especially with a sense of the meaning of existence. Rank these issues associated with the panoramic view of such problems as: the affirmation of life, self-acceptance, awareness of life goals, a sense of freedom, the assessment of the future attitude to death. From the point of view of making efforts difficulty the existence of these matters are crucial, as they represent not only the interpretation of the understanding of self and reality, but also the motivating force, which translates into the intensity of life satisfaction and willingness to life in general.

A man in a crisis situation, it is primarily a person exposed to danger on all these aspects of spiritual development. The results of numerous studies show that with decreasing levels of sense of life growing sense of depression, sadness, anxiety, pain, noopsychosomatic disorders that block the development potential of the individual and the desire to make efforts to overcome the crisis. There is a sense of powerlessness, helplessness, apathy, depression, sadness, anxiety, pain, noopsychosomatic disorders, a person expects from other aid and assistance (Ryś 2016).

The whole point of the activities of a social worker is therefore primarily to help a man in crisis. Mitigate the effects of the crisis in the emotional area (stress, conflict, the situation difficult, traumatic events criticism, frustration, etc.) is to restore the disturbed balance of mental, emotional and physiological areas (Sęk 2001). A person experiencing an emotional

crisis generally feels helpless and vulnerable in the sense of intellectual, emotional and behavioral. Clients of social work who feel harmed, often experience a crisis of confidence in others, the crisis of the community (family) or existential crisis associated with the loss of sense of life (Kubacka-Jasiecka 2005; Płużek, Jacyniak 2006). The man in the crisis generally has a sense of loss of control of your life. Pending such support, which will allow him to meet the unrealized needs. Choosing the type of support provided to the client of social work (emotional support, information, instrument, property, or spiritual) depends on the assessment of the social worker. The choice is to call the person in need conviction that it can overcome difficulties, enhance control of their lives, strengthen their self-esteem, reduce the insecurity of personal and relatively alone to cope with difficulties.

Intentional and organized social assistance is focused on the realization of the property of others (social group, or institution) (Mausch 2016). Good it is to benefit the needy help meet their needs, to overcome the deficit, which is experiencing.

A social worker assist by providing their own knowledge, experience, lived by himself values and activating the client. The point is that his client take over their fate into their own hands to independently make decisions, to build confidence in yourself as a person and strive to live an authentic spiritual values. This is therefore a need for the acquisition of self-efficacy in action, a sense of agency and ability to enter into a positive relationship with the environment. In the interaction with the social worker the person in crisis should receive such assistance, which will allow it, among others, to recognize their own resources and sources of support in the social environment, to protect it from a sense of loneliness, hopelessness, helplessness. The man in need of entrusting the social worker in a sense, its own existence, which can not cope, which can be for him in itself and difficult, and embarrassing and risky.

Suffering, a sense of injustice, injustice, hardship overload, in a special way contribute to formulating further questions about the meaning of life, its direction, the possibility (Längle 2016). A person awaiting help expects from a social worker of such actions, which will be beneficial for her and will allow to overcome the difficult situation, due to eg. The loss of jobs, poverty and disease. The customer expects that the social worker has the appropriate knowledge, skills, wants to help and feel compassion for his situation.

Therefore, the people who benefit from the institutional forms of care, often lose hope, they feel hurt, weak, lonely, rejected, unwanted, sick, require care psycho - spiritual. What is needed is to create the conditions to restore self-esteem, reintegration internal purposes and find meaning in life, build a positive thinking about the future.

Logotherapy and resulting from the logotherapy, understood by Frankl as "psychotherapy focused on the sense of" (as the meaning of human existence and the search for meaning), aim to help man to find, sometimes deeply hidden meaning of life (Mausch 2016). The results of empirical research show that the sense of actually plays a key role in the psychological (and existential) human resources. Numerous studies confirm the position of Frank that 1) will make sense is the main motivating force for life and plays a key role in the formation of mental disorders and their prevention, and that 2) the person who found the meaning of life gained strength conducive to recovery and dealing the difficulties (Ryś 2012). Disturbances sense of life can lead to frustration, existential, and consequently cause mental health disorders.

With the weakening of mental health coincides increase in psychosomatic disorders, as indicated by the results of K. Mausch (Mausch 2008). Frankl's position implies the recognition that every person, regardless of age and situation in which it is located, has its own unique vocation and mission, whose aim is to fulfill a specific task (Frankl 1998). But it is not just about to ask at all about the meaning of life, but especially for it to realize that this question requires its own, individual response. Life poses to everyone question, and the only solution, understood as a response, is responsible for its own existence. Logotherapy takes the

view that man has the potential personal potential (Ryś 2016), on the basis of which can achieve a sense of accomplishment own existence, despite the current, even traumatic conditions of their own situation. Most often a feeling of loss of own resources, or access to, has its source in: 1) the sense of lack of internal agreement of how to live, 2) feeling the absence of dialogue with internal or external. Pathogenic effect of these factors is associated with undermining the existence resulting from disturbances in the areas of existential motivation.

To better understand himself man asks: 1) whether there may be within the limits of a situation in which it is located, 2) the value of your life (relationships into your life), 3) of its identity (for consent to being the way it is ; or in the conditions in which lives can be yourself, whether it is on the acquiescence of others; or must hide, take the mask and how to feel about that; whether it accepts this state of affairs), 4) the future (if he sees each other in the context of sense; if he knows what he should do, what he thought about his life) (Längle 2004). Interference (lack motivation existential) lead to disturbances in various fields and areas of human life and are conducive to the formation of: fear of life, depression, personality disorders, the loss of understanding and meaning of their own existence, the meaning of his own existence, which results in a sense of emptiness, meaninglessness and contributes to addiction, suicide.

Loss of sense of life, which manifests itself in the experience existential emptiness is the result of: 1) lack of purpose in life (no link present positive designing the future), 2) lack of values that justify the action as relevant, as an incentive activity on what is good and true, 3) lack of self-efficacy (loss of sense of direction and control, of being the perpetrator of the action), 4) lack of self-esteem (negative view of self, there is no reason to think of himself as a person of good and valuable) (MacKanzie, R.F. Baumeister 2014). By Alfred Längle suffering existential occurs when breached the relationship of contexts life of the individual in the area of its relationship with: 1) the terms of the reality in which he lives, which is expressed in the sense of lack of acceptance of these conditions, 2) his life and the affirmation of existence, accompanied by loss of interest in life and motivation, 3) oneself and others, which creates a sense of emptiness, self-alienation, loneliness, 4) the requirements of the situation and the horizon of life, resulting in a lack of commitment, a sense of meaninglessness, loss of foresight time (Längle 2004). Clinical studies have known that the loss of the meaning of life is expressed in its low intensity.

The application of social work in logoeducation means use them in working with clients including logotherapy. The basic condition for the proper help is primarily to adapt support to the actual needs of the people assisted and the conditions of her life (Brzezińska 2005). In order to apply a correct offer spiritual support to clients of social work who work in the area of helping should: to deepen knowledge of the dimension of the noetic man, construct programs spiritual help so that they are adequate to the possibilities of their receipt by the needy and attractive - which will allow them to awaken internal motivation to concern for their own existence, and to engage in work on themselves, deepen the appropriate knowledge and skills that allow to work with clients in the area of the meaning of life.

Using of logoeducation in their daily work with clients can use the process of finding their meaning in life, giving meaning to their own experiences, and take responsibility for existence. Supporting the client in the process of rebuilding confidence in himself and others, to give meaning of lived suffering, means aid in finding hope, values, strength, sense of engaging in future tasks. In social work, you can take action in the areas of existential, which will allow the customer to make an effort in the process: the consent of the world (living conditions), the consent of life (like life), consent for themselves (self-acceptance), the consent of the future (involvement) (Längle 2016).

Bibliography

- BRZEZIŃSKA, A. I., 2005. Jak skutecznie wspomagać rozwój? In: A.I. BRZEZIŃSK (red.). *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdańsk: GWP. ISBN 978-83-7489-431-9.
- FRANKL V. E., 1998. *Homo patiens*. Warszawa: Warszawa Inst. Wydawn. ISBN 9788321105246.
- KUBACKA-JASIECKA D., and K. MUDYŃ, 2004. *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i możliwości*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek. ISBN 8373228446.
- LÄNGLE A., 2004. Cierpienie – wyzwanie egzystencjalne Rozumienie, postępowanie i radzenie sobie z cierpieniem z perspektywy analizy egzystencjalnej. In: R. JAWORSKI, A. RUSAK and W. SIMON (red.). *Wobec cierpienia*. Płock: Płocki Instytut Wydawniczy, 219-236. Dostępne z: http://laengle.info/userfile/doc/Wobec_cierpienia---Why-suffer-2003.pdf
- LÄNGLE A., 2016. *Gdy rodzi się pytanie o sens. Praktyczne zastosowanie logoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Barbelo. ISBN 978-83-64299-28-5.
- MACKENZIE, M. J., and R. F. BAUMEISTER, 2014. Meaning in life. Nature, needs, and myths. In: A. BATTYANY and P. RUSSO-NETZER. *Meaning in positive and existential psychology, eds.*, New York: Springer, pp. 25-37. ISBN 978-1-4939-0307-8.
- MAUSCH K., 2008. Zdrowie w perspektywie pracy socjalnej. Ružomberok
- MAUSCH K., 2016. Logoteoria i logoterapia według Viktora E. Frankla. Czy potrzebna jest logoedukacja w pracy socjalnej ? „Praca Socjalna”. 31(3). pp 3-11.
- PŁUŻEK Z., and A. JACYNIAK, 2006. Świat ludzkich kryzysów, Kraków: WAM. ISBN 8373186840.
- RYŚ E., 2016. O sensie życia. In: MATYSIAK-BŁASZCZYK A., and E. WŁODARCZYK (red.). *Pedagogika w społeczeństwie – społeczeństwo w pedagogice. Księga Jubileuszowa poświęcona Profesorowi Jerzemu Modrzewskiemu w 70. rocznicę urodzin*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe uam. ISBN 978-83-232-3022-9.
- RYŚ E., 2012. Poczucie sensu życia w kontekście transplantacji In: A. DYMER (red.). *Transplantologia. Oczekiwania – Możliwości – Granice*. Szczecin: Wydawnictwo Kadruk. ISBN 978-83-61233-11-4.
- SEK H., 2001. *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Scholar. ISBN 83-88495-66-6.

Contact

prof.nadzw.dr hab. Ewa Ryś
Politechnika Koszalińska
Katedra Pedagogiki i Studiów Edukacyjnych
Polska
e-mail: rys.ewa@op.pl

Supervision in social work. The method of Michael Balint in providing mental support social workers

Karol Mausch (PL)

Abstract

The social worker should have broad skills in mobilizing people to action for individuals and groups. Looking at the particular desirable personality traits and skills of social workers can conclude that the emotional and somatic personality include: empathy, the ability to recognize emotions in themselves and others, the ability to control their own emotions and influence it, emotional balance, good mental health and psychosomatic. The personal development of social workers involved in helping groups Balint.

Keywords: Stress. Illness. Social work. Group Balint.

Introduction

Social workers are exposed to risky situations in life, including stress, burnout, illness resulting from stress and other negative consequences. Research, and professional practice suggest that among the many personality traits that need to be taken into account when selecting people to work in the field of social work, consider the following types of intelligence: 1. cognitive, 2. emotional, 3. spiritual and 4. Social. The article discusses the role and importance in the work of social workers mentioned types of intelligence.

Researchers and practitioners are increasingly devoting more attention to subjective factors 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 accomplishments (Fave 2006).

In the field of health psychology many studies indicate a need to consider the quality of life as a proper interpretation of the concept of the health perspective subjective. Furthermore, the quality of life must be considered, not only in relation to health. It is a broader concept, moving areas and activities of daily life, which does not necessarily depend on the condition of man and can go beyond physical limitations. All individuals, depending on their health status, social roles, personality, style of interaction with the environment, develop their personality which means good quality of life (Fave 2006).

Most researchers agree that health is a multidimensional construct that includes the physical, social and psychological dimensions. This approach was first expressed in the Declaration of Human Rights (1948) and reaffirmed by the World Health Organization (WHO) meeting in Alma-Ata (1986), where it was confirmed that health can not be treated only as a lack of pathological symptoms, but also to be they understand the physical and psychological well-being. At the same time it formulated the principles of a new approach to the diagnosis and treatment of diseases: created biopsychosocial model of health. Engel (Fave 2006) said limitations and weaknesses of the biomedical model of Western medicine, which focuses on the symptoms and physical ailments, and offered a broader view of the problem, focused on the patient as a person, as a carrier of specific cultural characteristics, that gives an individual sense and experience of health and illness.

International Classification of Functioning (ICF) issued by WHO in 2001, stresses the need for evaluation of health conditions from a positive perspective, ie. From the perspective of human functioning. ICF evaluated in a study of what people are currently doing in their daily lives and in the environment. This approach changes the point of view of science and study the consequences of the disease (such as discomfort or limitation of activity) on the determination of the components of health in terms of physical disease sources, daily activity and participation in social life. Salutogenetic perspective, because for her it emphasizes the active role of the person in the interaction with the environment. It is clear that two people in the same state of health may exhibit different levels of operation. It depends on variables that are different from physical condition, but not least are health related: personality traits, family support and social environment, economic and financial situation, level of education, level of knowledge of the culture, social policy.

With respect to persons engaged in professions such. Social workers, educators, teachers, therapists, etc., which rely on helping other people in vulnerable situations, health understood multidimensional feature is necessary for competent and effective action. Selection and selection of employees to these professions should therefore include a psychological evaluation, and it should take into account, among others, the level of sense of life, health noopsychosomatic and resistance to stress, etc. investigated. Social workers, probation officers, social animators have a common interest : human survival and suffering. Looking at the particular desirable personality traits and skills of social workers, beyond the appropriate level of sense of life, we can say that the emotional and somatic personality include: empathy, the ability to recognize emotions in themselves and others, the ability to reign - to the extent possible - the their emotions, emotional balance, good mental health and psychosomatic. In the sphere of cognitive and behavioral competencies to the desired social workers include: the willingness to listen, the ability to gain trust, communication, objectivity, decisiveness like. Many of these features is formed in the process of education and personality development, and depends on genetic predisposition. Competence of personality needed to act as a professional social worker can and should be developed also on the job, by participating in trainings and workshops developing emotional intelligence, improving accurate recognition and naming of emotions, their expression, control emotions, control of impulses emotional, stress management and limiting its effects, postponing the time satisfying their own desires, deepening of insight into their own psychophysical states, to develop their own spirituality, religion, communication skills, social intelligence - which consists of cognitive and emotional intelligence.

In working with people, especially with people in difficult situations, stress, phase emotional crisis, etc., Are important skills of establishing and maintaining relationships with people of different experiences with people from different cultural backgrounds, different ages, with the sick somatic and mentally (Ziakova 2008). In the activity of a social worker it is important to effective and efficient communication, both in verbal and non-verbal. The effectiveness of this communication depends on the predisposition of a social worker, and especially since his emotional intelligence.

Working in groups Balint and personal development of social workers(Mausch 1997,2010)

Michael Balint (1896-1970), a hungarian psychoanalyst, developed after World War II, in one of the clinics in London, a new concept of training medical students and doctors, based on the combination of competence of general practitioners and psychoanalyst. In the seventies of the twentieth century concepts and practical forms of vocational training and psychological support for those working in the area of helping other people, they have begun to include in Western countries with its range, except for doctors, including psychologists, educators, social workers, volunteers, teachers, etc. Application groups Balint in education and

supporting the social workers used to minimize the effects of occupational stress and to develop emotional intelligence. Balint groups organized courses serve to improve the efficiency of helping people in vulnerable situations, as well as providing psychological support to help people (Balint 1980; 1984).

The main aim of the group work Balint is to analyze the participants psychological process occurring between the donor social worker and the client. The analysis of the relationship between a person and helps obtaining the assistance is an essential subject of group work (Mausch 1997; 2010).

Social workers meet regularly once - twice a week, in a group of on average 10 to 15 people. Group leader leads, which must have the appropriate permissions. One of the members of the group presents a psychological problem, which had or have with your patient / client. A social worker gives the name of the patient, age, professional situation, family health and other important in his view information about that person. The most important is the psychological problem, which arose in relation social worker with the client, for example. May be difficulties in establishing contact, fear of the reaction of the customer submitted his information, the fear of a counselor about the health and future of the customer, other emotional reactions, which is experiencing a social worker to a client or his family members. After presenting the problem followed by a series (5-6) short questions addressed by the members of the group Balint to presenting situation in order to obtain additional information complementary picture of the event (Kielhorn 1993).

The rest of the group session, each participant group Balint has the right to say how you presented the problem of the psychological impact on him, and above all, what caused him emotional reactions, feelings that associations, ideas or fantasies caused heard the presentation. It should be noted that even the strangest, far associations and fantasies can be expressed by the participants of the meeting, you can spin fantasies about hidden, unexpressed right motives of the client and social worker, reflect and discuss further development and course of the relation in question, as well as possible alternatives the termination of this situation. This part of the session Balint is the most important from the point of view of the group, often it involves disclosure by participants of the meeting of excitement in the form of emotions, even tears, emotional expression, etc.

Common discussion group issues the client and social worker, etc., it is primarily:

- help you to understand the person assisting the client's problems and his attitude to these issues,
- improve the effectiveness and impact of aid to the customer by the helper,
- enable survival in the group Balint person assisting "catharsis" - clean, thus reducing stress and weakening its effects,
- support social worker, suggest it new solutions to problems in working with the customer, etc. (Kielhorn 1993; 1994)

Social workers by taking part in Balint groups develop their professional competence (knowledge), they form their psychological skills in action group - in confrontation with other social workers. By participating in groups Balint social workers become more resistant to stress, cope better in combating the effects of stress, are less at risk of burnout or may reduce its effects are more effective and as efficient at work, are more resistant to manipulation from customers like. According to Balint, not the amount of time devoted to the customer is the most important, but the intensity of this contact, which affect, among others, the ability of social worker for empathy, motivation to provide assistance, professional qualifications, including psychotherapy, etc. (Balint 1994).

Conclusions

Changes in social life, their complexity, intensifying pathological phenomena, make the need arises to use by social workers with skills, which is equipped with a wide range psychologist, psychotherapist, organizer of social life and others. The social worker should have broad skills in mobilizing people to action for individuals and groups. Looking at the particular desirable personality traits and skills of social workers can conclude that the emotional and somatic personality include: empathy, the ability to recognize emotions in themselves and others, the ability to control their own emotions and influence it, emotional balance, good mental health and psychosomatic. In the sphere of cognitive and behavioral - willingness to listen, the ability to gain trust, communication, objectivity, decisiveness Radziewicz- Winnicki 1995). In shaping and developing the above-mentioned personality traits of social workers are very helpful Balint groups. Michael Balint focused in their approach to the patient on a combination of traditional methods of treatment used by biologically oriented medicine, the techniques used in psychotherapy (Mausch, Ryś 2008). Today in Balint groups, organized for social workers, need to pay attention primarily on the development of emotional intelligence of its participants and equip them with the skills to cope with stress in order to, inter alia, defense against burnout.

Bibliography

- BALINT, M., 1984. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- BALINT, M., 1980. *Psychotherapeutische Techniken in der Medizin*. Stuttgart: Klett-Cotta. ISBN 9783129008003.
- BALINT, M., a J. S. NOREL, 1994. *Funf Minuten pro Patienten. Frankfurt, 1975; Materiały 21. Międzynarodowej Konferencji Balintowskiej*. Aachen: Sondereinband. ISBN: 3518072781.
- FAVE, A., The impact of subjective experience on the quality of life, (w) Csikszentmihalyi M., Csikszentmihalyi I.S., *A life worth living*. Oxford 2006.
- KIELHORN, R., 1993. *Materiały niepublikowane z I.Symposium Balintowskiego*, Kołobrzeg.
- MAUSCH K., 2010. Zastosowanie metody Grup Balinta w pracy socjalnej. In: *“Praca Socjalna”*. 2010(6).
- MAUSCH, K., and E. RYŚ, 2008. *Duševná kondícia sociálnych pracovníkov: Noopsycho-somatická štúdia*. Ružomberok: Katolícki Univerzitet w Ružomberku. ISBN 978-80-8084-286-4.
- MAUSCH, K., 1997. Michael Balint i jego koncepcja kształcenia lekarzy w efektywniejszej pracy z pacjentem. In: *Przegląd Lekarski*. 54(12).
- RADZIEWICZ-WINNICKI, A. (red.), 1995. *Problemy i tendencje rozwojowe we współczesnej pedagogice społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
- ZIAKOVÁ, E. (ed.), 2008. *Osamelosť ako sociálny a psychologický jav. Prežívanie osamelosti vo vybraných sociálne rizikových skupinách*. Prešov: AkcentPrint. ISBN 978-80-8068-731-1.

Contact

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

Sociálne dôsledky patologického hráčstva

Social Consequences of Gambling

Vladimír Lichner (SK), Gabriela Illéšová (SK)

Abstrakt:

Príspevok sa primárne orientuje na problematiku patologického hráčstva z hľadiska jeho sociálnych dôsledkov. Prezentuje základné teoretické koncepty týkajúce sa patologického hráčstva ako i charakteristík patologických hráčov. Významné sú i dôsledky patologického hráčstva v oblastiach rodiny, sociálnych vzťahov, osobnostných problémov, školskej či profesijnej oblasti, ale i v oblasti širšej spoločnosti. Orientuje sa i na prezentáciu autorského kvalitatívneho výskumu, ktorý autori realizovali na vzorke štyroch aktuálne liečiacich sa pacientov Odborného liečebného ústavu psychiatrického Predná hora. Zisťovali sme subjektívny pohľad na najdôležitejšie oblasti dôsledkov, ktoré im patologické hráčstvo prinieslo. Významným zistením sú fakty o absencii pomáhajúcich profesií v ich prípadoch. Jedinou motiváciou pre nástup na liečbu bol sociálny tlak zo strany najužšieho sociálneho okolia. Preto sa v rámci aplikačnej úrovne zameriavame na príležitosti pre sociálnu prácu v tejto problematike.

Kľúčové slová: Patologické hráčstvo. Sociálne dôsledky. Prevencia.

Abstract

This article is primarily focuses on the problem of pathological gambling in terms of its social consequences. It presents the basic theoretical concepts related to pathological gambling as well as the characteristics of pathological gamblers. Notable are also the consequences of pathological gambling in family, social relationships, personality problems, school or career field, but also in the wider society. It focuses on presenting author of qualitative research, which the authors conducted on a sample of four patients currently receiving treatment special therapeutic institutes psychiatric Front Mountain. We examined the subjective view of the most important areas of impact which they brought pathological gambling. The findings are important facts about the absence of supporting professions in their cases. The only motivation for entering treatment was social pressure from the narrowest social environment. Therefore, in the application-level focus on the opportunities for social work on this issue.

Keywords: Gambling. Social Consequences. Prevention.

Úvod

Patologické hráčstvo sa v poslednej dobe stáva čoraz rozšírenejšou problematikou. Mnohí ľudia ani len netušia, o aký vážny problém sa jedná. Patrí medzi nelátkové závislosti, čo však neznamená, že je menej nebezpečné, ako závislosti s prítomnosťou návykovej látky.

Väčšina ľudí prišla už počas svojho života do kontaktu s hazardnými hrami. Niektorí to vyskúšajú iba pre zábavu, iní sa touto cestou snažia získať ľahko zarobené peniaze. Vždy je to ale chôdza po tenkom ľade. V prípade prehier sa ľudia snažia získať peniaze späť, v prípade výhier túžia po ďalších a ďalších. Postupom času sa bez toho aby si to uvedomovali stanú ľahko závislými. K svojej závislosti sa môžu dopracovať výberom spomedzi viacerých druhov hazardných hier, ako napríklad výherné automaty, stávky, rulety, kasína, atď. Zábavný priemysel túto formu zábavy nikdy pre ich vlastný profil nezruší, neobmedzí a nezlegalizuje. Preto je dôležité, aby sa ľudia kvôli ich vlastnej ochrane dozvedeli o hrozbách, ktoré táto zábava so sebou prináša

Patologické hráčstvo sa z hľadiska dôsledkov ničím nelíši od iných, napríklad látkových závislostí. Takmer vždy sa jedná o kombináciu niekoľkých okruhov. Zasiadnutý nie je iba samotný jedinec, ale i jeho rodina, ďalšie sociálne okolia, kariéra, či finančná oblasť. Výsledkom je veľmi často strata sociálnych kontaktov, sociálnej opory, majetku, či osobnej integrity jedinca.

Cieľom príspevku je zamerať sa na problematiku patologického hráčstva a jeho sociálnych dôsledkov v teoretickej rovine ako i prostredníctvom realizovaného kvalitatívneho výskumu. Ten poukazuje na základné príčiny a dôsledky patologického hráčstva u aktuálne liečených patologických hráčov s aplikačnými výstupmi v podobe príležitostí pre rozvoj praxe sociálnej práce pri prevencii a intervencii tohto sociálno-patologického javu.

Teoretické východiská v problematike patologického hráčstva

Patologické hráčstvo v súčasnosti predstavuje vážny spoločenský problém. Podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb je zaradené medzi návykové a impulzívne poruchy, teda nie je závislosťou. Toto chorobné hráčstvo s poruchou kontroly impulzov sa spája s kompulzívnosťou. Ide o progresívnu a chronickú poruchu, ktorej hlavným znakom je opakujúce sa hráčstvo, v dôsledku ktorého sa rozvracajú rodinné, osobné a pracovné vzťahy. Patrí k závažným poruchám osobnosti, ktorú je síce možné uzdraviť, avšak nie vyliečiť (Rác 2011). Patologické hráčstvo so sebou nesie zvýšené riziko suicidálneho konania, je teda duševnou poruchou so zvýšenou potenciálnou mortalitou (Nábělek, Vongrej 2010). Sejčová (2011) uvádza 3 základné charakteristiky, na základe ktorých je možné túto poruchu odlíšiť od iných návykových fenoménov. Jedinec trpiaci touto poruchou vie, že daný čin je v spoločnosti považovaný za negatívny a ohrozuje priamo jeho, alebo jeho okolie. Pred uskutočnením takeého činu rastie napätie, ktoré si jedinec uvedomuje a popisuje ho ako nepokoj, tlak, nepohodu, alebo výbuch energie. Pri realizácii pociťuje stav vzrušenia, alebo uspokojenia. Po dokonaní činu sa môže cítiť spokojnosť, alebo výčitky svedomia. Uvedené charakteristiky by sme mohli označiť i za základné diagnostické kritériá. Okrem toho, Americká psychiatrická asociácia (in: Nešpor 2011) vymedzuje 10 diagnostických kritérií, a to: 1. hráč sa zamestnáva hazardnou hrou (napr. znova prežíva minulé zážitky, ktoré súvisia s hrou, plánuje ďalšie hranie a premýšľa nad zdrojom prostriedkov ku nemu); 2. musí zvyšovať vklady, aby dosiahol žiaduce vzrušenie; 3. pokúša sa hru ovládať, redukovať, alebo obmedziť, avšak neúspešne; 4. pri pokusoch o redukcii hráč pociťuje nepokoj a podráždenosť; 5. hru využíva ako prostriedok ku úniku z reality od svojich problémov a zlej nálady; 6. po prehre sa hráč nasledujúci deň pokúša o opätovné získanie peňazí späť; 7. klame, aby utajil jeho zaujatie hazardnou hrou; 8. kvôli hazardnej hre sa dopustil nezákonných činov (napr. krádeže, podvody, sprenevera); 9. hra mala negatívny vplyv na jeho vzťahy, vzdelanie, zamestnanie alebo kariéru; 10. spolieha sa na druhých ako na poskytovateľov finančných prostriedkov pre hru.

Z hľadiska rozvoja tejto závislosti, rozoznáva Nešpor (2006) tri základné štádiá patologického hráčstva, a to štádium výhier (nenápadný začiatok, bez výrazných problémov, v prostredí herní sa však cíti spokojne, intenzita hrania narastá), štádium prehíer (začiatok patologického hrania, prítomná netrpezlivosť, nervozita, klamstvo, problémy v rodine, zamestnaní) a štádium straty kontroly (väčšinu času trávi v herniach, prítomné odcudzenie, strata sociálnych väzieb, častokrát súdne problémy, exekúcie, útechu často hľadá v alkohole, či ďalších návykových látkach). Hranice medzi jednotlivými fázami sú veľmi malé, a aj ich trvanie je u každého jedinca variabilné. Dôležité sú i reakcie sociálneho okolia. V ideálnom prípade je možné riešiť tento problém už v prvom štádiu, kedy nie sú škody natoľko závažné. Tu je však potrebná výrazná motivácia zo strany sociálneho okolia, ktorá by mala byť podporená práve odborníkom, na ktorého sa môže rodina, alebo samotný gambler obrátiť.

Z hľadiska samotných patologických hráčov, Ibid a Cop (2005, in: Escandon, 2012) vymedzujú osobnostné predpoklady jedinca, ktoré môžeme považovať ako predispozície vzniku gamblerstva. Osoba, ktorá má predpoklad pre vznik takejto závislosti je najčastejšie nezrelá, slabá a náladová. Je nepokojná, častokrát sklamaná, túži vyniknúť, trpí pocitmi strachu a úzkosti, raduje sa z rizika a má sklon nudiť sa. Okrem toho vymedzujú dve teórie pre vysvetlenie vzniku patologického hráčstva z hľadiska jedinca. Psychoanalytické teórie hovoria o odovzdaní sa hre ako o spôsobe potrestania sa, nakoľko pri nej hrozí vysoké riziko prehry. Hráči by sa tak mali trestať za previnenie, ktoré pokladajú za nedoriešené. Ďalšou možnosťou je infantilné a nezrelé správanie ako pokus o zastavenie alebo predĺženie erotického sebauspokojovania. Na druhej strane podľa behaviorálnych teórií je patologické hráčstvo výsledkom dlhotrvajúceho a mnohonásobného povzbudzovania takeého správania, na základe čoho sa daný návyk upevňuje už od začiatku. Behaviorálne teórie je možné overiť si napríklad pri hracích automatoch, ktoré sú zostavované na podporu návyku. Občas hráčovi doprajú výhru a podporujú ho aby hral ďalej, no ak pokračuje, zákonite nasleduje prehra. Podľa Nešpora (2006) disponujú patologickí hráči silnou vôľou. Tá sa prejavuje najmä v niekoľkohodinovom hraní bez prestávok, napriek prianiam ich blízkych, aby s hrou skoncovali. Nezastavia ich ani negatívne dôsledky, ktoré hranie v ich živote spôsobuje. Rovnakú vôľu môže aplikovať na zodpovedný a rozumný život, namiesto hazardného hrania. Patologickí hráči často trpia hráčskymi bludmi.

Podľa Turčeka (2007) sú patologickým hráčstvom viac ohrození muži, ako ženy. Muži začínajú s hraním oveľa skôr, už v období adolescencie, pričom ženy až v dospelosti. Ovplyvňujúcim faktorom je aj blízkosť a dostupnosť niektorej herne. Z hľadiska povolání sú najrizikovejšími zamestnanci a majitelia herní a barov, ľudia s nebezpečným povolaním, hyperaktívni jedinci, ľudia s veľkými a nepravidelnými príjmami, jedinci pracujúci s veľkým množstvom peňazí v hotovosti (podnikatelia), či jedinci, ktorí sa v práci nudia (napríklad taxikári). Aj Nešpor (2006) sa zameriava na ľudí ohrozených patologickým hráčstvom. Ani problémy s alkoholom, ani patologické hráčstvo nie je vrodené, no niektorí ľudia sú ním viac ohrození. Okrem už uvedených ide najmä o mladých ľudí, hyperaktívne deti s poruchami pozornosti, nezamestnaných jedincov, citovo zanedbané deti, ľudí v ťažkej životnej a sociálnej situácii, a ďalších.

Dôsledky patologického hráčstva

Patologické hráčstvo spôsobuje vznik mnohých sekundárnych problémov a negatívnych následkov. Prunner (2013) člení tieto následky hráčskej závislosti do niekoľkých skupín. Patria sem hráčske poruchy, rodinné dysfunkcie a domáce násilie, hranie mladistvých a neploletých, alkoholové a drogové závislosti, psychické poruchy a psychózy, samovražedné myšlienky, pokusy, až samovraždy, finančné problémy a kriminálne správanie. Výskyt spomenutých sociálno-patologických javov nie je u patologických hráčov náhodný a ojedinelý, častokrát sa objavujú viaceré z nich v kumulovanej forme.

Nešpor (2011) sa zaoberá sociálnymi dôsledkami z hľadiska cieľovej skupiny, ktorú najviac ohrozujú. Riziká hazardu, ohrozujúce hráča tvorí najmä stres. S ním sa spájajú aj duševné riziká, ako napríklad: rozvoj patologického hráčstva, depresie, poruchy spánku, úzkosti, suicidálne sklony, sociálne vylúčenie a osamelosť, chudoba, nezamestnanosť, bezdomovstvo a vyššie riziko kriminálnej činnosti. Rommer a Thomsen (2009, in: Nešpor 2011) zistili kauzálnu súvislosť medzi intenzitou s akou sa skúmané osoby venovali hazardu a mierou depresívnej symptomatológie. V inej publikácii Nešpor (2008) uvádza aj agresiu jedinca voči sebe a civilizačné choroby vyvolané stresom.

Ďalšou ohrozenou skupinou, ktorú Nešpor (2011) popisuje je rodina. Patologické hráčstvo vedie k jej nefunkčnosti. Často dochádza k odcudzeniu, zanedbávaniu a zneužívaniu

detí, domácejmu násiliu, sociálnej izolácii rodiny, chudobe až hmotnej núdzi. Deti patologických hráčov sú citovo a hmotne deprivované, môžu trpieť aj pocitmi viny za správanie rodičov. Príbuzní gamblers častejšie trpia depresiami, úzkosťami a zneužívaním alkoholu a drog, kvôli hanbe za člena rodiny sa izolujú od okolia, čím sa ich psychický stav ešte viac zhoršuje. Nešpor (2008) sem radí aj zhoršujúcu sa komunikáciu v rámci rodiny a ustávajúci sexuálny život.

Jedna z najohrozenejších cieľových skupín z hľadiska dôsledkov je tvorená deťmi a dospelými, u ktorých mávajú návykové choroby dramatickejší priebeh. Hráčstvo vedie k problémom v škole, nižšej úrovni vzdelania a horšiemu uplatneniu. Taktiež sa pri nich vyskytuje zneužívanie alkoholu, drog a homosexuálnej prostitúcie u chlapcov.

Patologickí hráči sú i v práci menej produktívni, dopúšťajú sa častejších chýb a kvôli nesústredenosti nie sú schopní podávať plnohodnotný pracovný výkon. Rizikami pre zamestnávateľa sú aj neskoré pracovné príchody, absencie, pracovné úrazy, sprenevery a krádeže na pracovisku.

Okrem uvedeného sú badateľné i dôsledky patologického hráčstva na širšiu spoločnosť. A to najmä z dôvodu vyšších nákladov na zdravotnú starostlivosť, nižšiu produktivitu práce, sociálne náklady v súvislosti s nižším vzdelaním, bezdomovstvo, kriminalitu a šírenie infekčných chorôb, náklady spojené s delikvenciou a kriminalitou na individuálnej úrovni, organizovaný zločin, pranie peňazí, ekonomicky nestabilné prostredie, kde vznikajú nesplateľné dlhy. Podľa Nešpora (2008) patologické hráčstvo zhoršuje kvalitu života približne 10 z 15 ľudí. Rovnaké riziká pre hráča, jeho rodinu, širšie okolie a spoločnosť uvádza aj Ingrid Hupková (2009).

Cieľ výskumu

Realizovaný kvalitatívny výskum sa orientoval najmä na zisťovanie sociálnych dôsledkov patologického hráčstva u diagnostikovaných a liečiacich sa patologických hráčov. Cieľom výskumu bolo určiť mieru a závažnosť sociálnych dôsledkov tohto typu rizikového správania ako príležitosť pre sociálnu prácu v rámci intervencie, ako aj prevencie. Cieľom takto orientovaného výskumu v aplikačnej rovine je možnosť resocializácie jedinca s rizikovým správaním so zachovaním integrity prirodzených sociálnych skupín. To je možné iba za spolupráce všetkých zúčastnených, vrátane členov najbližšej rodiny a ďalšieho sociálneho okolia. Preto nás zaujímal najmä pohľad samotných liečiacich sa patologických hráčov na dôsledky v oblastiach rodiny, ekonomickej situácie, socializácie, ale i subjektívnych zdravotných a emocionálnych následkov.

Charakteristika výskumnej vzorky a použitých metód

Výskumnú vzorku zrealizovaného kvalitatívneho výskumu tvorili 4 respondenti z resocializačného zariadenia odborného liečebného ústavu psychiatrického Predná Hora, ktorý sa nachádza v obci Muránska Huta. Predstavuje špecializované zariadenie ústavnej starostlivosti, poskytujúce zdravotnú starostlivosť pacientom so závislosťou od alkoholu a ostatných návykových látok, novodobých nelátkových závislostí, patologickým hráčom, ďalej s akoukoľvek závislosťou a súdom nariadenou ochrannou odvykacou liečbou a pacientom s duševným, alebo iným respiračným ochorením. Výber výskumnej vzorky prebiehal zámerné z aktuálne liečených pacientov v tomto ústave. Jediným kritériom bolo diagnostikované patologické hráčstvo Respondenti, ktorí sa zúčastnili kvalitatívneho výskumu boli muži v rozmedzí od 29 do 50 rokov (29, 31, 38, 50 rokov). Ani jeden z nich sa súčasne neliečil z inej závislosti.

Výskum bol realizovaný začiatkom roka 2016 prostredníctvom semištruktúrovaného rozhovoru, ktorý bol inšpirovaný dotazníkom patologického hráčstva „The South Oaks Gambling Screen“. Autorom českej verzie je Nešpor (2006). Tento dotazník bol pre účely kvalitatívneho zisťovania doplnený ďalšími autorskými otázkami. Jednotlivé témy boli vopred schválené etickou komisiou zariadenia. Semištruktúrovaný rozhovor bol realizovaný v 5 oblastiach s dôrazom na sociálne dôsledky v oblasti rodiny (dôsledky, zmeny v rodinnom živote, reakcie rodiny), ekonomickej situácie (spôsob nakladania s financiami, vývoj ekonomickej situácie v čase pred hraním, počas hrania a po hraní, vplyv na pracovnú výkonnosť, zamestnanie), zdravia (vplyv na fyzický a psychický stav, suicidiálne tendencie), sociálneho okolia (vplyv na sociálne vzťahy) a sociálnej práce (význam laickej a profesionálnej sociálnej opory, ako i názory na poskytovanú sociálnu prácu v procese liečby a resocializácie). Na základe realizovaných rozhovorov boli vypracované kazuistiky jednotlivých respondentov, ktoré sme následne spracovali vo forme spoločných predpokladov a hypotéz týkajúcich sa základných oblastí nášho záujmu.

Samotný výskum prebiehal priamo v zariadení pre liečbu závislostí prostredníctvom riadených rozhovorov v čase mimo terapií. Z každého rozhovoru bol vypracovaný záznam vo forme kazuistiky. Konkrétne odpovede v rámci rozsahu tohto príspevku nebudeme uvádzať. V nasledujúcej časti sa zameriame na spoločnú interpretáciu všetkých štyroch kazuistik prostredníctvom zistení v jednotlivých skúmaných oblastiach.

Interpretácia kvalitatívnych výsledkov výskumu

Ako sme uvádzali, v kazuistikách sme sa zaoberali problematikou patologického hráčstva u 4 vybraných pacientov z resocializačného zariadenia Predná Hora. Patologické hráčstvo v súčasnosti predstavuje vážny spoločenský problém. Zasahuje do rôznych oblastí života, preto sa v rámci interpretácie zameriavame na tie, ktoré považujeme z hľadiska praktických možností sociálnych pracovníkov pri práci s touto cieľovou skupinou za významné.

Prvou oblasťou otázok sme zisťovali rodinné dôsledky patologického hráčstva. Orientovali sme sa na reakcie rodinných príslušníkov a partnerov. Všetci 4 respondenti sa zhodli na náraste hádok, stresu, nervozity a negatívnych zmien v celkovom rodinnom živote a v rodinnej atmosfére. Vyskytovala sa však i agresivita pri zadovážení financií ako aj rozpadnutie vzťahov. Čo sa týka reakcií rodiny, u všetkých respondentov sme zaznamenali nesúhlas, odsúdenie, hádky. Respondenti vnímajú svoje partnerské vzťahy za trvalo poznačené, a bude podľa ich subjektívneho názoru náročné ich obnoviť.

Druhá oblasť kvalitatívneho výskumu sa orientovala na finančnú a pracovnú oblasť respondentov. Tí subjektívne hodnotili svoju finančnú situáciu pred, počas a po epizódach hrania. Všetku svoju aktivitu podriadili k zaisťovaniu dostatku financií pre hranie. Samozrejme sa ich finančná situácia v tomto období rapídne zmenila. Aktuálne sú všetci exekuovaní bez plateného zamestnania. Zdroje pre svoje hranie získavali najskôr od rodiny a známych, neskôr sa obrátili na rôzne, najmä nebankové inštitúcie. Finančná situácia je pre všetkých vnímaná ako najviac ťaživá, nakoľko nevedia ako sa z tejto situácie po resocializácii dostanú.

Ďalšou oblasťou bola oblasť vzťahov so sociálnym okolím. Sociálne okolie bolo vo všetkých prípadoch zdrojom finančných prostriedkov pre epizódy hrania. Pri neschopnosti splácať sa objavili negatívne reakcie sociálneho okolia, rovnako rozpady priateľstiev ako i pocity sociálnej izolácie.

V štvrtej oblasti sme respondentom kládli otázky o subjektívnom vplyve patologického hráčstva na psychické a fyzické zdravie. Respondenti zhodne uvádzali

prítomnosť stresu, depresívnych stavov, úzkosti, nespavosti, rovnako srdcové a žalúdočné problémy. V dvoch prípadoch boli zaznamenané až suicidiálne pokusy.

Posledná oblasť sa týkala subjektívneho hodnotenia poskytnutej sociálnej práce. Skúmali sme oblasti, ktoré patologické hráčstvo podľa respondentov najviac zasiahlo. Pýtali sme sa tiež na význam sociálnej opory, rozhodujúci faktor pre liečbu, hodnotenie pobytu v resocializačnom zariadení a pomoc od sociálnych pracovníkov. Odpovede respondentov na dané otázky boli takmer zhodné. Všetci respondenti hodnotili potrebu sociálnej opory zo strany najbližších i zo strany profesionálov. Žiaľ, z hľadiska pomáhajúcich profesionálov túto oporu nedostali, nakoľko pred liečbou nedostali žiadnu možnosť návštevy pomáhajúceho profesionála. Zároveň však vidia dôležitú včasnú intervenciu.

V nasledujúcej časti ponúkame najdôležitejšie predpoklady, ktoré sme stanovili po zosumarizovaní jednotlivých kazuistík.

Predpokladáme negatívny vplyv patologického hráčstva na oblasť rodiny.

Všetci 4 respondenti sa zhodli na negatívnych rodinných zmenách a zvýšenom výskyte hádok, stresu, nervozity, prípadne až agresivity. Reakcie rodín respondentov na ich závislosť od patologického hráčstva boli veľmi podobné, až zhodné. Rodinám sa nepáčil spôsob, ako hráči nakladali s peniazmi, čo dávali najavo hádkami, nadávkami, osočovaním, odsudzovaním a výčitkami. Pri otázkach o partnerskom živote sa respondenti zhodli na rozpade, alebo zhoršení partnerského vzťahu.

Predpokladáme zhoršenie ekonomickej situácie patologického hráča až do miery zadlženia.

Ako sme už pred zrealizovaním výskumu predpokladali, finančná situácia patologických hráčov je neveden raz touto nelátkovou závislosťou negatívne ovplyvnená. Všetci respondenti uviedli zhodné odpovede ohľadom financií pred a počas obdobia hrania. Patologické hráčstvo im spôsobovalo obrovské finančné straty, pričom pred obdobím hrania ani jeden z respondentov netrpel nedostatkom financií.

Predpokladáme, že patologické hráčstvo spôsobuje somatické a psychické ťažkosti

Patologické hráčstvo podľa respondentov spôsobuje zdravotné riziká ako stres, depresie, úzkosť, problémy s tlakom a žalúdočné problémy. S vymenovanými ťažkosťami mali aj oni sami osobnú skúsenosť.

Predpokladáme redukcii sociálnych kontaktov ako dôsledok patologického hráčstva.

Respondenti stratili mnohých priateľov, ich sociálne kontakty hráčstvo totálne rozbilo. Na otázku, či uviedli respondenti pravý dôvod na čo potrebujú peniaze sa všetci štyria zhodli, že stále klamali a nikdy nevideli pravý dôvod. Práve to je jedným z dôvodov, prečo respondenti stratili veľa priateľov.

Predpokladáme tlak zo strany rodiny, alebo blízkych ako rozhodujúci faktor pre návštevu resocializačného zariadenia.

Respondenti uvádzajú ako rozhodujúci faktor pre návštevu a následný pobyt v resocializačnom zariadení podnety, dá sa povedať až ultimáta zo strany rodiny, priateľov, partnerov a blízkych osôb.

Z vyššie uvedených predpokladov vyplýva, že patologické hráčstvo negatívnym spôsobom zasahuje do všetkých spomínaných oblastí. Na základe zistení po zrealizovanom výskume však musíme konštatovať, že sociálny pracovník dokáže ovplyvniť tieto sociálne dôsledky iba vo veľmi obmedzenej miere. Problém je tu v oblasti praktických kompetencií. Tie totiž spočívajú najmä v ich odstraňovaní, namiesto predchádzania. Sociálni pracovníci riešia u patologických hráčov napríklad otázky nezamestnanosti, zadlženia, prípadne bezdomovstva a starajú sa tiež o samotnú resocializáciu hráčov v resocializačných zariadeniach. To je už však častokrát z hľadiska efektívnej sociálnej práce neskoro. Sociálne väzby sú v tomto štádiu už značne narušené a dôsledky patologického hráčstva na klientov

často nenapraviteľné. Preto sa v nasledujúcej časti orientujeme na prezentáciu najdôležitejších príležitostí, ktoré vnímame pri práci s týmto typom klientov.

Aplikačná úroveň – príležitosti sociálnej práce v práci s patologickými hráčmi

Prezentovaný príspevok sa primárne orientuje na prezentáciu kvalitatívneho výskumu realizovaného u klientov liečebného ústavu – liečiacich sa patologických hráčov. Okrem overovania faktov, ktoré prezentuje i odborná literatúra nás zaujímali i niektoré ďalšie konštrukty, ktoré by mohli byť aplikované pri reálnej práci s touto cieľovou skupinou v rámci praxe sociálnych pracovníkov.

Azda najdôležitejším krokom k zamedzeniu patologického hráčstva je rozvoj prevencie. Odporúčali by sme rozšíriť najmä primárnu prevenciu na školách a medzi mladistvými, u ktorých je najväčšia šanca, že do kontaktu s hazardnou hrou ešte neprišli. Samozrejme je potrebné informovať aj dospelých. Tí môžu získané poznatky neskôr využiť aj v prospech iných pri pomoci, svojim blízkym, známym a pod., ktorí by v budúcnosti mohli mať s patologickým hraním problém. Je dôležitý dostatočný prístup rodinných príslušníkov hráča k informáciám o danej problematike aj práve pre lepšie pochopenie, emocionálnu väzbu, sociálnu oporu, rodinné vzťahy a interakcie s patologickým hráčom. Pri abstinencii od tejto nelátkovej závislosti je silným faktorom posilňovanie motivácie, v ktorom môže napomôcť práve rodina patologického hráča, ak bude vedieť lepšie pochopiť jeho situáciu a poznať správne postupy konania. Vychádzame z faktu, že najsilnejšou, a častokrát jedinou motiváciou oslovených pacientov bol práve tlak zo strany rodiny. Faktom ostáva, že pred nástupom na liečbu pacienti nemali žiaden kontakt s pomáhajúcimi profesionálmi, čo môže byť pre sociálnych pracovníkov výzvou pre ďalšiu prax.

Pre jedincov, ktorí už majú s patologickým hráčstvom problémy by sme odporúčali zvýšiť propagáciu rôznych profesionálnych internetových a telefonických linkách pre prípady náhle odbornej pomoci. Je dobré aby sa recidivujúci patologickí hráči v prípade nutnosti krízovej intervencie mali na koho obrátiť. V ideálnom prípade by malo ísť o kompetentného sociálneho pracovníka s dostatočnou praxou, odbornými skúsenosťami, Tým by sme predišli ďalším recidívam. Pre patologických hráčov by sme odporúčali vytvoriť krízový plán, ktorý by obsahoval jednotlivé kroky ako postupovať v prípade novej recidívy. Kompetenciu na tvorbu krízového plánu by mali práve sociálni pracovníci za nutnej širokej podpory rodiny či ďalších osôb patriacich do sociálnej opory.

V susednej Českej Republike existuje svojpomocná organizácia Anonymných hráčov, ktorá funguje na rovnakých princípoch ako klub Anonymných alkoholikov. Odporúčame podporu vzniku práve takýchto klubov z viacerých dôvodov. Pre patologického hráča je nápomocné vedomie, že takýmto problémom netrpí iba on sám a osobne pozná ľudí v rovnakej situácii. Abstinujúci hráči si môžu navzájom vymieňať skúsenosti, názory, navzájom sa podporovať, alebo si medzi sebou vytvoriť nové priateľstvá, o ktoré počas hrania a z jeho dôvodu prišli. Hráči by tak získali aj nové zdroje sociálnej opory. Keďže účasť v takomto spolku je dobrovoľná, môžeme predpokladať vôľu účastníkov skončiť s patologickým hráčstvom. Dochádzalo by tu teda k pozitívnemu ovplyvňovaniu záujmovej sféry, rebríčka hodnôt a celkového životného štýlu. Okrem svojpomocných skupín je dôležité vytvárať i asistenčné skupiny, vedené profesionálmi.

Nakoľko majú patologickí hráči problémy vo finančnej oblasti, odporúčame v rámci kompetencií sociálneho pracovníka pracujúceho s patologickým hráčom posilniť i vytvorenie finančného plánu. Ako nám ukázal výskum, všetci naši respondenti sa kvôli patologickému hráčstvu dostali do významných finančných problémov. Ak bude vychádzať z tohto predpokladu, je vhodné vytvoriť splátkový kalendár a vedieť financie rozumne zdeliť, čo hráči často zodpovedne sami nedokážu. Všetko to podľa nášho názoru jednoznačne patrí do oblasti resocializácie patologických hráčov.

Navrhované opatrenia by mali dopomôcť v boji proti patologickému hráčstvu a znížiť počet jedincov trpiacich týmto problémom. Nie je možné zakázať ľuďom hrať, je však možné dostatočne ich informovať a v prípade potreby poskytnúť kvalifikovanú pomoc pre skoncovanie s touto nelátkovou závislosťou.

Zoznam bibliografických odkazov

RÁC, I., 2011. *Sociálna patológia a prevencia sociálno -patologických javov*. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. ISBN 978-80-8094-913-6.

NÁBĚLEK, L. a J. VONGREJ, 2010. Patologické hráčstvo ako nelátková závislosť. In: *Lekársky obzor* [online]. Roč. 59, č. 3. ISSN 0457-4214. [cit. 2016-10-23]. Dostupné z: <http://www.lekarsky.herba.sk/lekarsky-obzor-3-2010/patologicke-hracstvo-ako-nelatkova-zavislost>

SEJČOVÁ, L., 2011. *Mladí v sieti závislostí*. Bratislava: Repro Print. ISBN 978-80-969908-4-9.

NEŠPOR, K., 2011. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. ISBN 078-80-7367-908-8.

NEŠPOR, K. a kol., 2011. *Jak překonat hazard: prevence, krátká intervence a léčba*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0009-3.

NEŠPOR, K., 2006. *Už jsem prohrál dost*. Praha: Sportprag. ISBN 80-260-3880-0.

ESCANDÓN, R. a C. GALVÉZ, 2012. *Nový začiatok*. Vrútky: Advent-Orion. ISBN 978-80-8071-149-8.

PRUNNER, P., 2013. *Gamblerství aneb Ztráta svobody*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-452-7.

TURČEK, K., 2007. *Diagnostika a terapie závislostí*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB v Banskej Bystrici. ISBN 978-80-8083-512-5.

Kontakt na autora

Mgr. Vladimír Lichner, PhD.

Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ v Košiciach

Moyzesova 9, 040 59 Košice

vladimir.lichner@upjs.sk

Súčasný podoby podporných skupín pre pacientov s onkologickým ochorením a ich blízkých s využitím edukačných programov

The current form support groups for patients with cancer and their loved ones with the use of educational programs

Katarína Šiňanská (SR), Tatiana Žiaková (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

Príspevok v teoretickej rovine popisuje koncept psychosociálnej starostlivosti ako dôležitú súčasť multidisciplinárneho prístupu v procese zvládania choroby, aby sa tým minimalizoval fyzický a psychosociálny dopad rakoviny na jedinca. Koncept online podporných skupín by sa, podľa autoriek mal stať kľúčovým aspektom komplexnej starostlivosti o onkologických klientov i v našich podmienkach. Edukačné programy a online podporné skupiny ako pomoc v rámci sociálnej práce v tak hraničných situáciách, akým aj onkologické ochorenie je, môže napomôcť klientom zvýšiť ich rezilienciu a tak úspešnejšie odolávať nástrahám života.

Kľúčové slová: Psychosociálna opora. Online podporné skupiny. Edukačné programy – elearning.

Abstract

Theoretical part of this article describes the concept of psycho-social care as an important part of multidisciplinary attitude in the process of coping with the disease, which minimises physical and psycho-social impact of cancer on any individual. According to authors of this article, the idea of online support group should become key aspect of complex treatment of oncological patients. Educational programs and online support groups within the scope of social work can enhanced resilience by means of systematic social support promoting successful ways of resisting life difficulties.

Keywords: Psychosocial support. Online support groups. Educational programs - elearning.

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 lekársky predpis a tvoria základ odôvodnenia pre skupinovú intervenciu.

Vzhľadom k tomu aby sa vyhol sociálnej izolácii, keďže môže trpieť aj nedostatkom sociálnych kontaktov, prázdnotou denného programu alebo má nepríjemné skúsenosti z predchádzajúcich sociálnych väzieb 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 (Spiegel, Classen 2008).

Samotná psychosociálna starostlivosť je v súčasnosti považovaná za dôležitú súčasť multidisciplinárneho prístupu **v procese zvládania choroby**, aby sa tým minimalizoval fyzický a psychosociálny dopad rakoviny na jedinca. Škála psychosociálnych intervencií sa

vyvinula vzhľadom na meniace sa potreby ľudí postihnutých rakovinou. V praxi je vzhľadom k tomu nutné presnejšie identifikovať a cielene rozvíjať sociálno-psychologické faktory podporujúce proces uzdravenia. Existujú výskumné štúdie poukazujúce na fakt, že rôzne psychosociálne intervencie napomáhajú v prospech ľudí s onkologickým ochorením ku zvýšeniu duševnej pohody, k zlepšeniu zvládania záťaže a redukovanie stresu (Carlson - Bultz 2003; Cunningham 2000; Meyer – Mark 1995; Rehse - Pukrop 2003). Devine a Westlake (1995) vo svojej výskumnej štúdií zistili, že pacienti s rakovinou, ktorí prijímali edukačné programy alebo psychosociálnu intervenciu vykazovali oveľa nižšiu mieru úzkosti, depresie, poruchy nálad, fyzickej bolesti. Zároveň výsledky analýzy preukázali, že mali aj významne viac poznatkov o chorobe a jej liečbe než sa preukázalo u kontrolnej skupiny.

Podporné skupiny podľa E. Žiaková (2001) ako pojem zahrňujú niekoľko odlišných entít a zároveň ich spája fakt, že fungujú na princípe vzájomnej pomoci, dochádza v nich k implementácii sociálnej opory. Patria sem napr. svojpomocná skupina, podporná skupina, tradičná psychoterapeutická skupina a pod..

V našom príspevku zameriame pozornosť predovšetkým na tie podporné skupiny, ktoré sú definované ako skupiny pacientov, s ktorými sa stretávajú profesionálni sprostredkovatelia s akademickým titulom – facilitátori (v prípade podporných skupín onkologických pacientov to môže byť napr. onkológ, psychológ, sociálny pracovník), ktorí napomáhajú viesť skupinu. Najideálnejšia je kombinácia, keď profesionálny sprostredkovateľ je, príp. bol zároveň aj pacientom (Žiaková 2001). Nejedná sa v nich o klasickú skupinovú psychoterapiu, ale o systematickú pomoc poskytovanú skupinám (napr. onkologickým pacientom) odborníkmi rôznych odborov. Tieto skupiny sú charakterizované tým, že majú uzavreté členstvo a dochádza v nich často k „otváraniu vnútra“ pacientov. Sú zložené z členov trpiacich rovnakým druhom zdravotných ťažkostí. Ich úlohou je pomoc pri vzájomnom vyjasňovaní situácie a pri zvládaní ťažkostí spojených s touto situáciou. Na sedeniach sa môžu zúčastňovať po prípade aj rodinní príslušníci pacientov (Křivohlavý 2002).

Poskytovanie podporných a psychoterapeutických služieb pre pacientov a ich rodiny je dôležitým dodatkom k medicínskej liečbe, ktorá je vysoko efektívna aj pri nízkych nákladoch. V podporných skupinách pre onkologických pacientov sú obvyklými témami diskusie vnútorné starosti, strach z umierania, straty, odmietnutia a duchovné otázky, problémy s manželmi, manželkami, širšou rodinou, priateľov, kolegov, problematika zmeny kvality života, zvládania vedľajších účinkov terapie, komunikácie s poskytovateľmi liečby, finančnej záťažnosti... Uvedené témy napovedajú, že behom liečby sa vyskytujú sústavné obtiaže s medziľudskými vzťahmi, preto je mimoriadne pozitívne, že jedným z najdôležitejších „náravníkov“ proti škodlivým účinkom stresu z ochorenia je prítomnosť alebo dostupnosť takých osôb v okolitom sociálnom prostredí pacientov, s ktorými je možné tieto ťažkosti zdieľať (Devine, Westlake 1995).

V podpornej skupine sa stretávajú ľudia, ktorí prechádzajú podobnými zážitkami, skúsenosťami a spoločne hovoria o tom, čo ich trápi, teší, čo sa s nimi, v nich deje. Členovia skupiny si dávajú navzájom spätnú väzbu a podporu tak, že vyjadrujú svoje pocity, postoje, názory spojené s tým, čo niekto hovorí, alebo robí. Tieto interakcie zároveň ponúkajú členom skupiny príležitosť naučiť sa viac o sebe samom, o spôsobe, akým komunikujú s ostatnými, ako na iných pôsobia, čo v nich vyvolávajú. Okrem samotných účastníkov skupiny tomuto procesu napomáha facilitátor – profesionálny odborník, ktorého zastúpenie je aj z hľadiska opravenia či vysvetlenia chybných informácií. Výnimočnosť podpornej skupiny spočíva aj v jej bezpečnosti a nehodnotiacej atmosfére. To, čo sa na skupine preberá, je dôverné a mimo skupinu o tom členovia s nikým cudzím nehovoria. Členovia skupiny sa spolu postupne zoznamujú, zblížujú a nadobúdajú úroveň dôvery, ktorá im umožňuje vytvárať osobnejšie, hlbšie a úprimnejšie vzťahy. Stať sa súčasťou takejto skupiny môže byť zdrojom

osobnostného rastu členov skupiny. Poznanie a podpora získané prostredníctvom zážitku v skupine môže do veľkej miery obohatiť ich život.

Pacient nie je odkázaný iba na prijímanie pomoci, s potrebou dávať vystupuje potreba cítiť sa užitočný. Vplyvom tejto potreby pacienti formou internetových stránok nemocníc, sociálnych zariadení, neziskových organizácií – (ako napr. Mylifeonline.org, 4th Angel Mentoring Program, My cancer circle, CaringBridge, I can cope online,...) sami a dobrovoľne poskytujú aj elektronickú oporu, ktorá je využívaná ďalšími pacientmi. On-line podporné skupiny sú stretnutia, ktoré sa konajú online na webových stránkach alebo mobilnú aplikáciu. Pacienti sa stretávajú na chatovacej miestnosti, alebo sú účastníkmi moderovanej diskusnej skupiny s odborníkom (facilitátorom) a komunikujú medzi sebou cez e-mail alebo online – chat. Pacienti často využívajú on-line podporné skupiny, pretože sa ich môžu zúčastniť kedykoľvek počas dňa alebo v noci (24 hodín denne a 7 dní v týždni), a poskytujú svojou formou anonymitu a bezpečnosť. Zároveň ich výhodou je dostupnosť aj pre ľudí, ktorí nemôžu vycestovať na skupinové stretnutia z rôznych dôvodov (napr. zo zdravotných alebo finančných dôvodov). Pohodlie a dostupnosť on-line podpory v súčasnosti môže byť prítlačivým a motivujúcim faktorom pre onkopacientov, ktorí podstúpili náročnú liečbu, čo následne zanechalo stopu na ich fyzickom vzhľade. Z mnohých výskumných zistení zameraných na zistenie motivačných faktorov pre online podporné skupiny vyplynulo, že muži uprednostňujú získavanie alebo požiadanie o informácie súvisiace s ochorením, zatiaľ čo ženy používajú skupiny na zdieľanie osobných skúseností, čím získavajú emocionálnu oporu (Cordella, Poiani 2014). Online skupiny ponúkajú členom možnosť prezentovať tvorivé diela sebaujedenia Terapeutická hodnota písanie o svojich myšlienkach a pocitoch môže zmierniť depresie a osamelosť, ako aj zmierniť bolesť a stres. V tomto ohľade, on-line skupiny majú zreteľnú výhodu oproti tradičným skupinám (Dormann, White 2001).

Online podporné skupiny majú aj svoje nevýhody, medzi ktoré sa radí aj prístupnosť k počítaču a na internet. Zároveň je potrebné mať základné vedomosti o tom, ako používať klávesnicu, počítač alebo mobil. Ďalšou a závažnou nevýhodou je početnosť skupiny, kedy počet príspevkov môže byť natoľko rozsiahly, že čítanie každej správy môže vyžadovať vážne časový záväzok na strane členov online skupiny. Avšak pozitívnym rozdielom medzi podpornou skupinou a online skupinou spočíva aj v tom, že rodina, priatelia, zdravotníci a ošetrovatelia sa môžu stať členmi internetových skupín, aby získali pochopenie, porozumenie a pohľad na problémy, ktorým čelia ľudia s onkologickým ochorením, bez toho aby rušili proces skupiny.

Napriek tomu, výhody ktoré plynú z využitia skupín online sociálnej podpory zahŕňajú zvýšenie kvality života, lepšie rozhodovacie schopnosti. Braithwaite (In Dormann, White 2001) uvádza, že podporné sociálne skupiny ponúkajú holisticky a kooperatívny prístup pre dosiahnutie sociálnych potrieb, čo má za následok pocit zosilnenia, zlepšenie zvládania záťaže a redukovanie stresu v procese nielen zameraného na zvládania choroby ale aj znovu začlenenia sa do komunity.

V tomto kontexte by sme v príspevku poukázali na príklad z praxe. Ide o program online podpornej skupiny pre pacientov s onkologickým ochorením mimovládnej organizácie American Cancer Society so svojou pôsobnosťou v USA. Na základe ich výskumných analýz potvrdzujú, že silná podpora a pozitívne emocionálne spojenie môže byť prospešné pre pacientov s rakovinou ako aj pre ich rodiny. Program MyLifeLine.org je bezplatná sociálna sieť, ktorá umožňuje pacientom s onkologickým ochorením vytvoriť autorskú a bezplatnú on-line komunitu podpory. Do tejto online podpornej skupiny sa môže pripojiť rodina a priateľ, ale aj samotní ošetrovatelia. Ako vyplýva z výskumu American Cancer Society z roku 2015, v rámci programu mali viac ako 23.000 aktívnych účastníkov s onkologickým ochorením. Z demografického hľadiska túto webovú stránku využívajú aktívne 75% žien a 25% mužov. Z tohto počtu užívateľov je 50% v súčasnej liečbe, u 33% z nich nezačala

liečba, 8% užívateľov bolo po skončení liečby a 3% užívateľov malo prerušenú liečbu. (blog.mylifeline.org)

Online podporná skupina v rámci programu MyLifeLine.org spája pacientov s rakovinou a poskytovateľov starostlivosti spolu s rodinnou komunitou a priateľmi, umožňuje im tak zdieľať ich cestu, ktorú si počas choroby prešli. Následne uľahčuje nájsť si podpornú skupinu, ktorá im umožní zvládnuť proces uzdravovania sa počas fyzicky a psychicky náročnej liečby. Pri založení si osobného účtu je umožnené nasledovné v rámci osobného počítača či mobilnej aplikácii:

- Zdieľať aktualizácie. Členom skupiny je umožnené centralizovať svoju komunikáciu a aktualizácie liečebného procesu na jednom mieste vrátane aj pre rodinu a priateľov. V tejto časti je umožnené aj zdieľanie fotiek.
- Priradenie facilitátora – koordinátora starostlivosti. Skupina je profesionálne monitorovaná. Členom skupiny je umožnené si vybrať profesionálneho odborníka, ktorý bude dohliadať nad online-konverzáciou.
- Nachádzať súradnice pomoci. Ide o získanie pomoci, ktorú potrebuje klient s organizovaním stravovania, s jazdením na liečbu s pomocou registrovaných a trébovaných dobrovoľníkov, zabezpečiť stráženie detí či pomoc v domácnosti a pod.
- Kalendár na webe je nápomocná funkcia, ktorá umožňuje udržať prehľad o lekárskech vyšetreniach, liečebných pobytoch a o ďalších dôležitých udalostiach. Po zdieľaní kalendára je umožnené organizovať pomoc pre majiteľa kalendára od prihlásených užívateľov, ktorí môžu byť nápomocní.
- Prijem a zdieľanie aktuálnych pocitov a podporných správ v rámci podpornej skupiny pod vedením facilitátora – koordinátora skupiny.
- Ovládanie súkromia. Člen môže pozvať iba tých ľudí, s ktorými chcete zdieľať svoju cestu. Aplikácia umožňuje si vybrať nastavenia zabezpečenia pre pocit bezpečia.
- Ďalšie informácie o konkrétnom type rakoviny. Informovanosť patrí medzi základné práva pacientov (napr. o medicínskej liečbe, prognóze, rizikách, benefite a pod.). (www.mylifeline.org)

V tomto kontexte z pohľadu rôznych štúdií a možností sociálnej práce považujeme za potrebné v rámci príspevku poukázať na edukačné programy v podporných skupinách pre onkologicky chorých pacientov ako aj zdôrazňovať význam práve tých faktorov, ktoré majú vzťah k procesom zvládania choroby (význam sociálnej opory, poznanie a posilnenie vlastných zdrojov zvládania, individuálne možnosti zvyšovania subjektívnej kvality života pacienta a pod.)

Edukačný proces je realizovaný edukačným tímom a pacientom, ich vzájomnou interakciou so zameraním sa na osobnosť pacienta, jeho individuálne potreby, hodnoty, názory, postoje a záujmy. V rámci plánovania edukácie je potrebné vymedziť jej priority, ciele a stratégiu tak, aby sme akceptovali priority pacienta, resp. ich modifikovali s jeho aktívnou účasťou (Berč 2010).

Edukácia je širšie chápaný proces výchovy a vzdelávania, ktorého cieľom je nielen osvojenie si vedomostí, zručností a spôsobilostí, ale i vytváranie hodnotových, postojových, citových, vôľových štruktúr osobností a dosiahnutie zmeny v správaní i konaní. Subjekt edukácie nazývame edukantom – samozrejme môže ním byť napr. pacient, jeho rodinní príslušníci a pod. Aktéra edukačnej aktivity nazývame edukátorom. Štandardne to môže byť lekár, zdravotná sestra, psychológ, pedagóg a sociálny pracovník

Praktickým príkladom využívania elektronického vzdelávania v oblasti zdravotníctva je informačný portál I Can Cope® (www.cancer.org) Ide o bezplatný vzdelávací program formou podpornej služby, ktorá je prístupná z pohodlia domova pre ľudí s onkologickým

ochorením. Program umožňuje získať dôležité fakty o rakovine prostredníctvom telefonickéj konferencie alebo prostredníctvom on-line triedy so sprievodcom (profesionálnym facilitátorom), ktoré obsahujú video, zvukové klipy a odkazy na ďalšie informácie. Cieľom programu je pre onkopacienta a jeho rodinu, či priateľov byť oporou pre účinnejšie čelenie výzvam, ktoré samotné ochorenie môže priniesť.

K českým známym portálom patrí Česká onkologická spoločnosť, ktorý je určený širokej verejnosti s názvom Linkos. Je tu možné nájsť informácie o onkologických ochoreniach dospelých i detí, o ich liečbe, o prevencii, o liečbe bolesti, o výžive onkologicky chorého, psychoonkologickú poradňu a podobne (www.linkos.cz.). Ako zaujímavý portál uvádzame informačný portál Národný onkologický program on-line, ktorého cieľom je poskytovať centralizované a odborne garantované informácie (www.onconet.cz). K slovenským portálom venovaným psychologickému pomoci onkologickým pacientom a ich rodinám patrí portál Onkopacient.sk. Autori stránky vychádzajú z presvedčenia, že choroba nie je len záležitosť tela, ale že zasahuje celého človeka. Preto liečba i celková starostlivosť musí byť zameraná na všetky dimenzie. Na tejto stránke nájdeme veľa informácií o tom, čo je psychoonkológia, popísané vybrané onkologické diagnózy, nachádza sa tu poradňa psychológa, komplexné informácie pre pacientov i pre rodinných príslušníkov, užitočné rady a informácie o ďalších linkoch (www.onkopacient.sk).

Záver

Využívanie moderných technológií je samozrejmosťou súčasťou života. Zvyšujú kvalitu života onkologicky chorých, často predstavujú jedinou možnosť, ako ostať v kontakte so životom za múrmi nemocnice, či bytu, v ktorom sa liečia. Okrem toho, využívajú technológie i v súvislosti so svojou diagnózou. Vítajú možnosť používať e-learningové pomôcky, ktoré by im anonymnou formou pomohli nájsť odpovede na otázky, ktoré ich trápia. Odporúčajú ich tiež iným blízkym osobám, ako sú členovia rodiny, príbuzní, kamaráti a podobne. To všetko sú fakty, ktoré podporujú myšlienku vytvorenia novej, aktuálnej, kreatívnej a interaktívnej pomôcky, ktorá napomôže pri liečbe onkologicky chorých.

Zoznam bibliografických odkazov

BERČ, A. a kol., 2010. *Onkologické ošetrovatel'stvo II*. Košice: ZZ design studio. ISBN 978-80-969605-5-2.

CARLSON, L., and B. BULTZ, 2003. Cancerdistressscreening. Needs, models, and methods. In: *Journal of Psychosom Research* .Vol. 55, No. 5, pp 403–409.

CORDELLA, M., and A. POIANI, 2014. *Behavioural Oncology: Psychological, Communicative, and Social Dimensions*. New York: Springer. ISBN 978-1-4614-9605-2

CUNNINGHAM, A. J., 2000. Adjuvant psychological therapy for cancer patients: Putting in on the same footing as adjunctive medical therapies. In: *Psycho-Oncology*, Volume 9, Issue 5, pp. 367-371.

DEVINE, C. E., and S.K. WESTLAKE, 1995. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: Meta-analysis of 116 studies. In: *Oncology Nursing Forum*. Vol. 22, pp.1369–1381.

DORMANN, S.M., and M. WHITE, 2001. Receiving social support online: implications for health education. Health education research. In: *Oxford journals*. Volume 16, Issue 6. Pp 693-707.

I Can Cope® 2016. [online]. [cit. 2016-10-10]. Dostupné z: <http://www.cancer.org/myacs/california/programsandservices/i-can-cope-ca>

KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

LINKOS - Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2016. [online]. [cit. 2016-10-10]. Dostupné z: www.linkos.cz

MAYER, J. T., and M. M. MELVIN, 1995. Effects of Psychsocial Interventions with adults cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. In: *Healthpsychology*. Vol.14, No 2, pp 101-108.

MYLIFELINE- support group. 2016. [online]. [cit. 2016-10-10]. Dostupné z: <https://www.mylifeline.org/>

ONKOPACIENT – portál pre onkopacientov. 2009. [online]. [cit. 2016-10-10]. Dostupné z: www.onkopacient.sk

REHSE, B., and R. PURKOP, 2003. Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients. In: *Patient Education and Counseling*. Vol. 50, No 2, pp 179-186. [online]. Dostupné z: <https://ccplanet.cancer.gov/documents/effects-psychosocial-interventions-qol.pdf>

SPIEGEL, D., and C. CLASSEN, 2008. *Group Therapy for Cancer Patients: A Research-Based Handbook of Psychosocial care*. NY: Basic books. ISBN 0-465-09565-8.

ŽIAKOVÁ, E., 2001. Možnosti psychologické a sociálnej pomoci onkologickým pacientom. In: *Práca a sociálna politika*. Roč. 9, č. 9, s.17-19. ISSN 1210-5643.

ŽIAKOVÁ, E., 2001. Podporné programy pre onkologických pacientov/ky ako jedna z možností zvyšovania ich kvality života. In: *Kvalita života a ľudské práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, konanej v dňoch 3. a 4.4.2001 v Prešove*. Prešov: FF PU, s. 367-374. ISBN 80-8068-088-4.

Kontakt na autorky

Mgr. Tatiana Žiaková, PhD.
Katedra sociálnej práce,
Filozofická fakulta Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach,
Moyzesova 9, 04001 Košice,
e-mail: tana.ziakova@upjs.sk

Mgr. Katarína Šiňanská, PhD.
Katedra sociálnej práce,
Filozofická fakulta Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach,
Moyzesova 9, 04001 Košice,
e-mail: katarina.sihnanska@upjs.sk

Prínos chránených dielní a chránených pracovísk pre osoby so zrakovým znevýhodnením v sociálnom aspekte života

Contribution of sheltered workshops and sheltered workplaces for people with visual impairment in the social aspect of life

Juraj Kašický (SK), Soňa Lovašová (SK)

Abstrakt

Predkladaný príspevok sa zameriava na to, aký význam majú chránené dielne a chránené pracoviská pre osoby so zrakovým znevýhodnením v sociálnom aspekte života. Uplatnenie sa na trhu práce predstavuje vo všeobecnosti pre osoby so zrakovým znevýhodnením náročný proces, nakoľko ich do značnej miery limituje nedostatočný počet vhodných pracovných miest, a tiež samotné znevýhodnenie, čo môže mať negatívne následky a prejavíť sa v každodennom živote. Na základe toho autor predkladá výskum, ktorého výsledky poukazujú na to, že tak pracoviská so štatútom chránenej dielne a chráneného pracoviska ako aj bežné pracoviská, majú značný význam v sociálnej oblasti, čo vedie v konečnom dôsledku k lepšej integrácii zrakovo znevýhodnených osôb do spoločnosti.

Kľúčové slová: Zrakové znevýhodnenie. Chránená dielňa. Chránené pracovisko.

Abstract

Submitted contribution focuses on the relevance of sheltered workshops and sheltered workplaces for people with visual impairment in the social aspect of life. Success in the labor market for people with visual impairment constitutes in general a demanding process, since they are largely limited by the insufficient number of suitable jobs, as well as the actual disadvantage, which can have negative consequences and manifests in everyday life. On this basis, the author proposes a research of which results suggest that both workplaces with the status of a sheltered workshop or sheltered workplace as well as ordinary workplaces have significant importance in the social sphere, leading ultimately to a better integration of visually impaired people into society.

Keywords: Visual Impairment. Sheltered Workshop. Sheltered Workplace.

Úvod

Problematike zamestnanosti resp. nezamestnanosti osôb na trhu práce je v súčasnosti venovaný značný priestor a prisudzuje sa jej nemalá relevantnosť. Nakoľko problém nájsť si zamestnanie pociťuje aj zdravá populácia, je zjavné, že možnosti zamestnania sa osôb s akýmkoľvek zdravotným znevýhodnením sú nepostačujúce. V tomto príspevku však upriamime pozornosť na osoby so zrakovým znevýhodnením. Existuje množstvo nedostatkov, bariér a ďalších faktorov, ktoré do značnej miery vplývajú na situáciu v oblasti zamestnávania osôb so zrakovým znevýhodnením. Napriek tomu, že existujú pracovné príležitosti aj pre ľudí s týmto znevýhodnením, sú značne obmedzené.

Jednou z možností ako využiť svoje osobnostné predpoklady, vedomosti a zručnosti a prispieť tak aspoň k čiastočnému ak nie úplnému začleneniu sa do sociálnej a pracovnej sféry života, sú aj pracovné pozície v chránených dielňach a chránených pracoviskách. Hoci to nie je univerzálny kľúč pre úplné vyriešenie problematiky zamestnanosti/nezamestnanosti osôb so zrakovým znevýhodnením, môžeme to považovať za významný krok vpred.

Zrakové znevýhodnenie

Existuje množstvo štatistík, ktoré poukazujú na to, že ľudia s akýmkoľvek zdravotným znevýhodnením tvoria nezanedbateľnú časť našej populácie.

Podľa štatistík OSN a WHO, žije na svete približne 500 miliónov ľudí so zdravotným znevýhodnením, čo v prepočte znamená, že na každého desiateho človeka pripadá jeden človek s nejakým znevýhodnením. (Koláčková a kol. 2005, in: Matoušek 2005)

Krhutová (2005) hovorí, že v Európskej únii žije v súčasnosti približne 38 miliónov ľudí so zdravotným znevýhodnením, teda na každého piateho Európana pripadá jeden človek so zdravotným znevýhodnením.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) odhaduje, že na celom svete žije približne 314 miliónov zrakovo znevýhodnených ľudí, z toho 45 miliónov je úplne slepých.

Väčšinu zrakovo znevýhodnených - takmer 90%, tvoria ľudia žijúci prevažne v krajinách s nízkymi a strednými príjmami vrátane tých najchudobnejších oblastí. Aj keď udávané počty sú ohromujúce, až 80% týchto zrakových znevýhodnení je možné liečiť alebo im predísť. (WHO 2010)

Prognózy, vychádzajúce z WHO predpokladajú, že do roku 2020 vzrastie počet nevidiacich na celom svete na 76 miliónov a slabozrakých až na 300 miliónov (Hrehorčáková 2003).

Za osoby so zrakovým znevýhodnením považujeme ľudí s rôznymi stupňami zníženej schopnosti zraku. Zjednodušene povedané, týmto termínom sa označujú osoby, ktorým poškodenie zraku určitým spôsobom ovplyvňuje každodenné aktivity, a u ktorých nepostačuje bežná optická korekcia.

Do tejto skupiny však nezaraďujeme ľudí, ktorí nosia okuliare alebo kontaktné šošovky, s ktorými normálne vidia, teda majú zrakovú poruchu ľahšieho stupňa, ktorá im následne nijako nebráni v prístupe k informáciám, v orientácii, pohybe, v práci, v sociálnej oblasti a pod. Pre lepšie uvedomenie si tohto rozdielu, hovoríme mnohokrát o ťažko zrakovo znevýhodnených. Máme na mysli tú skupinu, u ktorých porucha zraku výraznejším spôsobom bráni a zasahuje do bežného života a k plnému videniu im nepostačuje ani používanie okuliarov. (www.sons.cz 2012)

Zrakovo znevýhodnených môžeme rozdeliť do štyroch skupín (www.unss.sk 2012):

1. nevidiaci,
2. prakticky nevidiaci,
3. slabozrakí,
4. osoby s poruchami binokulárneho videnia.

Nevidiacich môžeme charakterizovať ako „osoby s úplnou stratou zrakového vnímania, ale tiež osoby ktoré sú schopné vnímať zrakom maximálne svetlo, avšak nie sú schopné lokalizovať jeho zdroj.“

Prakticky nevidiaci sú osoby, ktoré „majú zachované zvyšky zraku tak, že dokážu vnímať svetlo, obrisy a tvary predmetov, ale nedokážu využívať zrak ani s najlepšou možnou korekciou ako dominantný a jediný analyzátor pri práci, orientácii a získavaní informácií.“

Slabozrakých môžeme definovať ako „osoby, ktoré napriek najlepšej novej korekcii majú problémy s vykonávaním zrakovej práce. Takíto ľudia majú vážne poškodený zrak, ale disponujú jeho užitočnými zvyškami, ktoré sa dajú efektívne využiť.“

Osoby s poruchami binokulárneho videnia „sú osoby s poruchou funkčnej rovnováhy a fyziologickej spolupráce pravého a ľavého oka. Je to vlastne porucha videnia oboma očami a spôsobuje problémy v priestorovom vnímaní.“ (Hóková 2016)

Zamestnanosť osôb so zrakovým znevýhodnením

Zamestnanie a účasť v sociálnej komunite na pracovisku je veľmi dôležitá tak pre jednotlivca ako aj pre spoločnosť (Atkinson et al. 2002).

Náš status, ciele, sociálne kontakty, štruktúra života a jednotlivé dni sa odvodzujú od nášho zamestnania. Naše vzdelanie je prípravou na povolanie a voľný čas je regeneráciou pre ďalšiu prácu v zamestnaní. (Mareš 1994)

Uplatnenie sa človeka na trhu práce ovplyvňuje viacero faktorov (pohlavie, vek, zdravotný stav, vzdelanie, príslušnosť k etnickej skupine), ktoré vyčleňujú niektoré skupiny ľudí s vyšším rizikom straty práce a predurčujú ich k dlhodobej nezamestnanosti. Tieto skupiny sú tiež vystavené riziku opakovanej nezamestnanosti. Nezamestnanosťou sú ohrozené niektoré skupiny ľudí. K týmto rizikovým skupinám patria mladí ľudia do 30 rokov, starší ľudia, ženy, ľudia bez kvalifikácie, rómske etnikum a samozrejme ľudia so zdravotným znevýhodnením. (Buchtová 2002)

Rizikové skupiny, medzi ktoré patria aj osoby so zdravotným znevýhodnením si vyžadujú zvláštnu pozornosť a ciele nástroje a opatrenia pre zlepšenie ich prístupu na trh práce (www.nrozp.sk 2012).

Podľa Kvarčákovej a kol. (2005, in: Paulík 2005) má zrakové znevýhodnenie v oblasti zamestnanosti sťažujúci charakter a následky. Strata zraku v dospelosti vedie s veľkou pravdepodobnosťou k strate zamestnania.

Jednou z významných foriem podpory zamestnávania osôb so zdravotným, a teda aj zrakovým znevýhodnením na Slovensku upravená zákonom č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti, je možnosť zriadenia chránených dielní a chránených pracovísk, ako aj poskytovanie finančných príspevkov na podporu zamestnávania občanov so zdravotným znevýhodnením.

Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti, podľa § 55 ods. 1 definuje chránenú dielňu ako „pracovisko, na ktorom právnická osoba alebo fyzická osoba zriadi viac ako jedno pracovné miesto pre občana so zdravotným postihnutím, a na ktorom pracuje najmenej 50% občanov so zdravotným postihnutím.“ Ten istý zákon definuje chránené pracovisko ako „pracovisko, na ktorom právnická osoba alebo fyzická osoba zriadi pracovné miesto pre občana so zdravotným postihnutím a pracovné miesto sa nevytvára v chránenej dielni. Za chránené pracovisko sa považuje aj pracovisko, na ktorom občan so zdravotným postihnutím prevádzkuje samostatnú zárobkovú činnosť.“

Ten istý paragraf, ods. 4 hovorí, že „chránená dielňa a chránené pracovisko sú určené predovšetkým na pracovné uplatnenie občanov so zdravotným postihnutím, ktorým zamestnávateľ nemôže poskytnúť vhodné zamestnanie na iných pracoviskách. V chránenej dielni alebo na chránenom pracovisku môžu pracovať aj občania, ktorým sa poskytuje získanie odborných zručností alebo príprava na pracovné uplatnenie, a zamestnanci, ktorí pre ohrozenie zdravia nie sú dočasne spôsobilí vykonávať doterajšie zamestnanie, ak pre nich zamestnávateľ nemá iné vhodné zamestnanie.“

Výskum

V tomto kontexte sa realizoval autorský výskum v krajskom stredisku ÚNSS v Košiciach, ktorého cieľom bolo zistiť, aký prínos majú chránené dielne a chránené pracoviská pre osoby so zrakovým znevýhodnením pri sociálnej inklúzii vo vybraných aspektoch života, a následne porovnať tento prínos s bežným pracovným miestom pre osoby so zrakovým znevýhodnením. Prezentovaný príspevok predkladá časť tohto výskumu, zameranú na prínos chránených dielní a chránených pracovísk pre osoby so zrakovým znevýhodnením v sociálnej oblasti života.

Vo výskume sme použili metódu rozhovoru, konkrétnejšie - formu pološtruktúrovaného rozhovoru, ktorý pozostával z vopred pripravenej schémy zahŕňajúcej

základné údaje o respondentovi, skúmaný aspekt života (v tomto prípade sociálna oblasť) - pozostávajúci z konkrétnych otázok (otvoreného a poloopeného typu), ktoré sme v priebehu rozhovoru podľa potreby prispôbovali, a tiež plány a očakávania respondenta. Pre získanie dôvery respondentov boli rozhovory vedené individuálne. V úvode rozhovoru sme ich oboznámili s účelom a dĺžkou trvania rozhovoru (v priemere 45 minút), po ich súhlase sme ich ubezpečili o ochrane osobných údajov. Jadro rozhovoru pozostávalo z konkrétnych otázok a postrehov v skúmanej oblasti a ich písomného spracovania do záznamového hárku.

Výhodou individuálne vedeného rozhovoru bolo minimalizovanie nejasností položených otázok a možnosť väčšej otvorenosti pri odpovediach na citlivejšie otázky a témy. Medzi nevýhody realizovaného rozhovoru by sme mohli zaradiť časovú náročnosť rozhovoru ako aj náročnosť sprostredkovania samotných respondentov.

Výskumnú vzorku tvorilo šesť osôb (mužov aj žien dohromady) so zrakovým znevýhodnením vo veku od 34 do 60 rokov, z toho tri osoby zamestnané v chránenej dielni a tri osoby pracujúce na bežnom pracovisku. Nakoľko v Košickom samosprávnom kraji nie je dostatočný počet osôb so zrakovým znevýhodnením zamestnaných v chránených dielnach a chránených pracoviskách, výskumná vzorka spadá do výberu nezaloženom na pravdepodobnosti, presnejšie do príležitostného výberu.

Zo získaných informácií sme spracovali kazuistiky jednotlivých respondentov, ktorých mená boli pre ochranu osobných údajov zmenené. Pre odborné vypracovanie kazuistik sme využili rady z literatúry od Hučíka a kol. (2009).

Aj keď podľa literatúry sú neodmysliteľnou súčasťou kazuistik anamnézy jednotlivých oblastí života klienta (respondenta), nie sú pre realizovaný výskum a zameranie výskumu v tejto práci relevantné, z toho dôvodu sme ich neuviedli. V tomto výskume neboli stanovené hypotézy, pretože získané údaje a kazuistiky sú predovšetkým kvalitatívneho charakteru. V kazuistikách sme spracovali základné údaje o respondentovi vrátane stupňa ich zrakového znevýhodnenia, údaje a postrehy týkajúce sa prínosu chránených dielni a chránených pracovísk v sociálnom aspekte života respondenta ako aj ich plány a očakávania do budúcnosti. Údaje získané od respondentov so zrakovým znevýhodnením (zamestnancov chránenej dielne) sme porovnali s údajmi získanými od respondentov so zrakovým znevýhodnením (zamestnancov na bežnom pracovisku) a následne sme vyvodili hodnotenia a závery podľa stanoveného cieľa a výskumných otázok.

Diskusia

Na základe výsledkov môžeme konštatovať, že pre osoby so zrakovým znevýhodnením majú chránené dielne a chránené pracoviská v sociálnej oblasti značný význam. Keďže sa práca na týchto pracoviskách realizuje v zmiešanom kolektíve (osoby so zrakovým znevýhodnením aj bez zrakového znevýhodnenia), dochádza k nadväzovaniu sociálnych kontaktov, čo eliminuje riziko sociálnej izolácie a prispieva tak k integrácii týchto osôb jednak do pracovného kolektívu ako aj do spoločnosti.

To, že chránené dielne a chránené pracoviská sú nepochybne veľkým prínosom pri sociálnej integrácii osôb so zrakovým znevýhodnením, môžeme zdôvodniť aj pomerne dobrými pracovnými vzťahmi tak medzi zamestnávateľom a zamestnancami ako aj medzi zamestnancami navzájom, čo je výsledkom vhodnej a efektívnej komunikácie medzi nimi.

Iným príkladom prínosu je aj to, že práca v chránených dielnach a chránených pracoviskách pomáha osobám so zrakovým znevýhodnením pri sebarealizácii, osobnostnom raste a pri nadobúdaní nových vedomostí a zdokonaľovaní zručností. No napriek evidentnému množstvu výhod, ktoré chránené dielne a chránené pracoviská prinášajú, existuje množstvo bariér, ktoré znemožňujú možnosti zamestnať sa osobám so zrakovým znevýhodnením práve

na týchto pracoviskách. Medzi najväčšie bariéry môžeme uviesť predsudky zo strany zamestnávateľa a nedostatočnú kvalifikáciu osôb so zrakovým znevýhodnením, čo má za následok to, že väčšina osôb so zrakovým znevýhodnením nemá zamestnanie.

Pre objektívnejšie a kvalitnejšie zhodnotenie prínosu chránených dielní a chránených pracovísk, sme tento výskum realizovali aj medzi osobami so zrakovým znevýhodnením zamestnanými na bežnom pracovisku, teda pracovisku bez štatútu chránenej dielne. Na základe nasledujúcich zistení môžeme porovnať, do akej miery je prínos chránených dielní a chránených pracovísk pre osoby so zrakovým znevýhodnením významný.

Pri porovnaní prínosu chránených dielní a chránených pracovísk s bežným pracoviskom v sociálnej oblasti, môžeme povedať, že rovnako ako v chránených dielniach a chránených pracoviskách, tak aj na bežnom pracovisku je pre osoby so zrakovým znevýhodnením dôležitý sociálny kontakt medzi zamestnávateľom a zamestnancami ako aj medzi zamestnancami navzájom, keďže aj na bežných pracoviskách je práca organizovaná v kolektíve. Od toho môžeme odvodiť aj pracovné vzťahy medzi nimi, ktoré sú v prevažnej miere na dobrej úrovni rovnako ako v chránených dielniach. Odlišný nebude ani samotný zmysel práce na bežných pracoviskách, ktorý spočíva v uspokojení a naplnení potrieb, rozvíjaní tvorivosti a prispieva tak k nadobudnutiu nových vedomostí, či zlepšeniu zručností. Bariéry znemožňujúce zamestnať sa osobám so zrakovým znevýhodnením na bežných pracoviskách sú podobné ako tie pri chránených dielniach s tým rozdielom, že pri zamestnaní sa na bežných pracoviskách je vyššia konkurencia osôb bez zrakového znevýhodnenia, čo rovnako spôsobuje väčšinovú nezamestnanosť osôb so zrakovým znevýhodnením.

Pre zaujímavosť môžeme spomenúť, že všetci zamestnanci chránenej dielne, ktorí sa zúčastnili tohto výskumu zastupovali ženského pohlavie, kým respondenti z bežného pracoviska boli zástupcami mužského pohlavia. Na základe toho by sme mohli tvrdiť, že väčšina mužov so zrakovým znevýhodnením sú zamestnaní na bežnom pracovisku a väčšina žien obsadzuje pracovné miesta v chránených dielniach a chránených pracoviskách, avšak vzhľadom na nízky počet respondentov sa skôr prikláňame k tvrdeniu, že išlo o náhodu.

Záver

Prínos chránených dielní a chránených pracovísk pre osoby so zrakovým znevýhodnením v skúmanom sociálnom aspekte života je do značnej miery významný, ale veľmi podobný prínosu bežného pracoviska, s tým rozdielom, že chránené dielne a chránené pracoviská sú zriaďované predovšetkým pre zamestnávanie osôb so zrakovým znevýhodnením, zatiaľ čo pri bežných pracoviskách to tak byť nemusí.

Za dôležitý fakt však považujeme aj to, že chránené dielne a chránené pracoviská sú alebo by aspoň mali byť primárne zriaďované pre osoby s akýmkoľvek zdravotným znevýhodnením, pretože pri bežných pracoviskách sa s prístupom uprednostňujúcim osoby so zdravotným znevýhodnením vo väčšine prípadov nestretneme.

Zoznam bibliografických odkazov

ATKINSON, T. et al., 2002. *Social Indicators: The EU and Social Inclusion*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 0-19-925349-8.

BUCHTOVÁ, B. a kol., 2002. *Nezaměstnanost – psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada. ISBN 80-247-9006-8.

HREHORČÁKOVÁ, E., 2003. *Výchova a vzdelávanie nevidiacich a slabozrakých na Slovensku od roku 1922*. Bratislava: Ústav informácií a prognóz školstva. ISBN 80-7098-359-0.

HUČÍK, J. a kol., 2009. *Kazuistika v sociálnej práci*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. ISBN 978-80-89271-66-5.

HÓKOVÁ, T., 2016. *Sociálna rehabilitácia zrakovo postihnutých*. [online]. [cit. 2016-11-13]. Dostupné z: <http://www.nrozp.sk/index.php/soc-rehabilitacia/zrakovo-postihnuti/88-socialna-rehabilitacia-zrakovo-postihnutych>

KOLÁČKOVÁ, J. a kol., 2005. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In: O. MATOUŠEK. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, s. 89-109. ISBN 80-7367-002-X.

KRHUTOVÁ, L. a kol., 2005. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1168-7.

KVARČÁKOVÁ, M. a kol., 2005. Potřeby osob se zdravotním postižením. In: K. PAULÍK. *Uplatnění věd o člověku v sociální práci*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, s. 111-120. ISBN 80-7042-690-X.

MAREŠ, P., 1994. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-901424-9-4.

NÁRODNÁ RADA OBČANOV SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM, 2012. *Sociálna rehabilitácia zrakovo postihnutých*. [online]. [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <http://www.nrozp.sk/index.php/soc-rehabilitacia/zrakovo-postihnuti/88-socialna-rehabilitacia-zrakovo-postihnutych>

SJEDNOCENÁ ORGANIZACE NEVIDOMÝCH A SLABOZRÁKÝCH ČR, 2012. *Kdo je zrakově postižený?* [online]. [cit. 18-02-2012]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/kdojezp.php>

ÚNIA NEVIDIACICH A SLABOZRÁKÝCH SLOVENSKA, 2001. *Sme medzi vami*. Bratislava: ÚNSS.

ÚNIA NEVIDIACICH A SLABOZRÁKÝCH SLOVENSKA, 2012. *Systém integrovaného zamestnávania a rekvalifikácie nevidiacich a slabozrakých ľudí*. [online]. [cit. 2012-02-18]. Dostupné z: <http://www.unss.sk/sk/menu/projekty/zamestnanie/sizar/index.htm>

WHO., 2010. *Action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment, 2009-2013*. Geneva. WHO Press. ISBN 978-92-4-150017-3.

Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti.

Kontakt na autorov

Mgr. Juraj Kašický
Katedra sociálnej práce
Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach
Moyzesova 9, 040 59 Košice
juraj.kasicky@gmail.com

doc. Mgr. Soňa Lovašová, PhD.
Katedra sociálnej práce
Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach
Moyzesova 9, 040 59 Košice
sona.lovasova@upjs.sk

Vyššia úroveň reziliencie ako potenciálny ochranný mechanizmus voči klientskemu násiliu u sociálnych pracovníkov na ÚPSVaR

High level of resilience as a potential protective mechanism in situation of client violence towards social workers on ÚPSVaR

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

Abstrakt

Vychádzajúc z autorského výskumu príspevok ponúka pohľad na rezilienciu ako na možný ochranný mechanizmus voči klientskemu násiliu. Reziliencia v tejto súvislosti predstavuje konštrukt, ktorý je nápomocný pre profesiu sociálnych pracovníkov v extra priestore, zároveň aj odráža pozitívny psychologický prístup k náročnej situácii. Znáмым faktom je, že v súčasnosti sa sociálni pracovníci na ÚPSVaR stretávajú vo svojej profesii s časovou náročnosťou, meniacimi sa podmienkami na oddeleniach, častými zmenami a množstvom klientely či nevhodným dozorom nadriadeného, nevyhovujúcimi priestorovými podmienkami. Tieto aspekty autorky považujú za významné pre využitie vyššej úrovne reziliencie ako obranného mechanizmu pre jej univerzálnosť a zároveň skrz jej faktory.

Kľúčové slová: Klientske násilie. Reziliencia. Sociálny pracovník.

Abstract

Based on the author's research this article provides an insight into resilience as possible protective mechanism against a client violence. In this relation, resilience means structure which is helpful for profession of social workers in extra working area and reflects positive psychological attitude towards difficult situation. Well known fact of the present UPSVaR social workers is they encounter in their profession with the time demanding, changing conditions in the department, general frequent changes and a lot of clients and improper supervision of a superiors. They also struggle with not suitable working spots. Authors consider these aspects for significant in case of using higher level of resilience as defense mechanism for its versatility as well as its factors.

Keywords: Client violence. Resilience. Social worker.

Úvod

Predpokladom, pre akékoľvek skúmanie a porozumenie reziliencii je uvedomenie si, že musí existovať určitý vzťah medzi rezilienciou a viac či menej ohrozujúcou situáciou. V inom prípade nie je istým spôsobom dôvod pre jej uplatnenie. Preto, ak hovoríme o odolnosti sociálneho pracovníka v súvislosti s klientskym násilím, je potrebné si uvedomiť, že za ohrozujúce nie sú považované len radikálne incidenty, ale aj nahromadenie každodenných stresorov, ktoré môžu postupne podkopávať fyzické, či psychické schopnosti a pripravenosť pracovníka.

Vzhľadom k významnému vzťahu medzi skúsenosťou s pracovnou záťažou a negatívnymi individuálnymi a organizačnými výsledkami, je snaha skúmať faktory, ktoré by mali vplyv na zvýšenie alebo zníženie tejto záťaže u zamestnancov. Ako jeden významný konštrukt sa javí psychologická odolnosť (REES, BREEN, CUSACK, HEGNEY 2015).

Reziliencia voči klientskemu násiliu u sociálnych pracovníkov

Odolnosť umožňuje samo o sebe rýchle obnovenie síl v nepríjemnej situácii, utrpení, či nešťastí. Prejavuje sa skrz flexibilitu, optimizmus, otvorenosť k učeniu. Jej nedostatok je signalizovaný skrz vyhorenie, únavu, malátnosť, depresívnosť, prípadne cynizmus. Reziliencia však poskytuje nie len nástroje na zvládanie náročných situácií, ale umožňuje zároveň rozvíjať nové získané zručnosti a perspektívy, ktoré sú pre jedinca v práci prínosom. Odolnosť je často vnímaná ako charakteristika, že človek je silný, vyrovnaný, avšak kľúčové je najmä samotné rozhodnutie učiť sa zo situácií. Odolný človek je otvorený zmenám. (Pulley, Wakefield 2001)

Schopnosť adaptovať sa efektívne na pracovnú záťaž je jednou z nutných podmienok profesionálneho uplatnenia človeka. S každým zamestnaním sú spojené úlohy a situácie obsahujúce potenciálne stresory, ktoré za určitých subjektívnych či objektívnych podmienok okolností môžu navodiť reálny stres. Odolnosť voči pracovnej záťaži je možné spojiť s pojmami ako sú kompetencie, fyzická zdatnosť a výkonnosť, kvalifikácia a pod. Každý z nich akcentuje určité predpoklady, ktoré okrem iného umožňujú vysporiadať sa viac-menej úspešne s pracovnými nárokmi (Paulik 2010).

Medzi významné príspevky k výskumu odolnosti bol obnovený záujem o koncepcie a nástroje pre hodnotenie spôsobilosti, prínosy pre životné prostredie, a adaptívne systémy, rovnako ako aj propagačné a ochranné faktory. (Southwick 2011) V tomto kontexte nasledujúca podkapitola pojednáva o podstate protektívnych a rizikových faktorov reziliencie.

Protektívne a rizikové faktory reziliencie

Faktory reziliencie poskytujú častokrát nápomocné aspekty v súvislosti s rezilienciou voči záťažovej situácii. V teoretickom rámci ponúkame v tejto podkapitole pomyselné zhrnutie problematiky faktorov reziliencie. Dôvodom je potreba uvedomiť si krehkosť jednotlivých faktorov, ktoré je možné podľa okolností zastrešiť rovnako pojmami ako rizikové alebo protektívne.

Ochranné, protektívne faktory predstavujú biologické, psychologické a/alebo ekologické procesy, ktoré prispievajú k prevencii voči záťaži, či znižujú jej dopad na jedinca (Gitterman 2014).

Rizikové faktory sú individuálne atribúty, charakteristiky, prípadne určitá situácia či kontext v prostredí, ktorý zvyšuje pravdepodobnosť výskytu negatívneho správania človeka. S konceptom rizika úzko súvisí zraniteľnosť, či psychosociálna náchylnosť. Rizikové faktory totižto vytvárajú podmienky, v ktorých sa človek stáva zraniteľný voči nepriaznivým dôsledkom. (Pulley, Wakefield 2001)

Tieto faktory môžu predstavovať vnútorné osobnostné charakteristiky, ako prediktory k zručnostiam pre vhodné riešenie problémov, alebo vonkajšie faktory prostredia, napríklad podporné sociálne siete, ktoré modifikujú samotné riziko. (Greene 2008)

Holmesová a kol. (Holmes 2015) vo svojej práci, ktorá sa týkala reziliencie v prípade fyzickej agresie voči deťom, napríklad poukazujú na fakt, že niektoré protektívne faktory v prípade agresívneho správania, zahŕňajú u obeti prosociálne zručnosti (napr. sebaovládanie, spoluprácu, zodpovednosť). Inými slovami, tieto prosociálne zručnosti boli identifikované ako protektívne faktory v súvislosti s odolnosťou voči problémom.

Rizikové a ochranné faktory sú spolu často totiž prepojené. Ak napríklad nie je v súvislosti s ochranným faktorom dostatočne prítomná sociálna opora, môže sa z ochranného faktoru stať rizikový. V takom prípade majú ochranné a rizikové faktory kontinuálny rozmer. (Zand, Pierce 2011)

Výsledky autorského výskumu

Súčasťou autorského výskumu zameraného na zvládanie a odolnosť voči klientskemu násiliu u sociálnych pracovníkov na ÚPSVaR v roku 2015/2016 bola aj problematika konkrétnych faktorov reziliencie. Výber výskumnej vzorky bol zámerný a nenáhodný. Ako výskumná vzorka boli oslovení pracovníci, ktorí priamo pracujú s klientmi z Košického a Prešovského kraja na Úradoch práce, sociálnych vecí a rodiny. Jednotlivé kraje boli zvolené z dôvodu rozsiahlosti a množstva potenciálnej klientely vzhľadom k počtu obyvateľstva a s dôrazom na priamy kontakt s klientom.

Na zúčastnené úrady bolo podľa dohody s koordinátormi distribuovaných dokopy 1175 dotazníkov. Návratnosť dotazníkov predstavuje 43%, teda konečnú výskumnú vzorku tvorilo 556 pracovníkov.

V rámci problematiky odolnosti na pracovisku nás zaujímala úroveň odolnosti respondentov, ktorú sme zisťovali na základe porovnania priemerného skóre Connor – Davidson Resilience Scale. Vyhodnotenie spočívalo v určení priemerného skóre respondentov a platí, že čím vyššie priemerné skóre, tým vyššia úroveň reziliencie. Postup vyhodnotenia následne spočíval v stanovení hranice priemerného skóre ($X = 26,1$), ktorá zastávala hraničný bod pre vyššiu, respektíve nižšiu úroveň reziliencie. Skóre v tejto skrátenej verzii dotazníka odráža schopnosť respondentov tolerovať skúsenosti ako je zmena, osobné problémy, chorobu, záťaž, či zlyhanie (Scali 2012).

Na základe určenia frekvencie výskytu môžeme v tomto kontexte konštatovať, že vyššiu úroveň reziliencie dosahovalo v rámci výskumnej vzorky 61% respondentov a nižšiu 39%. Nadpolovičnú časť respondentov teda môžeme potenciálne charakterizovať ako pracovníkov, ktorí sú schopní odolávať nástrahám a negatívnym skúsenostiam na pracovisku. Podrobnejší popis úrovne reziliencie v kontexte mesta pracoviska je ponúknutý v Tabuľke 1

Tabuľka 1 - Deskripcia respondentov podľa úrovne reziliencie vzhľadom k mestu pracoviska

		ÚROVEŇ REZILIENCIE		N
		Vyššia*	Nižšia**	
MESTO	Poprad	18	12	30
	Rožňava	26	30	56
	Sp. Nová Ves	51	32	83
	Snina	27	16	43
	Stará Ľubovňa	16	8	24
	Humenné	46	30	76
	Kežmarok	41	26	67
	Michalovce	37	21	58
	Stropkov	15	8	23
	Košice	47	26	73
	Prešov	16	7	23
	Σ	340	216	556

* úroveň reziliencie je vyššia ako priemerné skóre reziliencie u respondentov ($> 26,1$)

** úroveň reziliencie je nižšia ako priemerné skóre u respondentov ($< 26,1$)

Tabuľka 2 - Spearmanov korelačný koeficient - súvislosť medzi úrovňou reziliencie a faktormi reziliencie

ÚROVEŇ REZILIEN		<i>Vnímanie seba</i>	<i>Vnímanie budúcnosti</i>	<i>Vnútorne usporiadanie</i>	<i>Sociálne kompetencie</i>	<i>Rodinná súdržnosť</i>	<i>Sociálne prostriedky</i>
	r		0,363	0,331	0,280	0,252	0,261
p (α)		<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*

* p< 0,01

Tabuľke 2 pojednáva o konkrétnom štatisticky významnom vzťahu medzi úrovňou reziliencie a konkrétnymi faktormi reziliencie. Vzhľadom k týmto skutočnostiam môžeme následne konštatovať, že najvyššie korelácie sa preukázali najmä vo vzťahu úrovne reziliencie k „Vnímaniu seba“, čím možno naznačiť súvislosť vyššej úrovne reziliencie respondenta s jeho dôverou vo vlastné schopnosti a rozhodnutia, ktoré vychádzajú aj z jeho realistických očakávaní. Za zmienku taktiež stojí poukázanie na vzťah úrovne reziliencie voči „Vnímaniu budúcnosti“. V tomto kontexte výsledky indikujú, že existuje súvislosť medzi pozitívnym nadhľadom do budúcnosti a vyššou úrovňou reziliencie u respondentov. Podstatným východiskom preukázania štatistickej významnosti aj medzi ostatnými faktormi a úrovňou reziliencie je hlavne v tom, že vyššia úroveň v protektívnych faktoroch odolnosti je predpokladom nižšieho výskytu psychických príznakov - do istej miery neprítomnosti psychopatológie. (Hjemdal 2011)

Záver

Rozmanitosť problematik a klientely, ktorým sa venuje v rámci svojho zamerania sociálny pracovník, potenciálne u neho vyvoláva rozporuplné situácie. Tie musí riešiť, či z formálneho alebo neformálneho, objektívneho či subjektívneho pohľadu. Je nepopierateľná náročnosť jednotlivých úkonov, kedy pracovník často krát prichádza do kontaktu s klientom, ktorý prejavuje škálu emócií od frustrácie, nespokojnosti po útočnosť až násilie. Ukorigovať takého klienta vyžaduje súlad viacerých faktorov zo strany pracovníka. Za podstatné elementy považujeme aj jeho úroveň reziliencie, ktorá predstavuje nápomocný ochranný zdroj pre adaptáciu v náročnej situácii, za akú považujeme aj klientske násilie na pracovisku.

Na základe skúmania konkrétnych protektívnych faktorov reziliencie v súvislosti s úrovňou reziliencie možno naznačiť, že respondenti s vyššou úrovňou reziliencie, viac vkladajú do seba samého dôveru, vo vlastné schopnosti a rozhodnutia, taktiež majú pozitívny nadhľad do budúcnosti. Slabé, ale štatisticky významné sa preukázali súvislosti aj s faktormi ako „Vnútorne usporiadanie“, ktoré je možné vnímať ako preferenciu jasných plánov a cieľov pred začatím činnosti. Zároveň je možné naznačiť aj súvislosť s tým, že respondenti s vyššou úrovňou reziliencie zdieľajú svoje pocity a hodnoty v rodine, ktorá je oporou.

Zoznam bibliografických odkazov

- GITTERMAN, A., 2014. Handbook of social work practice with vulnerable and resilient population. USA: Columbia University Press. ISBN 978-0-231-53701-8
- GREENE, R.R., 2008. Human Behavior Theory and Social Work Practice. USA: Transaction Publishers. ISBN 978-0-202-36181-9.
- HJEMDAL, O. et al., 2011. The Resilience Scale for Adults: construct validity and measurement in a Belgian sample. In: International Journal of Testing, Vol. 11, No. 1, pp. 53–70.
- HOLMES, M. et al., 2015. Resilience in Physically abused children: Protective Factors for aggression. In: Behavioral Sciences. Vol. 5, No. 2, pp. 176-189.

PAULÍK, K., 2010. Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada. ISBN 9788024729596.

PULLEY, M.L., and M. WAKEFIELD, 2001. Building Resiliency: How to Thrive in Times of Change. [online]. Northon Carolina: Center of Creative Leadership. [cit.2015-11-19]. Dostupné z: <http://www.slideshare.net/yadhisoriented/building-resiliencyhow-to-thrive-in-times-of-change>

REES, C.S. et al., 2015. Understanding individual resilience in the workplace: the international collaboration of workforce resilience model. In: Frontiers in Psychology. Vol. 6, No. 73. Dostupné z: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2015.00073/full>

SCALI, J. et al., 2012. Measuring Resiliencie in Adult Women using the 10 items Connor-Davidson Resilience Scale. In: PLoS One. Vol. 7, No. 6. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3387225>

SOUTHWICK, S. M., 2011. Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan. London: Cambridge University Press. ISBN 9781139498869.

ZAND, D.H., and K.J PIERCE, 2011. Resilience in Deaf Children: Adaptation Through Emerging Adulthood. London: Springer. ISBN 978-1-4419-7796-0.

Kontakt na autorky

Mgr. Antónia Sabolová Fabianová, PhD.
Inštitút edukológie a sociálnej práce,
FF, Prešovská univerzita v Prešove,
Email: sabolova.antonina@gmail.com

Prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.
Katedra sociálnej práce
Univerzita P.J.Šafárika v Košiciach,
Email: eva.ziakova@gmail.com

Komparace výzkumných studií k adaptačním potížím u dětí se specifickými vývojovými poruchami učení a chování

The comparison of research studies of adjustment difficulties among children with specific learning disabilities and behavior disabilities

Maria Vašutová (ČR)

Abstrakt

Príspevek je informáci o výzkumných studiích zaměřených na zkoumání adaptačních potíží v některých osobnostních charakteristikách u dětí se specifickými vývojovými poruchami učení a chování na pozadí percepce barev. Výsledky studií z roku 2004 a v roce 2014 přináší závěry, že tyto adaptační potíže souvisejí s některými nalezenými rysy osobnosti a to: agresivitou, negativismem, anxiétou, únikem do nemoci a emoční plochostí.

Klíčová slova: Specifické vývojové poruchy učení a chování. Test barevného sémantického diferenciálu. Adaptační problémy. Specifický neurotický syndrom.

Abstract

The paper informs about research studies aimed at examining adjustment difficulties in case of some personality characteristics of children with Specific Learning Disabilities and behavior disabilities on colour perception background. The results of the researches from 2004 and 2014 show that the adjustment difficulties relate with some concrete personality characteristics such as: aggressiveness, negativism, anxiety, escaping into illness and emotional flatness.

Keywords: Specific Learning Disabilities and behavior disabilities, Test of Colour Semantic Differential. Adjustment problems. Specific Neurotic Syndrom.

Specifické vývojové poruchy učení a chování

Podle evropské terminologie se specifické vývojové poruchy učení a chování řadí pod pojem **dětí se speciálními vzdělávacími potřebami**. Jde o žáky a studenty se zrakovým, sluchovým, tělesným nebo mentálním postižením, s vadami řeči, s vícero vadami, autisty, s chronickým onemocněním či zdravotně oslabené, o žáky se specifickými vývojovými poruchami učení a chování (dále jen SPUCH). Tyto děti vyžadují během školního vzdělávání speciální přístup. Zvláštní, osobitý pedagogický přístup vyžadují i jedinci projevující nějaké zvláštní nadání či talent (MŠMT: Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Vyhláška č. 197/2016 Sb., O poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních).

„Hovoříme-li o těchto poruchách jako o **vývojových**, tak proto, že jedinec k nim dospívá v průběhu vývoje, objevují se jako vývojově podmíněný projev. Označení **specifické** umožňuje diferenciaci od nespecifických poruch, jako jsou smyslová postižení či opožděný vývoj. Je podstatné si uvědomit, že jedinci se SPUCH tvoří nestejnorodou skupinu, jednotlivé projevy se mohou kombinovat a mohou se vyskytnout spolu s poruchami nespecifickými, v kombinaci se smyslovými či emocionálními vadami, a také s vlivy vnějšími (např. chybné didaktické postupy, nepřiměřené nároky rodiny, nezvládnutá metodika výuky čtení aj.). Nutné je také zohlednění inteligence, kdy SPUCH „může postihnout dítě s průměrnou nebo

nadprůměrnou inteligencí, přičemž u dětí s podprůměrnou inteligencí musíme odlišit, zda se jedná o poruchu či pomalejší osvojování dovedností (Vašutová, s. 27)“.

Terminologie specifických vývojových poruch učení a chování respektuje pojmy, které jsou u naší odborné, pedagogicko-psychologické a rodičovské veřejnosti rozšířeny (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou atd.). **Definovat specifické vývojové poruchy učení a chování** je nesnadné, neboť prošly v průběhu historie určitým vývojem. V literatuře se pak často setkáváme s rozdělením na specifické poruchy učení (SPU) a specifické poruchy chování (SPCH), a to jak v charakteristice těchto poruch, tak i v jejich definování. „Specifické poruchy učení jsou poruchy projevující se obtížemi při nabývání čtení, psaní a pravopisu při běžném výukovém vedení, přiměřené inteligenci a sociokulturní příležitosti.“ (Šauerová, Špačková, & Nechlebová 2012, s. 22). „Specifické vývojové poruchy učení mohou být definovány též jako neočekávaný a nevysvětlitelný stav, který může postihnout dítě s průměrnou nebo nadprůměrnou inteligencí, charakterizovaný významným opožděním v jedné nebo více oblastech učení (Selikowitz 2000; Vašutová 2008, s. 27)“.

Specifické vývojové poruchy chování, syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), „jsou chápány jako vývojové chronické postižení se silným biologickým a hereditárním zatížením, jehož důsledkem je zhoršený školní a sociální výkon. Je to vývojová porucha charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity.“ (Šauerová, Špačková, & Nechlebová 2012, s. 34).

Tyto poruchy můžeme označit i jako poruchy v oblasti sociálních vztahů, které jsou způsobeny oslabením nebo změnami centrální nervové soustavy, jejichž příčiny nacházíme v působení jak exogenních, tak endogenních faktorů. Většina teorií **vysvětlujících příčiny** těchto poruch je založena na předpokladu určitého poškození mozku. „Tyto teorie se vzájemně nevylučují, každá z nich může vysvětlit některý z článků v řetězci příčin. Některé teorie vycházejí z jevové stránky, hledají příčiny v poruchách vnímání, řeči, motoriky a nedostatečné lateralizace funkcí. Středem zájmu může být i neurologický původ poruchy, specifikace činnosti mozkových hemisfér. Psychoanalytický přístup zdůrazňuje porušení vztahu mezi dítětem a prostředím (Matějček 1993; Vašutová 2008, s. 31).“

Názory odborníků na vztah specifických vývojových poruch učení a ADHD se často liší. Většina uvádí, že se jedná o poruchy na sobě nezávislé, přičemž se obě postižení mohou vyskytovat současně. Děti, u nichž byla diagnostikována porucha jak v oblasti učení tak v chování, vyžadují reedukaci zaměřenou na symptomy obou poruch. U obou poruch však často převládají společné projevy (například chyby z nepozornosti, nikoliv z nezvládnutého učiva, při aplikaci učiva písemnou formou se dítě nedokáže soustředit, zvládá kratší úkoly, časově náročnější práce nedokončí, svým obtížím nerozumí, časté je snížené sebevědomí a problémy v sociálních vztazích).

Symptomatologie SPUCH spočívá v neschopnosti naučit se dobře číst, psát, aplikovat pravopis, neschopností naučit se matematickým dovednostem, neschopností ve vnímání a v reprodukci hudby, v obtížích v oblasti motoriky (vizuomotorická a psychomotorická koordinace). Děti se SPUCH se vyznačují i specifickými, osobnostními či neurotickými charakteristikami. Adjustační potíže u těchto dětí jsou spojovány s **agresivitou, negativizmem, anxiétou, únikem do nemoci a emoční plochostí**. Jde o **specifický neurotický syndrom** charakteristický pro děti se specifickými vývojovými poruchami učení a chování. Tato skupina poruch může představovat rizikový faktor pro rozvoj dalších emočních a neurotických poruch.

Vnímání barev

Zkoumáním vývoje osobnosti, některých osobnostních faktorů jedince pomocí psychologického významu barev se věnovala řada autorů. Například Goethe (1810), Shaie (1965), Heiss (1960), Borbély (1993), Schilling (1999), Obuch (1993), Lüscher (1989) apod.

Z analýzy výzkumných studií zaměřených na využití barev v rámci psychologické diagnostiky vyplývá, že existuje úzký vztah mezi osobností a barvou. Určité barvy souvisejí s určitými atributy osobnosti. Pro zabezpečení spolehlivosti uvedených vztahů je nevyhnutelné, aby používané barvy byly přesně specifikovány, aby se zabránilo používání různých odstínů téže barvy při pokusu o ověření nebo potvrzení výsledných dat. Využití barvu jako prostředek k popisu osobnosti je možné tehdy, když se prokáže, že existují jisté stabilní vztahy mezi preferencí určitých barev a osobnostními proměnnými. Dále, že existují individuální rozdíly v odpovědích na barvu a že tyto rozdíly vyplývají ze specifické individuality každého člověka. Teoretická východiska psychologie barev popisují některé více či méně prokázané souvislosti k určitým osobnostním rysům, vlastnostem a emočním stavům, **s preferencí a s odmítáním určitých barev**. Mnohé tyto vlastnosti jsou spojovány právě s poruchami učení. Nabízí se tedy úvaha, jak se to bude promítat do světa barev a do oblasti prožívání (Vašutová 2004).

Cíle výzkumu, Test barevného sémantického diferenciálu

Výzkumným cílem bylo zjistit adjustační potíže v rámci použité techniky Testu barevného sémantického diferenciálu (dále jen TBSD) u dětí, jimž byla diagnostikována některá ze specifických vývojových poruch učení a chování. Zjišťovali jsme, **jak se tato specifika projevují na pozadí vnímání (percepce, apercpece) a hodnocení barev**. Kontrolní soubor zahrnoval žáky bez těchto poruch.

Test barevného sémantického diferenciálu je relativně nezávislý na verbálních schopnostech subjektu a jeho ochotě ke komunikaci. Používá se například i u dětí s výukovými a výchovnými problémy, u dětí zvýšeně unavitelných či sociálně zanedbaných. Je jednoduchý, používá srozumitelná podnětová slova, týkající se nejzákladnějších a transkulturně společných hodnot a znaků. Podnětová slova, tvořící verbální inventář TBSD, zastupují životní realitu jedince a byla vybrána z hlediska jejich důležitosti pro život člověka. TBSD vychází z emocionální reakce člověka na barvy (Ščepichin, Ricklová 1992; Vašutová 2004).

Sledovali jsme oblíbenost barev u dětí se SPUCH ve srovnání s dětmi bez SPUCH. Na tomto základě jsme následně zjišťovali, jak jsou tyto barvy spojeny s podnětovými slovy, které se vztahují k některým dimenzím světa dítěte: dimenze školy, rodiny a vrstevníků. Barvy, které nabývaly v našem výzkumu specifických individuálních významů a hodnot, umožňovaly nově vidět vztahy dítěte se specifickou vývojovou poruchou učení a chování k životní a školní realitě. Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, **zda u dětí se SPUCH ve srovnání s dětmi bez SPUCH jsou větší adjustační obtíže** v některých osobnostních charakteristikách.

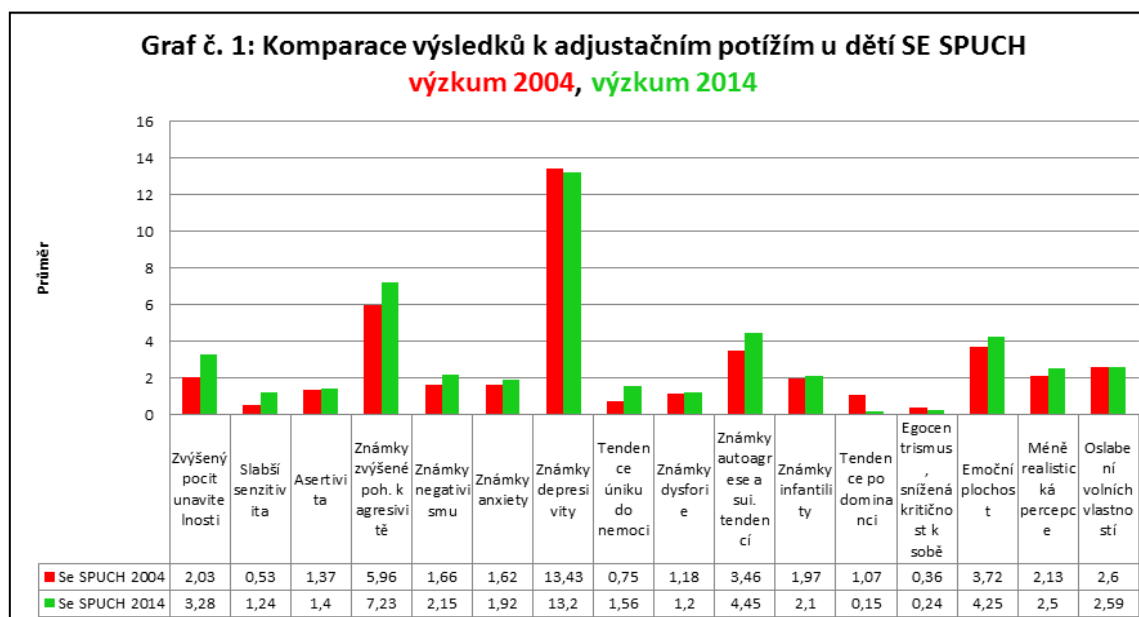
Analýza výsledků

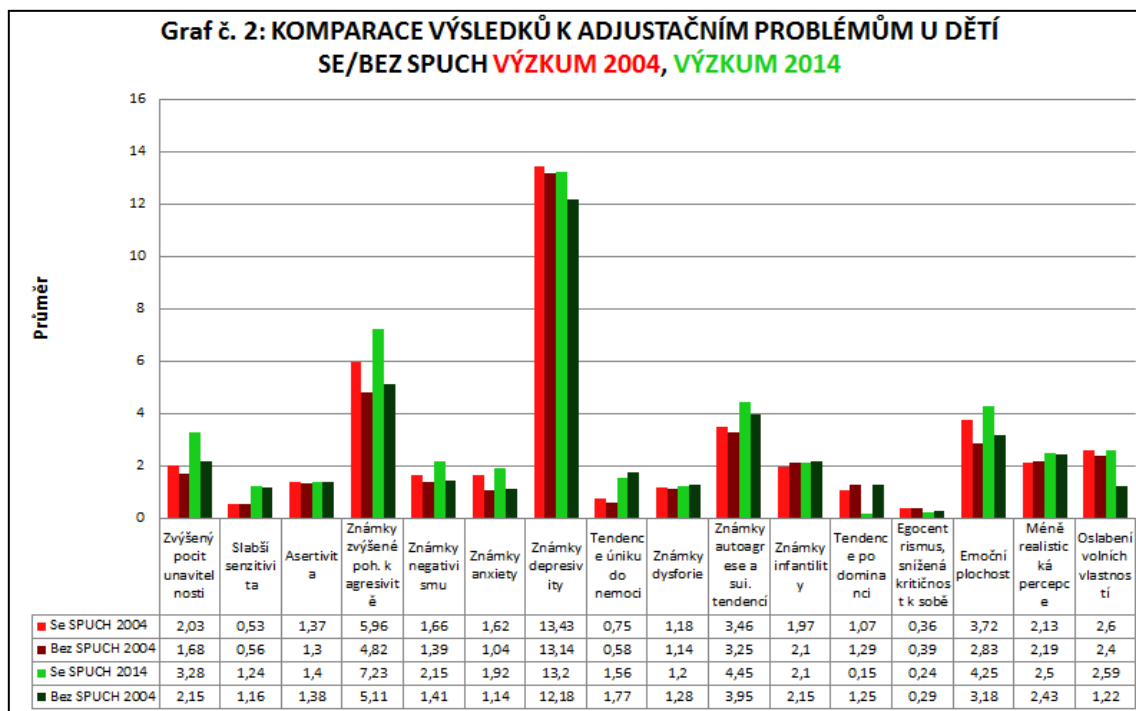
Tabulka č. 1: KOMPARACE VÝSLEDKŮ K ADJUSTAČNÍM PROBLÉMŮM U DĚTÍ SE SPUCH/BEZ SPUCH

	VÝZKUM 2004		VÝZKUM 2014	
	Průměr			
	N = 332	N = 290	N = 207	N = 233

	Se SPUCH	Bez SPUCH	Se SPUCH	Bez SPUCH
Zvýšený pocit unavitelnosti	<u>2,03</u>	1,68	<u>3,28</u>	2,15
Slabší senzitivita	0,53	0,56	1,24	1,16
Asertivita	1,37	1,3	1,4	1,38
Známky zvýšené poh. k agresivitě	<u>5,96</u>	4,82	<u>7,23</u>	5,11
Známky negativismu	<u>1,66</u>	1,39	2,15	1,41
Známky anxiety	<u>1,62</u>	1,04	1,92	1,14
Známky depresivity	<u>13,43</u>	13,14	<u>13,2</u>	12,18
Tendence úniku do nemoci	0,75	0,58	1,56	1,77
Známky dysforie	1,18	1,14	1,2	1,28
Známky autoagr. a sui. tendencí	<u>3,46</u>	3,25	<u>4,45</u>	3,95
Známky infantility	1,97	2,1	2,1	2,15
Tendence k dominanci	1,07	1,29	0,15	1,25
Egocentr., snížená kritičnost k sobě	0,36	0,39	0,24	0,29
Emoční plochost	<u>3,72</u>	2,83	<u>4,25</u>	3,18
Méně realistická percepce	2,13	2,19	<u>2,5</u>	2,43
Oslabení volných vlastností	<u>2,6</u>	2,4	<u>2,59</u>	1,22

Výzkum, který probíhal v roce 1995, až 2001 zahrnoval 622 dětí, z toho u 332 dětí byla diagnostikována specifická vývojová porucha učení a chování. Výsledky první výzkumné studie u dětí se SPUCH a u dětí bez SPUCH byly publikovány Vašutovou v roce 2004. (Dále jen **Výzkum 2004**). V letech 2012-2014 probíhal výzkum u souboru 440 dětí, z toho u 207 dětí byla diagnostikována specifická vývojová porucha učení a chování. (Dále jen **Výzkum 2014**). Výsledná data vztahující se k adjustačním potížím (unavitelnost, senzitivita, asertivita, agresivita, negativismus, anxiety, depresivita, únik do nemoci, dysforie, autoagrese, infantilita, dominance, egocentrismus, emoční plochost, realistická percepce, oslabení volných vlastností) jsou podrobně zpracovány v Tabulce č. 1 a v Grafu č. 1 a 2.





Statisticky významné výsledky Výzkumu 2004 vztahující se k unavitelnosti, agresivitě, negativismu, anxietě, tendencím úniku do nemoci a emoční plochosti svědčí o tom, že děti se SPUCH jsou méně adjustované než děti bez SPUCH. „Tyto osobnostní charakteristiky, **agresivitu, negativismus, anxieta, únik do nemoci a emoční plochost**, můžeme spojit ve SPECIFICKÝ NEUROTICKÝ SYNDROM (SNS), typický pro děti se specifickými vývojovými poruchami učení a chování (Vašutová 2004, s. 177)“.

Z analýzy výsledků druhého výzkumu vyplývá, že děti se SPUCH dosahují vyšších skóre než děti bez SPUCH zejména v těchto osobnostních charakteristikách: **depresivita, agresivita, autoagresivita, emoční plochost a unavitelnost**. Tyto uvedené vlastnosti spojujeme s většími adjustačními obtížemi u dětí se specifickými vývojovými poruchami učení a chování.

Závěr

Cílem obou výzkumů nebylo diagnostikovat specifické vývojové poruchy učení a chování, nýbrž postihnout hlubší osobnostní a kulturní souvislosti, které s těmito poruchami souvisejí. Zaměřili jsme se na adjustační potíže k některým osobnostním charakteristikám: pocitu unavitelnosti, senzitivitě, asertivitě, agresivitě, negativismu, anxietě, depresivitě, úniku do nemoci, dysforii, autoagresi a suicidální tendenci, infantilitě, dominanci, egocentrismu, emoční plochosti, méně realistické percepce a volným vlastnostem. Adjustační potíže u dětí s poruchami učení a chování (jak vyplývá s analýzy výzkumu v roce 2014) spojujeme s těmito nalezenými rysy osobnosti: **depresivitou, agresivitou, autoagresivitou, emoční plochostí**. Dále s unavitelností, oslabením volných vlastností, méně realistickou percepcí, negativismem, anxieta, únikem do nemoci a emoční plochostí. Výsledky obou výzkumů přinášejí a potvrzují významná zjištění. O tyto děti je třeba pečovat nejen po stránce vzdělávací, výkonové, ale rovněž po stránce osobnostního a sociálního rozvoje.

Zoznam bibliografických odkazov

MŠMT: Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Vyhláška č. 197/2016 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních).

SELIKOWITZ, M., 2000. *Dyslexie a jiné poruchy učení: co to jsou specifické poruchy učení a jak se diagnostikují*. Praha: Grada Publishing. Pro rodiče. ISBN 8071697737.

ŠAUEROVÁ, M., K. ŠPAČKOVÁ a E. NECHLEBOVÁ, 2012. *Speciální pedagogika v praxi: [komplexní péče o děti se SPUCH]*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024743691.

ŠČEPICHIN, V. a A. RICKLOVÁ, 1992. *Test barevného sémantického diferenciálu*. Horkelelektronik test. Trnávka.

VAŠUTOVÁ, M., 2004 *Diagnostické využití percepce barev u dětí se specifickými poruchami učení a chování*. Ostrava: FF OU. ISBN 80-7042-650-0.

VAŠUTOVÁ, M., 2007. *Děti se specifickými vývojovými poruchami učení a chování a agresivita ve školním prostředí*. Ostrava: Filozofická fakulta. ISBN 978-80-7368-525-6.

VAŠUTOVÁ, M., ed. 2007. *Specifické vývojové poruchy učení a chování: SPUCH: In: Sborník prací studentů Filozofické fakulty OU*. Ostrava: Filozofická fakulta. ISBN 9788073683207.

Kontakt na autora

doc. PhDr. et Mgr. Maria Vašutová, Ph.D.

Katedra psychologie

Filozofické fakulty Ostravské univerzity

maria.vasutova@osu.cz

Sociálne prístupy v oblasti duševného zdravia - Špecializované sociálne poradenstvo – Indikácie alebo Čo kedy najlepšie pomôže?

Social approaches in mental health - Specialized social counseling - Indications or When what works best to help?

Monika Piliarová (SR), Alena Bašistová (SR)

Abstrakt

Príspevok prezentuje špecializované sociálne poradenstvo z pohľadu teoretického konceptu ako i praktického nástroja sociálnej práce. Špecializované sociálne poradenstvo je kombináciou vedenia klienta a facilitácie jeho učenia v smere dosiahnutia pozitívnych zmien v prežívaní a správaní, rozvoja tých kvalít osobnosti, ktoré sú významné z hľadiska riešenia problémovej situácie, využívajúc techniky ako objasňovanie, povzbudenie, posilnenie, nácvik, cvičenie, modelovanie, hranie rolí. S objavením sa duševných a mentálnych zmien u jedincov, v priebehu života v rôznych formách a intenzitách, dochádza k narušeniu sociálnej stability. Tieto zmeny ešte nemusia dosiahnuť hĺbku patológie, no pri nedostatočnej alebo žiadnej intervencii je predpoklad, že ju dosiahnu. Zorientovať sa a prispôbiť sa ochoreniu, náhlejšej zmene zdravotného stavu u rodinného príslušníka, udržať sa v školskom, či pracovnom procese, vyžaduje určité poznanie, spracovanie udalostí a nastavenie rovnováhy.

Kľúčové slová: Špecializované sociálne poradenstvo. Zdravotné znevýhodnenie. Sociálne prístupy.

Abstract

The article presents specialised social counseling viewed as both theoretic concept and practical tool for social work. Specialised social counseling is a combination of guidance of client and facilitation of his learning in direction of achieving positive changes in feeling and behaviour, developing personality traits which are important in solving problems, while it uses techniques as clarification, encouragement, reinforcement, rehearsal, exercise, modeling, role playing. Certain spiritual and mental changes that happen through life in various forms and intensity can lead to disturbed social stability. These changes does not necessarily have to reach the intensity of pathological changes but if there is no or insufficient intervention, assumption is they will. To orient oneself and adjust to illness, sudden change in health status of family member, or to preserve oneself in school or work process requires certain knowledge, processing of experiences, and adjusting an equilibrium.

Keywords: Specialized social counseling. Health disadvantage. Social approaches.

Úvod

Organizácia Facilitas n.o. pôsobí od roku 2002 v oblasti sociálnych služieb, rozširujeme portfólio svojich aktivít a od roku 2010 sme na základe rozhodnutia MPSVaR začali poskytovať špecializované sociálne poradenstvo. ŠSP poskytujeme ambulantnou formou v zariadení individuálnou i skupinovú formou, v prípade potreby a záujmu klienta je možnosťou využívať aktivity arteterapie, edukácie a záujmovej činnosti. Aktuálna akreditácia MPSVaR je zo dňa 3.12.2014 na 5 rokov pod č. 19078/2014-M-OSS.

Každá duševná porucha má svoje špecifiká a sociálne znevýhodnenia, ktoré vyžadujú primeranú sociálnu intervenciu. Poskytneme vlastnú skúsenosť o oblastiach poradenstva, problémoch a medziodborovej spolupráci.

Špecializované sociálne poradenstvo

Poradenstvo je základnou službou v pomáhajúcich profesiách všade tam, kde sa snažíme podporovať človeka v aktívnom pristupovaní k jeho nepriaznivej situácii a v riešení ťažkostí a hroziacich rizík. Cieľom poradenstva je i nový pohľad na seba a na druhých ľudí a získaní potrebných spôsobilostí. Ide zároveň o proces, ktorým vytvárame podmienky pre osobný rast klienta a ktorý odstraňuje zábrany osobnostného rozvoja (Matoušek 2013).

Poradenstvo môžeme odvodiť od najstaršej ľudskej činnosti - výchovy. Prikláňame sa k názoru, že práve výchova ako spôsob odovzdávania poznatkov a skúseností o svete a človeku anticipovala i vznik poradenskej, spočiatku nešpecifickej činnosti. Tam, kde je výchova, je i vedenie, a kde je nedostatok skúsenosti, tam prichádza k slovu rada.

Vo všeobecnosti je výkon sociálnej a psychologickkej poradenskej a terapeutickkej činnosti legislatívne podmienený kvalifikačnými predpokladmi v medziach stredoškolského a/alebo vysokoškolského vzdelania a/alebo získania príslušného certifikátu. Tieto legislatívne podmienky odbornej spôsobilosti taxatívne určuje hlavne nariadenie vlády č. 296/2010 Z. z. v z.n.p. a zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z. z. v z.n.p..

Možno identifikovať niekoľko úrovní poradenskej činnosti, ktorá sa vyvíjala od počiatočného bežného radenia v interpersonálnej komunikácii, ktorá prebieha ako výmena informácií, skúseností a názorov, až po samostatnú špecializovanú a profesionálnu činnosť v konkrétnych inštitúciách. Postupne sa zriaďujú poradne pre voľbu povolania, psychologické poradenské zariadenia a špecializované poradenské služby v rámci zdravotníctva, sociálnej starostlivosti, školstva.

Psychická porucha nás môže prekvapiť kedykoľvek. V dnešnom svete plnom stresu nimi podľa štatistík trpí každý piaty človek. Príde neohlásene a náš život sa mení od základov. Ľudská spoločnosť a radosť vystrieda izolácia.

Návšteva psychiatra a následná hospitalizácia, zameraná na medikamentóznú liečbu, sociálnu samotu len prehlbuje. Navyše, samotné lieky nestačia. Môžu potlačiť symptómy, no príčina zostáva a choroba často ohlásí návrat.

Ľudia, ktorí už psychiatrickú hospitalizáciu absolvovali, môžu nemocnicu odmietajú, respektíve ich stav už hospitalizáciu nevyžaduje, tvoria zvláštnu skupinu čakateľov na normálny život. Odkázaní na svoju rodinu, závislí od pomoci druhých, izolovaní medzi štyrmi stenami bytu, či ústavu. Napriek tomu, že každý z nich by mal dostať šancu vrátiť sa do prostredia, odkiaľ si na chvíľu "odskočil", cesta späť často nevedie. Nemajú spojivko, ktoré by tieto dva svety prepájalo.

Problém alebo symptómy sú pre nás v špecializovanom poradenstve signálom k tomu, aby sme sa na nich bližšie pozreli a hľadali účinné riešenie.

Cieľom poradenstva je pre nás čo najviac možná eliminácia patológie, pomoc klientovi k jeho nezávislosti od iných ľudí, podporovanie osobnostného rastu klienta, zvýšenie kvality života, riešenie potrieb človeka v núdzi, jeho duševné a fyzické zdravie, mobilizácia „zdravých“ zdrojov prirodzeného prostredia klienta.

Rýchlosť postupu riešenia problému závisí od umenia pýtania sa. Bez otázok nie sú odpovede. Bez otázok nie je ani dohoda s klientom. „Čo pre Vás môžeme urobiť? Čo Vás ku nám priviedlo?“ V kontexte nášho poradenstva je sprevádzaním klienta na ceste pomôcť mu zistiť, že sám je odborník a my mu pomôžeme, aby opäť vedel ako pokračovať v svojom živote.

Špecializované sociálne poradenstvo začína dávaním otázok, takých, ktoré vyvolávajú mlčanie, aby klient mal dost času premýšľať, aby otváral svoje nové perspektívy v riešení, aby mohol získavať nový náhľad na svoje prežívanie.

Pre poradcu je dôležité nechápať príliš rýchlo, mať dostatok priestoru budovať vzťah dôvery, vzťah rešpektu, vnímať klientove snahy o riešenie problému z jeho životných a osobnostných možností. Vnímanie životných príbehov s porozumením silných miest klienta,

ktoré mu pomáhajú problémy vydržať a zároveň pochopiť prečo sa tieto problémy vracajú a opakujú. Je dôležité paradoxne na začiatku ničomu nerozumieť, pretože tak umožníme čo najlepšie usporiadať si klientovi jeho vlastné myšlienky a nahliadanie na kontext problémov. Nie je dôležité rýchlo radiť, ale naučiť klienta nový koncept rozvíjania nových a účinných stratégií. To všetko sa deje počas špecializovaného sociálneho poradenstva.

Dôležité pre proces poradenstva je viacero vonkajších a vnútorných faktorov. Medzi najúčinnějšíe patrí nadviazanie vzťahu, nielen administratívne právneho, ale vzťahu až neformálneho, ktorý má možnosť poskytnúť priestor bezpečia a intimity. Úzko súvisí s našim odborným nastavením, verbálnym prejavom, obsahom a celkovým prejavom tela. Celý rad vnútorných faktorov je nielen na strane klienta ale i špecializovaného poradcu. Poradenstvo vyžaduje adekvátny čas a priestor, nie sme schopní medzi dverami a za niekoľko minút vyriešiť udalosti, trvajúce niekoľko mesiacov a rokov, ktoré ovplyvňujú nielen klienta ale i jeho blízke sociálne prostredie.

Poradenská pomoc môže byť zameraná na elimináciu klientovho informačného deficitu alebo na to, aby klient prijal určité obmedzenia, ktoré plynú z jeho postihnutia, našiel v živote inú kvalitu a nové perspektívy, túto situáciu prijal a dokázal sa čo najlepšie adaptovať v dimenzii svojho osobného a sociálneho fungovania (Matoušek 2013).

Stále pretrváva predstava, že poradca je expert a že za niekoľko chvíľ dostane klient „recept, radu“ ako na to a až po niekoľkých stretnutiach sa presúvame do polohy, že našou snahou je urobiť experta z klienta.

Naším cieľom je spoločne nachádzať vnútorné a vonkajšie zdroje, ktorými klient mobilizuje svoj osobný potenciál k riešeniu problému, k spolupráci jeho okolia na riešení problému.

Akákolvek forma poradenstva rešpektuje možnosti a obmedzenia klientov. Je nutné odhadnúť aktuálnu toleranciu k záťaži, ktorá môže kolísať. Preťaženie ako i nedostatočná stimulácia môže zvýšiť riziko zlyhania klientov. Okrem toho je nutné vnímať, že efektivita práce u klientov s prejavmi duševného ochorenia môže byť rôzna, najmä pri chronických prejavoch. Napriek tomu je užitočná a nenahraditeľná (Vágnerová 2008).

V procese špecializovaného sociálneho poradenstva kladieme dôraz na osobnosť klienta, na jeho zodpovednosť a schopnosť presadiť sa. Aby neupadol do letargie chorého, práve naopak, aby zo svojich psychických rezerv vydoloval maximum vo svoj prospech. Cieľom je minimalizovať "záťaž" samému sebe, rodine, okoliu, pretože kombinácia genetickej dispozície, stresu a zníženej schopnosti zvládať záťaž je často spúšťacím mechanizmom životnej krízy. Veľmi často dôjde ku kumulácii záťažových vplyvov.

Jedno z prísloví, ktoré sú súčasťou „sedliackeho rozumu“ hovorí „Ak robíš dobro, rob ho pomaly, ak robíš zlo, rob ho rýchlo“, takže aj naše intervencie majú mať dlhodobý a pozitívny odkaz. Niekedy sa nevyhneme ani správam, ktoré rozladia, no aj tie sú súčasťou rastu. Niekedy sa však napriek všetkým dobrým nápadom a zdrojom nedarí posunúť v riešení problému, alebo nám pripadá neriešiteľný. Niekedy to je práve indikácia k inému typu starostlivosti a liečbe, k nasmerovaniu a uvažovaniu o inom type, prístupe a presunutie klienta k následnej vhodnej odbornej pomoci. Naši klienti sú našimi učiteľmi, ak sme otvorení, prítomní a vedomí si druhej osoby.

Prostredníctvom poskytovanej služby špecializovaného sociálneho poradenstva chceme naďalej pracovať s vnútorným potenciálom občanov, ktorí prekonávajú nepriaznivú sociálnu situáciu v dôsledku zdravotného znevýhodnenia formou individuálnou a skupinovú v spolupráci s ich rodinným zázemím.

Čiastkové ciele špecializovaného sociálneho poradenstva:

- mapovanie a odhaľovanie príčin sociálnych problémov,
- rozvíjanie a zlepšovanie schopností klienta riešiť vlastnú situáciu,

- vedenie klienta k zlepšovaniu vzťahov v interakcii so sociálnym prostredím, uvažovanie o dôsledkoch, uvažovanie nielen o sebe,
- poskytovanie podpory a odborného vedenia pri riešení sociálnych dôsledkov,
- podieľanie sa na integrácii tých, ktorí sa nemôžu z dôvodu handicapu zapojiť do normálneho chodu spoločnosti,
- mapovanie vlastných vnútorných zdrojov klienta- viera, emočné prežívanie, sociálna podpora, kognície, pohybové aktivity,
- zintenzívnenie spolupráce s rodinným zázemím ako podpora sociálnych zdrojov,
- podieľanie sa na sociálnom spolunažívaní v rámci lokality prostredníctvom otvorených aktivít,
- povzbudzovanie klienta k správnym postojom vlastným príkladom a aktivitou,
- práca a vedenie k pozitívnemu, resp. priaznivému využívaniu informačných technológií, prevencia nelátkových závislostí,
- práca v oblasti reflexie rozdielov medzi subjektívne vnímanou sociálnou realitou a objektívnou reálnou skutočnosťou, predovšetkým vplyvom zmien psychického prežívania a duševného stavu,
- mapovanie kritických miest a situácií, ktoré pôsobia ako negatívne udalosti v spoločnosti, ktoré ovplyvňujú a sťažujú prosociálny vývin klientov,
- vytváranie možnosti podieľania sa na vzdelávacom, kultúrnom a spoločenskom živote,

ich napĺňanie formou :

- individuálnou, skupinovou, komunitnou,
- technik kognitívnych, relaxačných a arteterapeutických,
- poskytnutia priestoru pre skúmanie seba samého a pochopenie vzájomných interakcií prostredníctvom poradenských techník a inovatívnych prístupov,
- sprostredkovania poznatkov interaktívnou formou s využitím edukácie a zážitku na sebe
- otvorených aktivít s preventívnym zameraním, s cieľom priblížiť sa cieľovej skupine, znižovať stigmatizáciu spoločnosťou, meniť ťažisko vnímania z automatizovaného a očakávaného prijímania pomoci na cestu sebapoznávania a novej orientácie sa v problémovej situácii,
- mapovania dôsledkov vlastného správania v čo najširšom sociálnom kontexte – rodina, práca, bydlisko, mesto, štát,
- orientácie v sociálnej oblasti a sociálnych službách, ktoré by napomohli k riešeniu nepriaznivej situácie,
- nadobúdania vlastnej hodnoty, sebadôvery a získavania nedeštruktívnych spôsobov sebaaprezentácie,
- mapovania a riešenia problémov, najmä aktivizáciou vlastných zdrojov,
- aktívneho využívania osobnostných spôsobilostí, zručností v prospech znižovania maladaptívneho fungovania,
- ujasňovania vlastných hodnôt a cieľov, zlepšovania kvality života v mieste komunity.

Mnohé prejavy cieľovej skupiny ako uzavretie sa, sociálna izolácia a utiahnutosť, poruchy nálad a správania sa podpisujú na spôsobe života, menia ich zvyklosti, pôsobia často až deštruktívne na ich vonkajšie prejavy vo forme maladaptačných prejavov a menej

prispôsobivého správania, ktoré môže viesť k poruchám interakcie s okolím a zníženiu bezpečnosti nás ostatných, nie len priamym ale i nepriamym spôsobom. Aktivitami v rámci poradenstva mobilizujeme cez individuálnu ale i cez zážitkovú formu prosociálnejšie konanie klientov a nazeranie na súvislosti vlastného správania a okolia, a tým zároveň prispieť ku zlepšeniu kvality života.

V jednotlivých problémových oblastiach využívame najmä nasledovné techniky a prístupy :

- rodinné a vzťahové poradenstvo - hľadanie primeraných možností odreagovania negatívnych emócií pri hostilných a nefunkčných rodinných vzťahoch, definovanie focusu nefunkčnej vzťahovej symptomatiky, sebavyšleňovanie z rodinných trojuholníkov, ovplyvňovanie rodinnej komunikácie, nácvik sebakontroly, sebaymedzovanie, podpora sebavedomia, tréning nezdolnosti pri frustrácii,
- výchovné problémy - definovanie kritických vývinových období u detí a senzitívna práca s nimi, edukácia pri narábaní s autoritou rodiča, autonómiou a prežívaním dieťaťa,
- zdravotné znevýhodnenie - relaxačná terapia, arteterapia, znižovanie frustrácie a negatívnych dôsledkov ochorenia na ďalší život klienta, práca so sebahodnotou a odkázanosťou na druhých, posilňovanie sebaistoty,
- nezamestnanosť - usmernenie pri hľadaní pracovných možností, obnova pracovných návykov, pomoc pri písaní žiadostí do zamestnania,
- problematické sociálne vzťahy - nácvik asertivity - rolové hry, zmena sebahodnotenia a posudzovania druhých, posilňovanie zážitku úspechu a prijatia v skupine,
- sociálna izolácia – odchod do dôchodku: aktivizácia, systematizácia voľného času, skupinové terapie, rozbor hodnôt a záujmov,
- socializácia, práca s maladaptáciou: zvyšovanie motivácie k prosociálnemu správaniu, uvedomovanie a eliminácia maladaptívnych krokov v správaní,
- podpora abstinencie - práca s hodnotami, nácvik konštruktívneho odbúravania negatívnych emócií,
- riešenie dôsledkov finančných problémov - edukácia - finančná gramotnosť, usmernenia klienta pri získaní finančných prostriedkov z príslušných úradov,
- sociálna úzkosť, narušené, resp. oslabené komunikačné spôsobilosti - kognitívna reštrukturalizácia - práca na zmene úzkostného myšlienkového procesu, inhibícia úzkostných ideácií, resocializácia, rehabilitácia stratených schopností.

Cieľová skupina

Osoby so zdravotným postihnutím a rodiny osôb so zdravotným postihnutím:

- Osoby s duševným postihnutím
- Osoby s mentálnym postihnutím
- Osoby s telesným postihnutím

Vo vzťahu k osobám so zdravotným znevýhodnením sú v poradenskom procese špecifiká, ktoré sú prítomné (Novosad 2009) :

- široká škála a premenlivosť náročných životných situácií a problémov, priamo a nepriamo súvisiacich so zdravotným postihnutím

- pestrosť klientely – klienti s najrôznejšími typmi a formami zdravotných zmien ako i klienti s dlhodobou nepriaznivým zdravotným stavom, tak i starajúce sa rodiny i samotné starajúce sa osoby, ako i seniori, u ktorých sa kombinujú dôsledky starnutia a zdravotných zmien
- individuálna skúsenosť a rozdielne adaptačné schopnosti klientov
- existujúca predpojatosť a predsudky v postojoch voči klientom so zdravotným postihnutím
- určitá danosť, nezvratnosť individuálnych hraníc a možností klientov so zdravotným postihnutím.

Veková štruktúra klientov špecializovaného sociálneho poradenstva v rokoch 2014 - 2016

Veková štruktúra	2014	2015	2016
6 - 9	2	1	1
10 - 14	5	3	0
15 - 18	5	9	4
19 - 25	39	31	19
26 - 39	89	91	74
40 - 59	102	116	82
60 - 74	27	45	34
75 - 89	4	6	6
SPOLU	273	302	220

Z prehľadu vekovej štruktúry dominantnú časť tvoria klienti dlhodobí vo veku od 26 do 59 rokov, ktorí sa v produktívnom období stretli s rôznymi psychosociálnymi dôsledkami súvisiacich s ich zdravím. Klienti do veku 18 rokov – deti a mladiství prichádzajú v doprovode zodpovednej osoby, rodičov. Obdobie detstva a dospievania je obdobím, kedy sa súčasne stáva našim klientom nielen dieťa s určitým druhom problému, ale aj rodič. Mnohé poradenské situácie súvisia najmä so zabezpečením optimálneho, funkčného rodinného prostredia pre dieťa v záujme zabezpečenia prirodzeného vývoja a s pomocou pri školskej integrácii a vzdelávaní.

Zároveň je možné, že sa spolu s klientom v dospelom veku stáva našim klientom aj príbuzný, s ktorým žije v spoločnej domácnosti, prípadne zamestnávateľ. Je potrebné si uvedomiť, že nielen klient sa učí žiť so svojim postihnutím, ale aj príbuzný sa učí prostredníctvom poradenských a psychosociálnych aktivít rešpektovať postihnutie, problémy.

V období roku 2015 -2016 sme zaznamenali i nárast jednorazových klientov, teda klientov, ktorí sa po orientácii v problémovej situácii rozhodli pre ďalší postup v zmysle začlenenia rodinného člena do poradenstva, kvôli ktorému prišli, resp. povaha ich problému vyžadovala iný spôsob prístupu ako napr. liečba, pobytová starostlivosť v kompetencii iných odborov. Zvyšovaním informovanosti o službe ŠSP vnímame tento posun z pohľadu dostupnosti pre klientov. Nevzniká obdobie neriešenia a nečinnosti pri akútnych udalostiach, klientov smerujeme k riešeniu, ktoré posunie ich a situáciu do prijateľnejšej podoby, s potrebným priestorom pre rozhodnutie sa.

Uvedené okruhy problémov sa objavujú v živote každého z nás, ale schopnosť využívania copingových stratégií, účinných vzorcov vysporiadania sa so zmenami a vhodné adaptačné mechanizmy nás chránia.

S objavením sa duševných a mentálnych zmien resp. postihnutí u jedincov, v priebehu života v rôznych formách a intenzitách, ktorí v istej sociálnej skupine už sú a tak dochádza k narušeniu sociálnej stability napr. rodiny, v ktorej sa náhle objavia zmeny správania u mladistvých, u rodičov a pod.

Tieto zmeny ešte nemusia dosiahnuť hĺbku patológie, no pri nedostatočnej alebo žiadnej intervencii je predpoklad, že by ju dosiahli. Zorientovať sa a prispôbiť sa ochoreniu, náhlejšej zmene zdravotného stavu rodinného príslušníka, udržať sa v školskom, či pracovnom procese vyžaduje určité poznanie, spracovanie udalostí a nastavenie rovnováhy.

Každá duševná porucha má svoje špecifiká a sociálne nevýhody, ktoré vyžadujú primeranú sociálnu intervenciu.

Rizikové prejavy a správanie u cieľovej skupiny – v zmysle, že klient je mu vystavený, alebo je sám aktérom správania- je rozmanité, možno ho vnímať v rôznych kategóriách a intenzitách, z našej skúsenosti zahŕňa:

- interpersonálne agresívne správanie – násilné správanie, prejavy šikanovania, manipulácie, diskriminačné prejavy,
- neprimerané správanie vo vzťahu k hmotnému majetku ako sú drobné krádeže, ničenie vecí,
- rizikové zdravotné návyky ako škodlivé užívanie alkoholu, fajčenie, užívanie omamných látok, nezdravé stravovacie návyky, nedostatočná alebo nadmerná telesná aktivita,
- nevhodné sexuálne správanie – predčasné, promiskuita, otázky nevery, rizikové aktivity, nepripravené rodičovstvo a materstvo,
- rizikové správanie vo vzťahu k spoločenským inštitúciám – problémové správanie v škole, záškoláctvo, neplnenie školských povinností, nedokončené štúdium, odkladanie úloh, obdobné správanie vo vzťahu v práci ,
- návyky vedúce k patologickému hráčstvu – nadužívanie PC aktivít na úkor zmysluplného trávenia času.

Jedinec, ktorý koná rizikovo, neprimerane jedným spôsobom, má tendenciu sa správať neprimerane i v inej oblasti, uvažujeme teda o prejavoch životného štýlu, ktorý následne pôsobí na rodinných členov a správanie sa spôsobom nápodoby kopíruje v rodinných líniách. Najčastejšie sa podľa štúdií takto prepája konzumácia alkoholu, fajčenie, užívanie marihuany, delikventné správanie a postoje k intímnemu životu.

Z tohto aspektu je pre nás dôležité pôsobiť nielen na jednotlivcov, ale preventívne na širšie okolie cieľovej skupiny formou preventívnych zážitkových stretnutí. Rizikové správanie môže viesť k rozvoju závažnejších zdravotných a psychosociálnych porúch.

Oblasti využitia špecializovaného sociálneho poradenstva u cieľovej skupiny, osôb zdravotne znevýhodnených a ich blízkeho rodinného okolia, sú veľmi rozmanité a môžeme ich konkrétnejšie rozčleniť do nasledovných okruhov:

- problémy v sociálnych vzťahoch,
- deficity v sociálnych zručnostiach,
- problémy vo vzťahu k sociálnym inštitúciám a iným organizáciám,
- problémy vo výkone sociálnych rolí (rola rodiča, partnera, zamestnanca, občana a pod.),
- problémy so zvládnutím sociálnych zmien (strata rodiny, zamestnania, problémy zdravotného stavu),
- interpersonálne konflikty v rôznych vzťahoch,
- reaktívny emočný distress (strata niečoho, niekoho dôležitého),
- sociálne insuficiencie (chýbajúci domov, chýbajúce peniaze atď.)
- problémy sociálnej adaptácie,
- sociálne problémy (nezamestnanosť, sociálne -ekonomické problémy, zdravotné problémy, ťažké zdravotné postihnutie),
- problémy v oblasti sociálnopatologických javov.

Aktivity, metódy a formy práce s klientom

ŠSP je kombináciou vedenia (usmerňovania) klienta a facilitácie (podporovania, uľahčovania) jeho učenia v smere dosiahnutia pozitívnych zmien v prežívaní a správaní, rozvoja tých kvalít osobnosti, ktoré sú významné z hľadiska riešenia problémovej situácie, napr. objasňovanie, povzbudenie, posilnenie, nácvik, cvičenie, výcvik, modelovanie, hranie rol (Novosad 2006).

Priebeh ŠSP je z formálneho hľadiska zadefinovaný svojimi štádiami, ktoré v praktickom výkone sú dynamické s ohľadom na aktuálnu situáciu. Vhodné je mať prehľad jednotlivých oblastí :

A. Prvý kontakt s klientom – sociálna evidencia

- zistenie základných informácií o klientovi a probléme,
- osobný, telefonicky, alebo písomný – mail,
- vyhotovenie písomného záznamu,
- možnosť zazmluvnenia poradenského vzťahu písomne vo forme zmluvy,
- možnosť jednorazového poradenstva.

B. Diagnostikovanie príčin problému a získavanie informácií o vzniku a priebehu problému

- vypracovanie sociálnej diagnózy so zachytením príčin, ktoré viedli k sociálnemu problému klienta,
- sociálna anamnéza,
- predpokladané riešenie.

Diagnostická etapa však neprebíha jednorázovo a izolovane od ďalšej práce s klientom, ale možno ju rozdeliť:

- a) úvodná diagnostika (v začiatkoch práce s klientom),
- b) priebežná diagnostika (počas realizácie individuálneho cieľa a podcieľov)
- c) záverečná diagnostika (pri ukončení práce s klientom na riešení aktuálneho sociálneho problému).

Diagnostiku klienta vykonávame pomocou metód

- anamnestický rozhovor,
- pozorovanie,
- analýza materiálov,
- syntéza,
- arteterapeutická diagnostika.

Diagnostická etapa sa vyznačuje komplexnosťou pohľadu na klienta.

C. Stanovenie spôsobov riešenia sociálneho problému (sociálny zásah, spôsob terapie)

- vypracovanie návrhu sociálnej terapie, pričom postupujeme podľa dôležitosti potrieb klienta, s prihliadaním na reálne možnosti klienta a ponuku našich odborných služieb.

D. Riešenie problému, terapeutická sociálna činnosť

- zameranie na obnovenie, zlepšenie, alebo zmiernenie určitého stavu, v ktorom sa klient nachádza, odstránenie porušenej rovnováhy medzi klientom a prostredím.

E. Ukončenie špecializovaného sociálneho poradenstva, overovanie výsledkov

- zisťovanie, či bola spolupráca s klientom na riešení problému efektívna, do akej miery, prípadne či nebola efektívna,
- sledovanie klienta po určitú dlhšiu dobu slúži na spracovanie poznatkov zo sociálnej diagnostiky.

F. Dokumentačná činnosť

- pri prvom kontakte odborného pracovníka s klientom začína dokumentácia prípadu,
- poradca s klientom vyhotovuje záznamy o práci s ním,
- dokumentácia prebieha kontinuálne, počas celej doby riešenia sociálneho problému klienta.

Najdôležitejšia je teda aktivizácia klienta pri riešení sociálne nepriaznivej situácie a v rozvoji jeho osobnosti, v osvojení si a prehĺbení žiadúcich kvalít osobnosti v priebehu poradenskej intervencie

Aktuálnym cieľom sociálneho poradenstva je pomôcť klientovi vyriešiť problémovú situáciu.

Perspektívnym cieľom sociálneho poradenstva je dosiahnuť jeho efektívne sociálne fungovanie. Uvedené vnímame cez možnosti :

- súbežne pôsobiť technikami zážitkového typu skupinových stretnutí a skupinovou arteterapiou,
- poskytnúť sebaskúsenostné techniky ako i zážitok užitočnosti,
- formou interaktívnou ale i formou prednáškovou sa priblížiť chápaniu a vnímaniu detí a mladistvých,
- poskytnúť im priestor pre skúmanie seba samého a pre vzájomnú interakciu,
- znížiť pocit hanby, strachu, odmietania pomoci v psychosociálnej oblasti, naučiť cieľovú skupinu požiadať o pomoc, osvojiť si postoj- ja mám svoju hodnotu.
- vedenie k pozitívnym riešeniam problémov,
- znižovanie vnútorného napätia a budovania porozumenia,
- ujasňovanie vlastných hodnôt a cieľov, zlepšovania kvality života,
- rozvoj predstavivosti,
- zlepšenie motorických schopností,
- získanie schopnosti vyjadrovať pocity,
- zlepšenie empatie,
- trávenie času – získanie nového záujmu,
- rozvoj osobnosti.

Ak uvažujeme o sebaopznaní, nemáme na mysli určitý stav, ktorého je potrebné dosiahnuť. Je to proces aktívneho hľadania a objavovania seba samého. Dospieť teda môžeme len k jasnejšiemu sebaobrazu v konkrétnom okamžiku (Kuneš 2009). Popri individuálnom prístupe ku klientovi, vnímame potenciál skupinových aktivít a pozitívno motivačný vplyv spoločenstva ako takého. To, že klienti majú možnosť vnímať a zdieľať i na skupinových aktivitách svoje problémy a skúsenosti, dochádza k posilňovaniu skupinových spôsobilostí, ktoré sú prenosné do bežného života. Máme za to, že akceptujúca, solidárna a povzbudivá atmosféra v zariadení, esteticky a harmonicky pôsobiace prostredie, na úprave, ktorého sa klienti /svojimi výtvarnými prácami/ sami podieľajú je pre mnohých úplne novou skúsenosťou s prijatím jeho samotného a jeho prejavu.

Individuálny prístup uplatňujeme pri:

- individuálnom rozbere s klientom jeho problémov a práce s ním,
- relaxačných aktivitách u silne úzkostných klientoch,
- pri sociálne diagnostickej časti,

- pracovná aktivizácia :pomoc pri hľadaní zamestnania , pomoc pri písaní životopisov a žiadostí do zamestnania,
- pri type klienta, kde socializácia je výrazne narušená.

Skupinový prístup preferujeme pri:

- relaxačných aktivitách, športových a pohybových aktivitách, pri zvyšovaní kultúrneho a estetického povedomia, čo vplýva na zlepšovanie kvality života,
- arteterapii – diagnosticky orientovanej ako i terapeuticky,
- muzikoterapii – pasívna, aktívna forma,
- riešení konfliktov, nácviku sociálnych zručností,
- edukačno orientovaných aktivitách,
- pri tematicky vedených aktivitách, ktoré smerujú k zlepšeniu prosociálneho fungovania,
- pri edukácii práce s PC, internetom.

Možnosti aplikácie arteterapeutických techník v špecializovanom sociálnom poradenstve vnímame v zmysle prelínania cieľov (Šicková – Fabrici 2016) :

- **katarzie** - odblokovania vnútorných a vonkajších konfliktov v prežívaní
- **korekcie** - prostredníctvom modelových situácií poukázať na vhodný spôsob komunikácie
- **tréningu** sociálnych, motorických a komunikačných zručností
- **zvýšenie sebadôvery a sebadôvery**
- **plňšieho akceptovania samého seba a svojich pocitov**
- **rozvíjania schopnosti určiť si vlastný smer a samostatne si osvojovať vedomosti**
- **posilňovať osobnostné kvality ako je flexibilita, vlastná iniciatíva a ochota riskovať**

Arteterapia využíva výtvarné umenie ako prostriedok k osobnému vyjadreniu v rámci komunikácie, viac než by sa snažila o esteticky uspokojivé výsledné produkty, posudzované vonkajšími kritériami. Výtvarný výrazový prostriedok je dostupný každému, nie iba výtvarne nadaným (Liebmann 2005).

U všetkých vekových a problémových skupín je cieľom arteterapie ako i poradenstva znovuvybudovanie, z rôznych dôvodov, narušenej prirodzenej dispozície človeka, kreativitu, spontánnosť, schopnosť komunikácie so sebou samým, s druhými, s prostredím, v ktorom žije, chápanie života v jeho súvislostiach a jeho zmysluplné prežívanie (Šicková - Fabrici 2016).

Informácie o špecializovanom sociálnom poradenstve možno nájsť na web stránke Košického samosprávneho kraja, ktorý uvedenú sociálnu službu prostredníctvom neverejných poskytovateľov poskytuje. Sú to linky :

http://web.vucke.sk/files/socialne_veci/uzitocne_informacie/letak-specializovane-soc-poradenstvo.pdf

http://web.vucke.sk/files/socialne_veci/uzitocne_informacie/hodnotiaca-sprava-spec-poradenstvo-2015.pdf

Záver

Zameranie sa na podporu ľudí so zdravotnými a s tým súvisiacimi sociálnymi znevýhodneniami s cieľom zvyšovania šancí na zaradenie sa do spoločnosti, odstraňovania

sociálnej izolácie a zlepšovania prístupu k rôznym oblastiam spoločenského života je náročnou úlohou, ale zároveň výzvou pre vlastné bádanie a kreativitu. Preferujeme prístupy a metódy, ktoré sú založené na podpore, pomoci a sprevádzaní klienta ako základné predpoklady jeho motivácie pre mobilizáciu a angažovanosť v riešení vlastného problému.

Merateľnosť a zachytenie kvality života, zlepšenia prežívania, úpravy rodinných a medziľudských vzťahov je otvorenou otázkou výskumov a prieskumov účinnosti volených techník. Praktickými ukazovateľmi kvality poskytovaných služieb je pre nás nárast klientov, odporúčanie medzi nimi, zvýšenie jednorazových klientov a pôsobenie v rámci terciárnej prevencie.

Zoznam bibliografických odkazov

KUNEŠ, D., 2009. *Sebepoznání, psychoterapeutické principy a postupy*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-541-7.

LIEBMANN, M., 2005. *Skupinová arteterapia: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-864-3.

NOVOSAD, L., 2006. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-174-3.

NOVOSAD, L., 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním : základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.

ŠICKOVÁ – FABRICI, J., 2016. *Základy arteterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1043-6.

MATOUŠEK, O. a kol., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.

VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

Kontakt na autorov

PhDr. Piliarová Monika

Denné centrum duševného zdravia

Facilitas n.o.

Spišské námestie 4, Košice

mpiliarova@post.sk

doc. PhDr. Mgr. Alena Bašistová, PhD.

Katedra sociálnej práce, Filozofickej fakulty UPJŠ v Košiciach

alena.basistova@gmail.com

Význam sociálnej opory v kontexte zvládania kyberšikanovania Significance of social support in the context of dealing with cyberbullying

Jana Plavnická (SR), Magdaléna Halachová (SR)

Abstrakt

Prezentovaný príspevok sa zameriava na sociálnu oporu kyberšikanovaných adolescentov. Primárne je orientovaný na zisťovanie potreby sociálnej opory kyberšikanovaných adolescentov zo strany formálnych a neformálnych zdrojov. Sekundárne sa zameriava na preferované spôsoby riešenia kyberšikanovania. Výsledky preukázali vzťah medzi potrebou sociálnej opory a riešením kyberšikanovania vo svojom okolí, teda prostredníctvom prirodzených zdrojov sociálnej opory.

Kľúčové slová: Kyberšikanovanie. Adolescencia. Sociálna opora.

Abstract

The presented paper focuses on social support of cyberbullied adolescents. It is primarily focused on determination of the need of social support for cyberbullied adolescents from formal and informal sources. Secondly focuses on the preferred ways of dealing with cyberbullying. The results show correlation between the need for social support and addressing cyberbullying in your area, that is through natural sources of social support.

Keywords: Cyberbullying. Adolescence. Social support.

Úvod

Nezastaviteľný technologický pokrok súčasnej spoločnosti vedie k stále komfortnejším spôsobom komunikácie medzi ľuďmi, ktoré avšak okrem pozitív prinášajú aj svoje riziká. K takýmto rizikám patrí vznik patologických javov, na ktoré je potrebné sústrediť pozornosť, predchádzať im a v neposlednom rade ich adekvátne riešiť. Kyberšikanovanie predstavuje práve takýto negatívny fenomén a spôsobuje závažné psychické a emocionálne dôsledky. Pre zvládnutie kyberšikanovania je dôležitá sociálna opora, ktorú by adolescentom mali poskytovať rodičia, učitelia, kamaráti, ale i profesionál ako sociálny pracovník.

Kyberšikanovanie

Kyberšikanovanie je realizované vo virtuálnom prostredí, kde absentujú normy správania a prevláda anonymita, čím sa tento jav stáva nebezpečným. Autorom pojmu je Belsey (2008, in: Šmahaj 2014), ktorý definuje kyberšikanovanie ako nepriateľské správanie jednotlivca či skupiny, ktoré sa vyznačuje zámernosťou, opakovaním a využívaním informačno-komunikačných technológií. Kyberšikanovanie chápe Vašutová (2010) ako druh násillia, ktoré využíva prostriedky informačno-komunikačných technológií k zastrašeniu, ponižovaniu či prenasledovaniu obete, pričom je tento jav charakteristický bezproblémovým preniknutím do celého sveta a neobmedzenosťou jeho priebehu. Elektronické šikanovanie využíva najrôznejšie prostriedky masovej komunikácie ako napríklad osobný počítač, internet, mobilné telefóny a iné (Hollá 2010). K prostriedkom kyberšikanovania uvádza Rogers (2011) telefonovanie, posielanie textových a multimediálnych správ, fotografií či videozáznamov, sociálne siete, elektronickú poštu, chatovanie a posielanie tzv. rýchlych správ (instant messaging). Elektronické šikanovanie s cieľom dosiahnutia svojho zámeru nadobúda

najrôznejšie formy. Willard (2007, in: Šmahaj 2014) rozdeľuje formy správania v kontexte kyberšikanovania na provokovanie, kyberobťažovanie, očierňovanie, používanie cudzej identity, odhalenie a podvod, vylúčenie, prenasledovanie a fackovanie pre zábavu (Happy slapping). K týmto ešte Vašutová (2010) pridáva nevyžiadané správy (správy, víry atď.), vydávanie sa za niekoho iného a ohrozenie. Elektronické šikanovanie spôsobuje u obetí závažné dôsledky. Podľa Gajdošovej (2011) ide hlavne o **vyhýbanie** sa a **sociálnu izoláciu** jednotlivca od svojho sociálneho okolia, a to nie len vo virtuálnom, ale aj v reálnom svete. Ďalej autorka uvádza **zmeny správania**, ktoré sa môžu prejaviť záškoláctvom, zhoršením prospechu, agresívnym či impulzívnym správaním, taktiež **stratu pocitu bezpečia**, ktoré môže vyústiť do užívania rôznych návykových látok či do prejedania sa. Obeť kyberšikanovania môže vykazovať prejavy aj v somatickej oblasti, napríklad zmenami hmotnosti, bolesťami hlavy, nespavosťou, oslabenou imunitou, vyčerpaním organizmu či dokonca sebapoškodzovaním alebo samovraždou. K uvedeným dôsledkom Šmahaj (2014) ešte pripája psychickú nestabilitu, posttraumatickú stresovú poruchu, bezdôvodnú agresivitu a neurotické problémy. Dědková a Macháčková (2013) upozorňujú na existenciu dvoch typov obetí líšiacich sa od seba reakciami na kyberšikanovanie. K prvému typu možno zaradiť tie obeť, ktorých útok agresorov netrápi, nevyskytujú sa u nich dlhodobé následky či emocionálne reakcie. Pri druhom type sa vyskytuje množstvo negatívnych dôsledkov ako v oblasti somatickej, tak v oblasti psychickej.

Sociálna opora

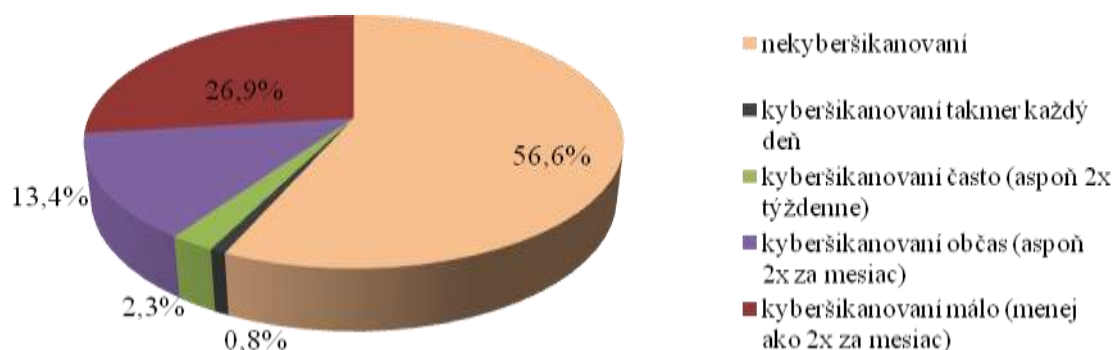
Sociálnu oporu možno chápať ako jeden zo spôsobov ako zvládnuť záťažovú situáciu, ktorú elektronické šikanovanie predstavuje. Levická (2007) sociálnou oporou rozumie psychickú a emocionálnu pohodu, ktorá je poskytovaná zo strany rodinných príslušníkov, priateľov, spolupracovníkov atď. a ktorá zároveň vzbudzuje vedomie vlastnej ľudskej hodnoty. Za sociálny fond považuje sociálnu oporu Kebza (2005), z ktorého je možné v prípade potreby čerpať systém sociálnych vzťahov, ktoré človeku pomáhajú pri snahe o dosiahnutie cieľa. Šolcová (1999, in: Žiaková 2005) zároveň upozorňuje na význam sociálnej opory v kontexte vyrovnávania sa so záťažovými situáciami. Uvedené definície poukazujú na makroúroveň, mezoúroveň a mikroúroveň sociálnej opory rozlišované Kebzom (2005). Pri *makroúrovni* sa jedná o celospoločenskú formu pomoci tým, ktorí to potrebujú, ide hlavne o sociálnu i ekonomickú pomoc. *Mezoúroveň* predstavuje pomoc poskytovanú skupinou tomu, kto ju potrebuje (napríklad pomoc spolupracovníkov svojmu kolegovi) a pri *mikroúrovni* ide o pomoc človeka blízkeho človeku, napríklad pomoc matky dieťaťu (Křivohlavý 2009).

Pri zvládaní záťažovej situácie sú dôležité zdroje sociálnej opory. Levická (2005) rozlišuje prirodzené zdroje, kam zaradzuje rodičov, deti, súrodencov, manželov, priateľov a komunitné zdroje sociálnej opory, kam radí štátne a mimovládne inštitúcie. Najprirodzenejší zdroj sociálnej opory predstavuje rodina, ktorá napomáha zvládať nástrahy života i rôzne problémy vďaka mobilizácii svojich vnútorných zdrojov. Problém nastáva vtedy ak zlepšenie záťažovej situácie nenastáva, resp. záťažová situácia trvá dlho. Táto situácia dieťaťa sa rovnako stáva záťažovou situáciou pre rodičov vďaka tomu, že ovplyvňuje rodinnú klímu, denný a nočný režim či spôsob trávenia voľného času. (Mareš 2001) K ďalším zdrojom sociálnej opory možno zaradiť školu vzhľadom k tomu, že školské prostredie je ďalším prostredím, kde adolescent trávi najviac času. Učiteľ teda predstavuje zdroj sociálnej opory avšak nie vždy dokáže potrebu sociálnej opory u adolescenta identifikovať (Řičan 1995, in: Mareš 2003). Koukola a Ondřejová (2001, in: Snopek, Hublová 2008) poukazujú na rodové rozdiely vo významnosti sociálnej opory medzi adolescentami. Adolescenti preferujú sociálnu oporu od rodičov, pričom adolescentky ju vyhľadávajú skôr u spolužiakov. V období

adolescencie sa teda znižuje sociálna opora rodičov a zvyšuje sa hlavne smerom k partnerke či partnerovi.

Výskum

V problematike sociálnej opory bol v roku 2016 realizovaný autorský výskum, ktorý bol zameraný na skúmanie sociálnej opory kyberšikanovaných adolescentov. Výskumná vzorka pozostávala z 350 respondentov. Išlo o študentov stredných škôl humanitného a technického zamerania. Výskumu sa zúčastnilo 189 mužov a 161 žien. Graf 1 zobrazuje rozdelenie výskumnej vzorky na základe frekvencie kyberšikanovania.



Graf 1 - rozdelenie výskumnej vzorky na základe frekvencie kyberšikanovania

Pre potreby autorského výskumu bola výskumná vzorka tiež rozdelená na dve skupiny, a to na obeť kyberšikanovania a agresorov kyberšikanovania. Deskripciu týchto výsledkov znázorňuje Tabuľka 1.

Tabuľka 3 - deskripcia účastníkov kyberšikanovania

	n	%
Obeť	119	34
Agresor	55	15,71
Súčasne obeť aj agresor	0	0

Ako výskumná metóda bola použitá metóda dotazníka, ktorý bol osobne administrovaný do škôl. Dotazník pozostával z otázok zameraných na kyberšikanovanie, sociálneho pracovníka, potrebu sociálnej opory a demografických otázok. V časti potreba sociálnej opory bol použitý štandardizovaný dotazník *Stratégii zvládania záťaže SVF 78* (Stressverarbeitungsfragebogen), ktorý bol zostavený Jankem a Erdmannovou (2002) a preložený Švancarom (2003). Reliabilita tohto dotazníka bola 0,80 a v autorskom dotazníku nadobudla hodnotu 0,92. Analýza údajov bola realizovaná v programe IBM SPSS Statistics 16 a vzhľadom na nerovnomernú distribúciu dát bol využitý Mann-Whitneyho U-Test a Spearmanov korelačný koeficient.

Vybrané výsledky výskumu

V autorskom výskume boli skúmané spôsoby riešenia kyberšikanovania preferované kyberšikanovanými respondentmi. Výsledky prezentuje Tabuľka 2. Z tej zreteľne vyplýva, že na pomáhajúceho odborníka by sa určite osobne obrátilo 18,6% kyberšikanovaných respondentov. Z dištančných foriem pomoci by najviac respondentov (10%) využilo komunikáciu prostredníctvom e-mailu. Z analýzy údajov taktiež vyplynulo, že prirodzené zdroje sociálnej opory (rodičia, kamaráti atď.) by pri riešení kyberšikanovania využilo 16,6%

respondentov. V tejto súvislosti považujeme za dôležité zdôrazniť potrebu zapojenia sociálneho okolia adolescentov ako spolupracujúceho podporného systému pri riešení kyberšikanovania. Výsledky ďalej preukazujú preferenciu samostatného riešenia kyberšikanovania (vyhľadávaním informácií a pod.) zo strany 21,1% respondentov. Na toto zistenie je potrebné upozorniť z dôvodu zvýšenia kompetencie samostatného riešenia kyberšikanovania u adolescentov.

Tabuľka 4 - popis spôsobov riešenia kyberšikanovania

			určite nie		skôr nie		skôr áno		určite áno	
			n	%	n	%	n	%	n	%
s odborníkom	anonymne cez:	email	142	40,6	84	24	89	25,4	35	10
		chat	190	54,3	72	20,6	62	17,7	26	7,4
		telefón	154	44	108	30,9	66	18,9	22	6,3
		skype (bez obrazu)	184	52,6	120	34,3	24	6,9	22	6,3
	osobne			158	45,1	61	17,4	66	18,9	65
	vo svojom okolí (s rodičmi, kamarátom...)		107	30,6	43	12,3	142	40,6	58	16,6
	sám/sama (vyhľadávaním informácií...)		59	16,9	69	19,7	148	42,3	74	21,1
	vôbec by som to neriešil/a		163	46,6	91	26	60	17,1	36	10,3
	riešil/a by som to iným spôsobom		160	45,7	131	37,4	50	14,3	9	2,6
s administrátorom stránky			107	30,6	99	28,3	95	27,1	49	14
s poskytovateľom služieb			143	40,9	84	24	77	22	46	13,1
s nikým			161	46	111	31,7	50	14,3	28	8
iné			172	49,1	72	20,6	50	14,3	56	16

V nadväznosti na potrebu zapojenia sociálneho okolia adolescentov ako spolupracujúceho podporného systému pri riešení kyberšikanovania upozorňujeme na nasledujúce výsledky výskumu skúmajúce súvislosť medzi potrebou sociálnej opory kyberšikanovaných respondentov a riešením kyberšikanovania vo svojom okolí (s rodičmi, kamarátmi atď.). Výsledky sú uvedené v Tabuľke 3. Potvrdil sa vysoko signifikantný pozitívny stredne silný vzťah medzi potrebou sociálnej opory a riešením kyberšikanovania vo svojom okolí (s rodičmi, kamarátmi a pod.). Z výsledku je zrejmé, že so zvyšujúcou sa potrebou sociálnej opory kyberšikanovaných respondentov narastá aj voľba riešenia kyberšikanovania prostredníctvom prirodzených zdrojov. Možno predpokladať, že kyberšikanovaní respondenti si uvedomujú skutočnosť, že pre ľahšie zvládnutie kyberšikanovania potrebujú blízku osobu a preto pri jeho riešení volia tie zdroje, ktoré sa nachádzajú v ich bezprostrednom okolí. Obracajú sa teda na rodičov, kamarátov a iných, ktorí im túto sociálnu oporu, potrebnú pre zvládnutie kyberšikanovania, poskytnú.

Tabuľka 5 - Spearmanov korelačný koeficient - vzťah medzi potrebou sociálnej opory a riešením kyberšikanovania vo svojom okolí

Potreba sociálnej opory	Riešenie kyberšikanovania vo svojom okolí (s rodičmi, kamarátom...)	
	Kyberšikanovaní	r
	p(α)	0,001**

K zaujímavým výsledkom autorského výskumu možno zaradiť preukázané vysoko signifikantné rozdiely v potrebe sociálnej opory medzi kyberšikanovanými chlapcami a kyberšikanovanými dievčatami. Výsledok uvádza Tabuľka 4. Možno teda povedať, že kyberšikanované dievčatá preukazovali vyššiu potrebu sociálnej opory ako kyberšikanovaní chlapci. Predpokladáme, že výsledok ovplyvnil charakter výskumnej vzorky. Chlapci v adolescentnom veku sa zvyknú odpútať od rodičov skôr ako dievčatá a preto predpokladáme, že to bolo dôvodom prečo kyberšikanovaní chlapci nadobudli nižšie skóre, teda vykazujú nižšiu potrebu sociálnej opory ako kyberšikanované dievčatá.

Tabuľka 6 - Mann-Whitneyho U-test - rozdiely v potrebe sociálnej opory medzi kyberšikanovanými dievčatami a kyberšikanovanými chlapcami

	n	X	Z	p(α)
kyberšikanované dievčatá	82	63,51	-2,624	0,009**
kyberšikanovaní chlapci	37	52,23		

V autorskom výskume boli skúmané aj rozdiely v možnostiach spolupráce sociálneho pracovníka pri riešení kyberšikanovania. Výsledky prezentuje Tabuľka 5, ktorá poukazuje na to, že sa významné rozdiely nepotvrdili. Možno predpokladať, že tento výsledok pravdepodobne ovplyvňovala nedostatočná znalosť adolescentov o kompetenciách a možnostiach spolupráce sociálneho pracovníka pri riešení kyberšikanovania. Práve tento výsledok poukazuje na dôležitosť informovanosti adolescentov akým spôsobom môže v prípade kyberšikanovania sociálny pracovník pri jeho riešení pomôcť. Aj keď sa významné rozdiely v možnostiach spolupráce sociálneho pracovníka kyberšikanovanými a ne-kyberšikanovanými respondentmi nepotvrdili, z Tabuľky 5 je zjavné, že respondenti, ktorí boli kyberšikanovaní, by sa obrátili na pomáhajúceho profesionála častejšie ako ne-kyberšikanovaní, čo môže vypovedať o ich potrebe. V súvislosti s uvedeným zistením je dôležité upozorniť na potrebu zapojenia školského sociálneho pracovníka do prostredia stredných škôl ako profesionála, ktorého aktivity smerujú k realizácii prevencie a podporných aktivít s cieľom napraviť nepriaznivý stav a zároveň zlepšiť tie podmienky, ktoré predstavujú prekážky v procese učenia. V neposlednom rade je úlohou tohto profesionála aj zvyšovanie informovanosti o školskej sociálnej práci. Význam sociálneho pracovníka pôsobiaceho v školskom prostredí je podčiarknutý aj skutočnosťou, že pri výskyte elektronického šikanovania, ale aj iných sociálno-patologických javov, pedagógovia zlyhávajú pri ich riešení nakoľko disponujú obmedzenými kompetenciami a schopnosťami potrebnými k realizácii intervencie.

Tabuľka 5 - Mann-Whitneyho U-test - rozdiely v možnostiach spolupráce sociálneho pracovníka pri riešení kyberšikanovania

	n	X	Z	p(α)
kyberšikanovaní	119	178,74	-1,931	0,555
ne-kyberšikanovaní	231	161,73		

Diskusia a záver

Nasledujúca časť predstavuje komparáciu výskumov s výsledkami autorského výskumu v oblasti sociálnej opory. Výskum Aricaka et al. (2008) taktiež preukázal, že v prípade kyberšikanovania by sa 15% respondentov zdôverilo kamarátovi, rodičom by sa zdôverilo 10% a iba 1% respondentov by sa obrátilo na pedagóga. Kyberšikanovanie by ignorovalo 3,4% respondentov. Z autorského výskumu vyplynuli zistenia, že na odborníka by sa určite obrátilo 18,6% respondentov, na rodičov a kamarátov by sa obrátilo 16,6% respondentov a až 8% by kyberšikanovanie neriešilo vôbec, a to z dôvodu presvedčenia, že by sa nenašiel nikto dôveryhodný, kto by bol problém kyberšikanovania ochotný riešiť. Nickerson a Nagle v roku 2004 realizovali výskum, v ktorom zistili, že respondenti sa taktiež najčastejšie obracajú na kamarátov, čo zdôvodňujú ako prirodzený jav vzhľadom k tomu, že pre adolescentov sú kamaráti v tomto období dôležití. Výskum Allena a Hausera (1996) potvrdil, že respondenti by sa najčastejšie (hneď za kamarátmi) obrátili na rodičov, čo zdôvodňujú skutočnosťou, že aj v tomto období sú rodičia pre respondentov významnou sociálnou oporou aj napriek tomu, že sa u nich vyskytuje snaha o nadväzovanie nových citových väzieb mimo primárnu rodinu.

Predstavený príspevok sa orientuje na potrebu sociálnej opory kyberšikanovaných adolescentov a na preferované spôsoby riešenia kyberšikanovania, čo považujeme za dôležité oblasti vo vzťahu k účinnému zvládnutiu kyberšikanovania. V rámci interpretácie výsledkov autorského výskumu sa nepreukázali významné rozdiely v možnostiach spolupráce sociálneho pracovníka pri riešení kyberšikanovania a taktiež pri riešení kyberšikanovania by sa na pomáhajúceho profesionála rozhodne osobne neobrátilo najviac respondentov (45,1%). Na základe preukázaných výsledkov je dôležité zvyšovanie informovanosti adolescentov o kompetenciách sociálneho pracovníka vo vzťahu k účinnému riešeniu elektronického šikanovania a taktiež o možnostiach jeho spolupráce. Preto považujeme za dôležité upozorniť na dôležitosť pôsobenia sociálneho pracovníka v prostredí stredných škôl ako profesionála kompetentného riešiť elektronické šikanovanie, zároveň ako zdroja sociálnej opory adolescentov a profesionála mobilizujúceho sociálne siete, ktoré sú potrebné k ľahšiemu zvládnutiu kyberšikanovania. Dôležitosť pôsobenia školského sociálneho pracovníka vidíme vo zvyšovaní stratégií zvládania prostredníctvom organizácie a realizácie sociálno-psychologických výcvikov či nácvikov sociálnych spôsobilostí zameraných na zabránenie vytvárania sociálnej patológie, resp. na jej odstránenie a v neposlednom rade realizáciou peer programov orientovaných na formovanie pozitívnych postojov adolescentov vo vzťahu ku kyberšikanovaniu.

Zoznam bibliografických odkazov

- ALLEN, J. P., and S. T. HAUSER, 1996. Autonomy and relatedness in adolescent-family interactions as predictors of young adult's states of mind regarding attachment. In: *Development and Psychopathology*. Vol. 8, No. 4, pp. 793-809. Dostupné z: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=4495184>
- ARICAK, T. et al., 2008. Cyberbullying among Turkish Adolescents. In: *Cyber Psychology & Behavior*. Vol. 11, No. 3, pp. 263-261. ISSN 2007-0016.
- GAJDOŠOVÁ, J., 2011. *Zdravotní a psychické následky kyberšikany mezi dětmi a dospívající mládeží* [online]. Olomouc: Centrum PRVoK Pdf UP. [cit.2016-11-13]. Dostupné z: <http://www.e-bezpeci.cz/index.php/temata/dali-rizika/355-zdravotni-a-psychicke-nasledky-kyberikany-mezi-dtmi-a-dospivajici-mladei>
- DĚDKOVÁ, L. a H. MACHÁČKOVÁ, 2013. Dopady kyberšikany. In: A. ČERNÁ et al., ed. *Kyberšikana. Průvodce novým fenoménem*. České Budejovice: Grada Publishing, s. 83 - 104. ISBN 978-80-247-4577-0.
- HOLLÁ, K., 2010. Elektronické šikanovanie ako výchovný problém. In: *Vychovávateľ*. Roč. 58, č. 10, s. 16 - 18. ISSN 0139-6919.
- HOLLÁ, K., 2010. *Elektronické šikanovanie – nová forma agresie*. Bratislava: Iris. ISBN 978-80-8925-658-7.
- KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- LEVICKÁ, J., 2007. *Sociální práce I*. Trnava: Olivia. ISBN 978-80-969454-2-9.
- MAREŠ, J., 2001. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nucleus. ISBN 80-86225-19-4.
- MAREŠ, J., 2003. Učitel jako zdroj sociální opory pro žáky a studenty. In: *Sborník prací filozofické fakulty brněnské univerzity*. Brno: Masarykova univerzita, s. 41-54. ISBN 80-210-3120-4.
- ROGERS, V., 2011. *Kyberšikana: pracovní materiály pro učitelé a žáky i studenty*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-984-2.

SNOPEK, M. a V. HUBLOVÁ, 2008. Sociální opora a její vztah k životní spokojenosti, sebehodnocení a osobností u adolescentů: rodové rozdíly. In: *Československá psychologie*. Roč. 52, č. 5, s. 500-509. ISSN 0009-062X.

ŠMAHAJ, J., 2014. *Kyberšikana jako společenský problém*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4227-3.

ŠVANCARA, J., 2003. *Wilhelm Janke Gisela Erdmanová Strategie zvládnání stresu - SVF 78*. Praha: Testcentrum. ISBN 80-86471-24-1.

VÁŠUTOVÁ, M., 2010. *Proměny šikany vo světě nových médií*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. ISBN 978-80-7368-858-5.

ŽIAKOVÁ, E., 2006. Charakteristika sociálnej opory pri prežívaní osamelosti počas onkologickej liečby. In: *Psychosociálne a zdravotné aspekty nekvality života*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, s. 51-67. ISBN 80-8068-453-7.

Kontakt na autorky

Mgr. Jana Plavnická.

Katedra sociálnej práce

Filozofická fakulta Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach

Moyzesova 9, 040 01 Košice

email: j.plavnicka@gmail.com

Mgr. Magdaléna Halachová, PhD.

Katedra sociálnej práce

Filozofická fakulta Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach

Moyzesova 9, 040 01 Košice

email: magdalena.halachova@gmail.com

Logoterapia v resocializácii drogovovo závislých mladých ľudí

Logotherapy as part of the resocialization process of drug addicted young people

Katarína Greňová (SK), Eva Žiaková (SK)

Abstrakt

Predkladaný príspevok sa zaoberá problematikou využitia existenciálnej teórie a logoterapie v resocializačnom procese pri drogovovo závislých mladých ľuďoch. Existenciálna teória V. E. Frankla a z nej vychádzajúca psychoterapeutická metóda – logoterapia využíva pri práci s klientom vôľu ku zmyslu, ktorou podľa V. Frankla disponuje každý jednotliviec. Nájdenie zmyslu života je dôležité aj a najmä v obdobiach, v ktorých sa u človeka prejavujú sociálne problémy – či už je to závislosť, nezamestnanosť, či vážna choroba. Sociálny pracovník má klientovi pomôcť tento zmysel nájsť. Príspevok stručne približuje problematiku zmyslu života, popisuje resocializačný proces a možnosti využitia logoterapeutických metód v práci s drogovovo závislým klientom.

Kľúčové slová: Drogová závislosť. Existenciálna analýza. Logoterapia. Sociálna práca. Zmysel života.

Abstract

This article deals with problematics of using existential theory and logotherapy in the resocialization process of young drug addicts. V. E. Frankl's existential theory and the outflowing psychotherapeutic method – logotherapy – is using the client's will to meaning, that every person – according to Frankl – has. Finding the meaning of life is according to Frankl a very important part of one's life. It is mostly important in times of occurring social problems, for example addiction, unemployment or serious illness. Social worker's job is to help the client with the finding of life's meaning. This paper also briefly zooms in on the problematics of life's meaning, describes the resocialization process and possibilities of using logotherapeutic methods in engaging with drug addicted clients.

Keywords: Drug addiction. Existential analysis. Logotherapy. Social work. The meaning of life.

Úvod

Existenciálna teória patrí medzi teórie sociálnej práce a napriek určitým rozdielom medzi teóriami ju v sociálnej práci radíme medzi humanistické teórie. Existenciálnym teóriám sa venovalo viacero autorov, ale azda najznámejším je Viktor Emanuel Frankl. Pre Franklovu existenciálnu analýzu je typickým pojmom pojem „zmysel“. Zmysel každodenného života, ale aj zmysel konečný. Vo vnímaní človeka ako bio-psycho-sociálnej bytosti pridal Frankl ešte ďalšiu dimenziu – noetickú, na ktorú je potrebné prihliadať pri práci s klientmi i pri terapii. Z jeho vnímania existenciálnej analýzy vychádza logoterapia, ktorá je ako psychoterapeutická metóda využívaná najmä pri klientoch, ktorí potrebujú nájsť zmysel svojho života, napr. drogovovo závislí klienti, nevyliciteľne chorí a pacienti v terminálnom štádiu života, ale dá sa využiť aj pri práci s nezamestnanými a ďalšími klientskymi skupinami.

Teoretické východiska zmyslu života

V literatúre sa nachádza viac významových definícií pojmu zmysel. Halama (2007) hovorí o dvoch významoch slova, z ktorých prvý sa týka **chápania a vyjadruje poznanie**,

pochopenie a interpretáciu nejakej veci, druhý sa týka **dôležitosti a závažnosti** a používa sa ako vyjadrenie relevantnosti. Křivohlavý (2006) zmysel vymedzuje tiež z dvoch pohľadov, keď prvý hovorí o zmysle ako význame a druhý pohľad vníma zmysel ako vyjadrenie účelu, zámeru. Halama (2007) uvádza, že slovo zmysel sa používa v mnohých významoch a súvislostiach, ktoré sa dajú rozdeliť do dvoch zastrešujúcich skupín, t. j. **elementárneho a ontologického** prístupu. Žiaková a Panáček (2013) uvádzajú, že napriek intenzívnemu záujmu Frankla o zmysel života, on sám nevytvoril žiadnu definíciu zmyslu života. Podľa Tavela (2004) Frankl obhájal otázku zmyslu ako hlboko ľudskú a zároveň ako prejav zrelosti človeka. Zmysel videl v jeho rýdzo časovej konkrétnej forme i v jeho eschatologicko-religiózne perspektíve. Reker a Wong (in: Žiaková, Panáček 2013) publikovali ako jedni z prvých definíciu zmyslu života, keď zmysel považovali za najväčšiu hodnotu, ktorú jedinec pripisuje udalostiam v živote a zároveň aj vlastnej existencii. Reker následne definoval **zmysel života** ako cieľ a smer života a tiež ako poriadok a dôvody jedinca pre vlastnú existenciu. R. W. Firestone, L. A. Firestone a J. Catlett (in: Žiaková, Panáček 2013) k takejto definícii pridali noetickú dimenziu, vnímajúc zmysel života ako súčasť dobrého človeka, ktorého životným cieľom je hľadanie a rozvoj zmyslu pre posvätné, rozvoj skúsenosti v duchovnej oblasti a objavovanie existencie života

Ako uvádzajú Tavel (2004a), Frankl (1996, 1997, 2005, 2007), Navrátil (2001), Müller de Morais (2015) a mnohí ďalší, **človek je vo svojej podstate charakterizovaný vôľou ku zmyslu**, ktorá je zápasom o nájdenie a naplnenie svojho životného obsahu. Vôľa ku zmyslu je vôľa vnímať, vyčítať zmysel v okolí a interpretovať prvky podnetov do zmysluplných celkov.

Logoterapia a existenciálne vákuum

Frankl (2005) sa po psychoanalýze Freuda a individuálnej psychológii Adlera považuje za predstaviteľa existenciálnej psychológie a zakladateľa tzv. tretieho viedenského smeru psychoterapie, ktorý je zameraný na duchovnosť a hľadanie zmyslu – **logoterapie**. Podľa Hlavinku (2010) logoterapia je pomoc, ktorá vychádza z postulátu duchovnej dimenzie ľudskej osoby, ktorá sa nezníži na Freudovu túžbu po slasti alebo Adlerovu túžbu po moci. Túžba po zmysle je základom ľudskej existencie. Preto tu **logos** neznamena slovo, ale skôr duchovnosť a zmysel. Frankl (2007, 2005) považoval východiská logoterapie za existencialistické a vychádzajúce z obnaženosti ľudskej existencie pred zmyslom prítomného okamihu, absolútnym zmyslom, alebo zmyslom utrpenia. Frankl tvrdil, že u každého človeka je niečo ako predpoznanie alebo tušenie zmyslu, čo je aj základom logoterapie

Frankl nechcel, aby bola jeho teória vnímaná ako nový smer, ktorý by mal nahradiť súčasnú psychoterapiu. Jeho zámerom bolo doplniť existujúce teórie o duchovnú dimenziu. Vrátiť sa k človeku ako k duchovnej bytosti a motivovať chorého, aby hľadal a našiel zmysel vlastného života. Logoterapia mobilizuje psycho-noetické sily, ktoré pôsobia proti symptómom neurózy, usiluje sa povzbudiť ľudské schopnosti, vyplniť prázdnotu života neurotikami a priviesť ho k poznaniu zmyslu (Szentmártoni 1999). Tate, Williams a Harden (2013) uvádzajú, že logoterapiu Frankl vnímal ako filozofický rámec používaný v poradenstve a psychoterapii. To predpokladá, že hľadanie zmyslu je primárna ľudská vlastnosť, jedinečná a daná iba človeku.

Ak u človeka prevláda dlhodobejšie nenaplnenie túžby po zmysle, vzniká existenciálna prázdnota – **existenciálne vákuum**, ktoré je podľa Frankla v pozadí mnohých psychických ťažkostí (Košč 2003). Existenciálna frustrácia postihuje ľudí mnohých súčasných kultúr a národov. Je charakteristická prežívaním prázdnoty a nezmyselnosti, ale aj sklamaniami zo straty hodnôt, túžbou po osobnom naplnení i hladom po spiritualite. Frankl spájal vznik existenciálneho vákua s tým, že sa človek vymanil z ríše inštinktov a opustil tradície vlastnej kultúry. Z týchto dôvodov mu inštinkty nehovoria, čo musí robiť a tradície,

čo by mal robiť a človek nevie, čo chce, dokonca ani to, čo by mal chcieť. Preto sa ľudia utiekajú ku konformizmu alebo podliehajú totalitarizmu, čo Frankl vnímal ako rezignáciu na vlastnú zodpovednosť za život, ktorý človek prežíva (Navrátil 2001).

Vôľa ku zmyslu je v súčasnosti vo veľkej miere vystavená frustrácii. Ľudí sa zmocňuje pocit straty zmyslu života, ktorý sa objavuje spoločne s pocitom vnútornej prázdnoty. V spoločnosti sa tento stav prejavuje predovšetkým v podobe nudy – straty záujmu o svet, a ľahostajnosti – nedostatku úsilia niečo na svete zmeniť. Existenciálne vákuum nepredstavuje duševnú chorobu, keďže pochybnosti o tom, či má ľudský život zmysel, sú skôr stavom existenciálneho zúfalstva, alebo existenciálnej núdze, a hľadanie zmyslu vlastnej existencie je niečo ľudské a nie patologické (Frankl 2003; Popielski 2005). Kríza pocitu zmyslu života je prejavom poruchy v oblasti realizácie vzťahov, prežívania existencie a často sa spája s duchovnými problémami človeka.

Mladí ľudia v čase dospievania začínajú uvažovať o zmysle svojho života a hľadajú jeho naplnenie. Nie vždy sa im to podarí a práve pocit bezzmyselnosti ich často privedie k drogám a ďalším závislostiam. Podľa Bačovej (2006) sa existenciálna prázdnota stáva aj príčinou, sprievodným znakom alebo následkom mnohých psychických, psychosomatických, somatických alebo sociálnych porúch, medzi ktoré sa radí aj závislosť. Frankl považoval existenciálnu frustráciu za podstatný faktor podieľajúci sa na vzniku a pretrvávaní závislosti a sám uskutočnil niekoľko výskumov deklarujúcich vzťah existenciálnej frustrácie a závislosti. Halama (2003) pripúšťa, že existenciálne vákuum, ktoré závislosť sprevádza, nie je vždy len príčinou, ako skôr jedným z dôsledkov zlých podmienok rozvoja osobnosti daného človeka. Logoterapia poukazuje na súvislosť existenciálnej frustrácie a závislosti. Pri práci so závislými zdôrazňuje komplexný prístup zahŕňajúci prácu s fyzickou aj psychickou dimenziou. **Oproti štandardným prístupom rozširuje možnosti liečby o prácu na noetickej úrovni** (Bačová 2006).

Resocializácia drogovu závislých osôb a logoterapia

Problematika závislostí je svojou povahou interdisciplinárna. To znamená, že profesionálne zvládnutie liečby a resocializácia závislého klienta do života si vyžaduje u sociálneho pracovníka interdisciplinárnu prípravu, ako aj ľudskú zrelosť a pripravenosť (Žiaková 2009). V r. 2014 bolo na Slovensku pre **užívanie nelegálnych drog liečených 2483 osôb**. Štruktúra liečených pacientov z hľadiska úrovne dosiahnutého vzdelania vykazuje najvyšší podiel u pacientov so základným ukončeným vzdelaním (33%), na druhom mieste so stredným bez maturity (31%), nasledujú pacienti so stredným vzdelaním s maturitou (24%, t. j. 594 osôb). S vysokoškolským vzdelaním boli 3% pacientov. **Štatistika zároveň hovorí, že v r. 2014 bolo liečených 242 mladých ľudí vo veku 15 – 19 rokov, z nich 111 malo status žiaka alebo študenta** (NCZI 2015).

Resocializácia drogovu závislých osôb je veľmi špecifická a je viazaná na liečbu. V súčasnosti je na Slovensku akreditovaných podľa zákona č. 305/2005 Z.z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele 19 resocializačných stredísk (RS) a jedno zariadenie je mestské – zriadené hlavným mestom. V rámci Prešovského kraja došlo v posledných rokoch k uzavretiu psychiatrických liečební pre závislých a na ústupe je aj samotná resocializácia, pretože klienti resocializačných zariadení sú často bývalými pacientmi blízkych psychiatrických kliník. V súčasnosti reálne fungujú a majú akreditáciu len dve zariadenia. Prvým je Domov nádeje, ktorého zriaďovateľom je Gréckokatolícka charita v Prešove a druhým Inštitút Krista Veľkého v Žakovciach, ktorý ma rozdelenú resocializáciu pre mužov v Dome Božského srdca Ježišovho v Žakovciach a pre ženy v Dome Božieho milosrdenstva v Ľubici (UPSVaR 2016).

Od r. 2007 vzrástol počet klientov RS o 46,4%. V roku 2015 bola kapacita všetkých 20 RS 478 miest a využilo ju 861 klientov. Rastie počet i podiel klientov vo veku do 18

rokov. V priebehu ôsmich rokov sa zdvojnásobil podiel klientov vo veku do 18 rokov (z 8% na 16,7%) a ich počet sa strojnásobil (z 50 v roku 2007 na 150 v roku 2014). V rámci skupiny maloletých sa zvyšuje aj počet klientov vo veku 16 rokov – z 5 detí s neukončenou povinnou školskou dochádzkou v roku 2007 na 29 detí v roku 2014 (NMCD 2016).

Podľa Halamu (2003) problém zmyslu života sa spravidla objavuje už na začiatku liečby. Mnohí závislí po detoxikácii hovoria o stave, ktorý popisujú ako prázdnota, nezáujem, apatia. Ak sa k spretŕhaniu fyziologických väzieb pridá aj nutnosť pretrhnúť základné sociálne väzby, ktoré mal dotyčný človek vybudované – najmä drogových priateľov a známych, ktorí sú pre neho ohrozujúci, pocit prázdnoty a bezobsažnosti života sa znásobí.

V resocializačných zariadeniach je preto implicitne obsiahnutá nutnosť zaangažovať klienta do konkrétnych aktivít v prospech komunity. Postupne s dĺžkou pobytu rastie miera zodpovednosti klienta za konkrétne činnosti a oblasti, čo môže niekomu priniesť možno prvýkrát zážitok vlastného úspechu a kompetencie. Okrem tvorivých hodnôt sa klient učí angažovať aj v prospech iných, drvivá väčšina zariadení komunitného typu v sebe nesie požiadavku vzájomnej zodpovednosti a záujmu o iných členov komunity. U klientov je nápomocný aj samotný systém konkrétneho zariadenia a kľúčovým faktorom ani nie tak rozhovor o zmysle života, ako skôr príklad životného štýlu komunity a starších klientov, ktorý strhne človeka k novým väzbám a vzťahom ak angažovaniu sa a v konkrétnych hodnotách.

Nanišová (2003) hovorí, že základným krokom v liečbe závislostí je nájdenie skutočnej potreby, maskovanej nejakou klamnou vášňou a posun od kompenzačných mechanizmov k priamej konfrontácii s otázkami vlastnej existencie. Jednou z týchto skutočných potrieb je spojenie s druhými a pripútanie sa k nim, vyplnenie prázdnoty. Halama (2003) rozdeľuje pomoc logoterapie pri drogových závislostiach na dve časti. Tá prvá sa týka **všeobecnej práce so zmyslom života závislého**, ktorá je aktuálna od začiatku terapie, až po jej ukončenie. Druhá časť sa týka **aplikácie konkrétnych metód logoterapie na špecifické problémy**, ktoré sa vyskytujú u závislých. Pretrhnutie sociálnych a iných osobných väzieb súvisiacich s drogovým štýlom je základným predpokladom úspešného pokračovania liečby, ale najmä nutným predpokladom pre vybudovanie náhradných väzieb. Aj keď mnohí závislí majú silnú motiváciu abstínovať, a to najmä z existenčných dôvodov, táto motivácia sa často pod náporom pocitu prázdnoty a neustále sa vracajúcich spomienok na drogu rúca. Práve tu je dôležité, aby terapeut zachytil tento pocit prázdnoty a pomohol klientovi nahradiť staré väzby novými, naplniť svoj život konkrétnymi aktivitami a vzťahmi a aby mu pomohol naučiť sa rozhodovať a niesť zodpovednosť za svoje rozhodnutia (Bačová 2006).

Pri liečbe závislostí je podľa Halamu (2003) jednou z prvých oblastí intervencie craving (chuť na drogu). Pomôcť závislému zvládať konštruktívne svoje chute na drogu znamená pomôcť mu minimalizovať ich a naučiť ho používať metódy na ich zvládanie. V tomto prípade sa dá aplikovať aj metóda **dereflexie**, kde ide vlastne o spôsob, ako nahradiť väzbu na drogu. Terapeutova úloha spočíva v pomoci klientovi, aby si vytvoril zoznam činností, na ktoré môže v prípade potreby zamerať svoju pozornosť a energiu. Tento zoznam však nemôže byť terapeutom daný, musí vychádzať z aktuálnych možností klienta. Pri cravingu sa však nedá použiť **paradoxná intencia**. Kým u úzkostných a neurotických vzorcov správania, kedy sa táto metóda najviac používa, sú obavy nereálne, chuť na drogu vedie v mnohých prípadoch ku recidíve. Práve preto je akýkoľvek úmysel, aj keď prehnáný alebo paradoxný, nebezpečný pre udržanie abstinencie. Túto metódu možno použiť pri riešení dôsledkov závislosti. Neprijemné pocity úzkosti, skreslené vnímanie, paranoidné myšlienky, či v extrémnych prípadoch halucinácie, často znepríjemňujú klientovi abstinenciu a vyvolávajú obavy o to, ako často sa budú opakovať, a kedy to zase na človeka príde. Tieto procesy je možné ovplyvniť len minimálne, preto je dobré, keď sa ich klient naučí ignorovať. Znamená to, že sa na ne začne klient dívať ako na niečo cudzie, čo mu síce môže znepríjemniť danú chvíľu, ale inak na neho môžu vplývať len do tej miery, do akej im to

dovolí. Ak sa klient naučí tieto a iné im podobné stavy nebrať na vedomie, či dokonca vysmiať sa ich nožnej hrozbe, je na dobrej ceste minimalizovať ich účinok a dopad na svoje prežívanie.

Otázka zmyslu života sa podľa Halamu (2003) znovu vynára v súvislosti s ukončením pobytu v resocializačnom zariadení, čo súvisí najmä s tým, že doterajší život bez drogy bol štruktúrovaný režimom zariadenia, ktorý zabezpečoval hlavné životné ciele a životnú náplň. Teraz však prichádza doba, kedy klient ostáva odkázaný sám na seba a vyvstáva nutnosť nanovo zadefinovať svoj život a jeho zmysel. Samozrejme adekvátne sebazpoznanie o tom, že vlastná aktivita a zaangažovanosť v konkrétnych aktivitách, činnostiach a hodnotách dokáže naplniť jeho život pocitom naplnenia, ku ktorému mohol klient počas pobytu v terapeutickom zariadení dôjsť, môže slúžiť ako základ pre ďalšiu rast v tejto oblasti.

Záver

Existenciálny prístup a logoterapia sa aj na Slovensku stáva súčasťou práce s klientom sociálnej práce. Význam existenciálnej teórie v oblasti sociálnej práce vidíme najmä v celostnom vnímaní človeka, keďže vníma nielen jeho fyzickú a psychickú dimenziu, ale aj dimenziu duchovnú. Práve takéto vnímanie človeka je nevyhnutné aj pri sociálnej práci, ktorej klientmi sú ľudia s rôznym druhom problémov. Pomôcť im nájsť riešenie nepriaznivej sociálnej či životnej situácii je úlohou sociálneho pracovníka, ale aj psychoterapeuta či poradcu. Využitím logoterapie je možné pomôcť klientovi nájsť aj zmysel svojho života a to aj v situáciách, ktoré nie sú ani príjemné, ani priaznivé.

Zoznam bibliografických odkazov

- BAČOVÁ, M., 2006. Logoterapia a existenciálna analýza v liečbe závislostí. In: *Empatia*. Č. 2, s. 21 – 28. ISSN 1335-8642.
- FRANKL, V., 1996. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta. ISBN 80-85319-50-0.
- FRANKL, V., 2005. *Neuvedomený Boh*. Bratislava: Lúč. ISBN 80-711-446-9X.
- FRANKL, V., 2007. *Trpiaci človek*. Bratislava: Lúč. ISBN 80-71146-38-4.
- FRANKL, V., 1997. *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta. ISBN 80-85139-63-2.
- HALAMA, P., 2007. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: SAP. ISBN 978-80-8095-023-1.
- HALAMA, P., 2003. Možnosti logoterapií terapií drogovu závislých. In: *Logoterapia - psychoterapia pre tretie tisícročie*. Trnava: Fakulta humanistiky Trnavskej univerzity. Inštitút existenciálnej psychológie a noo-logoterapie. ISBN 80-89074-65-0.
- HLAVINKA, P., 2010. Francouzská fenomenologie a existenciální analýza. In: *Filozofia*. Roč. 65, č. 1, s. 40 – 48. ISSN 0046-385X.
- KOŠČ, M. a kol., 2003. *Kresťanstvo a psychológia*. Trnava: SSV. ISBN 80-7162-411-X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2006. *Psychologie zmysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1370-5.
- MÜLLER DE MORAIS, 2015. *Osamelosť a zmysel života v adolescencii*. Nitra: UKF. ISBN 978-80-558-0782-9.
- NANIŠTOVÁ, E., 2003. *Logoterapia vs. väzby a závislosti*. In: *Logoterapia - psychoterapia pre tretie tisícročie*. Trnava: Fakulta humanistiky Trnavskej univerzity. Inštitút existenciálnej psychológie a noo-logoterapie. ISBN 80-89074-65-0.
- NAVRÁTIL, P., 2001. *Úvod do teórií a metod sociální práce 1*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0.
- NMCD., 2016. *Prieskumy štruktúry klientov a služieb resocializácie*. [online]. [cit. 2016-10-16]. Dostupné z: www.infodrogy.sk

- NCZI, 2015. *Zdravotnícka ročenka*. [online]. [cit. 2016-10-16]. Dostupné z: http://www.nczisk.sk/Documents/rocenky/2014/ročenka_2014.pdf
- PANÁČEK, M. a E. ŽIAKOVÁ, 2014. Nízká úroveň smyslu života jako rizikový faktor účasti dospívajících na kyberšikaně. In: *Ako nájsť zmysel života v sociálnej práci s rizikovými skupinami*. Košice: FF UPJŠ. s. 107 – 112. ISBN 978-80-8152-140-9.
- SZENTMÁRTONI, M., 1999. *Úvod do pastorálnej teológie*. Trnava: Dobrá kniha. ISBN 80-7141-259-7.
- TATE, K., C. WILLIAMS, AND D. HARDEN, 2013. Finding Purpose in Pain: Using Logotherapy as a Method for Addressing Survivor Guilt in First-Generation College Students. *Journal of College Counseling*. Vol.16, No. 1, pp. 79 – 92. ISSN 1099-0399.
- ÚPSVaR., 2016. *Resocializačné strediská*. [online]. [cit. 2016-10-16]. Dostupné z: http://www.upsvar.sk/socialne-veci-a-rodina/socialna-kuratela/resocializacne-strediska.html?page_id=274196
- ŽIAKOVÁ, E., 2013a. Cesta sociálneho pracovníka k zmyslu jeho práce. In: E. ŽIAKOVÁ a D. ŠLOSÁR. eds. *Sociálna práca – cesta k zmyslu života*. Košice: FF UPJŠ. s. 6 – 19. ISBN 978-80-8152-012-9.
- ŽIAKOVÁ, E., 2013b. Sociálnopsychologické spôsobilosti sociálnych pracovníkov so závislým klientom. In: D. ŠLOSÁR, ed. *Drogová prevencia v sociálnej práci*. Košice: UPJŠ, s. 9 - 16. ISBN 978-80-970251-8-2.
- ŽIAKOVÁ, E. a M. PANÁČEK, 2013. Vyšší úroveň životní smysluplnosti – předpoklad pro kvalitní spolupráci sociálních pracovníků. In: JANEBOVÁ, R. ed. *Spolupráce v sociální práci : sborník z konference IX. Hradecké dny sociální práce Hradec Králové 21. až 22. září 2012*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-259-1.
- ŽEMLIČKOVÁ, J. *Resocializácia drogovo závislých na Slovensku*. [online]. [cit. 2016-10-16]. Dostupné z: <http://www.bedekerzdravia.sk/files/archive/bz2010-1.pdf>

Kontakt na autorky

PhDr. Katarína Greňová
Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ
Košice
externá doktorandka
grenovak1@gmail.com

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.
Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ
Košice
eva.ziakova@upjs.sk

Príčiny a dôsledky rozvodu manželstva a možnosti sociálneho pracovníka pri riešení danej problematiky

Causes and consequences of divorce and the possibility of social workers in dealing with the issue

Zuzana Šoltésová (SR), Dušan Šlosár (SR)

Abstrakt

Autori sa v príspevku zamerali na celospoločenský problém rozvodu. Cieľom bolo poukázať na príčiny vzniku rozpadu manželstva a na dôsledky, ktoré so sebou rozvod prináša. Zároveň autori poukázali aj na jednotlivé možnosti sociálneho pracovníka v poskytnutí odbornej pomoci pred, počas a po rozvode. Na základe kvantitatívneho výskumu predložili zistenia vybraných dôsledkov rozvodu na ekonomickú, pracovnú a bytovú stránku, ako aj zistenie vyhľadávania odbornej pomoci respondentmi vo všetkých fázach rozvodu.

Kľúčové slová: Rozvod. Sociálny pracovník. Príčiny rozvodu. Dôsledky rozvodu.

Abstract

The authors in this paper focused on the distribution of social concern. The aim was to highlight the causes of the breakdown of the marriage and the consequences that come with divorce brings. At the same time they pointed to the possibility of individual social workers in the provision of technical assistance before, during and after the divorce. Based on quantitative research findings submitted by selected consequences of divorce on economic, employment and housing site, as well as those found respondents technical assistance at all stages of divorce.

Keywords: Divorce. Social worker. Grounds for divorce. Consequences of divorce.

Úvod

Jedinou uznanou formou zániku manželstva je rozvod. Ten predstavuje v živote človeka najbolestivejšiu a dá sa povedať, že po smrti dieťaťa alebo rodiča druhú najtraumatickejšiu životnú udalosť. Príčiny rozpadu manželstva sú rôzne, ale je veľmi dôležité zamerať sa pri hľadaní daných príčin na samotné manželstvo, na jeho kvalitu, ale aj na jeho funkčnosť. Ak je totiž manželstvo nefunkčné a vzťahy medzi partnermi trvalo rozvrátené predstavuje rozvod jediné riešenie v danej situácii. S rozvodom však prichádzajú aj rôzne dôsledky na život rozvedených manželov a ich deti. Najčastejšie dochádza k zhoršeniu finančnej situácie, k problémom s bývaním, so zamestnaním, ako aj k sociálnej izolácii. Nie vždy však musia konflikty a rôzne problémy v rodine končiť tým najhorším spôsobom, teda rozvodom. Existujú totiž aj rôzne predrozvodové terapie, kde sú sociálni a iní pracovníci ochotní rodinných príslušníkov vypočuť a poskytnúť im účinnú odbornú pomoc. Ak sú však problémy natoľko vážne, že rozvod je ich jediným riešením, majú možnosť využiť rozvodové poradenstvo, resp. sociálnu prácu s rodinou v procese rozvodu. Ich využitie má opodstatnenie hlavne v tom, aby proces rozvodu dokázali zvládnuť primeraným spôsobom. Mnohí ľudia však vyhľadávajú pomoc aj po rozvode, nakoľko rozvod môžeme prirovnať k smrti blízkej osoby, a tým pádom je vyrovnanie sa s ním zložitý a dlhodobý proces.

Rozvod manželstva a jeho príčiny

Nestabilita blízkych vzťahov, a teda aj rozvod manželstva, je častokrát videná ako dôsledok modernizácie a individualizácie, alebo dokonca ako prejav postmodernej straty solidarity a ducha spolupatričnosti (Hill, Kopp 2015). I. Plaňava (in Kasanová, 2008, s. 161) uvádza, že: „najčastejšou príčinou rozvodov je manželstvo“. Podstata tejto vety z istého hľadiska určite platí, keďže ľudské aktivity v sebe nesú možnosť zlyhania, a teda aj neúspechu. Na rozhodnutie nevstúpiť do manželského zväzku a vybrať si radšej iný spôsob spolunažívania vplýva aj to, že mladí ľudia dobre poznajú či už z okolia, médií alebo z rôznych štatistík, aké vysoké je percento rozvodovosti. Táto vysoká rozvodovosť znamená, že čoraz častejšie vznikajú neúplne rodiny, ktoré tvorí iba jeden rodič a neplnoleté deti. Na to, aby sa dalo predchádzať tejto situácii je veľmi podstatné a spoločensky potrebné, aby sa hľadali príčiny, ktoré spôsobujú rozvod. J. Klimeš (2005) uvádza, že manželstvo sa môže rozpadnúť ako z vnútorných, tak aj z vonkajších príčin, ktoré je možné len veľmi ťažko ovplyvniť.

Faktory, ktoré vedú k zániku manželstva sú najmä nepripravenosť na manželské spolužitie; unáhlené manželstvo; nevhodná voľba partnera; nesúlad po sexuálnej stránke; egoizmus a neochota asimilovať sa; porušenie vernosti v užšom aj širšom slova zmysle (nedostatok úcty, slabá konverzácia, neschopnosť prepáčiť si); prepracovanosť jedného z partnerov a nedostatok vzájomnej opory (Kasanová, 2008). P. Hartl a H. Hartlová (2000) považujú za najčastejšie príčiny rozvodu manželstva predovšetkým odlišnosť povahových vlastností; nadmerné pitie alkoholických nápojov; porušenie vernosti; ľahostajnosť k rodine; nehody po sexuálnej stránke; finančné rozpory; kriminálnu činnosť a neplodnosť. J. Willerton (2012) naopak tvrdí, že najčastejšími príčinami, kvôli ktorým sa rozpadá vzťah sú nedostatok slobody a samostatnosti; málo spoločného medzi partnermi a chýbajúca podobnosť medzi nimi; neschopnosť otvorene prejsť svoje pocity a hovoriť o nich; neposkytnutie citovej opory a nerovnoprávnosť. Podľa T. Nováka (2012) patria v posledných desaťročiach medzi hlavné dôvody rozvodu manželského zväzku napríklad aj odlišné názory na to, ako tráviť voľno; deficit spoločných záľub; odlišné názory na edukáciu detí; povahové chyby partnera; partnerova žiarlivosť, neplodnosť a iné.

Dôsledky rozvodu na život rodiny

Rozvod je najťažšou udalosťou v živote dospelého človeka a jeho dôsledky môžu byť rôzne. Jedným z nich je osamelé rodičovstvo, ktoré je podľa O. Matouška a kol. (2005) veľmi vážnym problémom spoločnosti. Rodičia, ktorí sami vychovávajú dieťa/deti sú totiž ohrození nie len chudobou, nezamestnanosťou, ale aj sociálnym vylúčením a sociálnou izoláciou. Sociálne vylúčenie je väčšinou založené na určitých faktoroch ako je nevhodné bývanie bez základného vybavenia, strata sociálnych kontaktov, príslušnosť k určitej národnostnej menšine, choroba. Hlavnou príčinou sociálnej exklúzie je však dlhodobá nezamestnanosť, ktorá súvisí so zložitým uplatňovaním určitých skupín obyvateľov na trhu práce, predovšetkým žien a osamelých rodičov .

S týmto názorom sa stotožňuje aj M. Glasová (2004), ktorá uvádza, že rozvedené rodiny predstavujú nielen pre svojich rodinných príslušníkov, ale aj pre spoločnosť veľké bremeno a ľahšie sa stávajú obeťami chudoby. Je to predovšetkým v dôsledku toho, že sa takto osamelý a často spoločensky izolovaný rodič musí vysporiadať s finančnými nárokmi života sám. Častokrát zostáva nezamestnaný a stará sa o maloleté deti, čím sa stáva závislým od sociálnej podpory štátu. V otázke zamestnanosti sa nielen že konfrontuje s aktuálnymi problémami na trhu práce, ale aj s veľmi vysokými nákladmi na náhradnú dennú starostlivosť o maloleté deti.

Okrem uvedeného je pre osamelého rodiča, predovšetkým pre osamelú matku, nesmierne veľkou záťažou aj zaistenie rodiny po ekonomickej stránke, vedenie domáceho

prostredia ako aj čas, ktorý je potrebný venovať výchove a starostlivosti detí. Niekedy sa totiž stáva, že potreby svojich detí nevie naplniť na takej úrovni ako by chcela, čo ovplyvňuje jej sebavedomie a vedie k pocitom zúfalstva. Tým, že v rodine chýba muž, prichádza nielen chlapec, ale aj dievča o potrebný mužský vzor. Taktiež sa môžu vyskytnúť oveľa väčšie výchovné problémy než je bežné, čo môže viesť k tomu, že sa deti vyrastajúce bez otca stanú delikventi (Matoušek a kol. 2005).

Ako uvádza M. Gostein (2008) a J. Debrecéniová (2010) za zvýšeným nárastom rozvodov môže stáť aj vyššia ekonomická samostatnosť. Aj títo autori však poukazujú na fakt, že rozvod má častokrát ťaživé ekonomické dosahy predovšetkým na ženy. Vo väčšine prípadov, totiž ženy v porovnaní s ich bývalými partnermi, vstupujú do porozvodového obdobia s horšími ekonomickými, ako aj sociálnymi vyhlídkami (in Mastelová a Bražinová 2013). Rovnako aj O. Matoušek a kol. (2005) uvádza, že v dôsledku nepriaznivej ekonomickej situácie môže nastať stav chudoby, ktorý sa vyskytuje častejšie u matiek, nakoľko otcovia sú vo všeobecnosti lepšie zabezpečení. Nedostatok financií má za následok zníženie dostupnosti vzdelania pre ich deti, predovšetkým však jeho kvalitu. Tým pádom deti nemajú možnosť nadobudnúť potrebné znalosti a vedomosti, ktoré sú nevyhnutné pre prístup k vyššiemu vzdelaniu a následkom toho získajú v budúcnosti len nekvalifikovanú prácu.

Jedným z dôsledkov rozvodu je aj problém s bývaním, nakoľko sú bývalí partneri v dôsledku nepriaznivej finančnej situácie nútení žiť spolu aj po rozvode. Rôzne neziskové organizácie však v kritických prípadoch ponúkajú pre matky s deťmi ubytovanie v azylových domoch, ktoré však majú obmedzenú kapacitu a v tomto zariadení môžu bývať len istú dobu (Matoušek a kol. 2005).

Úloha sociálneho pracovníka pri práci s rodinou pred, počas a po rozvode

V predrozvodovom období existuje ešte možnosť zvrátiť rozvrat manželského zväzku prostredníctvom vhodnej terapie. Tá je zameraná na prekonanie krízového obdobia, dosiahnutie pozitívnych zmien a uvedomení si dôsledkov rozvodu na všetkých jeho účastníkov. Terapeuti sa zameriavajú najmä na spôsob akým partneri medzi sebou komunikujú, ako riešia problémy, ale aj na ich úsilie spoločne predísť rozvodu (Kasanová, 2008). Podľa S. Kratochvíla (2009) je cieľom predrozvodovej terapie dosiahnuť uvážené rozhodnutie, či sa manželia majú alebo nemajú usilovať udržať disharmonické manželstvo. V predrozvodovom období je taktiež možnosť dosiahnuť to, aby manželia nepodali návrh na rozvod, prípadne aby unáhle podaný návrh vzali späť. Podľa J. Prevendárovej (2012) vyhladá jeden z partnerov v predrozvodovom období terapeuta, ak:

- sa s návrhom na rozvod nedokáže vyrovnat' a zároveň dúfa, že sa manželská harmónia obnoví,
- toto obdobie trvá príliš dlho a unavuje všetkých zúčastnených,
- ten kto podáva návrh na rozvod váha a nie je si istý, či má manželstvo ukončiť,
- sa v akomkoľvek štádiu a z ktorýchkoľvek dôvodov zablokuje proces rozvodu.

Terapia je vhodná predovšetkým vtedy, ak u členov rodiny pretrvávajú a zväčšujú sa vzťahové problémy ako aj psychické a emocionálne ťažkosti. Predovšetkým ten z partnerov, ktorý nechcel rozvod, prežíva silnú depresiu a jeho prispôsobenie sa na situáciu po rozvode môže trvať veľmi dlho, v priemere dva až päť rokov (Prevendarová, 2012).

Rozvod je veľmi stresová situácia pre všetkých členov rodiny, a preto si vyžaduje profesionálnu a odbornú pomoc, ktorá ma smerovať k riadnemu, ale predovšetkým civilizovanému zániku manželstva, ktoré bude ohľaduplné ako k rodičom, tak aj k ich deťom (Danišková, 2011). Jednou z významných aktivít práce s rodinou počas, ale aj po ukončení rozvodu je podľa E. Bakalára (In Gabura 2013) poradenská pomoc. J. Gabura (2013) uvádza, že sa rozvodom mení celý sociálny kontext manželov a ich detí, pričom sa sociálny poradca stretáva s problémami manželstva už v predrozvodovej fáze. V nej je ešte priestor na obnovu

manželského spolužitia a táto šanca pretrváva aj v rozvodovej fáze, kedy sa už jeden z partnerov rozhodol podať žiadosť o rozvod. Úlohou sociálneho poradcu je v tejto fáze zistiť príčiny manželskej krízy, ako aj faktorov, ktoré ovplyvnili akceleráciu odcudzenia u partnerov či negatívnych emócií a ponuka odbornej poradenskej intervencie. Jej cieľom je hlavne sanovanie manželstva a rodiny.

Vyhlásením rozsudku súdu o rozvode sa práca s rodinou veľakrát nekončí. Nakoľko u rozvedených rodičov ako aj u deťoch pretrvávajú rôzne konfliktné situácie a záťažové stavy, stávajú sa opakovane klientmi sociálnej práce (Danišková 2011). Ak už teda dôjde k samotnému rozvodu, pomáha sociálny pracovník manželom predovšetkým zvládnuť stresovú situáciu, ktorá vzniká v dôsledku rozvodu, ale aj emočné stavy ako smútok, vinu, hnev, túžbu pomstiť sa, bytovú otázku, výživné a iné. Zároveň ich vedie k tomu, aby pomohli deťom vyrovnať sa s novou situáciou a čo najviac im uľahčili prechod do nej (Kasanová 2008). S týmto tvrdením sa stotožňuje aj J. Gabura (2013), ktorý uvádza, že porozvodová práca sociálneho pracovníka resp. sociálneho poradcu by mala byť zameraná na prekonanie stresu a na spracovanie situácie po rozvode napríklad na problémy s bývaním, ak rozvedení manželia musia spolu po rozvode bývať v jednej domácnosti. Problémovou oblasťou môže byť aj majetkoprávne vyrovnanie a zverenie detí do starostlivosti jedného z partnerov, kedy sú deti často zneužívané ako nástroj odplaty alebo boja voči bývalému partnerovi. J. Gabura (2012) taktiež uvádza, že v porozvodovej starostlivosti pomáha odborník rozvedeným partnerom a ich deťom vyrovnať sa aj so smútkom a stratami, úzkosťou, osamelosťou, strachom, sexuálnou frustráciou. Cieľom odborníka je predovšetkým pomôcť všetkým zúčastneným vytvoriť si nový životný scenár. Najvhodnejšie je ak môže odborník pracovať s celou rozvedenou rodinou. Táto práca má však aj určité nedostatky. Najväčším problémom je nepriateľstvo medzi príslušníkmi rodiny, neochota komunikovať s bývalým partnerom, trestanie detí po sedení za to, čo povedali. Z tohto dôvodu sa využíva aj oddelená práca s jednotlivými členmi rodiny.

Cieľ výskumu

Cieľom výskumu bolo zistiť dôsledky rozvodu z pohľadu rozvedeným manželov. Zaujímalo nás tiež, či vyhľadali odbornú pomoc sociálneho pracovníka pred, počas a po rozvode.

Výskumná vzorka

Výskumnú vzorku tvorilo 102 respondentov – 46 respondentov mužského pohlavia a 56 respondentiek ženského pohlavia. Výber tejto výskumnej vzorky sme realizovali ich zámerným výberom na základe toho, či sú rozvedení. Čo sa týka vekového rozloženia vzorky, zamerali sme sa na rozvedených mužov a rozvedené ženy vo veku od 20 – 50 rokov. Túto vekovú skupinu sme si zvolili čisto náhodne a s ohľadom na to, že sa domnievame, že v tomto veku využívajú často internet a sú na rôznych sociálnych sieťach, a tak bola veľká pravdepodobnosť, že náš dotazník vyplnia. Rozdelenie výskumnej vzorky na základe veku a pohlavia zobrazuje tab. č. 1 a 2.

Tabuľka č. 1 - Rozdelenie výskumnej vzorky na základe veku

Vek	n (počet)	% (percento)
Od 20 - Do 35 rokov	64	62,7
Od 35 – Do 50 rokov	38	37,3
Σ	102	100%

Tabuľka č. 2 - Rozdelenie výskumnej vzorky na základe pohlavia

Rod	n (počet)	% (percento)
Ženy	56	55
Muži	46	45
Σ	102	100%

Výskum sme realizovali metódou dotazníka, ktorý sme distribuovali elektronickým spôsobom prostredníctvom internetu. Dotazník tvorili dve časti. Prvá časť bola zameraná na zistenie dôsledkov rozvodu a vyhľadania odbornej pomoci pred, počas a po rozvode. Táto časť obsahovala 19 tvrdení, na ktoré odpovedali respondenti na škále 1-5 (1-úplne súhlasím, 2-súhlasím, 3-neviem, 4-nesúhlasím, 5- úplne nesúhlasím). Druhá časť bola zameraná na zistenie základných demografických údajov. Dotazník bol vysoko konzistentný, nakoľko reliabilita dotazníka mala hodnotu 0,990.

Vybrané výsledky výskumu

V prípade zistenia jednotlivých dôsledkov rozvodu sme sa v prvom rade zamerali na zistenie zhoršenia finančnej situácie medzi mužmi a ženami. Zaujímalo nás, či boli odkázaní nájsť si ďalšie zamestnanie, aby nahradili chýbajúci príjem bývalého partnera/partnerky, čo prezentuje tab. č. 3.

Tabuľka č. 3 - Odpovede mužov a žien na tvrdenie – Musel/musela som si nájsť ďalšie zamestnanie, aby som aspoň sčasti nahradil/a chýbajúci príjem bývalého partnera/partnerky

Odpovede	Počet mužov (n)	Počet mužov v %	Počet žien (n)	Počet žien v %
Úplne súhlasím	10	21,7	16	28,6
Súhlasím	8	17,4	13	23,2
Neviem	5	10,9	4	7,1
Nesúhlasím	6	13	8	14,3
Úplne nesúhlasím	17	37	15	26,8

Na základe tab. č. 3 môžeme konštatovať, že s tvrdením *Musel/musela som si nájsť ďalšie zamestnanie, aby som aspoň sčasti nahradil/a chýbajúci príjem bývalého partnera/partnerky* súhlasí 51,8% žien, zatiaľ čo až 50% mužov s týmto tvrdením nesúhlasí. Na základe toho vyplýva, že aj napriek tomu, že nielen ženské, ale aj mužské pohlavie je na tom v dôsledku rozvodu po finančnej stránke výrazne horšie, muži v porovnaní so ženami nie sú následkom toho odkázaní nájsť si ďalšie zamestnanie.

V realizovanom výskume sme taktiež zisťovali, či rozvedení manželia mladší ako 35 rokov majú menej financií na podporu vzdelávania svojich detí ako starší manželia. Respondentom sme ponúkli 2 tvrdenia, s ktorými mohli súhlasiť alebo nesúhlasiť. Štatistické spracovanie sme urobili pomocou t-testu, ktorého výsledok sa nachádza v tab. č. 4.

Tabuľka č. 4 - T-test vzdelávanie

Vzdelanie	Vek	n	X	S	t	p (α)	CI (95%)	
	Od 20 – Do 35 r.	64	3,63	1,579	-21,498	0,000***	-0,318	0,850
	Od 35 – Do 50 r.	38	9,47	0,725				

*** veľmi vysoko signifikantné rozdiely

Na základe uskutočneného t-testu môžeme konštatovať, že medzi skúmanými premennými sú **veľmi vysoko signifikantné rozdiely**. Hladina štatistickej významnosti p (α) tu má hodnotu 0,000 z čoho vyplýva, že existujú štatisticky významné rozdiely medzi porovnávanými skupinami v oblasti množstva financií na podporu vzdelávania svojich detí. To znamená, že muži aj ženy, ktorí sa rozvedú pred 35 rokom života majú v porovnaní s mužmi a ženami rozvedenými po 35 veku života oveľa menej financií na to, aby mohli zabezpečiť svojim deťom adekvátne vzdelanie a zaplatiť im mimoškolské aktivity.

Ako sme uviedli v teoretickej časti, jedným z významných dôsledkov rozvodu je aj problém so zamestnaním, resp. nezamestnanosťou. Aby sme teda zistili rozdiely medzi tým, či je v dôsledku rozvodu nezamestnanosť určitým rizikom len pre rozvedené ženy alebo aj pre rozvedených mužov, použili sme v dotazníku 3 výroky. Prostredníctvom nich sme zisťovali, či po rozvode bude žena, ktorá sama vychováva dieťa/deti pre zamestnávateľov natoľko žiaduca ako pred rozvodom.

Tabuľka č. 5 - T-test nezamestnanosť

Nezamestnanosť	Pohlavie	N	X	S	t	p (α)	CI (95%)	
	muž	46	11,1	3,701	2,434	0,017**	0,357	3,504
	žena	56	9,18	4,307				

** veľmi vysoko signifikantné rozdiely

Po vypočítaní t-testu pre významnosť rozdielov medzi skúmanými premennými sme zistili, že existujú medzi nimi **veľmi vysoko signifikantné rozdiely**. Čo sa teda týka dopadu rozvodu na zamestnanosť, ale predovšetkým toho či sú po rozvode ženy pre zamestnávateľov menej žiaduce ako pred rozvodom, existujú štatisticky významné rozdiely medzi mužmi a ženami, čo dokazuje hladina štatistickej významnosti p (α), ktorá tu má hodnotu 0,017. Zistili sme tiež, že dôsledky rozvodu na zamestnanosť sú veľmi vážne a ženy nebudú v porovnaní s mužmi po rozvode pre zamestnávateľov tak žiaduce, ako to bolo pred rozvodom a na pracovisku sa stretávajú s určitým spôsobom diskriminácie. Tým, že plnia obidve rodičovské roly nemajú niekedy dostatok času na to, aby svojej práci venovali takú pozornosť a vykonávali ju s takým zánietením ako pred rozvodom, čoho dôsledkom je často krát strata zamestnania.

Okrem uvedeného sme tiež zisťovali rozdiely medzi mužmi a ženami v oblasti bývania, konkrétne medzi tým, či sa po rozvode zhorší bytová situácia viac ženám alebo mužom.

Tabuľka č. 6 - T-test problémy s bývaním

Problémy s bývaním	Pohlavie	n	X	S	t	p (α)	CI (95%)	
	muž	46	7,11	2,751	2,245	0,027*	0,149	2,425
	žena	56	5,82	3,034				

*signifikantný rozdiel

T-test preukázal, že medzi skúmanými premennými existuje **signifikantný rozdiel**, čo dokazuje aj hladina štatistickej významnosti p (α), ktorej hodnota je 0,027. Medzi mužmi a ženami teda existujú štatisticky významné rozdiely v oblasti bývania v porozvodovej situácii. Z toho teda vyplýva, že ženám sa v porovnaní s mužmi zhorší podstatne viac bytová situácia. Ženy oveľa častejšie ako muži nemajú inú možnosť ako zostať bývať po rozvode v spoločnom byte s bývalým manželom a často krát sú dokonca odkázané ísť bývať k svojim

rodičom alebo príbuzným aj z dôvodu toho, aby nemuseli naďalej žiť pod jednou strechou s bývalým partnerom.

V predrozvodovej, rozvodovej a porozvodovej fáze môže byť, ako sme spomenuli, nápomocný sociálny pracovník. Aby sme teda zistili štatistické rozdiely medzi mužmi a ženami v rámci využívania odbornej pomoci a teda aj odborníkov, verifikovali sme poslednú hypotézu prostredníctvom troch tvrdení. Následne sme vypočítali hrubé skóre a spravili t-test. Výsledok t-testu prezentuje tab. č. 7.

Tabuľka č. 7 - T-test odborná pomoc

Odborná pomoc	Pohlavie	n	X	S	t	p (α)	CI (95%)	
	muž	46	9,54	4,365	0,333	0,740	-1,457	2,044
	žena	56	9,25	4,514				

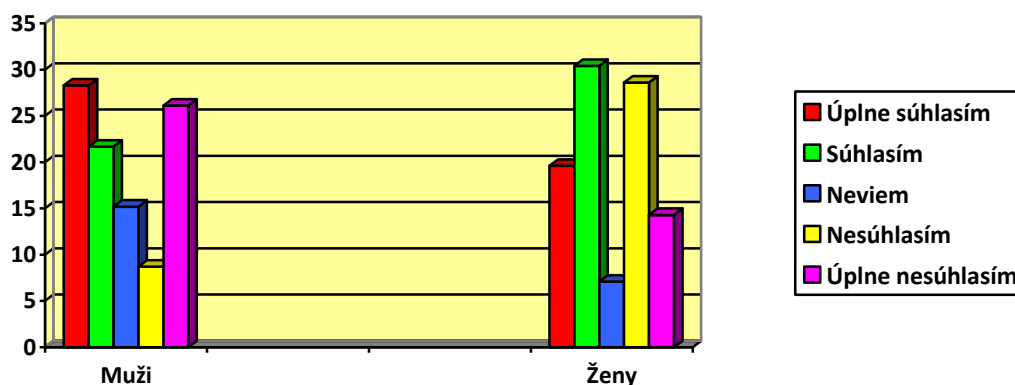
Po výpočte t-testu môžeme konštatovať, že v oblasti vyhľadávania odbornej pomoci sú rozdiely medzi skúmanými premennými nesignifikantné. Neexistujú teda štatisticky významné rozdiely vo vyhľadávaní odbornej pomoci vo všetkých fázach rozvodu medzi mužmi a ženami dôkazom čoho je aj hladina štatistickej významnosti p (α), ktorá tu má hodnotu 0,740. Aj napriek tomu, že daný test nepotvrdil, že existujú signifikantné rozdiely medzi mužmi a ženami, známky rozdielov vidno v jednom prípade. V tab. č. 8 preto ponúkame interpretáciu tohto prípadu.

Tabuľka č. 8 - Odpovede mužov a žien na tvrdenie – Musel/a som vyhľadať odbornú pomoc lebo som sa nedokázal/a vyrovnat' s rozvodom

Odpovede	Počet mužov (n)	Počet mužov v %	Počet žien (n)	Počet žien v %
Úplne súhlasím	6	13	4	7,1
Súhlasím	4	8,7	17	30,4
Neviem	5	10,9	0	0
Nesúhlasím	10	21,7	12	21,4
Úplne nesúhlasím	21	45,7	23	41,1

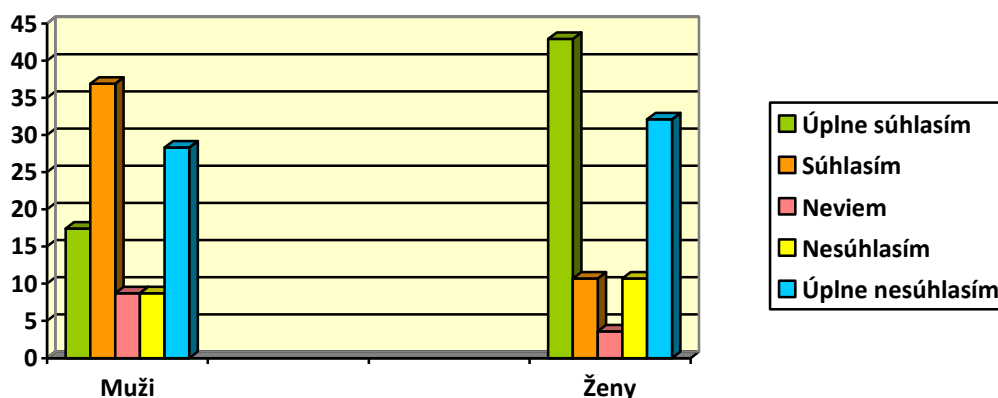
Z tejto tabuľky vyplýva, že najvýraznejšie rozdiely sú v tvrdení *Musel/a som vyhľadať odbornú pomoc lebo som sa nedokázal/a vyrovnat' s rozvodom*. Zo 46 mužov s týmto tvrdením súhlasilo iba 10 (21,7%) mužov a z 56 žien súhlasilo 21 (37,5%) žien. Z toho teda vyplýva, že s rozvodom sa oveľa ťažšie vyrovnávajú ženy, následkom čoho v porovnaní s mužmi častejšie vyhľadávajú pomoc odborníka. V ostatných tvrdeniach k tejto hypotéze neboli významné rozdiely čo sa nám potvrdilo aj v tab. č. 7, avšak pre ich lepšiu ilustráciu ponúkame graf č. 1 a 2.

Graf č. 1 - Odpovede mužov a žien na tvrdenie – Pred rozvodom som sa pokúsil/a riešiť manželské problémy s pomocou odborníka



Z grafu č. 1 vyplýva, že muži rovnako ako aj ženy sa pred rozvodom pokúšajú riešiť manželské problémy s pomocou odborníka, aby nedošlo k rozvodu manželstva. S týmto tvrdením totiž súhlasilo 23 (50%) mužov a 28 (50%) žien.

Graf č. 2 - Odpovede mužov a žien na tvrdenie – Vyhľadal/a som odborníka, pretože som dúfal/a, že zachráni moje manželstvo



Ako môžeme vidieť na grafe č. 2, o niečo viac žien ako mužov vyhľadávajú ešte pred rozvodom odborníka, s ktorým sa pokúšajú zachrániť ich manželstvo, konkrétne vyhľadávajú pomoc odborníka za účelom záchrany manželstva 25 (54,3%) mužov a 30 (53,6%) žien. Ako sme teda uviedli vo všetkých fázach rozvodu vyhľadávajú odbornú pomoc takmer rovnako muži ako aj ženy. Teda neexistuje medzi nimi štatisticky významný rozdiel.

Záver

Ako sme v príspevku poukázali, ľudia sa snažia rozvodom riešiť konfliktnú situáciu v ich manželskom zväzku. Častokrát, aj keď to nemusí byť pravidlom, sú však rozvod, jeho priebeh a dôsledky pre zúčastnených oveľa horšie. Rozvod totiž so sebou prináša zmenu života nielen rozvádžajúcim sa manželom, ale aj ich deťom a všetci účastníci rozvodu o niečo prichádzajú. Manželia prichádzajú o partnera, deti o prítomnosť jedného z rodičov a straty a zmeny nastávajú aj v oblasti bývania, financií, zamestnania a pod. Počas rozvodu tiež prestáva rodina fungovať, ako by mala a vznikajú rôzne problémy vo vzťahoch medzi členmi rozvrátenej rodiny. Zároveň sme v príspevku poukázali na fakt, že rozvod nie je

jednorazovým aktom, ale procesom, ktorý zahŕňa predrozvodové, rozvodové a porozvodové obdobie. V daných obdobiach rozvodu môžu rozvádzajúcim sa manželom poskytnúť pomoc sociálni pracovníci. Odborná pomoc zameraná na rodinu, totiž pomáha jedincom vyrovnáť sa s danou situáciou a civilizovane ukončiť manželstvo.

Zoznam bibliografických odkazov

- DANIŠKOVÁ, A., 2011. Sociálna práca s rodinou v procese rozvodu. In: *Sociálna patológia rodiny*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, s. 64-71. ISBN 978-80-8132-000-2.
- GABURA, J., 2012. *Teória rodiny a proces práce s rodinou*. Bratislava: IRIS. ISBN 978-80-89256-95-2.
- GABURA, J., 2013. *Teória a proces sociálneho poradenstva*. Bratislava: IRIS. ISBN 978-80-89238-92-7.
- GLASOVÁ, M., 2004. Rodina v spoločenskovedných výskumoch. In: *Rodina a zodpovedné rodičovstvo dnes*. Roč. 4, č. 7, s. 3-14. ISSN 1335-7980.
- HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
- HILL, P. B., and J. KOPP, 2015. Editorial on the special issue "Research on Divorce: Causes and Consequences". In: *Comparative Population Studies*. Vol. 40, No. 3, pp. 219-228. ISSN 1869-8999.
- KASANOVA, A., 2008. *Sprievodca sociálneho pracovníka : I. rodina a deti*. Nitra: UKF. ISBN 978-80-8094-277-9.
- KLIMEŠ, J., 2005. *Partneři a rozchody*. Praha: Portál. 80-7367-045-3.
- KRATOCHVÍL, S., 2009. *Manželská a párová terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-646-9.
- MASTELOVÁ, D. a A. BRAŽINOVÁ, 2013. Rozvodovosť a vybrané duševné poruchy v Slovenskej republike. In: *Empatia Bulletin*. Roč. 20, č. 75, s. 18-26. ISSN 1335-8642.
- MATOUŠEK, O., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ, 2005. *Sociální práce v praxi : Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
- NOVÁK, T., 2012. *Péče o dítě po rozvodu a její úskalí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4110-9.
- PREVENDÁROVÁ, J., 2012. *Rodinná terapie v praxi*. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-263-0332-9.
- ŠROBÁROVÁ, S., 2011. *Intervencia, resocializácia a terapia v sociálnej práci*. Ružomberok: VERBUM. ISBN 978-80-8084-715-9.
- TVRDOŇ, M. a A. KASANOVA, 2004. *Chudoba a bezdomovectvo*. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF. ISBN 80-8050-776-7.
- WILLERTON, J., 2012. *Psychologie mezilidských vztahů*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-3924-3.

Kontakt na autorov

Mgr. Zuzana Šoltésová
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

Kvalita života onkologických pacientov a pacientok

Quality of life of cancer patients

Lucia Tóthová (SR), Mária Lešová (SR), Eva Žiaková (SR)

Abstrakt

Príspevok sa zameriava na problematiku fungovania pacientov a pacientok s onkologickou chorobou a ich kvalitu života. Analyzuje toto fungovanie z biologického, psychického a sociálneho pohľadu. Hlavnú oblasť výskumu predstavuje skúmanie subjektívneho vnímania kvality života onkologických pacientov, pričom výsledky výskumu poukazujú na význam sociálnej opory, ktorá s kvalitou života súvisí.

Autorky rešpektujú rodovo citlivý jazyk, avšak pre prehľadnosť textu uvádzajú pojem pacient, mysliac však oba rody.

Kľúčové slová: Kvalita života. Onkologická choroba. Onkologický pacient. Sociálna opora.

Abstract

This paper focuses on the issue of the functioning of patients with oncological disease and their quality of life. It analyzes the operation of biological, psychological and social point of view. The main area of research is exploring the subjective perception of the quality of life of cancer patients, research findings point to the importance of social support that is associated with quality of life.

The authors respect the gender-sensitive language, but for clarity of text, authors use the term patient, but thinking both genders.

Keywords: Quality of life. Cancer. Cancer patient. Social support.

Onkologická choroba a jej pôsobenie na pacienta

„Nádorové ochorenie je skupina chorôb, ktoré sa vyznačujú nekontrolovaným bunkovým delením a schopnosťou týchto rýchlo sa deliacich buniek napádať iné tkanivá a rozširovať sa do iných častí tela, tzv. metastázovať“ (Janáčková 2014, s. 18). Rakovina zastáva medzi chorobami svoje osobitné postavenie. Považuje sa za najobávanejšiu a najtraumatickejšiu chorobu, ktorá môže pôsobiť na pacienta po jeho telesnej, duševnej či duchovnej stránke (Gulášová 2009). Netýka sa len otázky imunológie, ale aj psychické i sociálne aspekty sa istým spôsobom podieľajú na vzniku rakoviny (Hartl, Hartlová 2010).

Každá choroba, ktorá postihne človeka, sa ho dotýka v celosti. Preto aj onkologická choroba má svoje charakteristické aspekty, etické, sociálne a psychologické a veľmi emocionálne sa prežíva. Pri onkologickej starostlivosti je veľmi dôležitý holistický prístup spočívajúci v tom, že každý pacient predstavuje jednotný fyzický, sociálny, psychický a duchovný rozmer. Preto starostlivosť musí mieriť k saturovaniu všetkých spomínaných rozmerov (Palková, Berč a kol. 2010).

Žiaková (2005) konštatuje, že keď do života človeka vstúpi rakovina, nastáva u neho kvantum zmien vo viacerých oblastiach. V rámci biologickej roviny sa u pacienta mení aktivita v bežnom živote, životný štýl, znášanie bolesti spojené s chorobou, navykanie na rôzne obmedzenia. Najčastejšie možno vnímať problémy s dýchaním, záchvaty potenia, triašky, nadmerné vnútorné rozrušenie a pocity tepla alebo naopak chladu (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke 2010). Jelínek (2014) tvrdí, že počas onkologickej liečby sa

u pacientov prejavuje ďalší typický znak telesnej zmeny, a tým je únava. Pre onkologických pacientov je únava veľmi nepríjemná, dokonca ju vnímajú horšie ako samotnú bolesť.

Rakovina je choroba, ktorá pacienta psychicky veľmi zaťažuje, vyvoláva pocity strachu, zlosti a smútku. K emocionálnym reakciám, ktoré pacienti prežívajú počas ochorenia patrí depresia, pocity úzkosti, potlačanie emócií, bezmocnosť, zníženie sebadôvery, poruchy sexuálnej činnosti, narušenie kognitívnych funkcií, pracovných a sociálnych vzťahov (Tschuschke 2004). Psychickými problémami trpí 20 – 40 % onkologických pacientov. Väčšinou ide o strach a úzkosť, ktoré z časti vychádzajú z pocitu ohrozenia života. Pacienti sa obávajú o svoj pracovný a rodinný život a sociálne postavenie, nastáva u nich pocit straty kontroly nad svojim životom (Andrašiová 2014). Diagnóza môže podstatne ovplyvniť fyzický, psychosociálny a sociálno-ekonomický blahobyt pacientov a ich rodín. Choroba so sebou prináša zvýšené náklady, ktoré sú spojené so starostlivosťou o pacienta, neočakávané hospitalizácie, čo v niektorých prípadoch môže viesť k vážnym finančným dôsledkom, dlhom, problémom so splácaním hypotéky či dokonca exekúcie. Pacient 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 podprsienky, ktoré súvisia s telesnými zmenami pacienta (Amir, Wilson, Hennings et al. 2012).

K hlavným sociálnym problémom, ktoré vznikajú ako dôsledok rakoviny a jej liečby patrí sociálna izolácia a strach zo stigmatizácie, takže sa sociálne vzťahy pacienta so sociálnym okolím menia. Sociálnym problémom je aj ohrozenie sociálnej identity a pocitu vlastnej hodnoty u pacienta. Ani reakcie sociálneho okolia nie sú vždy primerané a často príbuzní nedokážu pochopiť psychické zúfalstvo pacienta, a tak dochádza k narušeniu vzťahov (Tschuschke 2004). Kolektív autoriek Bačová, Žiaková a Katreniaková (2015) uvádzajú nasledovné vyskytujúce sa sociálne dôsledky onkologickej choroby: neschopnosť pracovať, obmedzená účasť na spoločenskom živote, závislosť na ostatných, ťažkosť finančného charakteru, sociálna izolovanosť a pocity izolovanosti, sociálne vylúčenie, resp. diskriminácia, nižšia kvalita života, zmena rolí v rodine, zmena životného štýlu a problémy v rodine, vzťahoch.

Kvalita života

Všetky spomenuté aspekty výrazne ovplyvňujú kvalitu života onkologického pacienta. Sadovská (2007) opisuje kvalitu života onkologického pacienta ako pocit celkovej životnej (ne)pohody, ktorý vzniká zo súhrnu objektívnych životných podmienok a následne ich subjektívnym hodnotením pacienta. Subjektívne hodnotenie ovplyvňujú fyzické, emocionálne a sociálne aspekty, tie vzájomným pôsobením vplývajú na kvalitu života a jej rast. Preto pre plnohodnotný život pacienta je potrebné poznať jeho predstavy o takomto živote, aby sa mu dalo lepšie pomôcť.

„Chorobu možno všeobecne chápať ako narušenie určitých funkcií organizmu. Tento stav nepriaznivo ovplyvňuje kvalitu života chorého jednotlivca a ide o zápas celého organizmu o znovudosiahnutie pôvodného stavu úplnej telesnej, mentálnej a sociálnej pohody“ (Kopecký et al. 2003 in Bačová, Žiaková, Katreniaková 2015, s. 52). Onkologická choroba môže zasiahnuť život pacienta tak, že spôsobí až traumatickú udalosť, ktorá rozhodne zmení kvalitu jeho života v závislosti od choroby a jej liečby. Zmena postihne somatický a psychický stav, medzilidské vzťahy, sociálnu oporu, subjektívnu spokojnosť i nespokojnosť so zdravotným stavom (Žiaková, Maštenová 2004). Medzi prvky, ktoré môžu spôsobiť zhoršenie kvality života u pacienta sa radí nedostatočné zbavovanie utrpenia, strata nezávislosti, nedostatočná pomoc, slabé pochopenie a slabá duševná podpora od príbuzných, ale aj ošetrojúceho personálu (Benková 2013).

Vybrané výsledky výskumu

Primárnym cieľom nášho výskumu bolo skúmať, ako onkologický pacient hodnotí úroveň celkovej kvality svojho života. Vo výskume sme sa zamerali na subjektívne hodnotenie kvality života onkologicky chorých pacientov a hľadanie rozdielov medzi skupinami na základe ich pohlavia, veku, rodinného stavu a tiež vzdelania.

Na hľadanie rozdielov medzi vybranými skupinami sme využili kvantitatívny výskum, konkrétne kauzálnokomparatívny. Využitý bol dotazník na zisťovanie kvality života, WHOQOL-BREF, ktorý bol zostavený Svetovou zdravotníckou organizáciou v roku 2004. Dotazník tvorí 26 otázok, ktoré hodnotia štyri domény: doména fyzického zdravia, prežívania alebo psychického zdravia, sociálnych vzťahov a prostredia. Jednotlivé odpovede sú vyjadrované na Likertovej 5-stupňovej škále (1 – vôbec nie, 2 – trochu, 3 – stredne, 4 – silne, 5 – maximálne). Dotazníky boli adresované onkologickým pacientom a pacientkam, ktoré sa v danom čase liečili vo Východoslovenskom onkologickom ústave v Košiciach, pričom vzorku tvorilo 100 respondentov a respondentiek. Sociodemografická charakteristika výskumnej vzorky je uvedená v Tab. 1.

Tab. 1 Sociodemografická charakteristika výskumnej vzorky

Pohlavie	<i>ženy</i>		<i>muži</i>					
	47		53					
Vek	<i>25 – 45</i>		<i>46 – 65</i>		<i>66 a viac</i>			
	18%		57%		25%			
Vzdelanie	<i>základné</i>		<i>stredoškolské</i>		<i>vysokoškolské</i>			
	16%		72%		12%			
Rodinný stav	<i>slobodní</i>		<i>vydaté/ženatí</i>		<i>rozvedení</i>		<i>vdovy/vdovci</i>	
	12%		73%		7%		8%	

Vo výskume sme využili Studentov t-test, ktorým sme zisťovali kauzálnokomparatívne vzťahy a na spracovanie výsledkov výskumu štatistický program SPSS 16.0. Prinášame vybrané výsledky výskumu. Zaujímavým zistením v rámci nášho výskumu je, že rozdiely v subjektívnom vnímaní kvality života neboli zistené na základe pohlavia, veku ani vzdelania, ako to znázorňujú tabuľky 2, 3, 4 a 5. Na základe výsledkov t-testu sme zistili, že medzi onkologicky chorými ženami a onkologicky chorými mužmi sa nepreukázali štatisticky významné rozdiely vo vnímaní kvality života, tieto štatisticky významné rozdiely sa nepreukázali ani medzi onkologickými pacientmi na základe veku či vzdelania.

Tab. 2 Rozdiel vo vnímaní kvality života podľa pohlavia

Pohlavie	Kvalita života			
	N	x	t	p
Muži	53	84,36	-0,826	0,411
Ženy	47	86,70		

Tab. 3 Rozdiely vo vnímaní kvality života vzhľadom na vzdelanie

Vzdelanie	Kvalita života			
	N	x	t	p
Základné vzdelanie	16	83,63	-0,339	0,736
Stredoškolské vzdelanie	72	84,97		

Tab. 4 Rozdiely vo vnímaní kvality života vzhľadom na vzdelanie

Vzdelanie	Kvalita života			
	N	x	t	p
Stredoškolské vzdelanie	72	84,97	-1,323	0,190
Vysokoškolské vzdelanie	12	90,83		

Tab. 5 Rozdiely vo vnímaní kvality života vzhľadom na vzdelanie

Vzdelanie	Kvalita života			
	N	x	t	p
Základné vzdelanie	16	83,63	-1,461	0,156
Vysokoškolské vzdelanie	12	90,83		

Výsledky hodnotenia kvality života medzi vydatými a slobodnými onkologickými pacientkami a medzi ženatými a slobodnými onkologickými pacientmi dosiahli najvýznamnejšie štatistické rozdiely. Vydaté pacientky vykazovali pomerne vyššiu spokojnosť vo vnímaní kvality života ako slobodné pacientky. Dosiagnuté priemerné skóre u vydatých pacientok bolo až 89,0 a u slobodných pacientok 73,14. Podobne je to medzi onkologickými pacientmi, ktorí sú ženatí a slobodnými onkologickými pacientmi. Tieto výsledky zobrazujú tabuľky 6 a 7.

Tab. 6 Rozdiely vo vnímaní kvality života z hľadiska rodinného stavu

Rodinný stav	Kvalita života			
	N	x	t	P
Vydaté onkologické pacientky	32	89,00	2,808	0,008***
Slobodné onkologické pacientky	7	73,14		

Tab. 7 Rozdiely vo vnímaní kvality života z hľadiska rodinného stavu

Rodinný stav	Kvalita života			
	N	x	t	p
Ženatí onkologickí pacienti	41	86,05	1,409	0,166
Slobodní onkologickí pacienti	5	76,00		

Na základe týchto výsledkov výskumu možno konštatovať, že dôležitú úlohu v živote onkologického pacienta a jeho kvalite zohráva sociálna opora. Tá priaznivo pôsobí na pacienta, pričom uspokojuje jeho sociálne požiadavky.

Sociálna opora sa podieľa na udržaní, zvyšovaní či stabilite kvality života človeka, ako jedna z významných oblastí kvality života. Sociálna opora predstavuje mieru pomoci pri prekonávaní danej situácie a je považovaná za jeden z najvýznamnejších obranných faktorov zdravia (Popelková, Tkáčiková 2004). Sociálna opora súvisí s kvalitou života a prežívanou životnou spokojnosťou, pozitívne sociálne väzby pomáhajú človeku zvládať náročné životné situácie (Kebza 2005).

Zoznam bibliografických odkazov

- AMIR, Z., K. WILSON, and J. JENNINGS et al, 2012. The meaning of cancer. Implications for family finances and consequent impact on lifestyle, activities, roles and relationship. In: *Psycho-oncology*. Vol. 21, No. 11, pp. 1167-1174. ISSN 1099-1611.
- ANDRAŠIOVÁ, M., 2014. Rakovina: Keď psychické problémy komplikujú liečbu [online]. [cit. 2016-10-15]. Dostupné z: <https://www.slovenskypacient.sk/rakovina-keď-psychicke-problemy-komplikuju-liecbu/>
- ANGENENDT, G., U. SCHÜTZE-KREILKAMP a V. TSCHUSCHKE, 2010. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-781-7.
- BAČOVÁ, M., E. ŽIAKOVÁ a Z. KATRENIÁKOVÁ, 2015. Sociálna opora onkologicky chorých žien – základný predpoklad intervencie sociálnych pracovníkov. In: *Sociální práce*. Roč. 15, č. 1, s. 48-65. ISSN 1213-6204.
- BENKOVÁ, M., 2013. Dopad sociálnej práce na život klientov s nevyliciteľným ochorením a zomierajúcich klientov v hospici. In: E. ŽIAKOVÁ a D. ŠLOSÁR, eds. *Sociálna práca – cesta k zmyslu života. Košické dni sociálnej práce*. Košice: Katedra sociálnej práce filozofickej fakulty UPJŠ Košice, s. 36-41. ISBN 978-80-8152-012-9.
- GULÁŠOVÁ, I., 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-305-9.
- HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- JANÁČKOVÁ, L., 2014. *Život je boj*. Brno: Grifart. ISBN 978-80-905337-4-5.
- JELÍNEK, J., 2014. Únava při onkologické léčbě. In: *ONKO ONKO*. Roč. 10, č. 6, s. 17-18.
- KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
- PALKOVÁ, E. a A. BERČ a kol., 2010. *Onkologické ošetrovatel'stvo II*. Bratislava: ZZ designstudio – Zvonimír Záviš. ISBN 978-80-969605-5-2.
- POPELKOVÁ, M. a J. TKÁČIKOVÁ, 2004. Pohľad na kvalitu života v období staroby. In: J. DŽUKA, ed. *Psychologické dimenze kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, s. 426-432. ISBN 80-8068-282-8.
- SADOVSKÁ, O., 2007. Starostlivosť o onkologického pacienta v pokročilom štádiu ochorenia. In: *Solen*. Roč. 4, č. 2, s. 31-40. ISSN 1339-4215.
- TSCHUSCHKE, V., 2004. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-826-0.
- ŽIAKOVÁ, E., 2005. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. Prešov: Akcent Print. ISBN 80-969274-2-6.
- ŽIAKOVÁ, E. a Z. MAŠTENOVÁ, 2004. Kvalita života onkologických pacientiek. In: J. DŽUKA, ed. *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita, s. 508-519. ISBN 80-8068-282-8.

Kontakt na autorov

Mgr. Lucia Tóthová,
Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ,
Moyzesova 9, 040 59 Košice,
lucia.istvanova@gmail.com

Bc. Mária Lešová,
maria.lesova92@gmail.com

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

Program školskej sociálnej práce Dobre v škole – dobre po škole School Social Work Program Well in School - Well after School

Veronika Ševčíková (SK), Soňa Lovašová (SK)

Abstrakt

Príspevok sa delí do dvoch častí. V prvej časti príspevku je predstavená stručná charakteristika školskej sociálnej práce. V druhej časti príspevku autorky aplikujú teoretické poznatky do programu, ktorý sa venuje školskej sociálnej práci v prostredí základných škôl. Autorky predstavujú ciele programu a jeho základné východiská.

Kľúčové slová: Sociálna opora. Sociálna práca. Škola. Školská sociálna práca. Zvládanie.

Abstract

The article is divided into two parts. In first part of article is presented brief framework of school social work. In second part of article authors apply theoretical knowledge to the program which deals with school social work. The authors present the aims of program and its underlying basis.

Keywords: Social Support. Social Work. School. School Social Work. Coping.

Úvod

Škola zohráva dôležité miesto v živote každého dieťa. Dôležitá je aj kvôli tomu, že dotvára celý výchovný proces, ktorým dieťa prechádza. Ak chceme dosiahnuť, aby sa deti cítili v škole dobre, tak je dôležité aby sa vytváral priestor pre rozvoj ich sociálnych spôsobilostí a kompetencií. V zahraničí túto úlohu zabezpečujú školskí sociálni pracovníci, ktorí sú považovaní za plnohodnotných členov školského multidisciplinárneho tímu. V našich podmienkach takéto multidisciplinárne tímy nie sú zložené. V škole so žiakmi pracujú pedagógovia, výchovní poradcovia vyberaní z pedagogických radov a školskí psychológovia z Centier pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie. Situácia poukazuje na to, že toto zloženie nie je dostatočné. Učitelia bývajú často zaneprázdnení množstvom povinností, a tak sa nestihajú venovať sociálnym problémom, ktoré trápia deti a dospelujúci. To naďalej spôsobuje rozvoj sociálno-patologických javov u detí a mládeže. S rozvojom informačno-komunikačných technológií sa rady sociálno-patologických javov rozširujú o novodobé sociálne javy, kde patrí kyberšikanovanie a rizikové správanie na internete. Cieľom tohto príspevku je predstaviť program, ktorý poukazuje na možnosti sociálnej práce v školskom prostredí a apelovať na to, aby sa školská sociálna práca rozvinula aj na Slovensku.

Charakteristika školskej sociálnej práce

Napriek tomu, že školská sociálna práca na Slovensku zatiaľ nie je legislatívne ukotvená, tak aj na Slovensku môžeme vnímať záujem o rozvoj tejto vednej disciplíny. Pilotný projekt školskej sociálnej práce bol realizovaný na Slovensku už v roku 2006. Prebiehal na dvoch základných školách v Považskej Bystrici. Autori tohto projektu, P. Lengyel a B. Ciuttiová, sú odvtedy považovaní za priekopníkov školskej sociálnej práce na Slovensku. Školskej sociálnej práci v našich podmienkach sa ďalej venujú hlavne J. Levická, T. Matulayová, V. Labáth, M. Skyba a Z. Koscurová.

Prvú jednotnú definíciu školskej sociálnej práce ponúka T. Matulayová (2006), ktorá za cieľ školskej sociálnej práce považuje vytvárať zdravý sociálny systém v školskom prostredí, ktorý na jednej strane akceptuje individualitu žiaka, ale na strane druhej ho stimuluje k využívaniu plného osobnostného potenciálu. Zdravý sociálny systém sa prejavuje aj takým spôsobom, že v školskom prostredí sa podporujú pozitívne emócie, sprostredkováva sa zážitok úspechu, nevyvoláva sa strach, povzbudzuje sa k otvorenej komunikácii, uprednostňuje sa kooperatívnosť a pod. Za ucelenú a jednoduchú definíciu školskej sociálnej práce považujeme aj definíciu od Z. Koscurovej (2013), ktorá školskú sociálnu prácu definuje ako špecializovanú oblasť praxe v širokom poli sociálnej práce, kde školský sociálny pracovník predstavuje sprostredkovateľa medzi školou a rodinou, pričom zároveň je jeho úlohou pomáhať žiakom pri vzdelávaní v sociálnej oblasti. Z. Koscurová (2013) zároveň medzi úlohy školského sociálneho pracovníka radí aj realizáciu preventívnych aktivít. Z tejto základnej definície školskej sociálnej práce vychádzame aj pri tvorbe programu, ktorý je predstavený v druhej časti tohto príspevku. Cieľom tohto programu je rozšíriť školskú sociálnu prácu v našich podmienkach. V zahraničí, hlavne v USA, je hlavnou úlohou školských sociálnych pracovníkov predchádzať rizikovému správaniu u žiakov a študentov, posilňovať rodinu s zabezpečiť otvorenú komunikáciu medzi školou a rodinou žiaka (Dupper 2003).

M. Skyba (2015) dopĺňa definíciu školskej sociálnej práce a za hlavný cieľ tejto vednej disciplíny považuje zlepšovanie kvality života žiakov a to takým spôsobom, že žiaci sa učia ako konštruktívne riešiť problémy, ako sa adaptovať na zmeny, ako sa samostatne rozhodovať a podobne. Žiaci teda rozširujú svoje sociálne spôsobilosti a získavajú kompetencie a schopnosti, ktoré sú potrebné nie len vo vzdelávacom procese, ale aj v živote.

Tieto ciele však nie je jednoduché dosiahnuť, a preto je nevyhnutná spolupráca viacerých odborníkov. Školský sociálny pracovník plnohodnotne spolupracuje s pedagógmi, výchovnými poradcami, školskými psychológmi, prípadne aj s inými odborníkmi ak si to vyžaduje situácia. Môžeme povedať, že by mal byť vnímaný ako člen multidisciplinárneho školského tímu (Dupper 2003).

Vo všeobecnosti vieme úlohy školského sociálneho pracovníka rozdeliť do štyroch základných oblastí, a to:

1. poskytovanie poradenstva pedagógom a výchovným poradcami,
2. aplikovanie rôznych rolí v priamom výkone školskej sociálnej práce/ napr. poradca, lektor a pod.,
3. realizovanie intervencie, ktorá je zameraná na žiakov a ich rodičov/ uplatňujú sa individuálne a skupinové metódy,
4. asistencia pri rozvíjaní programov (Openshaw 2008).

Kompetencie školských sociálnych pracovníkov

Kompetencie školských sociálnych pracovníkov na Slovensku vyplývajú zo vzdelávacieho procesu pre sociálnych pracovníkov. Študenti sociálnej práce počas štúdia získavajú vedomosti z viacerých vedných disciplín, ktoré sú potrebné pre aplikáciu sociálnej práce. Z. Koscurová (2013) spracovala model kompetencií s aplikáciou na školskú sociálnu prácu.

Model kompetencií absolventov sociálnej práce magisterského stupňa štúdia s aplikáciou na školskú sociálnu prácu

Teoretické vedomosti	Sociálne schopnosti a zručnosti
Z oblasti psychológie (všeobecnej, vývinovej, sociálnej, osobnosti a patopsychológie).	<ul style="list-style-type: none"> - schopnosť empatie, akceptácie a motivácie žiakov, - schopnosť porozumieť emočnému prežívaniu žiakov, - schopnosť chápať determinanty vývinu.

Z oblasti sociológie (základy sociológie, sociálne nerovnosti, sociológia mládeže, sociológia sídiel).	<ul style="list-style-type: none"> - schopnosť chápať súvislosti pohybu spoločnosti, ktoré majú vplyv na rodinu, školu a pod. - schopnosť identifikácie sociálnej štruktúry, - schopnosť pochopiť a vysvetliť sociálne roly, - schopnosť rozlíšiť rozdielnosti v sociálnych skupinách.
Z oblasti práva (ústavné, občianske, rodinné, právo sociálneho zabezpečenia, správne).	<ul style="list-style-type: none"> - schopnosť kompetentne zareagovať pri zistení šikanovania a CAN syndrómu, - schopnosť obhajovať ochranu práv dieťaťa, - schopnosť byť účastný v správnom konaní.
Z oblasti rizikových fenoménov (subkultúry mládeže, nezamestnanosť, poruchy správania, závislosti).	<ul style="list-style-type: none"> - schopnosť rozoznať rizikové správanie.

Zdroj: Z. Koscurová 2013

Pre školských sociálnych pracovníkov je dôležité, aby si vedeli vymedziť svoju vlastnú oblasť pôsobenia. Taktiež je potrebné, aby si vedeli vytvoriť konsenzus medzi vnútornými a vonkajšími vplyvmi, ktoré ovplyvňujú žiakov vo vzdelávacom systéme. Prioritou školských sociálnych pracovníkov by mala byť snaha o eliminovanie konfliktných situácií a prevencia sociálno- patologických javov (Koscurová 2013).

Vonkajšie a vnútorné vplyvy, ktoré ovplyvňujú vzdelávací proces žiakov

	Vonkajšie vplyvy	Vnútorné vplyvy
Žiak	- rodina	- osobné vzťahy k spolužiakom
	- médiá, technika	- vzťahy k triede
	- záľuby, koníčky	- vyučovacie predmety
	- rovesnícka skupina	- vzťah k učiteľom

Zdroj: Z. Koscurová 2013

Program školskej sociálnej práce

Cieľom tejto časti je predstaviť program školskej sociálnej práce, ktorý je navrhnutý ako súčasť aplikačnej časti dizertačnej práce. V súčasnosti prebieha pilotná verzia testovania tohto programu. Metodika práce je inšpirovaná modelom školskej sociálnej práce zo zahraničia, hlavne z USA, kde má školská sociálna práca viac ako storočnú históriu.

Ako sme spomínali v teoretickej časti príspevku, školská sociálna práca na Slovensku nie je rozvinutá, ani legislatívne ukotvená. Z. Koscurová ešte v roku 2005 vymenovala dôvody, pre ktoré sme v tejto vednej disciplíne pozadu oproti USA. Tieto dôvody charakterizuje nasledovne:

- 1. odborná verejnosť v oblasti školstva nie je dostatočne informovaná o profesii a kompetenciách sociálnych pracovníkov,**
- 2. chýba profilácia a špecializácia študijného odboru sociálnej práce, ako napríklad študijný podprogram, ktoré cieľom by bolo zamerať sa len na sociálnu prácu v školskom prostredí,**
- 3. absentuje ucelená a zjednotená odborná terminológia/ niektorí odborníci používajú termín školská sociálna práca, iní sociálna práca v rezorte školstva,**
- 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 (Koscurová 2005).**

Posledné dva dôvody, ktoré Z. Koscurová (2005) vymedzila v súčasnosti už nie sú úplne platné, nakoľko k 1.1.2015 nadobudol účinnosť Zákon č. 219/ 2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Tento zákon upravuje podmienky na výkon

sociálnej práce, ako aj postavenie Slovenskej komory sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce a podmienky na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny. Nezaobrá sa však špecificky miestom výkonu sociálnej práce, a teda ani realizáciou sociálnej práce v škole.

Podľa Z. Koscurovej (2013) medzi základné oblasti, na ktoré by sa školskí sociálni pracovníci a pracovníčky mali sústrediť je poskytovanie poradenstva. Sociálni pracovníci majú kompetencie na to, aby vedeli zabezpečiť spoluprácu s odbornými inštitúciami (ako napr. CPPP a P, diagnostickými a reedukačnými zariadeniami, sociálno-právnou ochranou detí a sociálnou kuratelou). Taktiež na poskytovanie sociálneho poradenstva rodičom, ktorí majú dieťa s určitým znevýhodnením, kde taktiež patrí spolupráca so špecializovanými inštitúciami. Poskytovanie základného a špecializovaného sociálneho poradenstva je upravené podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. Podľa tohto zákona (§ 19) je sociálne poradenstvo definované ako odborná činnosť zameraná na pomoc fyzickej osobe v nepriaznivej sociálnej situácii. Cieľom základného sociálneho poradenstva je podľa tohto zákona posúdenie povahy problému a poskytnutie základných informácií o možnostiach riešenia tohto problému, prípadne sprostredkovanie ďalšej odbornej pomoci. Špecializované sociálne poradenstvo je definované ako zistenie príčin vzniku problému, ako aj charakteru a rozsahu problémovej situácie klienta a následne poskytnutie konkrétnej odbornej pomoci.

Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) o zmene a doplnení niektorých zákonov upravuje činnosť výchovných poradcov a preventívnu činnosť zameranú na žiakov a študentov, pričom túto činnosť delí na zložky výchovného, psychologického a špeciálno-pedagogického poradenstva a prevencie. Za súčasť týchto zložiek je považované centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, centrum špeciálno-pedagogického poradenstva a výchovných poradcov, školských psychologov, školských špeciálnych pedagógov, sociálnych a liečebných pedagógov a koordinátorov prevencie. Tento zákon so školskými sociálnymi pracovníkmi nepočíta, napriek tomu, že sociálni pracovníci a pracovníčky majú kompetenčné predpoklady na výchovných a preventívnych aktivitách, ako aj na poskytovaní poradenských služieb, ktoré sme už vymedzili vyššie.

Z. Koscurová (2013) ďalej vymedzuje, že školskí sociálni pracovníci a pracovníčky majú okrem už spomínaného poradenstva kompetencie aj na realizáciu intervenčných, komunikačno-podporných a organizačno-metodických aktivít. Za intervenčné aktivity autorka považuje riešenie konfliktov, sociálnu prácu s rodinou, spoluprácu s učiteľmi pri práci s problémovými žiakmi a krízovú intervenciu. Ako komunikačno-podporné aktivity vymedzila činnosti podporujúce zdravý psycho-sociálny vývin žiaka, posilňovanie pozitívnej zložky u problémových žiakov. Za organizačno-metodické aktivity, na ktoré majú sociálni pracovníci a pracovníčky kompetencie Z. Koscurová (2013) vymedzila organizáciu preventívnych aktivít pre žiakov a učiteľov, metodické usmerňovanie pri riešení deliktov žiakov, a teda právne a sociálne usmernenie, aktivity zamerané na posilňovanie pozitívnej sociálnej klímy v škole. Medzi tieto aktivity autorka radí aj písanie a realizácia projektov a grantov pre školu.

Východiská programu

Deti rôznymi formami komunikujú nevhodné zvládanie školského stresu a záťaže. Tento sociálny problém súvisí aj s tým, že nevedia využívať zdroje sociálnej opory vo svojom okolí, či v už v škole alebo následne v rodinnom prostredí. Pri tvorbe programu, ktorý sa zameriava na sociálnu oporu sme vychádzali zo základnej definície G. Caplana a R. B. Caplana z roku 1993, ktorí sociálnu oporu charakterizujú ako medziľudské prepojenie a pozitívne vzťahy medzi ľuďmi, ktorí si poskytujú emocionálnu podporu v záťažovej

situácii. Začiatok školskej dochádzky je pre dieťa veľmi stresujúci. Je dôležité, aby sa deti už v tomto období naučili ako správne zvládať záťaž (Končeková 2007). Zvládanie záťaže vo všeobecnosti súvisí ako s emočnou senzitivitou jedinca a subjektívnou pohodou, tak aj s jeho správaním. Základnú definíciu zvládania záťaže spracovali v roku 1984 R. S. Lazarus a S. Folkmanová, ktorí zvládanie chápu ako kognitívne, emocionálne a behaviorálne snahy, ktoré vedú k vyriešeniu záťažovej situácie alebo aspoň k redukovaniu nárokov, ktoré sú na jedinca kladené z vonku. Jediniec sa snaží vysporiadať sa s internými a aj externými stresormi, ktoré sú na neho kladené, a preto je toto správanie charakteristické tým, že je odlišné od automatizovaného správania.

Nedostatočné sociálne spôsobilosti následne prenášajú do virtuálneho prostredia vo forme rizikového správania na internete, ktoré môže mať podoby kyberšikanovania, prílišnej dôverčivosti voči cudzím ľuďom na internete a podobne. Jednou z možností ako sa zamerať na riešenie týchto sociálnych problémov je aj rozšírenie školskej sociálnej práce na základných školách na Slovensku.

Cieľ programu

Program je zameraný na sociálnu oporu detí a na sociálne aspekty zvládania školského stresu a záťaže. Zaoberáme sa sociálnou oporou detí v školskom a rodinnom prostredí, a to nie len v reálnom, ale aj vo virtuálnom svete, ktorý sa stáva prirodzeným sociálnym prostredím u čoraz mladších detí. Cieľom programu je rozvíjať sociálne spôsobilosti a kompetencie u detí na základných školách a dosiahnuť podporujúcu sociálnu klímu v škole, ale aj po škole. Táto časť programu vychádza z teoretického vymedzenia školskej sociálnej práce, ktoré sme opísali v prvej časti tohto príspevku. Cieľovou skupinou tohto programu sú žiaci v mladšom školskom veku (6 - 12 rokov) na základných školách. Dôvod výberu práve tejto cieľovej skupiny sme odôvodnili v teoretickej časti príspevku. Ciele tohto programu sme rozdelili do troch častí:

Cieľ 1: Naučiť deti zvládať záťažové situácie súvisiace so školou a vzdelávaním.

Predpokladaný výsledok: Účastníci programu si osvoja správne stratégie zamerané na zvládanie školského stresu a záťaže a získajú spôsobilosti zamerané na správne učenie.

Spôsob merania: Testovanie pred realizáciou programu a následne po skončení programu (tzv. test – retest). Testovanie tejto oblasti bude prebiehať štandardizovanými dotazníkmi Brief cope, The School Failure Coping Scale.

Cieľ 2: Zlepšiť sociálnu klímu v školskom prostredí, budovať zdravé vzťahy v škole a rozvíjať zdroje sociálnej opory.

Predpokladaný výsledok: Účastníci programu si precvičia efektívnu komunikáciu a naučia sa využívať zdroje sociálnej opory v škole a rodine.

Spôsob merania: Testovanie pred realizáciou programu a následne po skončení programu (tzv. test – retest). Testovanie tejto oblasti bude prebiehať štandardizovaným dotazníkom Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Ide o dotazník, ktorý zisťuje vnímanú mieru sociálnej opory.

Cieľ 3: Naučiť deti bezpečne komunikovať vo virtuálnom svete.

Predpokladaný výsledok: Účastníci programu sa oboznámia s bezpečným správaním na internete a využívať virtuálnu, ako laickú tak aj odbornú sociálnu oporu.

Spôsob merania: Testovanie pred realizáciou programu a následne po skončení programu (tzv. test – retest). Testovanie tejto oblasti bude prebiehať autorským dotazníkom.

Organizácia programu

Realizácia programu bude pozostávať z nasledujúcich krokov:

1. Program bude mať podobu sociálnej práce so skupinou, pričom pôjde o homogénnu skupinu. Metódy práce so skupinou budú mať podobu poradenských stretnutí, rovesníckych poradní, workshopov a seminárov.
2. Žiaci v prípade potreby využijú možnosť individuálneho sociálneho poradenstva (aj dištančnou formou – škola pre tieto účely zriadi školskú poradňu).
3. Školský sociálny pracovník bude systematicky pracovať so žiakmi v piatom ročníku základnej školy (10 – 11 rokov) a jeho aktivity budú orientované na sledované oblasti programu.
4. Aktivity, ktoré smerujú na naplnenie cieľov sú rozdelené do troch oblastí:
 - a) *Učím sa* – pravidelné stretnutia s cieľovou skupinou detí. Ide o súbor aktivít, ktorý kombinuje edukatívne a zážitkové techniky. Hlavné metódy práce: rozhovor, brainstorming, argumentácia, hry, reflexia a sebareflexia, ktorej cieľom je naučiť sa formulovať vlastný názor a komunikovať svoje pocity a potreby. Cieľom tejto skupiny aktivít je naučiť deti ako zvládať rôzne záťažové situácie v škole a emócie s tým spojené, naučiť ich techniky na efektívnu a asertívnu komunikáciu, posilňovať zdravé sociálne vzťahy a podobne.
 - b) *Rovesnícka poradňa* – úlohou školského sociálneho pracovníka pri vedení rovesníckej skupiny je organizovať a koordinovať skupinové aktivity, poskytovať informácie o predmetnej problematike a pracovať s predsudkami, ovplyvňovať postoje žiakov a ovplyvňovať skupinovú dynamiku. Rovesnícka poradňa by sa mala realizovať aspoň raz v mesiaci, pričom témy stretnutí si určuje skupina sama, podľa toho, čo ich trápi. Cieľom týchto stretnutí je nájsť sociálnu oporu o svojich rovesníkov, naučiť sa riešiť problém, ale tiež naučiť sa pomáhať iným, byť oporou pre niekoho iného.
 - c) *Po škole s rodičmi* – pravidelné stretnutia detí a rodičov pod vedením školského sociálneho pracovníka. Popoludnie v škole, kde majú rodičia priestor pre efektívne trávenie voľného času so svojimi deťmi. Primárnou cieľovou skupinou tohto programu sú deti, ale očakávame, že spoluúčasťou rodičov v programe sa výsledok posilní. Spolupráca detí a rodičov je v procese školskej sociálnej práce veľmi dôležitá. Cieľom týchto aktivít je naučiť deti požiadať svojich rodičov o pomoc a rodičov naučiť ponúknuť pomoc svojim deťom, aby boli pre nich sociálnou oporou, naučiť sa byť spolu a spolu riešiť problémy a záťažové situácie súvisiace so školou. Súčasťou týchto aktivít je práca s pracovnými zošitmi *Dobre v škole – dobre doma*. Ide o pracovný zošit, ktorý bol vytvorený pre účely tohto programu.

Záver

Cieľom tohto príspevku bolo v teoretickej rovine predstaviť školskú sociálnu prácu a jej možnosti a v aplikačnej rovine poukázať na dôležitosť spolupráce detí a rodičov pri realizácii školskej sociálnej práce, ktorá je nevyhnutná na to, aby sa žiaci naučili efektívne zvládať záťažové situácie v školskom prostredí a vedeli využívať sociálnu oporu, ako v rodinnom, tak aj školskom prostredí.

Predstavený program v druhej časti príspevku považujeme za inovatívny, pretože poukazuje na možnosti, ako by mohla byť školská sociálna práca aplikovaná do praxe aj na Slovensku. Naším cieľom je, aby školská sociálna práca bola súčasťou moderného školského systému, tak ako je to aj v USA.

Zoznam bibliografických odkazov

- CAPLAN, G., and R. B. CAPLAN, 1993. *Mental Health Consultation and Collaboration*. USA: Waveland Press. ISBN 1-57766-073-0.
- DUPPER, D., 2003. *School Social Work: Skills and Interventions for Effective Practice*. USA: John Wiley. ISBN 0-471-39571-4.
- 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.
- KOSCUROVÁ, Z., 2013. *Sociálna práca v škole. Teoreticko-výskumné reflexie v školskom prostredí*. Iris: Bratislava. ISBN 978-8089238-91-0.
- LAZARUS, R. S., and S. FOLKMAN, 1984. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 0- 8261- 4191-9.
- MATULAYOVÁ, T. a N. MATULAYOVÁ, 2006, Školská sociálna práca – potreba a perspektívy/ School Social Work – Need and Perspectives. In: *Sociální práce/ Sociálna práca*. Roč. 1, s. 101- 108. ISSN 1213-6204.
- OPENSHAW, L., 2008. *Social Work in Schools. Principles and Practice*. The Guilford Press: New York. ISBN 978-14-62506-73-6.
- RUISELOVÁ, Z. a kol., 2006. *Štýly zvládania záťaže a osobnosť*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV. ISBN 978-80-88910-23-4.
- SKYBA, M., 2015. *Školská sociálna práca*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. ISBN 978-80-555-1287-7.
- Zákon č. 219/ 2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/ 1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.
- Zákon č. 245/ 2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Kontakt na autorky:

Mgr. Veronika Ševčíková,
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ,
Moyzesova 9, 040 59 Košice,
e-mail: sevcikova.upjs@gmail.com.

doc. Mgr. Soňa Lovašová, PhD.,
Katedra sociálnej práce FF PJŠ,
Moyzesova 9, 040 59 Košice,
e-mail: sona.lovasova@upjs.sk.

Identifikácia preventívnych opatrení mobbingu v kľúčových dokumentoch sociálnej politiky

Identification of preventive measures mobbing in the key social policy documents

Anna Jašková (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

Príspevok je venovaný problematike prevencie mobbingu v kontexte bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci. Autorka upozorňuje na význam medziľudských vzťahov na pracovisku zdôrazňujúc ich vplyv na bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci. V snahe identifikovať preventívne opatrenia mobbingu ponúka analýzu vybraných dokumentov sociálnej politiky na úrovni Európskej únie a na úrovni Slovenskej republiky.

Kľúčové slová: Mobbing. Bezpečnosť na pracovisku. Prevencia mobbingu. Sociálna politika. Sociálna práca.

Abstract

Paper deals with the issue of prevention of mobbing in the context of health and safety at work. The author highlights the importance of human relations at the workplace and she emphasizes their impact on health and safety at work. In an attempt to identify preventive measures mobbing she provides an analysis of selected documents of social policy at European Union level and at the level of the Slovak Republic

Keywords: Mobbing. Safety at the workplace. Prevention of mobbing. Social policy. Social work.

Úvod

Pracovné prostredie predstavuje časť životného prostredia, v ktorom sa realizuje spoločenské pracovné zaradenie človeka. Tvorí ho skladba rôznych faktorov, ktoré vyplývajú zo sociálnych a materiálnych podmienok pracovnej činnosti (Kachaňáková 2010). V kontexte sociálnej práce akcentujeme, vplyv pracovného prostredia nielen na pracovný výkon a spokojnosť s prácou, ale tiež na kvalitu života a sociálne fungovanie jedinca. Našu úvahu potvrdzuje tzv. transferový model (Leiter, Durup 1996, in: Sojka 2007) týkajúci sa vzťahu kvality súkromného a pracovného života. Podľa tohto modelu existuje ovplyvňovanie medzi pracovným a mimopracovným životom, akýsi „prelievací efekt“, ktorý môže byť priamy alebo nepriamy, a to na základe toho, či si človek toto prelievanie podmienok kreujúcich stres alebo spokojnosť vníma alebo nie.

Bezpečné pracoviská a mobbing

V snahe maximalizovať výkon a spokojnosť na pracovisku je nevyhnuté vytvoriť pre zamestnancov bezpečné pracovné prostredie. *Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (2015)* definuje *Bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci (BOZP)* ako „stav pracovných podmienok eliminujúcich vplyv nebezpečných a škodlivých faktorov pracovného procesu alebo prostredia na zamestnancov. BOZP si kladie za cieľ:

- zabezpečiť bezpečnosť, zdravie a pracovnú schopnosť zamestnancov,

- *prispiet' k eliminovaniu škôd zamestnávateľa na zariadeniach, výrobkoch, v službách, pri výlukách v pracovnom procese a iné finančné straty.*

Bezpečné a zdraviu prospešné musia byť všetky prvky pracovného procesu. V kontexte predmetnej problematiky vyzdvihujeme najmä – pracovné postupy, organizáciu práce, ľudí a vzájomné vzťahy medzi ľuďmi.

Vplyv pracovného prostredia na zamestnaného človeka je nesporný. Pracujúci človek strávi v práci prevažnú časť dňa. Pracovné prostredie vplýva nielen na jeho pracovný výkon, ale tiež na jeho celkové zdravie a sociálne fungovanie. Z tohto titulu je nevyhnutné, aby pracovné prostredie bolo bezpečné. Na bezpečnosť na pracovisku vplýva široká škála faktorov.

Problematiku mobbingu vnímane v kontexte bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci z aspektu medziľudských vzťahov ako jedného zo základných predpokladov organizačnej kultúry. Za kľúčovú považujeme definíciu mobbingu Leymanna (1996), ktorý mobbing analyzuje ako systematickú, dlhodobú, hostilnú a neetickú komunikáciu vedúcu k značnému duševnému, psychosomatickému a sociálnemu utrpeniu obeť.

Poruchy duševného zdravia v dôsledku pracovnej záťaže, monotónneho výkonu práce, neistoty perspektívnej zamestnanosti, pracovnej pozície a pod. sú jednou z najčastejších príčin pracovnej neschopnosti. Môžu mať tiež za následok dlhodobé ochorenia s následným odchodom z trhu práce, zvýšenú fluktuáciu, zníženú pracovnú výkonnosť, nárast absencie, problémy s organizáciou výroby a práce, zvýšený predpoklad nebezpečného konania pri práci a pod. Je potrebné zdôrazniť aj individuálne psychosomatické následky, medzi ktoré patria: depresie, poruchy spánku, ochorenia srdcovo-cievneho systému, zažívacieho traktu a pod. Podľa odhadov *Svetovej zdravotníckej organizácie* do roku 2020 sa stane hlavnou príčinou pracovnej neschopnosti depresia (*Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky 2015*).

Prevenia mobbingu – predmet sociálnej politiky

Prevenia psychosociálnych rizík je predmetom pozornosti v celoeurópskom kontexte. *Európska komisia* požaduje, aby členské štáty iniciatívne uskutočňovali aktivity v prospech prevencie problémov spojených s duševným zdravím vrátane prevencie násillia a obťažovania v práci. Významnou je najmä celoeurópska kampaň organizovaná *Výborom vrchných predstaviteľov inšpekcie práce* „Posúdenie psychosociálnych rizík pri práci“ a tiež kampaň *Európskej agentúry pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci* „Praktické riešenia psychosociálnych rizík“. Na uvedených kampaniach v *Slovenskej republike* aktívne spolupracujú orgány inšpekcie práce a orgány verejného zdravotníctva (*Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky 2015*). V rokoch 2014 až 2015 prebehla na *Slovensku* kampaň *Bezpečné pracoviská bez stresu*, ktorej cieľom bolo zvýšiť informovanosť o strese a psychosociálnych rizikách na pracovisku a podnietiť zamestnávateľov, riadiacich pracovníkov a zamestnancov a ich zástupcov k spolupráci na riadení týchto rizík. Kampaň s zameriava najmä na (*Zdravé pracoviská bez stresu 2014*):

- zvýšenie informovanosti o rastúcom probléme pracovného stresu a psychosociálnych rizík,
- umožnenie používania jednoduchých, praktických nástrojov a usmernení na riadenie psychosociálnych rizík a stresu na pracovisku a ich propagáciu,
- zdôraznenie pozitívneho vplyvu riadenia psychosociálnych rizík a stresu na pracovisku vrátane hospodárskeho hľadiska.

V snahe identifikovať preventívne opatrenia mobbingu sa v nasledujúcej časti príspevku sústreďujeme na analýzu vybraných dokumentov sociálnej politiky na úrovni *Európskej únie* a na úrovni *Slovenskej republiky*. Pozornosť venujeme nasledujúcim dokumentom:

- *Európska rámcová smernica o zavádzaní opatrení na podporu zlepšenia bezpečnosti a ochrany zdravia pracovníkov pri práci (smernica 89/391/EHS) (Európska komisia 1989);*
- *Framework agreement on harassment and violence at work (European Trade Union Confederation 2007);*
- *Framework agreement on work-related stress (European Trade Union Confederation 2004);*
- *Európa 2020 – Stratégia na zabezpečenie inteligentného, udržateľného a inkluzívneho rastu (Európska komisia 2010);*
- *Národný program reforiem Slovenskej republiky 2015 (Ministerstvo financií Slovenskej republiky 2015);*
- *Operačný program Ľudské zdroje na programové obdobie 2014 – 2020 (Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky 2014);*
- *Strategický rámec EÚ pre bezpečnosť a zdravie pri práci (OSH) na roky 2014 – 2020 (Európska komisia 2014)*
- *Stratégia bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci v Slovenskej republike do roku 2020 (Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny 2013).*

Hlavné východisko analýzy predstavuje ***Európska rámcová smernica o zavádzaní opatrení na podporu zlepšenia bezpečnosti a ochrany zdravia pracovníkov pri práci*** (smernica 89/391/EHS), ktorá je zárukou minimálnych požiadaviek na bezpečnosť a ochranu zdravia v celej Európe, pričom členské štáty môžu zachovať v platnosti uvedené opatrenia alebo zaviesť prísnejšie opatrenia. Táto smernica zaväzuje zamestnávateľov, aby na zlepšenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci prijali vhodné preventívne opatrenia a nepriamo tým zdôrazňuje význam nových foriem riadenia bezpečnosti a ochrany zdravia v rámci všeobecného procesu riadenia (*Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci 2016*).

Na vyššie uvedené rámcovú smernicu priamo nadväzujú európske usmernenia, ktorých cieľom je uľahčiť vykonávanie európskych smerníc. Existujú rôzne typy usmernení – ako napr. praktické usmernenia *Európskej komisie*, ktoré stanovujú osvedčené postupy na predchádzanie rizikám, odporúčania *Rady*, oznámenia *Európskej komisie*, dohody sociálnych partnerov EÚ a iné. V rámci identifikácie preventívnych opatrení mobbingu vyzdvihujeme tematicky okruh s názvom *Ustanovenia o pracovnej záťaži, ergonomických a psychosociálnych rizikách*. (*Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci 2016*). V uvedenom tematickom okruhu sa prevenciou mobbingu venujú najmä nasledujúce dokumenty:

- ***Framework agreement on harassment and violence at work*** (*European Trade Union Confederation 2007*). Cieľom tejto dohody ponúknuť zamestnávateľom a zamestnancom súbor opatrení zameraných na identifikáciu, riešenie a prevenciu mobbingu.
- ***Framework agreement on work-related stress*** (*European Trade Union Confederation 2004*). Táto dohoda ponúka opatrenia zamerané na elimináciu a prevenciu pracovného stresu a pracovnej záťaže s cieľom predchádzať chorobám z povolania.

Ďalším významným dokumentom je ***Európa 2020 – Stratégia na zabezpečenie inteligentného, udržateľného a inkluzívneho rastu*** (*Európska komisia 2010*) ktorá vychádzajúc z analýzy dôsledkov európskej hospodárskej krízy ponúka stratégiu, ktorá z *Európskej únie* pomôže vytvoriť inteligentné, inkluzívne a udržateľné hospodárstvo. Tento strategický dokument predstavuje víziu európskeho sociálneho trhového hospodárstva v 21. storočí. Základom sú tri vzájomné sa dopĺňajúce priority – inteligentný, inkluzívny

a udržateľný rast – na základe ktorých *Európska komisia* formulovala hlavné ciele a z nich vyplývajúce hlavné iniciatívy, s cieľom dosiahnuť pokrok do roku 2020.

Preveniu mobbingu identifikujeme v tomto dokumente sprostredkované:

- v rámci jednej z hlavných priorít *Európy 2020* - inkluzívny rast, ktorý zahŕňa tiež investície do modernizácie trhov práce, systémov vzdelávania a sociálnej ochrany s cieľom pomôcť ľuďom predvídať a riadiť zmeny a vytvárať súdržnú spoločnosť,
- v rámci jedného z hlavných cieľov *Európskej komisie* zameraného na zvýšenie miery zamestnanosti obyvateľov vo veku 20–64 rokov zo súčasných 69 % na minimálne 75 %, vrátane väčšieho zapojenia žien, starších pracovníkov a lepšieho začlenenia migrantov medzi pracovnú silu.
- v rámci jednej zo siedmich iniciatív *Európy 2020* s názvom *Program pre nové zručnosti a nové pracovné miesta*, ktorej cieľom je vytvoriť podmienky na modernizáciu trhu práce s cieľom zvýšiť zamestnanosť a to najmä prostredníctvom získavania nových zručností, ktoré zamestnancom umožnia prispôbiť sa novým a meniacim sa podmienkam práce, znížia nezamestnanosť a zvýšia produktivitu práce. Na úrovni EÚ ide najmä o prispôbenie legislatívneho rámca vyvíjajúcim sa formám práce ako aj novým rizikám v oblasti bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci. Na vnútroštátnej úrovni budú musieť jednotlivé členské štáty zabezpečiť, aby znalosti nevyhnutné na začlenenie sa do ďalšieho vzdelávania a trhu práce boli získané a uznané aj v rámci vzdelávania dospelých, vrátane neformálneho a informálneho vzdelávania.

Vychádzajúc z analýzy dokumentu *Európa 2020* vnímame problematiku mobbingu ako novodobé riziko v oblasti bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci. V snahe dosiahnuť vytýčené ciele *Európska komisia* upozorňuje najmä na potrebu zvýšiť mieru zamestnaností a to najmä prostredníctvom podpory modernizácie trhu práce a investície do systémov vzdelávania. Za kľúčovú považujeme najmä investíciu do systémov vzdelávania. V rámci prevencie mobbingu navrhujeme realizovať preventívne edukačné programy s cieľom zvýšiť informovanosť o mobbingu (prezentácie, diskusie, prednášky a pod.) a sprostredkovať tréningy asertívneho správania a konštruktívneho riešenia konfliktov (napr. www.vik.sk, www.educity.sk, www.skoleni-kurzy.eu, www.alchymsta.net, www.rekvalifikacni.info).

Na strategický materiál *Európa 2020* nadväzuje ***Národný program reforiem Slovenskej republiky 2015*** (*Ministerstvo financií Slovenskej republiky 2015*, in: Jašková, Balogová 2015), ktorý popisuje štrukturálne opatrenia, ktoré vláda *Slovenskej republiky* plánuje realizovať v najbližších dvoch rokoch. Tento nový komplexný prístup stanovovania priorít identifikoval ako najväčšie výzvy slovenského hospodárstva trh práce, zdravotníctvo a základné školstvo. V rámci problematiky mobbingu reflektujeme nedostatok sociálnych služieb - najmä poradenských centier poskytujúcich sociálne poradenstvo a prevenciu. V oblasti sociálnej inklúzie sa plánuje zlepšiť kvalita a dostupnosť sociálnych služieb diverzifikáciou financovania poskytovateľov sociálnych služieb a jednoznačnejším vymedzením kompetencií zodpovedných subjektov.

Operačný program Ľudské zdroje pre programové obdobie 2014 - 2020 vychádza z *Národného programu reforiem Slovenskej republiky 2015*, ktorý definuje opatrenia prispievajúce k naplneniu národných cieľov, v súlade so stratégiou *Európa 2020*. Pre oblasť vzdelávania, zamestnanosti a sociálnej inklúzie bol v rámci *Operačného programu Ľudské zdroje* definovaný globálny cieľ zameraný na podporu rozvoja ľudských zdrojov, celoživotného učenia a ich plnohodnotného začlenenia sa na trh práce a na zlepšenie ich sociálnej situácie. Plnenie tohto cieľa sa zabezpečuje prostredníctvom prioritných osí, v rámci ktorých identifikujeme problematiku mobbingu v prioritnej osi *Sociálne začlenenie*.

Preventívne opatrenia mobbingu identifikujeme v rámci investičnej priority „Aktívne začlenenie, a to aj s cieľom podporovať rovnaké príležitosti a aktívnu účasť a zlepšenie zamestnatel'nosti“ s dôrazom na špecifické ciele:

- „Prevenčia a eliminácia všetkých foriem diskriminácie“ - v rámci tohto špecifického cieľa vyzdvihujeme najmä podporu efektivity systému ochrany práv a právom chránených záujmov ohrozených skupín osôb, vrátane jeho inštitucionálneho zabezpečenia (napr. podpora koordinácie systémov zameraných na ochranu práv a právom chránených záujmov dieťaťa /sociálnoprávna ochrana detí, výchova a vzdelávanie, zdravotná starostlivosť, ochrana a bezpečnosť, starostlivosť súdu o maloletých),
- „zvýšenie účasti najviac znevýhodnených a ohrozených osôb v spoločnosti, vrátane na trhu práce“ – v rámci tohto cieľa zdôrazňujeme nasledujúce aktivity :
 - ✓ podpora senzibilizačných a vzdelávacích aktivít zameraných na znižovanie a predchádzanie diskriminácie pre zamestnávateľov,
 - ✓ vzdelávanie pracovníkov prvého kontaktu (zamestnancov úradov, zariadení sociálnych služieb a pod.) v oblasti predchádzania a boja so všetkými formami diskriminácie,
 - ✓ aktivity zamerané k zvýšeniu informovanosti o predchádzaní všetkých foriem diskriminácie a spôsobom ochrany pred ňou
 - ✓ podpora vzdelávania a rozširovania vedomostí zamestnancov verejnej správy o všetkých skupinách obyvateľov, ktorí sú, resp. môžu byť ohrození niektorou z foriem diskriminácie, podpora profesionálneho správania zamestnancov VS prostredníctvom školení a vzdelávania
 - ✓ podpora rozvoja služieb, opatrení pre obeť násillia (*Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky* 2014).

Vychádzajúc zo stratégie *Európa 2020*, v oblasti bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci (BOZP) predstavila *Európska komisia* nový **Strategický rámec EÚ pre bezpečnosť a zdravie pri práci (OSH) na roky 2014 – 2020**, v ktorom identifikuje kľúčové výzvy a strategické ciele v oblasti BOZP a predstavuje kľúčové opatrenia a nástroje na riešenie týchto výziev. V tejto súvislosti odporúča neopomínať existujúce riziká a zamerať sa na riešenie nových a vznikajúcich rizík. Jednu z troch hlavných výziev tejto stratégie predstavuje prevencia ochorení súvisiacich so zamestnaním (*Európska komisia* 2014).

Na národnej úrovni sa BOZP venuje **Stratégia bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci v Slovenskej republike do roku 2020** (*Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny* 2013) Jej cieľom je „znižovanie pracovnej úrazovosti, a to najmä smrteľných pracovných úrazov a úrazov s celoživotnými následkami a eliminovanie príčin chorôb z povolania a podpora zamestnávateľov a zamestnancov pri preventívnej činnosti a prijímaní účinných opatrení na zlepšenie BOZP“.

Záver

Príspevok bol venovaný identifikácii preventívnych opatrení mobbingu v kľúčových dokumentoch sociálnej politiky na nadnárodnej a národnej úrovni. Pri identifikácii preventívnych opatrení sme reflektovali skutočnosť, že na Slovensku absentuje antimobbingový zákon, z tohto titulu sme analyzovali dokumenty, ktoré sa nami skúmanej problematiky dotýkajú nepriamo. Sústredili sme na najmä na oblasť bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci (s dôrazom na edukáciu zamestnancov), v rámci ktorej predstavuje psychosociálna záťaž zamestnancov hlavnú prioritu a novodobé riziko. Sme presvedčení, že základná orientácia v dokumentoch týkajúcich sa problematiky mobbingu patrí do

profesionálnej výbavy podnikového sociálneho pracovníka, prípadne sociálneho pracovníka pôsobiaceho na personálnom oddelení alebo v poradenskom centre.

Zoznam použitej literatúry

Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci, 2016. *Právne predpisy týkajúce sa bezpečnosti a ochrany zdravia* [online]. [cit. 2016-11-13]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/sk/safety-and-health-legislation>

Európska rámcová smernica o zavádzaní opatrení na podporu zlepšenia bezpečnosti a ochrany zdravia pracovníkov pri práci (smernica 89/391/EHS), 1989. [online]. [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/sk/legislation/directives/the-osh-framework-directive/the-osh-framework-directive-introduction>

Framework agreement on harassment and violence at work, 2007. [online]. [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/sk/legislation/guidelines/framework-agreement-on-harassment-and-violence-at-work>

Framework agreement on work-related stress, 2004. [online]. [cit. 2016-11-13]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/sk/legislation/guidelines/framework-agreement-on-work-related-stress>

JAŠKOVÁ, A a B. BALOGOVÁ, 2015. *Vybrané aspekty mobbingu z pohľadu sociálnej práce*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity. ISBN 978-80-555-1537-3.

KACHAŇÁKOVÁ, A., 2010. *Organizačná kultúra*. Bratislava: Ekonómia. ISBN 987-80-8078-304-4.

LEYMANN, H., 1996a. 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>

Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, 2015 [online]. [cit. 2015-05-12]. Dostupné z: <http://www.employment.gov.sk/sk/praca-zamestnanost/>

Národný program reforiem Slovenskej republiky, 2015 [online]. [cit. 2015-10-12]. Dostupné z: <http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=24536>

Operačný program Ľudské zdroje na programové obdobie 2014 – 2020 [online]. [cit. 2015-11-17]. Dostupné z: <http://www.employment.gov.sk/sk/esf/programove-obdobie-2014-2020/operacny-program-ludske-zdroje/>

Stratégia bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci v Slovenskej republike do roku 2020, 2013. [online]. [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: http://www.safework.gov.sk/?id_af=35&ins=ba

Stratégia Európa 2020, 2010. [online]. [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: <http://www.eu2020.gov.sk/strategia-europa-2020/>

Strategický rámec EÚ pre bezpečnosť a zdravie pri práci (OSH) na roky 2014 – 2020, 2014. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=151&langId=sk>

Zdravé pracoviská bez stresu, 2014. *Materiály pre kampaň. Sprievodca kampaňou* [online]. [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <https://www.healthy-workplaces.eu/sk/campaign-material/introducing-the-campaign-guide>

Kontakt na autorku

Mgr. Anna Jašková, PhD.

Inštitút edukológie a sociálnej práce

Filozofická fakulta prešovskej univerzity v Prešove

Email: jaskova.ann@gmail.com

Świadczenia pomocy społecznej dla seniorów

Social assistance benefits for seniors

Sylwia Drozd

Abstract

Postępujące procesy starzenia się populacji stanowią istotne wyzwanie dla polityki społecznej. Zwiększający się udział osób w wieku poprodukcyjnym w społeczeństwie (15% w 2002 r. i 16,9% w 2010 r., prognoza GUS na 2035 r. – 26,7%) oraz zmiany w tradycyjnym modelu rodziny skutkują coraz większym zapotrzebowaniem na różnorodne usługi społeczne na rzecz osób starszych, zarówno o charakterze aktywizującym, jak i wspomagająco-opiekuńczym. Obecność coraz większej liczby osób w starszym wieku wymaga przede wszystkim zmian w lokalnej polityce społecznej, organizacji komunikacji publicznej, jak również zagospodarowaniu przestrzeni. Polityka społeczna wobec osób starszych ma na celu te działania, które w sposób planowy i celowy mają wpłynąć na poprawę ich sytuacji życiowej. Zakłada ona działania na rzecz praw tej grupy ludzi i odnosi się do oświaty, kultury, ochrony zdrowia, organizacji czasu wolnego, ochrony pracy ludzi starszych, pomocy obłożnie chorym, pracy socjalnej z osobami starszymi, kształtowania odpowiednich warunków mieszkaniowych, pomocy instytucjonalnej oraz warunków materialnych seniorów (Przywojska, Wieczorek 2010, pp. 141).

Keywords: Pomoc społeczna. Seniorzy. Świadczenia.

Cel

Celem niniejszego artykułu jest próba analizy systemu wsparcia osób starszych w ramach świadczeń i usług z pomocy społecznej.

We współczesnym świecie obserwujemy dynamicznie postępujące zmiany demograficzne wyrażające się zarówno ogólnym przyrostem ludności całego globu, jak i postępującym starzeniem się światowej populacji. Proces starzenia się ludności, niezależnie od sposobu jego opisywania czy pomiaru, wyraża się wzrostem proporcji ludzi starych w społeczeństwie (Rosset 1959, pp. 3), stąd też część przedstawicieli nauk społecznych wspomina o „siwiejącej” populacji (Giddens 2005, pp. 185) czy „siwiejących pokoleniach” (Stuart-Hamilton 2006, pp. 14). Na nasilenie procesu starzenia się populacji w Europie, jaki dał się zauważyć zwłaszcza w drugiej połowie XX w., a który ma postępować jeszcze szybciej w najbliższych dekadach XXI w., złożyło się wiele czynników. Wśród tych najistotniejszych zazwyczaj wymienia się trzy, a mianowicie: spadek liczby urodzeń, spadek liczby zgonów (wzrost średniej długości życia) oraz liczbę i strukturę demograficzną migrantów, czyli wędrowności ludności (Rosset 1959, pp. 592–593; Turnowiecki 2006, pp. 14–15; Sobczak 2006, pp. 21–23). O tym, że także w nadchodzących dekadach społeczeństwa europejskie będą się starzeć w szybkim tempie, przekonują nas dane z prognozy liczby ludności prezentowane w publikacjach Eurostatu, (2011) według, której do roku 2060 ludność 27 krajów unijnych mająca 65 i więcej lat stanowić będzie blisko 30% całej populacji UE, a odsetek ludności najstarszej (80 plus) osiągnie w tymże roku poziom 12%. Podobne tendencje demograficzne do zasygnalizowanych powyżej zauważymy również w Polsce, gdyż na przyspieszone starzenie się polskiej populacji wpływają te same czynniki, które wymieniono wcześniej, czyli spadek liczby urodzeń, przedłużanie się średniej długości życia oraz saldo migracji. Pierwszy z tych czynników, czyli zmniejszenie liczby urodzeń, w decydującym stopniu wpływa na strukturę ludności według wieku. Spadek ten w dużej mierze spowodowany jest zmianami w modelu rodziny. Znajdują one swój wyraz na przykład w

odejściu od modelu rodzin wielodzietnych czy w tym, że kobiety decydują się rodzić dzieci w bardziej zaawansowanym wieku, co powoduje, że w społeczeństwie relatywnie zwiększa się liczba ludzi starszych.

W Polsce nie ma wyodrębnionego systemu działań na rzecz osób starszych. Korzystają one z rozwiązań prawnych na ogólnych zasadach, mają uprawnienia do korzystania ze świadczeń takie jak inne grupy społeczne. W polityce społecznej przyjęte jest założenie, że **osoba starsza jest pełnoprawnym i pełnowartościowym członkiem społeczeństwa, wraz z całym bagażem doświadczeń i potrzeb oraz z całą sferą emocjonalną, duchową i fizyczną. Stąd dążenie, by na problemy osób starszych patrzeć przez pryzmat ich możliwości i sprawstwa.** Starość fizjologiczna, o prawidłowym, zdrowym przebiegu, sama w sobie słusznie nie jest uznawana za kwestię społeczną. Ustawa o pomocy społecznej nie ujmuje ludzi starszych w kategorii grupy ryzyka. Osoby starsze, jako podmioty obowiązującego prawa, mają zagwarantowany stały dochód (wypracowana emerytura, przyznana renta), bezpłatny dostęp do służb medycznych (uzyskany dzięki systematycznie odprowadzającym składkom na ubezpieczenie zdrowotne), dysponują pełnią praw i swobód obywatelskich. Jednakże, postępujący proces starzenia się społeczeństwa przyczynił się do utrudnień w dostępie do usług i implikowanej tym marginalizacji części reprezentantów tej grupy wiekowej. Warto też podkreślić, iż realizacja polityki społecznej wobec osób starszych opiera się na trzech ważnych zasadach, wśród których priorytetowe miejsce zajmuje zasada subsydiarności (pomocniczości). Zgodnie z tą zasadą realizacja celów wymaga stworzenia takich warunków, które w pierwszej kolejności umożliwiłyby wykorzystanie potencjału bliższej lub dalszej rodziny bądź potencjału sąsiedzkiego. Gdy pomoc ta jest niewystarczająca, lub osoba starsza jest samotna, wówczas do systemu wsparcia seniorów winny być włączone kolejne grupy nieformalne, organizacje pozarządowe i instytucje samorządu terytorialnego. Z zasadą subsydiarności łączy się zasada lokalności. Nie da się zaprzeczyć, że na poziomie lokalnym istnieją najlepsze warunki dla integracji społecznej i aktywności seniorów. Kolejną zasadą jest zasada kompleksowości oceny potrzeb starszych ludzi. Dokonywana diagnoza potrzeb powinna mieć charakter całościowy. Winna uwzględniać nie tylko rozmiar i rodzaj potrzeb, ale także ocenę możliwości ich zaspakajania przy wykorzystaniu aktualnej infrastruktury i zaangażowania najbliższego otoczenia seniorów w procesie zaspakajania potrzeb (Zawada 2010, pp. 133-134).

Zmiany wielkości i struktury grupy osób starszych (wykształcenie, aspiracje społeczne, ekonomiczne, kulturalne, stan zdrowia), różnicowanie aktywności życiowej i zawodowej oraz, z drugiej strony, malejące możliwości rodziny zapewnienia pomocy i oparcia, rodzą potrzebę nowego podejścia do problemów osób starszych.

Zarówno struktura rodzin, jak i często związana z nią wielkość oraz skład gospodarstw domowych rzucają w dużym stopniu i na jakość relacji występujących pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny, i – co podkreśla P. Błędowski (2002, pp. 115) – na możliwość utrzymania przez ludzi starych samodzielności. W dzisiejszych czasach nastąpiło zdecydowane zmniejszenie liczby gospodarstw domowych, które osoby stare prowadzą wspólnie z dziećmi, skoro na przełomie lat 1966 i 1967 gospodarstwa te stanowiły 54% ogólnej liczby gospodarstw domowych ludzi starych, a w 2000 r. jedynie 37%. Jak wyjaśnia P. Błędowski (2002, pp. 116), spadek ten wynika nie tylko z ograniczonej liczby dzieci we współczesnym modelu rodziny, lecz także ze zwiększenia się mobilności przestrzennej i zawodowej ludności. Za istotny czynnik wpływający na liczbę ludzi starych współzamieszkujących z dziećmi należy również uznać możliwość realizowania przez nich postulatów tzw. „intymności na dystans”. Za tym przenośnym określeniem kryje się sposobność zamieszkiwania przez osoby zaawansowane wiekiem już nie z własnymi dziećmi, ale w oddzielnych lokalach czy domach, jednakże umiejscowionych stosunkowo blisko mieszkań

dzieci, aby móc je widywać przy zachowaniu wzajemnej niezależności. Za jedną z najistotniejszych przyczyn umożliwiających rozdział wspólnego zamieszkiwania dorosłych członków rodziny L. Dyczewski (1994, pp. 53–59) wymienia niezależność materialną poszczególnych pokoleń, która zaistniała dzięki rozwojowi usług i zabezpieczeń społecznych. Jak autor ten zaznacza dalej, skłonność do zamieszkiwania osobno, ale w pobliżu siebie występuje zarówno wśród ludzi młodych, jak i ich rodziców.

Obowiązkiem władz samorządowych wszystkich szczebli jest zapewnienie osobom starszym godnych warunków życia, poszanowania ich godności i zagwarantowanie należytej pozycji społecznej. Zadania z zakresu pomocy społecznej w:

- gminach realizują ośrodki pomocy społecznej,
- powiatach – powiatowe centra pomocy rodzinie,
- województwach samorządowych – regionalne ośrodki polityki społecznej.

Ośrodki pomocy społecznej pełnią funkcję decyzyjną: pracownicy socjalni zatrudnieni w nich rozpoznają sytuacje życiowe osób i rodzin w formie rodzinnych wywiadów środowiskowych, świadczą pracę socjalną i wnioskuje przyznanie określonych świadczeń pieniężnych (zasiłków) i niepieniężnych (przede wszystkim usług dostępnych w miejscu zamieszkania, w placówkach pobytu dziennego i całodobowego).

Jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, realizującymi zadania z zakresu pomocy społecznej są także domy pomocy społecznej, placówki specjalistycznego poradnictwa, ośrodki wsparcia (np. dzienne domy pomocy, kluby samopomocy oraz ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi), ośrodki interwencji kryzysowej, mieszkania chronione.

Informacje dotyczące służb i ułatwień na rzecz osób w podeszłym wieku zainteresowani mogą uzyskać w każdej jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, a zwłaszcza w ośrodku pomocy społecznej oraz w powiatowym centrum pomocy rodzinie. Ponadto, informacji udzielają organizacje pozarządowe zajmujące się realizacją zadań z obszaru pomocy społecznej. Informacje uzyskać można również z broszur, folderów, ulotek drukowanych przez ośrodki pomocy społecznej i organizacje pozarządowe i umieszczanych w ogólnie dostępnych miejscach (przychodnie, szpitale, urzędy gmin).

Istotną rolę odgrywa przekaz informacji za pośrednictwem mediów (radio, telewizja, prasa) i przez kontakt bezpośredni (wizyty u osób potrzebujących, organizacja Uniwersytetów Trzeciego Wieku, akcje informacyjne w podmiotach wykonujących działalność leczniczą organizowane przez lekarza rodzinnego, pielęgniarkę środowiskową i pracownika socjalnego). Coraz bardziej dostępnym źródłem informacji staje się również internet, gdzie na stronach zarówno administracji centralnej, jak również w regionalnych serwisach pomocy społecznej znajdują się informacje na temat organizacji pomocy społecznej i zakresu działań, które wykonuje.

Działania podjęte w celu umożliwienia osobom w podeszłym wieku swobodnego wyboru sposobu życia oraz niezależnej egzystencji w znanym im środowisku, w tym poprzez zapewnianie mieszkań dostosowanych do ich potrzeb oraz stanu zdrowia lub zapewnianie odpowiedniej pomocy przy adaptacji mieszkań.

Zwyczaj w Polsce, jak i polityka państwa wobec osób starszych, nastawiona są przede wszystkim na wsparcie w środowisku naturalnym – domu rodzinnym.

System pomocy społecznej oferuje szeroki wachlarz różnych form pomocy, uwzględniających potrzeby osób starszych. Gmina świadczy usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, tworzy dzienne domy pobytu, w których organizowane są zajęcia dla tych osób, w zależności od potrzeby oraz zainteresowań uczestników. Placówki prowadzone są również przez organizacje pozarządowe, często otrzymujące wsparcie finansowe ze środków publicznych.

Usługi przysługują osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona. Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Zakres usług, ich forma i okres świadczenia ustalane są indywidualnie, przy uwzględnieniu potrzeb i możliwości osoby wymagającej wsparcia. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności.

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być świadczone w ośrodkach wsparcia. Ośrodek jest dzienną formą pomocy instytucjonalnej, w ramach której świadczone są usługi dostosowane do indywidualnych potrzeb osób korzystających z pomocy, także żywieniowe.

Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z 22 września 2005 roku w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych wskazuje rodzaje specjalistycznych usług dostosowanych do szczególnych potrzeb osób wymagających pomocy, wynikających z rodzaju ich schorzenia lub niepełnosprawności. Usługi te są świadczone przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty lub innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi.

W wypadku niesamodzielności i braku odpowiedniego wsparcia, osoby starsze mogą doświadczać problemów w zaspokajaniu swych potrzeb życiowych. Zapewnienie dostępu do pakietu usług oraz pracy socjalnej osobom starszym jest istotne nie tylko z punktu widzenia interesu indywidualnego odbiorcy usług (i jego rodziny), ale również z perspektywy całej społeczności i społeczeństwa.

Biorąc pod uwagę:

- poziom sprawności fizycznej/mobilność w codziennym funkcjonowaniu;
- sprawność intelektualną/stan zdrowia psychicznego;
- sytuację rodzinną (osoba samotna/zamieszkująca samotnie, osoba zamieszkująca z rodziną);

wyodrębnić można następujące istotne z punktu widzenia pakietu usług profile osób starszych:

Profil 1. Osoby zdolne do samodzielnego funkcjonowania w środowisku zamieszkania przy zapewnieniu wsparcia.

Profil 2. Osoby zdolne do funkcjonowania w środowisku zamieszkania przy zapewnieniu wsparcia.

Profil 3. Osoby niezdolne do funkcjonowania w środowisku zamieszkania.

Pakiet usług dla osób starszych zawiera zbiór usług oferowanych osobom starszym, ich rodzinom i otoczeniu przez instytucje pomocy i integracji społecznej. W skład pakietu wchodzi usługi pomocy i integracji społecznej, których definicja została określona w Krajowym Raporcie Badawczym [WRZOS, Warszawa 2010] jako wszystkie formy pomocy i wsparcia klienta pomocy społecznej wymienione w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku pomocy społecznej i innych ustawach tworzonych prawo pomocy społecznej sensu largo, niebędące świadczeniami pieniężnymi ani pomocą rzeczową, które są świadczone przez osoby lub zespoły osób posiadających odpowiednie przygotowanie zawodowe. Usługi mogą być świadczone w miejscu zamieszkania klienta lub w spełniających odpowiednie warunki pomieszczeniach. Usługi mogą być realizowane przez ośrodki pomocy społecznej, miejskie

ośrodki pomocy rodzinie, powiatowe centra pomocy rodzinie, inne jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe oraz podmioty prowadzące działalność gospodarczą.

Obowiązkowy pakiet usług wsparcia osób w podeszłym wieku zawiera się w zadaniach jednostek samorządu terytorialnego przewidzianych w ustawie o pomocy społecznej.

Praca socjalna mająca na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi. Organizatorem usługi jest Ośrodek Pomocy Społecznej. Odbiorcą: osoby starsze PROFIL I, II, III.

Interwencja kryzysowa stanowi zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. W ramach interwencji kryzysowej udziela się natychmiastowej specjalistycznej pomocy psychologicznej, a w zależności od potrzeb - poradnictwa socjalnego lub prawnego, w sytuacjach uzasadnionych - schronienia do 3 miesięcy. Organizatorem usługi jest OPS, PCPR. Odbiorcą: osoby starsze PROFIL I, II, III.

Skierowanie do **Domu Pomocy Społecznej** całodobowej instytucji zapewniającej opiekę osobie niesamodzielnej. Organizatorem usługi jest Gmina, Powiat możliwe jest zlecenie usługi Podmiotom Ekonomii Społecznej Odbiorcą: osoby starsze PROFIL II, III.

Skierowanie do placówek wsparcia dziennego tj. Domu Dziennego Pobytu. Odbiorcą usługi osoby starsze PROFIL I, II.

Zapewnienie schronienia przyznanie tymczasowego miejsca noclegowego w noclegowniach, schroniskach, domach dla bezdomnych czy innych miejscach do tego przeznaczonych Organizatorem usługi jest Gmina, Powiat możliwe jest zlecenie usługi Podmiotom Ekonomii Społecznej Odbiorcą: osoby starsze PROFIL I, II, III

Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania zabezpieczające podstawowe potrzeby osoby oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności czy schorzenia. Organizatorem usługi jest Gmina, możliwe jest zlecenie usługi Podmiotom Ekonomii Społecznej Odbiorcą: osoby starsze PROFIL I, II.

Usługi żywieniowe (dożywianie) zróżnicowana oferta dostarczania posiłków lub produktów żywnościowych, (stołówki, jadłodajnie, dowóz posiłków do miejsca zamieszkania). **Niezbędne ubranie** Zróżnicowana oferta polegająca na przyznaniu potrzebującej osobie starszej bielizny, odzieży i obuwia odpowiednich do indywidualnych potrzeb oraz pory roku. **Sprawienie pogrzebu** osobie w stosunku do której nie ustalono osób zobowiązanych do sprawienia pogrzebu lub gdy osoby zobowiązane, nie mają takiej możliwości. Organizatorem tych usług jest Gmina, możliwe jest zlecenie usługi Podmiotom Ekonomii Społecznej Odbiorcą: osoby starsze PROFIL I, II, III.

Zasilek stały z tytułu wieku oznacza osiągnięcie wieku emerytalnego określonego w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz spełnienie kryterium dochodowego dla osoby samotnie gospodarującej: wynosi 634 zł 514 zł dla osoby w rodzinie.

Usługi informacyjne realizowane poprzez zapewnienie dostępu do informacji, w szczególności o uprawnieniach, zasobach i usługach na rzecz OS, z wykorzystaniem różnych technik i metod informacyjnych (np. punkty konsultacyjne). Działania informacyjno-promujące pozytywny wizerunek osoby starszej.

Realizacją zadania zajmuje się gmina lub powiat. Możliwe jest zlecenie zadania z zakresu

pomocy społecznej w trybie konkursowym Podmiotom Ekonomii Społecznej (w szczególności NGO) lub w ramach ogłoszenia przetargu w trybie PZP.

Zakończenie

Podsumowując tę część rozważań należy podkreślić, iż w perspektywie najbliższych lat istnieje konieczność rozbudowy infrastruktury społecznej, tj. wszelkich usług socjalno–zdrowotnych dla osób starszych w ich otoczeniu, ale również pobudzenia świadomości społecznej. W starzejącym się społeczeństwie wyzwaniem jest bowiem stworzenie takich społeczności lokalnych, w których to seniorzy będą stanowić ich integralny element, gdyż jak pisze Piotr Błędowski, „polityka społeczna wobec ludzi starych nie może być wyłącznie polityką organizowania pomocy ludziom starym, ale powinna być polityką pomocy w organizowaniu ich życia” (Błędowski 2002, pp. 231). Należy pamiętać, że skuteczna realizacja usług wymaga interdyscyplinarnej współpracy nie tylko w samorządzie, ale i pomiędzy jego różnymi szczeblami. Tylko systemowe, skoordynowane, monitorowane i planowane działanie może przynieść pożądane efekty dla opisywanej grupy społecznej. Stąd tak ważne jest, aby w każdym obszarze działań samorządów docenić rolę wymiany doświadczeń, współpracy i koordynacji działań. Wymienione w pakietach usługi mogą być realizowane bezpłatnie lub odpłatnie oraz uzupełniane lub zastępowane świadczeniami pieniężnymi. Realizacja usługi może być wykonywana samodzielnie lub zlecana, np. organizacjom pozarządowym, podmiotom ekonomii społecznej, podmiotom komercyjnym.

Bibliography

- BIELEŃ, B., W. WILMAŃSKA, and J. SIENKIEWICZ, 2001. *Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni Nieprawnych Osób Starych w Polsce. Porównawcze studium Środowiska Miejskiego i Wiejskiego*. Białystok–Kraków.
- BŁĘDOWSKI, P., 2002. *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*. Warszawa.
- BŁĘDOWSKI, P. *Polityka społeczna wobec ludzi starych w Polsce a w Unii Europejskiej, [w:] Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej, materiały konferencyjne* http://www.rops.krakow.pl/publikacje/1_21.pdf [dostęp listopad 2016].
- GIDDENS, A., 2005, *Socjologia, tłum.* A. Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Krajowy Raport Badawczy, Warszawa 2010.
- LIPOWICZ, I., *Osoby starsze – prawo do samodzielności*, <http://www.rpo.gov.pl/pliki/12809291080.pdf> [dostęp listopad 2016].
- PRZYWOJSKA, J., and I. WIECZOREK, 2010. *Lokalna polityka społeczna wobec problemów ludzi starszych*, w: D. KAŁUŻA, and P. SZUKALSKI (red.) *Jakość życia seniorów w XXI w z perspektywy polityki społecznej*, Łódź: Wydawnictwo Biblioteka
- ROSSET, E., 1959. *Proces starzenia się ludności. Studium demograficzne*, PWG, Warszawa.
- SZARFENBERG R., *Standaryzacja usług społecznych*, <http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Ekspertyza%20Ryszard%20Szarfenberg.pdf>, [dostęp kwiecień 2016].
- SZATUR –JAWORSKA, B., 2008. *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*, Warszawa.
- ZAWADA, A., 2010. *Ekskluzja społeczna seniorów wyzwaniem dla lokalnej polityki społecznej i pracy socjalnej*, [w:] D. KAŁUŻA, and P. SZUKALSKI (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*, Łódź 2010.
- USTAWA O POMOCY SPOŁECZNEJ (Dz.U. 2016, poz. 1583)

EUROSTAT 2016, Population projections 2010-2060 EU27,
[Http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-08062011-BP/EN/3-08062011-BP-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-08062011-BP/EN/3-08062011-BP-EN.PDF) (dostęp 12.11.2016).
GUS, Rocznik statystyczny <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2016,3,10.html>(dostęp 11.11.2016)

Contact

Sylwia Drozd

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. Grodka, Sanok, Polska

Laický terapeut v oblasti závislostí: osobnosť alebo odbornosť? **Lay Therapist in the Field of Addiction: Personality or Expertise?**

Ján Kahan (SR), Eva Žiaková (SR)

Abstrakt

Príspevok prezentuje niekoľko teoretických a praktických úvah o tom, kto je laický terapeut alebo poradca, opierajúc sa o myšlienky Anonymných alkoholikov a princípy terapeutických komunit. V tomto smere príspevok vymedzuje okruh odborných spôsobilostí v porovnaní s osobnostnou výbavou a predpokladmi takéhoto človeka. Sebaskúsenosť je len jedným z viacerých aspektov, ktoré tvoria základ osobnostnej výbavy laického terapeuta alebo poradcu. Kľúčová je osobnostná zmena človeka v procese „závislosť–terapia–abstinencia“, ktorá je ukotvená pomocou zásad racionálne emotívne behaviorálnej terapie (REBT).

Kľúčové slová: Laický terapeut. Abstinencia. REBT. Osobnostná zmena.

Abstract

The contribution presents several theoretical and practical accounts considering who a lay therapist or consultant is, based on the principles of Anonymous Alcoholics and therapeutic communities. In this respect, the contribution specifies the field of professional qualification in comparison with personal characteristics and traits for such a person. Self-experience is merely one of several aspects which form the base of the personality of a lay therapist or counselor. The crucial point is a personality change of man in the process of “addiction–therapy–abstinence”, which derives from the principles of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT).

Keywords: Lay Therapist. Abstinence. REBT. Personality Change.

Úvod

Sebaskúsenosť s látkovou, či nelátkovou závislosťou a absolvovanie liečby, samo o sebe nestačí, aby mohol byť človek nápomocný iným ľuďom s podobným problémom, či sa jedná o formálnu, alebo neformálnu úroveň pomoci. Terminologické a obsahové vymedzenie predpokladov osobnosti a odbornosti laického terapeuta alebo poradcu je v tomto smere viac ako dôležité. Slovenská odborná literatúra ponúka len strohé a ojedinelé definície, ktoré svojou vágnosťou ponúkajú priestor pre individuálne dotváranie predstavy kto je laický terapeut alebo poradca.

Teoretické a praktické súvislosti laického poradcu/terapeuta

Vo všeobecnosti je výkon sociálnej a psychologickej poradenskej a terapeutickej činnosti legislatívne podmienený kvalifikačnými predpokladmi v medziach stredoškolského a/alebo vysokoškolského vzdelania a/alebo získania príslušného certifikátu. Tieto legislatívne podmienky odbornej spôsobilosti taxatívne určuje hlavne nariadenie vlády č. 296/2010 Z. z. v z.n.p. a zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z. z. v z.n.p.. S tým však súvisí niekoľko ďalších poznámok, na ktoré upozorňuje Rogers (1999, s. 176 – 179). Kvalifikácia nezaručuje schopnosť pomáhať a nevylúči prospechárov z radov profesionálov. Akákoľvek profesionalizácia vedie k rigidnej byrokracii a budovaniu mašinérie na udeľovanie certifikátov a licencií. Certifikačná procedúra si vyžaduje neustále inovovanie a modernizovanie svojich kritérií, v opačnom prípade sa stáva zastaranou. S určovaním kvalifikovanosti vyvstávajú ďalšie otázky. Kto je kompetentný a kvalifikovaný vypracovať normatív terminologického a obsahového štandardu, v tomto prípade laického poradcu alebo

terapeuta? Ako má byť zabezpečená kvalita práce takéhoto pomáhajúceho človeka? Ak jedným z nástrojov zabezpečenia kvality poskytovanej pomoci je supervízia, tak aká efektivita supervízie sa očakáva? To sú azda najzákladnejšie pripomienky a otázky, ktoré v sebe kumulujú aj užšie otázky, týkajúce sa výkonu a praxe laického terapeuta alebo poradcu. Na tomto mieste je dôležité zdôrazniť esenciálny princíp, ktorý pravdepodobne ako prvý formuloval Farson (1966, In Rogers 1999, s. 178): „*Najlepšie zdroje na riešenie problému má populácia, ktorá má tento problém*“. Rogers (1999, s. 178) ďalej uvádza: „*Narkomani alebo bývalí narkomani sú v práci s ľuďmi, ktorí majú problém s drogou, najúspešnejší. Podobne bývalí alkoholici pomáhajú alkoholikom, bývalí trestanci pomáhajú väzňom – všetci asi účinnejšie než odborníci*“. Vydávanie certifikátov, alebo oprávnení týmto jednotlivcom môže znížiť ich užitočnosť, keďže sa z nich stanú „profesionáli“ (Rogers 1999). Uvedené vyjadrenie je zhodné s obsahom ôsmej tradície Anonymných alkoholikov – „*AA by malo zostať neprofesionálne, ale strediská našich služieb môžu zamestnávať odborníkov*“ (Alcoholics Anonymous 2001, s. 562). Dvanásťkrokový koncept uzdravenia Anonymných alkoholikov dosiahol profesionálneho uznania a stal sa modelom, ktorého metódy sú využívané aj pri práci s inými cieľovými skupinami. Nemožno však tvrdiť, že 12-krokové programy sú jedinou cestou, alebo že sú vhodné pre každého človeka (Kalina 2008; Nešpor 2011; Mercer, Woody 1999; Volpicelli Szalavitz 2000; Galvani 2012). V súvislosti s Anonymnými alkoholikmi odborná literatúra uvádza pojem „*facilitácia programu dvanástich krokov*“ (*12-step Facilitation (TSF) Therapy*) (Galvani 2012). Ide o prístup, kedy pomáhajúci profesionál vykonáva určitú formu preterapie smerujúcu k napojeniu na skupinu Anonymných alkoholikov, alebo inú svojpomocnú skupinu. Výskumy efektivity liečby v danej oblasti vypovedajú o rovnakej a väčšej účinnosti tohto prístupu v porovnaní s posilňovaním motivácie a kognitívne behaviorálnou terapiou (Project MATCH 1997¹, In Nešpor 2011; McKeganey 2014, Nešpor 2013). Bežnou praxou na Slovensku, v Čechách, i v zahraničí je, že program dvanástich krokov je využívaný spolu s inými formami liečby závislosti (Kalina 2008; Nešpor 2011; Mercer, Woody 1999; Galvani 2012). V liečbe závislostí sa odporúča využívať holistický prístup (Mercer, Woody 1999). Ten spolu s koncepciou kognitívne behaviorálnej teórie možno badať v rôznych eklektických a integratívnych modeloch alebo teóriách. Selektívne, eklektické alebo integratívne využívanie teórií, modelov, ich metód a techník má preto svoje opodstatnenie, či sa jedná o sociálnu prácu so závislými ľuďmi, alebo inú rovinnu praxe sociálnej práce. Kappl (2013) uvádza, že široký rámec kognitívne behaviorálnej teórie predstavuje hlavný prúd súčasnej praxe sociálnej práce. Racionálne emotívna behaviorálna terapia (REBT)² je vo svojej podstate eklektická a integratívna teoretická a terapeutická koncepcia zohľadňujúca holizmus (Ellis, MacLaren 2005) a patrí medzi najhumanistickejšie prístupy (Ellis, Ellis 2013, s. 35). REBT ako špecifická psychoterapeutická teória, ktorá inšpiráciu nachádza v učení starovekých východných a západných filozofov, fenomenalizme, sociálnom konštruktivizme a postmodernizme, integruje kognitívny a behaviorálny základ. Okrem tejto bazálnej spojitosti REBT zahŕňa do práce s emočným prežívaním aj vybrané aspekty psychoanalytických a psychodynamických teórií, Rogersovej terapie zameranej na človeka, existenciálnej terapie, nachádza styčné body aj s konštruktivistickou terapiou, systémovou a rodinnou terapiou a s

¹ *Project Match* bola rozsiahla multicentrická štúdia, ktorá trvala 8 rokov a náklady dosiahli výšku 27 miliónov dolárov. U ľudí závislých od alkoholu štúdia porovnávala vplyv troch terapeutických prístupov (*12-Step Facilitation Therapy, Cognitive Behavioural Coping Skills, Motivational Enhancement Therapy*) na výsledky liečby. Závety ukázali, že všetky tri skúmané formy liečby boli rovnako účinné (McKeganey 2014).

² *REBT* – Albert Ellis pracoval na svojej psychoterapeutickej teórii od roku 1953 do roku 1955, kedy ju spočiatku označil ako *Rational Therapy (RT)*, neskôr *Rational Emotive Therapy (RET)* a v roku 1993 ju formálne označil ako *Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)*. *REBT* bola prvýkrát formálne predstavená v roku 1956 na výročnej konferencii Americkej psychologickéj asociácie (APA) ako prvá moderná kognitívne behaviorálna teoretická a terapeutická koncepcia (Ellis, Ellis 2013; Ellis, MacLaren 2005).

terapiou medziľudských vzťahov (Ellis, MacLaren 2005; Ellis, Ellis 2013). REBT, ktorá je zameraná na kognície, emócie a správanie, vychádza vo väčšej miere z filozofie ako z psychológie a určitým spôsobom uprednostňuje, aby klienti, skôr ako vyvrátenie konkrétnych iracionálnych presvedčení a nahradzovanie negatívnych automatických myšlienok rozumnejšími, urobili hlboké filozofické zmeny vo svojom živote, a aby od základu zmenili svoj pohľad na život (Ellis, MacLaren 2005). Z tohto pohľadu sa zdá byť REBT tou najvhodnejšou teóriou, na základe ktorej je možné sa pokúsiť načrtnúť osobnostnú zmenu, ktorou musí prejsť závislý človek, aby mohol zastat' formálnu, či neformálnu pozíciu laického terapeuta alebo poradcu.

Od závislosti k odbornosti

Základným predpokladom laického terapeuta alebo poradcu je vlastná skúsenosť. Ako uvádza Veľký psychologický slovník (Hartl, Hartlová 2010, s. 600) laický terapeut je osoba, ktorá nemá príslušné vzdelanie pre liečbu, ale na základe skúsenosti, napríklad s vlastnou drogovou závislosťou, môže pôsobiť v oblasti prevencie a poradenstva v rôznych etapách a typoch liečby, obzvlášť pri netradičných formách, ako sú napríklad komunitné farmy. Terapeutická účinnosť sa zvyšuje, pokiaľ laický terapeut absolvuje aspoň krátkodobé školenie alebo výcvik. Uvedená definícia je postačujúca len pre základnú orientáciu. Popri „vlastnej skúsenosti s drogovou závislosťou“ táto definícia neobsahuje pojem a význam abstinencie, ktorá je v zásade najdôležitejšia sebaskúsenostná³ výbava poradcu alebo terapeuta. S pojmom abstinencia vzniká ďalšia sémantická vágnosť. Čo je a čo nie je abstinencia možno v danom kontexte vymedziť pomocou toho, čo je „*dry drunk syndrom*“. „*Dry drunk syndrom*“, pojem Anonymných alkoholikov, je stav závislého človeka, ktorý dlhšiu dobu nekonzumuje alkohol, ale jeho spôsoby správania, myslenia a cítenia ostávajú nezmenené. Jedinec sa drží zaužívaných vzorcov ako je nezodpovedné správanie, netrpezlivosť, nerozhodnosť, rigidita, čierno-biele myslenie, nízka frustračná tolerancia, impulzivita, netolerantnosť a odcudzovanie iných, úzkosť, nízke sebavedomie, ale i povyšovanie atď. (Dillworth 2009). Tento pojem sa priamo opiera o kognitívne behaviorálnu teóriu. Je zrejmé, že abstinencia v plnom význame slova, bez akéhokoľvek redukcionizmu, zahŕňa osobnostnú zmenu na úrovni kognícií, emócií a správania. Ako uvádza Ellis a MacLaren (2005) optimálne je, ak človek dosiahne zmenu životnej filozofie na hlbšej úrovni. V takom prípade človek zmení svoje vnútorné jadrové iracionálne presvedčenia, čím sa úplne vykorení narušené myslenie, cítenia a správanie. V kontexte hlbšieho bytia a závislosti rovnaký názor zastáva aj Jung (In Nešpor 2011) keď tvrdí, že jednou z príčin závislosti je nenaplnenie duchovných potrieb. Skála (In Nociar, 1991) označuje závislosť od alkoholu ako určitú patologickú formu sebahľadania, čo možno chápať aj ako spôsob hľadania odpovedí na existenciálne otázky, respektíve neschopnosť zvládať konfrontáciu životných otázok. Frankl (2009) a Křivohlavý (2010) spájajú závislosť s noetickou dimenziou človeka, kedy sa človek snaží uniknúť pred pocitmi prázdnoty. Prepojenie kognitívno-behaviorálnej teórie na úroveň hlbšieho bytia možno nájsť aj v modeli zmysluplnosti existencie podľa Rekeru a Wonga (1988, In Křivohlavý 2006), ktorí uvádzajú kognitívnu, afektívnu a motivačnú zložku zmyslu života. Taktiež to platí aj o modeli podľa Popielskeho (2005), ktorý definuje intelektuálny, emocionálny – citový, vôľovo – snahový a existenciálny – činnosť komponent. Uvedené zodpovedá definícii racionálne emotívnej behaviorálnej terapie ako eklektickej a integratívnej, avšak svojbytnej teórii a psychoterapii. Ako uvádza Ellis a MacLaren (2005, s. 101) REBT je jedna z existenciálnych psychoterapií. Zatiaľ čo väčšina existenciálnych a humanistických terapií je pomerne pasívna, REBT používa rôzne aktívne a direktívne metódy. REBT aktívne učí, modeluje a vedie človeka k

³ Skúsenosť je najväčšou hodnotou v živote človeka „*experience is the thing of supreme value in life*“ (Henry Ford) (Alcoholics Anonymous, 2011, p. 124).

bezpodmienečnému prijatiu. Sebaprijatie na hlbšej úrovni existencie je bytostným princípom zmeny osobnosti na ceste k plnohodnotnému životu. Ide o dlhodobý proces, v ktorom človek mení svoje myslenie, správanie a prežívanie.

Nie je možné určiť ako dlho človek musí abstinovať, a kedy nastane taká kvalitatívna a kvantitatívna zmena z hľadiska kognitívnych, emotívnych a konatívnych aspektov, aby človek mohol vykonávať rolu laického poradcu alebo terapeuta. Až s odstupom času a značnou mierou sebareflexie môže človek zhodnotiť svoje osobnostné zmeny. Takáto komplexná a systematická práca na sebe si od človeka vyžaduje značnú mieru vytrvalosti, sebadisciplíny a oporu sociálneho okolia. Kalina (2008) uvádza, že prijímať bývalých užívateľov drog (ex-userov⁴) do tímu terapeutických komunít je možné, až keď je zrejmé, že dokážu po určitú dobu existovať v bežnej spoločnosti. Kooyman (1993, In Kalina 2008) túto dobu stanovuje na jeden rok, podľa pracovníkov Ley Community (Staff of the Ley Community 2001, In Kalina 2008) sú to tri roky. V rámci výkonu poradenskej činnosti ľuďmi, ktorí prešli závislosťou Mercer a Woody (1999) odporúčajú minimálne päť rokov v abstinencii. Podľa Lakoffa (Kooyman 1993, In Kalina 2008) dvanásť mesiacov terapie nie je postačujúce, aby sa zmenila *hlboko zakorenená nedôvera* v spoločnosť, ani horké pocity voči profesionálom, ktoré je možné chápať ako jadrové nefunkčné presvedčenia (Ellis, Ellis 2013). Nejednotnosť prevláda aj v postojoch voči ex-userom. Niektoré medicínske a epidemiologické kritéria označujú ex-usera za abstínujúceho závislého po celý zvyšok jeho života. Nový model liečby drogových závislostí zdôrazňuje, že so zmenou spôsobu života môže byť závislosť vývinovo prekonaná a jedinec sa môže zbaviť tejto *nálepky*. Názory sa líšia aj v prijímaní ex-userov za členov terapeutických tímov. Na jednej strane sú názorové prúdy, v ktorých je prítomnosť ex-userov jednoznačne prijímaná („iba ex-user môže užívateľovi drog porozumieť a pomôcť“), na druhej strane sú prístupy, ktoré využívajú ex-userov selektívne, a iné ich vylučujú úplne. Rozdielny je tiež postoj k úlohe ex-userov v programoch primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie. Pri akejkoľvek pozícii ex-usera je však dôležité to, v akej miere sa prezentuje ako ex-user v konkrétnom programe (Kalina 2008; Kalina 2001, In Kalina 2008). Je nevyhnutné ex-userom, pôsobiacim v terapeutickom tíme, zabezpečiť profesionálne vzdelávanie a kvalifikáciu. S tým súvisí aj nová rola ex-usera ako odborníka, ktorú by mal prijať. Bývalí klienti by sa nemali stávať členmi terapeutického tímu programu, ktorým si sami prešli. To sú odporúčania Staff of the Ley Community (2001, In Kalina 2008). Protichodné pravidlá majú hierarchické terapeutické komunity pre drogovu závislých, v ktorých je personál výhradne, alebo vo väčšej miere tvorený bývalými užívateľmi drog. Ex-user ako člen tímu a klient komunity sú si rovní ako ľudia v procese osobnej zmeny, ale nie sú si rovní svojim miestom v tomto procese (Kalina 2008). Je možné len súhlasiť s Adamčekom a kol. (2003, In Kalina 2008), ktorí tvrdia, že užívanie drog v minulosti a absolvovaná liečba od závislostí by nemala byť jedinou kvalifikáciou ex-usera. *Spracovanie vlastnej minulosti* je predpokladom, aby ex-user mohol otvorene ponúknuť svoju skúsenosť a prispel tak k obohateniu a rozšíreniu potenciálu terapeutického tímu. Mercer a Woody (1999) považujú optimálne ak je terapeutický tím tvorený aj z ex-userov. Prítomnosť bývalých užívateľov drog v terapeutickom tíme nesie so sebou okrem prínosu aj určité riziká a prekážky. Ex-useri sú neraz inteligentní, skúsení, motivovaní, ale často im chýbajú špecifické znalosti a dostatočný emočný odstup. Môžu rýchlo podliehať presvedčeniu, že to čo bolo dobré pre nich je dobré aj pre ich súčasných klientov. Taktiež môžu príliš rýchlo odmietat kritiku a sťažnosti. Ďalší problém ex-userov môže spočívať v potláčaní predsudkov voči profesionálom, z čoho vyplýva odmietanie ich odborných rád a konzultácií. Profesionáli takisto môžu podliehať rôznym predsudkom, heterostereotypom voči ex-userom a pridelovaniu im rôznych *nálepiek*, ako napríklad „drogovu závislý ostane navždy závislý“. Je

⁴ Ex-user je abstínujúci užívateľ drog, ktorý spontánne alebo po predchádzajúcej liečbe abstínuje niekoľko mesiacov alebo rokov (Kalina 2001, In Kalina 2008).

nevyhnutné aby zmiešaný terapeutický tím bol založený na vzájomnej akceptácii a dôvere všetkých členov, v ktorom sa profesionáli zbavia predsudkov voči ex-userom a ex-useri budú vnímať svoju pozíciu ako zamestnanie a nie ako návrat či udržanie sa v bezpečnom a známom prostredí (Staff of the Ley Community 2001, In Kalina 2008; Kooyman 1993, In Kalina 2008; Raimo 2001, In Kalina; Burnett 2001, In Kalina).

Požiadavky na odbornosť a osobnostnú výbavu ex-usera ako terapeuta alebo poradcu sú pravdepodobne náročnejšie, ako požiadavky na akéhokoľvek iného člena terapeutického tímu. Získanie príslušného vzdelania, certifikátu, terapeutického výcviku je presne vymedzené príslušnými právnymi normami. Z tohto pohľadu každý, kto splní legislatívne predpoklady, môže vykonávať poradenstvo alebo terapiu. Náročnejšie sa javí to, čo má byť osobnostnou výbavou poradcu alebo terapeuta, vychádzajúc z toho, že ex-user musí prejsť zložitou etapou svojho života, od závislosti k abstinencii. Táto medzná životná situácia, v ktorej je človek konfrontovaný s existenciálnymi otázkami je často spojená s tragickou a trpkou minulosťou. Okrem spracovania svojej minulosti, transformácie vlastného utrpenia, odstránenia množstva jadrových iracionálnych presvedčení, musí ex-user disponovať všeobecnými predpokladmi osobnostnej výbavy. Tieto predpoklady sa opierajú o značnú mieru sociálnej a emocionálnej inteligencie a jedná sa o osobnostné črty, ako je prirodzenosť, empatia, spolupatričnosť, emocionálna stabilita, dôvera a sebadôvera, pevná identita, zmysel pre humor, komunikatívnosť, tvorivosť, trepezlivosť, sebaovládanie, sebaistota, sebaopoznanie, sebareflexia atď. (Mercer, Woody 1999; Kalina 2008; Hartl Hartlová 2010; Harrs White 2013). Mercer a Woody (1999) zastávajú názor, že hlboké poznanie závislostí, dôkladné ovládanie terapeutických možností a schopnosť empatického vcítania sú základnými atribútmi poradcu v liečbe závislostí.

Záver

Empatické porozumenie je jedným zo základných aspektov terapeutického vzťahu (v celej šírke pojmu terapia) (Rogers 1995; Rogers 1999; Ellis, MacLaren 2005; Kopřiva 2013). Empatia ako proces, ktorý zahŕňa porozumenie na *kognitívnej* a *afektívnej* úrovni (Duan, Hill 1996, In Weihe, Solbakken 2016) je v súlade s Rogersovým (1995) chápaním *empatického porozumenia*. Rogers (1995) píše, že porozumenie klientovho vnútorného prežívania „zvnútra“ je nesmierne vzácne. Namiesto toho je klientom ponúkané porozumenie, ktoré vychádza z kognitívnej úrovne a nie „zvnútra“ človeka. Duan a Hill (1996, In Weihe, Solbakken 2016, s. 48) rozlišujú medzi tým, ak má niekto rovnaké pocity ako ten druhý a medzi empatiou, ktorá si vyžaduje uznanie a porozumenie pocitom a reakciám, ktoré sa týkajú niekoho iného. Vnútorné prežívanie človeka je v však plnej miere prístupné iba jemu samému (Wunibald 2011; Kopřiva 2013). Vlastná skúsenosť predurčuje ex-userov k tomu, aby sa čo najviac priblížili k prežívaniu iného závislého človeka. Osobitný potenciál laických terapeutov pravdepodobne s veľkou mierou vychádza práve z tejto možnosti empatického vcítania sa do prežívania druhého človeka na úrovni rovnakých pocitov, ktorá je podmienená vlastnou skúsenosťou s drogovou závislosťou, spojenou s transformáciou utrpenia a osobnostnou zmenou.

Zoznam bibliografických odkazov

- ALCOHOLICS ANONYMOUS, W. S., 2001. *Alcoholics Anonymous - Big Book*. 4th ed. New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc. ISBN 978-1-893007-16-1.
- 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.
- ELLIS, A., and D. J. ELLIS., 2013. *Rational Emotive Behavior Therapy*. Wshington, DC: American Psychological Association. ISBN 978-1-4338-0961-3.

- ELLIS, A., and C. MacLAREN., 2005. *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-947-X.
- FRANKL, V. E., 2009. *Psychoterapia pre laika*. Bratislava : LÚČ. ISBN 978-80-7114-690-2.
- GALVANI, S., 2012. *Supporting People with Alcohol and Drug Problems: Making a Difference*. Bristol: Policy Press. ISBN 978-1-84742-116-6.
- WEIHE, W. H. J., and M. S. SOLBAKKEN, 2016. Empatia a sociálna práca – reflexie o empatii. In: M. STACHOŇ a H. J. W. WEIHE, eds. *Sociálna práca a súčasnosť: Slovensko-nórske perspektívy*. Stavanger: Hertevig Forlag, s. 33 – 65. ISBN978-82-8217-2264.
- HARRIS, J., and V. WHITE, 2013. *A Dictionary of Social Work and Social Care*. Oxford: Oxford University Press. ISBN978-0-19-954-305-2.
- HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- KALINA, K., 2008. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2449-2.
- KOPŘIVA, K., 2013. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0528-9.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Mat' pre čo žiť*. Bratislava: Karmelitánske nakladateľstvo. ISBN 978-80-89231-23-2.
- McKEGANEY, N., 2014. *Substance Misuse & Drug Addiction*. Basingstoke: Palgrave Macmillan. ISBN 978-0-230-31420-7.
- MERCER, E. D., and G. E. WOODY, 1999. *Individual Drug Counseling*. Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse. NIH Pub. No. 99-4380
- NEŠPOR, K., 2011. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, K., 2013. Lidé závislí na alkoholu. In: O. MATOUŠEK a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 380 –381. ISBN 978-80-262-0366-7.
- NOCIAR, A., 1991. *Alkohol a osobnosť*. Bratislava: Veda. ISBN 80-224-0281-8.
- POPIELSKI, K., 2005. *Noetický rozmer osobnosti*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, Filozofická Fakulta.
- ROGERS, R. C., 1995. *Ako byť sám sebou*. Bratislava: Iris. ISBN 80-88778-02-6.
- ROGERS, R. C., 1999. *Spôsob bytia*. Modra: Persona. ISBN 80-967832-0-3.
- VOLPICELLI, J., and M. SZALAVITZ, 2000. *Recovery Options: The Complete Guide - How You and Your Loved Ones Can Understand and Treat Alcohol and Other Drug Problems*. New York: John Wiley & Sons Inc. ISBN 0-471-34575-X.
- WUNIBALD, M., 2011. *Sám, ale ne osamělý*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0001-7.

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

Copingové stratégie vo vzťahu k problematickému používaniu internetu

Coping strategies in a relation to the problematic internet use

Viktória Kopuničová (SR), Maria Vašutová (ČR), Kateřina Kopáčková (ČR)

Abstrakt

Slovenská internetová populácia sa blíži k počtu 3,5 milióna užívateľov, pričom najpočetnejšiu vekovú skupinu tvoria mladí vo veku 20-29 rokov a 30-39 rokov, ktorí spolu tvoria polovicu celej internetovej populácie (gemius.sk). Pozornosť sa začína venovať prevencii problematického používania internetu, ako aj skúmaniu a znižovaniu negatívnych dopadov používania internetu. Vzťah copingových stratégií a problematického používania internetu bol skúmaný na súbore 135 vysokoškolských študentov z humanitných, prírodovedných a technických odborov. Boli použité dotazníky Brief COPE (Carver, 1997) a GPIUS2 (Caplan, 2010). Výsledky potvrdili vyššiu mieru používania copingových stratégií, ktoré vedú k zvýšenému používaniu internetu. Iba jedna zo 14 skúmaných copingových stratégií sa ukazuje ako vhodná, pri znižovaní problematického používania internetu a to stratégia pozitívneho pretvorenia.

Kľúčové slová: copingové stratégie, problematické používanie internetu

Abstract

Slovak internet population is close to 3.5 million users, while the most numerous age group are young aged 20-29 and 30-39 years, which together make up half of all Internet population (gemius.sk). The attention begins to pay to preventing problematic Internet use, as well as reviewing and reducing negative impacts of Internet use. We analyzed relationship between coping strategies and problematic internet use on the 135 university students from humanities, natural sciences and technical field. We used Self- Brief COPE inventory (Carver, 1997) and GPIUS2 Caplan, 2010). The results indicate that students use a coping strategies which are lead to increase the Internet use. Only one of the 14 examined coping strategies seems to be appropriate to reduce the problematic internet use and it was strategy of positive remodeling.

Keywords: coping strategies, problematic internet use

Úvod

Podľa výsledkov štúdie je v štátoch V4 celkom 31 miliónov užívateľov internetu, pričom tento počet rastie každý rok aj na Slovensku (AIMmonitor). Respondenti v prieskume Cisco Connected World Technology Report 2014 (Cisco.com) veria, že ich najdôležitejšie zariadenie v roku 2020 bude smartphone. Príčin prečo ľudia využívajú internet je viacero, niektorí výskumníci (Kraut et al., 1998; Davis, 2001; Caplan, 2010; Brand et al., 2016) naznačujú, že internet môže byť jednak zdrojom stresu, ale aj užitočný na zvládanie stresu. Kraut et al. (1998) uvádza, že čas strávený na internete môže zvyšovať stupeň depresie, sociálnu anxiétu a negatívne vplývať na komunikáciu s rodinou, ale zároveň upozorňuje, že čas strávený na internete môže pozitívne vplývať na komunikáciu, sociálnu zapojenosť a celkový well-being. Sociálne a osobnostné faktory môžu mať vplyv na vysoké očakávania, že internet je nápomocný pri úniku od negatívnych pocitov alebo že je vhodný na prežitie potešenia a zábavy v online prostredí (Caplan, 2010; Whang et al., 2003).

Súčasní vysokoškolskí študenti sú špecifickou skupinou. Jednak sú ďaleko viac zapojení do využívania internetu, či už je to využívanie internetu na štúdium, v práci, alebo pri oddychu (Oblinger, 2003). Zároveň ale vykazujú vyššiu hladinu stresu v dôsledku školskej záťaže, ako

aj mimoškolského života (pôžičky, život mimo rodinné prostredie, zakladanie si vlastných rodín, partnerské vzťahy, rozchody, rodičovstvo a iné) (Sasaki & Yamasaki, 2007). Reakcie na tieto problémy môžu byť rôzne od stresu, cez depresiu, anxiétu alebo aj suicidálne myšlienky (Misra & McKean, 2000; Caplan, 2010). Jednou z možností ako interpretovať odlišnosť reakcií na stres, je odlišnosť využívaných copingových stratégií (Lenz, 2010; Forns, Kirchner, Abad, & Amador, 2012). R.S. Lazarus uvádza, že "psychologický stres je transakciou medzi človekom a jeho prostredím" (Krohne, 2002). Lazarus a Folkmanová rozdelili copingové stratégie do troch kategórií, na problém orientované správanie (napr. smerovať svoje správanie k riešeniu problému), aktívne-emočné správanie (napr. ventilovanie pocitov) a emočne vyhýbanie (napr. popieranie problémov) (Krohne, 2002). Na problém orientovaný coping, je často považovaný za viac adaptívny prístup, pretože v porovnaní s copingom zameraným na emócie, zdôrazňuje aktivitu, ktorá vedie k zmene nežiaduceho stavu (Detherage, Servaty-Seib, Aksoz, 2014). Výskumníci (Sasaki & Yamasaki, 2007; Wichianson, Bughi, Unger, Spruijt-Metz, & Nguyen-Rodriguez, 2009; Sideridis, 2009) ale uvádzajú, že kombinácia oboch prístupov, na problém aj na emócie zameraného copingu môže byť viac adaptívny, ako keby boli využité samostatne. Výsledky týkajúce sa závislosti na internete ukázali, že copingové stratégie a očakávania používania internetu vplyvajú na osobnosť a psychopatologické aspekty závislosti na internete (Brand et al., 2014, Wegmann, Brand, 2016).

Metodológia

Cieľom príspevku je skúmať vzťah medzi copingovými stratégiami a problematickým používaním internetu (GPIUS) u vysokoškolských študentov. Predpokladáme, že existuje vzťah medzi vyhľadávaním emočnej opory a preferenciou online interakcie ako aj regulovaním nálady cez internet. Rovnako predpokladáme, že behaviorálne uvoľnenie bude mať vzťah s využívaním internetu na regulovanie nálady, ako aj sociálnu interakciu.

Výskumný súbor: Výskumu sa zúčastnilo 135 vysokoškolských študentov vo veku od 19 do 39 rokov ($M=21,8$; $SD=2,78$) zo spoločenskovedných odborov (79,3%), prírodovedných odborov (17%) a technických odborov (3,7%). Z celkového počtu respondentov 68,9% tvorili ženy a 31,1% muži. Zber dát prebehol online, technikou snowball a bol zamarený na vysokoškolských študentov z ostravského regiónu.

Metodiky: **Problematické používanie internetu GPIUS2** – škála problematického používania internetu GPIUS2 *Generalized Problematic Internet Use Scale 2* (Caplan, 2010). Škála pozostáva z 15 položiek, ktoré sú zoskupené do 5 komponentov problematického používania internetu:

- *preferencia online sociálnej interakcie (Cronbach α 0,891)* - vzťahuje sa k presvedčeniu, že vzťahy cez internet sú bezpečnejšie, pohodlnejšie, efektívnejšie a menej ohrozujúce ako vzťahy priamej osobnej interakcie,
- *používanie internetu na regulovanie nálady (Cronbach α 0,879)* - týka sa využívania internetu na zníženie pocitov izolácie alebo emocionálneho distresu,
- *kompulzívne používanie internetu (Cronbach α 0,794)* - vzťahuje sa k neschopnosti kontrolovať seba ako aj čas strávený na internete,
- *kognitívne zaujatie internetom (Cronbach α 0,906)* - zahŕňa obsesívne myšlienky týkajúce sa používania internetu a pociťovanie nepokoju v čase, ak nie sú online,
- *negatívne dôsledky používania internetu (Cronbach α 0,771)* - v zmysle zanedbávania povinností.

Odpovede boli zaznamenané na 8-bodovej Likertovskej škále od 1 – úplne nesúhlasím po 8 – úplne súhlasím. Celková úroveň problematického používania internetu sa počíta

sčítaním jednotlivých položiek, pričom celkové skóre sa pohybuje od 15 do 120; Cronbachova alfa celého dotazníka je 0,857.

Copingové stratégie boli merané pomocou dotazníka - **Brief COPE Inventory** (C.S. Carver, 1997). Dotazník pozostáva z 28 položiek so 4bodovou Likertovskou škálou od 1 - nikdy to nerobím, nikdy sa tak nesprávam, po 4 - veľmi často to robím, veľmi často sa tak správam. Celkovo je zložený zo 14 subškál: *aktívny coping, plánovanie, popretie, užívanie látok, emočná opora, inštrumentálna opora, behaviorálne uvoľnenie, ventilovanie, pozitívne pretvorenie, humor, akceptácia, viera, sebaobviňovanie a sebarozptýlenie*. Každá subškála sa skladá z dvoch otázok. Cronbachova alfa celého dotazníka je .728.

Výsledky

Na základe deskriptívnej analýzy (Tab 1) môžeme povedať, že najviac respondenti využívajú internet na regulovanie nálady ($M=16,36$; $SD=5,51$). Vyššie skóre sa ukázalo aj v položke kompulzívne používanie internetu ($M=10,76$; $SD=5,40$) ktoré naznačuje, že respondenti majú problém so sebakontrolou na internete. ako aj kontrolou času stráveného na internete.

Tab 1 - Deskripcia problematického používania internetu

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
GPU sumárne skóre	135	15,00	113,00	51,26	16,84
Preferencia online sociálnej interakcie	135	3,00	24,00	9,44	5,41
Regulácia nálady	135	3,00	24,00	16,36	5,51
Kognitívne zaujatie	135	3,00	24,00	8,29	5,03
Kompulzívne používanie internetu	135	3,00	24,00	10,76	5,40
Negatívne dôsledky	135	3,00	24,00	6,41	4,18

Skúmaný vzťah medzi copingovými stratégiami a problematickým používaním internetu (Tab 2) u študentov vysokých škôl (na základe Pearsonovho korelačného koeficientu) ukázal, že popretie malo pozitívny vzťah nielen k celkovému problematickému používaniu internetu (.192*) ale aj k jednotlivým subškálam GPIUS - preferencia online sociálnej interakcie (.210*) a kompulzívne používanie internetu (.182*). Tento vzťah naznačuje, že popieranie existencie problému, môže spôsobiť jeho nárast v zmysle väčšej preferencie online sociálnej interakcie, narastajúcich kompulzívnych myšlienok na internet, ako aj zvýšiť celkové skóre GPIUS. Ukazuje sa, že emočná opora (v zmysle vyhľadávania opory v čase problémov) je vyhľadávaná skôr online, s čím následne súvisí aj väčšia pravdepodobnosť problematického používaniu internetu. Preukázal sa stredne silný pozitívny vzťah medzi emočnou oporou a regulovaním nálady (.380**), kognitívnym zaujatím (.264**), kompulzívnym používaním internetu (.326**) ako aj celkovým skóre GPIUS (.268**).

Ďalší vzťah sa preukázal medzi copingovou stratégiou inštrumentálna opora (v zmysle vyhľadávania pomoci a rady v čase problémov) a používaním internetu na regulovanie nálady, kde sa preukázal stredne silný pozitívny vzťah (.380**), ako aj sumárnym skóre GPIUS (.170*) kde sa preukázal slabý pozitívny vzťah.

Výsledky naznačujú, že využívanie internetu na sociálnu interakciu je využívaný najmä u jedincov, ktorí volia ako spôsob riešenia problému behaviorálne uvoľnenie (v zmysle rezignovania riešenia problému či hľadania riešení). Internet sa tu javí ako nástroj na útek od problémov, čo ale zvyšuje negatívne dôsledky používania internetu v zmysle zanedbávania aktivít a v zlyhávaní manažovania svojho života.

Medzi ventilovaním negatívnych emócií a preferenciou online sociálnej interakcie sa preukázal slabý negatívny vzťah (-.183*) ale so subškálou používanie internetu na regulovanie nálady sa preukázal stredne silný pozitívny vzťah (.281**) rovnako sa stredne silný vzťah preukázal vo vzťahu k subškále kompulzívne používanie internetu (.239**).

Za zaujímavé považujeme, že užívanie látok, ktoré majú dopomôcť k zlepšeniu nálady alebo vyriešeniu problému, sa preukázal stredne silný pozitívny vzťah s kompulzívnym používaním internetu (.215**). Alkohol alebo omamné látky tak pravdepodobne zvyšujú čas strávený na internete, ako aj vedú k strate sebaregulácie v online prostredí. Rovnako zaujímavý je vzťah medzi sebarozptýlením (v zmysle hľadania rozptýlenia či už v práci alebo zábave) a používaním internetu na regulovanie nálady, kde sa preukázal stredne silný pozitívny vzťah (.252**).

Negatívny vzťah sa preukázal iba pri využívaní copingovej stratégie pozitívne pretvorenie (v zmysle hľadania pozitív aj v negatívnej situácii) a preferenciou online sociálnej interakcie (-.172*) a kognitívnym zaujatím (-.186*).

	<i>Preferencia online sociálnej interakcie</i>	<i>Regulácia nálady</i>	<i>Kognitívne zaujatie</i>	<i>Kompulzívne používanie internetu</i>	<i>Negatívne dôsledky</i>	<i>GPIUS sumárne skóre</i>
<i>Aktívny coping</i>	-,067	,021	-,050	-,040	,014	-,039
<i>Popretie</i>	,210*	,109	,112	,182*	-,011	,192*
<i>Užívanie látok</i>	-,009	,131	,081	,215*	,023	,139
<i>Emočná opora</i>	-,095	,380**	,264**	,326**	-,036	,268**
<i>Inštrumentálna opora</i>	-,125	,328**	,157	,155	,025	,170*
<i>Behaviorálne uvoľnenie</i>	,363**	-,006	,142	,162	,172*	,252**
<i>Ventilovanie</i>	-,183*	,281**	,114	,239**	,043	,154
<i>Pozitívne pretvorenie</i>	-,172*	,051	-,186*	-,110	-,036	-,139
<i>Plánovanie</i>	-,150	,009	-,152	-,078	,073	-,098
<i>Humor</i>	,046	,109	,054	,046	,038	,090
<i>Akceptácia</i>	-,045	,100	,051	,126	,073	,092
<i>Viera</i>	,121	,077	,050	,097	,062	,126
<i>Sebaobviňovanie</i>	,042	,096	,019	,103	,041	,093
<i>Seberozptýlenie</i>	,056	,252**	-,039	,091	,045	,129

** p<0.01

* p<0.05

Lineárna regresná analýza ukázala, že copingové stratégie emočná opora a behaviorálne uvoľnenie vysvetľujú 15,9% celkovej variancie problematickeho používania internetu $F(2, 134)=12,48, p<.001$). Zdá sa, že emočná opora je vyhľadávaná v online prostredí a rovnako sa potvrdzuje, že internet je využívaný na rozptýlenie sa od problému, uvoľnenie, zlepšenie nálady a rovnako aj na komunikáciu.

Diskusia a záver

Internet je súčasťou každodenného života, či už ide o vyhľadávanie informácií, nakupovanie online, komunikovanie s okolitým svetom. Negatívne dôsledky používania internetu môžu mať vplyv na prácu, školu, konflikty s rodinou či priateľmi, ako aj zvýšené

prežívanie negatívnych emócií (Brand et al., 2016). Niektorí užívatelia môžu očakávať, že používanie internetu im môže pomôcť odísť od problémov reálneho života a odohnať osamelosť či zvýšiť pozitívne emócie (Brand et al., 2014). Práve tieto očakávania môžu ovplyvniť rozhodnutie, ako sa jedinec bude správať a či bude používať internet a jednotlivé aplikácie slúžiace na komunikáciu. Z nášho výskumu sa ukazuje, že využívanie copingových stratégií ako je *vyhľadávanie emočnej opory, behaviorálne uvoľnenie, popieranie, inštrumentálna opora, užívanie látok ako je alkohol alebo iné omamné látky, ventilovanie* môže viesť k zvýšenému používaniu internetu na regulovanie nálady, sociálnu interakciu v online prostredí, môžu zvyšovať kognitívne zaujatie internetom, ako aj kompulzívne používanie internetu. Jediný negatívny vzťah sa preukázal pri využívaní copingovej stratégie *pozitívne pretvorenie*, kde sa ukazuje, že jedinci ktorí dokážu vidieť pozitíva aj v negatívnych situáciách, majú nižšiu mieru používania internetu v oblasti kognitívneho zaujatia a preferencie online sociálnej interakcie. Tento faktor by mal byť posilňovaný nielen u študentov vysokých, ale aj stredných škôl. Možno by bolo vhodné zapojiť viac predmetov, ktoré by ponúkali študentom či už relaxáciu alebo techniky zvládania stresu a záťaže s využitím prvkov pozitívnej psychológie. Ak by študenti opäť získali pocit že sú schopní zvládnuť problémy a ťažkosti, možno by kleslo ich využívanie internetu za účelom regulovania nálady. Využívanie internetu pri regulovaní nálady nemusí byť samo o sebe negatívne, ale pokiaľ ide iba o pasívny postoj a únik od problému, považujeme to skôr za škodlivé. Vysokoškólači by mali byť aktívni pri riešení problémov a učiť sa aktívne zvládať ťažkosti s využitím vlastných osobnostných zdrojov.

Cieľom príspevku bolo zistiť, či existuje vzťah medzi copingovými stratégiami a problematickým používaním internetu. Ukazuje sa, že z pomedzi skúmaných faktorov majú najvýznamnejšie postavenie copingové stratégie emočná opora a behaviorálne uvoľnenie, ktoré spolu vysvetľujú takmer 16% celkovej variancie GPIUS. Jednou z ciest ako posilňovať študentov v riešení problémov, môže byť aj cez posilňovanie ich copingových stratégií a to tak aj vo vzťahu znižovania problematického používania internetu. Vynára sa tu množstvo otázok, ktoré si vyžadujú hlbšie skúmanie a intenzívnu prácu v tejto problematike.

Zoznam bibliografických odkazov

- BRAND, M., C. LAIER, and K. S. YOUNG, 2014. Internet addiction: coping styles, expectancies, and treatment implications. In: *Frontiers in Psychology*. Vol. 5, No. 1256, pp. 1-14.
- BRAND, M., K. S. YOUNG, C. LAIER, K. WÖLFLING, and M. N. POTENZA, 2016. Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific Internet-use disorders: an Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model. In: *Neurosci. Biobehav*, Vol. 71, pp. 252–266.
- CAPLAN, S. E., 2010. Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. In: *Computers in Human Behavior*, Vol. 26, pp. 1089-1097.
- CARVER, C. S., 1997. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. In: *International Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 4, pp. 92-100.
- DAVIS, R. A., 2001. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. In: *Computers in Human Behavior*, Vol. 17, No. 2, pp. 187-195.
- DEATHERAGE, S., H. L. SERVATY-SEIB, and I. AKSOZ, 2014. Stress, Coping, and Internet Use of College Students. In: *Journal of American College Health*. Vol. 62, No. 1, pp. 40-46. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=0fffe91e-62d6-42ce-92fe-fd64bfdcf4a9%40sessionmgr4002&vid=3&hid=4213>
- FORNS, M., T. KIRCHNER, J. ABAD, and J. A. AMADOR, 2012. Differences between genders in coping: Different coping strategies or different stressors? In: *Anuario de*

Psicologia. Vol. 42, No. 1, pp. 5-18. Dostupné z: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32934/1/614579.pdf>.

HORMES, J. M., B. KEARNS, and C. A. TIMKO, 2015. Craving Facebook? Behavioral addiction to online social networking and its association with emotion regulation deficits. In: *Addiction*. Vol. 109, pp. 2079–2088.

KRAUT, R. et al. 1998. Internet paradox: a social technology that reduces social involvement and psychological well-being? In: *Am Psychol*. Vol. 53, pp. 1017–1032.

KROHNE, H. W., 2002. Stress and Coping Theories. Dostupné z http://userpage.fu-berlin.de/schuez/foalien/Krohne_Stress.pdf.

LENZ, S., 2010. Exploring College Students' Perception of Their Coping Styles. In: *Logos: A Journal of Undergraduate Research*. Vol. 3, pp. 68-82. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=ff1bb553-5a09-4867-9cc6-dc9e29ca1d0e%40sessionmgr112&hid=122>.

MISRA, R., and M. McKEAN, 2000. College students' academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure satisfaction. In: *Am Health Stud*. Vol. 16, pp. 41–51.

OBLINGER, D., 2003. Boomers & Gen-Xers Millennials. Understanding the New students. In: Educase. Pp. 37-47. Dostupné z <http://www.odec.umd.edu/CD/AGE/MILLEN.PDF>.

SASAKI M, and K. YAMASAKI, 2007. Stress coping and the adjustment process among university freshmen. In: *Couns Psychol Q*. Vol. 20, pp. 51–67.

SIDERIDIS, G.D., 2009. Coping is not an 'either' 'or': the interaction of coping strategies in regulating affect, arousal, and performance. In: *Stress Health*. Vol. 22, pp. 315–327.

WEGMANN, E., and M. BRAND, 2016. Internet-Communication Disorder: It's Matter of Social Aspects, Coping, and Internet-Use Expectancies. In: *Frontiers in Psychology*, Vol. 7, No. 1747, pp. 1-13.

WHANG, L. S., S. LEE, and G. CHANG, 2003. Internet over-users' psychological profiles: a behavior sampling analysis on Internet addiction. In: *Cyberpsychol. Behav*. Vol. 6, pp. 143–150.

WICHIANSON, J.R, BUGHI, S.A, UNEGR, J.B, SPRUIJT-METZ, D, & NGUYEN-RODRIGUEZ, S.T., 2009. Perceived stress, coping, and nigh-eating in college students. In: *Stress Health*. Vol. 25, pp. 235–240.

<http://www.cisco.com/c/en/us/solutions/enterprise/connected-world-technology-report/index.html>

http://gemius.sk/sk/sk_news/2015-01-22/01

Kontakt na autorky

PhDr. Viktória Kopuničová, Ph.D.,
Katedra psychologie FF OU, Reální 5, 701 03 Ostrava
viktoria.kopunicova@gmail.com

doc. PhDr. et Mgr. Maria Vašutová, Ph.D.
Katedra psychologie
Filosofické fakulty Ostravské univerzity
maria.vasutova@osu.cz

Biblioterapia v procese re/socializácie

Bibliotherapy in the process of re/socialization

Ján Šimko (SR), Dušan Šlosár (SR)

Abstrakt

Biblioterapia je jednou z metód, ktorá využíva ako liečebný prostriedok knihu. Túto doplnkovú metódu je možné využiť v procese samotnej socializácie alebo resocializácie. V príspevku vymedzujeme samotný termín biblioterapia, popisujeme jej formy, ale aj funkcie a typológiu. Záver príspevku je venovaný využitiu tejto metódy v praxi.

KLúčové slová: Biblioterapia. Resocializácia. Sociálna práca.

Abstract

Bibliotherapy is one of the methods in which a book is utilized as a remedy. This supplementary method can be used in the process of resocialization or socialization itself. In this article, the term bibliotherapy is defined and not only its forms are described, but also its functions and typology. The conclusion of article is dedicated to the practical use of this method.

Keywords: Bibliotherapy. Resocialization. Social Work.

Liečebný účinok kníh je známy stáročia a základy biblioterapie ako takej môžeme nájsť už v starovekom Grécku a Alexandrii. V tomto sociokultúrnom prostredí sa chorým odporúčalo čítanie tvorby Homéra a Hesioda. Biblioterapia sa vo svojej podstate praktizovala v mnohých krajinách v priebehu takmer všetkých storočí. (Janczak 2006) Základné princípy novodobej biblioterapie praktizovali po prvýkrát dvaja americkí lekári – Benjamin Rush v roku 1815 a John Minson Galt II v roku 1853, ktorí vyslovene predpisovali svojim pacientom čítanie ako súčasť liečby. Biblioterapia ako pomerne mladá veda, bola oficiálne uznaná za oblasť knihovníctva v roku 1904, kedy sa sformovala spolupráca medzi odborníkmi z oblasti psychiatrie a knihovníctva v McLeanovej nemocnici v Massachusetts. (Ballou 1995)

Čo je biblioterapia?

Pri zjednodušenom ponímaní pojmu biblioterapia môžeme vychádzať zo samotného významu tohto zloženého slova. Biblio pochádza z gréckeho biblus (kniha), ktoré spojením s termínom terapia (liečba) definuje biblioterapiu ako liečbu knihou. (Shechtman 2009)

Biblioterapiu môžeme chápať ako súčasť arteterapie alebo kulturoterapie, ale iba v prípade, že všetky použité písané texty, ktoré v priebehu terapie použijeme, možno považovať za umelecký písomný prejav. (Kruszewski 2006)

Slovník sociálnej práce (Barker 1995) definuje tento pojem ako využitie literatúry a poézie na liečbu ľudí s emocionálnymi problémami alebo psychickými poruchami. Biblioterapia sa často využíva pri sociálnej práci so skupinou alebo v skupinovej terapii, pričom je efektívna u ľudí všetkých vekových kategórií, vrátane pacientov v ambulantnej a inštitucionalizovanej starostlivosti. V prípade zdravých jedincov možno biblioterapiu využiť pri ich osobnostnom rozvoji.

Matoušek (2003) definuje biblioterapiu ako formu terapie, ktorá využíva čítanie vhodnej literatúry – románov, poviedok, básní, biografíí. Jej cieľom je uľahčiť klientom pochopenie situácií, ktoré sú pre nich náročné a uľahčiť im vyjadrovanie pocitov, ktoré sa

k týmto situáciám viažu. Biblioterapiu možno využiť aj vo forme skupinovej práce, pričom účastníci stretnutia sú vyzvaní, aby reagovali na úryvok z literárneho diela, ktorý im bol prečítaný, čím sa otvorí diskusia k problému, ktorý považujú za významný.

V súvislosti s biblioterapiou sa môžeme stretnúť i s nasledujúcimi pojmami - hagioterapia - liečba pomocou rozboru náboženského textu, imagoterapia - vcítanie sa do role literárnej postavy, poetoterapia - liečba pomocou poézie, rozprávkoterapia - liečba využívajúca prácu s detskou literatúrou. (Švamberg Šauerová 2012)

Hlavnou úlohou biblioterapie je dosiahnutie zmeny u klienta, čo v sebe zahŕňa pohľad na seba samého a získanie nových schopností, ktoré mu pomáhajú lepšie zvládať životné problémy. (Kruszewski 2006)

Konieczna (2003 in Ruszová 2008) považuje za hlavný cieľ biblioterapie revalidáciu, resocializáciu a celkový rozvoj ľudskej osobnosti. Základom je presvedčenie, že kniha môže priaznivo ovplyvniť chovanie jedinca. Jej účelom nie je priamo bojovať s chorobou, ale má pomôcť človeku sa s ňou vyrovnáť. Mala by ho podnietiť a vyzvať k aktívnemu spôsobu života i napriek rôznym obmedzeniam.

Formy, funkcie a typológia biblioterapie

Vo všeobecnosti môžeme biblioterapiu chápať v užšom a širšom zmysle. Užšie chápanie biblioterapie je charakteristické plánovitým riadením čítania psychicky chorých pod dohľadom lekára za pomoci kvalifikovaného knihovníka. V širšom zmysle môžeme biblioterapiu vnímať ako pôsobenie na ostatných chorých, či na jedincov vytrhnutých z ich doterajšieho životného prostredia napr. v domovoch sociálnych služieb, detských domovoch, nápravných zariadeniach. (Vášová 1995)

Ako už bolo vyššie spomenuté, biblioterapia sa môže realizovať v individuálnej alebo skupinovej forme. Individuálne najmä u pacientov/klientov, ktorým čítanie beletrie alebo poézie nie je cudzie. V prípade práce so skupinou môže terapeut na stretnutiach odporúčať tituly k samostatnému čítaniu. Najčastejšie sa však na skupinovej biblioterapii môžeme stretnúť s predčítaním jednotlivých pasáží z knihy v menších skupinách. Tie bývajú zvyčajne zložené z desiatich klientov. Najdôležitejšie sú následné diskusie nad čitateľskými zážitkami, ktoré klienti prezentujú a navzájom ich porovnávajú, či komentujú konanie jednotlivých literárnych postáv. Pri tomto procese tak odhaľujú niektoré rysy vlastnej osobnosti. Vytvára sa priaznivá atmosféra, ktorá umožňuje v rámci terapie prekonať citovú izoláciu a podporuje sociálne cítenie. Klienti na základe prečítaného textu konfrontujú svoje vlastné problémy, hľadajú riešenia a sú inšpirovaní k ďalším úvahám. V prečítaných knihách nachádzajú okrem iného aj vzory pre svoje vlastné konanie. (Kulka 2008)

V rámci biblioterapie môžeme v rôznej intenzite využiť základné funkcie literárneho textu, medzi ktoré radíme:

- *informačnú*, ktorá prináša informácie pre riešenie bežných situácií i životných problémov;
- *výchovnú*, ktorá podnecuje formovanie osobnosti (napr. zmena postojov a záujmov);
- *konfrontačnú*, ktorej zmyslom je poskytnúť spätnú väzbu vlastných názorov;
- *estetickú*, ktorá prináša estetický zážitok a podnety pre vývoj estetického vnímania;
- *katarznú* – prinášajúcu uvoľnenie prostredníctvom protikladných zážitkov a „očistenie“ od negatívnych emócií;
- *identifikačnú*, ktorá umožňuje stotožnenie sa s kladným, či inšpirujúcim vzorom;
- *relaxačnú*, ktorej zmyslom je uvoľnenie v činnosti a nahradenie nepríjemnej skutočnosti prípadne odreagovanie;

- *prestížnu*, ktorá umožňuje identifikáciu sa s určitými sociálnymi skupinami (Valenta 2012).

V 70-tych rokoch 20. storočia predstavila R. J. Rubin (Kruszewski 2006) najpoužívanejšiu typológiu biblioterapie:

- *biblioterapia klinická* – je praktizovaná v otvorenom alebo uzavretom prostredí (napr. psychoterapeutické stretnutia s klientmi s emočnými poruchami alebo s poruchami správania). Hlavným terapeutickým prostriedkom je sebaopoznávací literatúra, vyvolávajúca medzi inými taktiež pocity hľadania, očistenia, projekcie;
- *biblioterapia inštitucionálna* – má skôr didaktický charakter. V tomto prípade sa využíva literatúra, ktorá zachytáva zdravotný stav pacienta. Sem môžeme zaradiť aj relaxačnú literárnu tvorbu. V tomto prípade sú adresámi terapie hospitalizovaní klienti;
- *biblioterapia vývojová* – je určená pre skupiny alebo individuálnych klientov. Ide o jedincov, ktorí nemajú zdravotné problémy. Vybrané didaktické a názorné texty majú podporiť proces psychologického vývoja a zaistiť psychickú vyrovnanosť.

Pri danej typológii je nevyhnutné pripomenúť, že realizácia klinickej biblioterapie by mala prebiehať pod dohľadom psychoterapeuta a nie je možné aby ju praktizovali v rámci svojej bežnej praxe knihovníci, pedagógovia, či sociálni pracovníci. Ich uplatnenie pri tomto type biblioterapie je možné v pozíciách asistentov terapeuta. (Kruszewski 2006)

Biblioterapia v praxi

Princípy biblioterapie možno využiť pre rôzne cieľové skupiny klientov. Úspechy pri jej aplikovaní v procese rehabilitácie sa preukázali pri práci so seniormi, v prípade týraných a opustených detí, pri obetiach domáceho násillia, hospitalizovaných pacientoch v nemocniciach a iných liečebných zariadeniach, či vo väzniciach. (Švamberk Šauerová 2012)

Biblioterapia sa v slovenských podmienkach využíva v rámci možností, ktoré sú limitované do istej miery nedostatočnou odbornou prípravou odborníkov z rôznych vedných disciplín, ktoré nachádzajú v danej oblasti vzájomný prienik. Realizáciu tohto druhu terapie možno nájsť v niektorých psychiatrických liečebniach, no ich počet je nízky, vzhľadom na minimálny počet psychiatrov a klinických psychológov využívajúcich biblioterapiu. V slovenských knižniciach sa biblioterapia nevyskytuje skoro vôbec a ak, tak v redukovanej forme – najmä prostredníctvom zážitkových čítaní pre deti. (Dubecká 2016)

Z praxe vieme, že hoci niektoré resocializačné zariadenia vo svojich resocializačných programoch biblioterapiu vyslovene neuvádzajú, venujú jej v rámci svojich možností priestor. Otázne však zostáva, či akúkoľvek prácu s knihou a literatúrou bez jasných pravidiel a cieľov možno označiť za biblioterapiu s očakávaním želaných zmien. Okrem biblioterapie sa v režime liečby na oddeleniach a ambulanciách využívajú aj iné špecifické formy a metódy psychoterapie ako napr. arteterapia, ergoterapia, muzikoterapia. (Ondrejko 2009)

Majzlanová (2011, s. 48) pri realizácii biblioterapeutickej a dramatoterapeutickej intervencii u ľudí závislých od alkoholu a iných drog vypracovala na základe svojej praxe niekoľko praktických odporúčaní:

1. Pred prvým stretnutím je nutné vypracovať pravidlá práce v skupine, aby klienti zachovávali patričnú úctu vo vzájomnej komunikácii, dodržiavali zásadu zachovania mlčanlivosti a pod.
2. Dôležité je využívanie rituálov – pozdrav, vystúpenie z roly, sedenie v kruhovom útvere, symbolické odloženie momentálnych neriešiteľných problémov na inú príležitosť,... Tieto kroky môžu prispieť k lepšiemu porozumeniu vlastnej individuality a spoločenskej identity.

3. Zaradenie imaginatívnych uvoľňujúcich cvičení a relaxácie napomáha odbúravať stres, učia klienta navodzovať príjemné predstavy a pocit pohody (aj bez užívania drogy).
4. Neverbálne techniky pomáhajú pri sebaovládaní, poznávaní fyzických i psychických hraníc.
5. Pri problémoch s jednotlivcami v skupine (agresivita, nedostatočná sústredenosť) je dôležité venovať sa jednotlivcovi, dovysvetľovať pravidlá, pomôcť pri sebarealizácii a sebaaprezentácii sa v rámci aktivít, pôsobiť na klientovo správanie pomocou zrkadlenia alebo kinestetickú empatie (reflektovanie emocionálneho naladenia klienta neverbálnym vyjadrením).
6. Venovať dostatok času diskusii a reflexii pacientov v priebehu alebo záverom jednotlivých aktivít.
7. V rámci biblioterapeutických i dramaterapeutických aktivít je vhodné využívať známe mýty a príbehy, ktoré korešpondujú s aktuálnymi problémami klienta v rámci ktorých môžu hráči tvoriť a navrhovať alternatívne riešenia.

V zahraničí je využívanie biblioterapie v rámci práce s rôznorodými klientami oveľa častejšie. Časť vedeckých a výskumných prác v tejto oblasti sa okrem iného venuje aj efektívnosti tejto expresívnej terapeutickú metódy, ktorá sa ako pomerne úspešná javí pri problémoch s asertivitou, zmenou postojov, zmien správania a osobného rozvoja. Naopak ako menej efektívna sa javí pri zmiernovaní strachu klientov, zmene sebahodnotenia a manželských problémoch. (Ballou 1995)

Či už pri liečbe jednotlivcov alebo skupín, detí alebo dospelých, klienti aj vďaka biblioterapii dosahujú lepšie pokroky ako pri iných porovnateľných terapiách. Tieto výsledky poukazujú na vplyv biblioterapie k dosiahnutiu lepších výsledkov v rámci liečebného procesu (Shechtman 2009). V našom prostredí sa tejto metóde v jej komplexnosti venuje málo pozornosti, čo zrejme súvisí aj s nedostatkom odborníkov venujúcich sa tejto oblasti terapie, ale aj jej časovou náročnosťou.

V susednej Českej republike sa môžeme stretnúť s jedinečným projektom BiblioHelp, ktorého cieľom je tzv. biblioterapia prostredníctvom webu. Návštevníci portálu majú k dispozícii databázu kníh určených širokej verejnosti a všetkým vekovým kategóriám. Obsahuje beletristické tituly, populárno-náučnú literatúru, ale aj poéziu. Na projekte tím portálu spolupracuje s odborníkmi z rôznych odvetví, medzi inými aj so sociálnymi pracovníkmi. Portál je online dostupný na adrese: <http://www.bibliothelp.cz> a vo svojej praxi ho môžu využívať aj ľudia z pomáhajúcich profesií ako doplnkový zdroj pre prácu s klientmi, či pre využitie v osobnostnom profesionálnom raste.

Zoznam bibliografických odkazov

BALLOU, M. B., 1995. *Psychological interventions: a guide to strategies*. Westport, Conn.: Praeger. ISBN 027594851X.

BARKER, R. L., 1995. *The Social work dictionary. 3rd ed.* Washington, D.C.: National Association of Social Workers, NASW Press. ISBN 0871012537.

DUBECKÁ, T., 2016. Biblioterapia v praxi – prieskum. In: *ITlib*. Roč. 2016, č. 3, s. 59-62. ISSN 1335-793X.

JANCZAK, B., 2006. Biblioterapia – teória a prax. In: *Knižnica*. Roč. 7, č. 2, s. 7-10. ISSN 1335-7026.

KRUSZEWSKI, T., 2008. Biblioterapie - léčba četbou. In: *Čtenář*. Roč. 60, č. 7-8, s. 219-223. ISSN 0011-2321.

KULKA, J., 2008. *Psychologie umění*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2329-7.

- MAJZLANOVÁ, K., 2010. Biblioterapia a dramaterapia pri liečbe ľudí závislých od alkoholu . In: *VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká* . Bratislava: Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.
- MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.
- ONDREJKOVIČ, P., 2009. *Sociálna patológia*. Bratislava: VEDA, vydavateľstvo SAV. ISBN 978-80-224-1074-8.
- RUSZOVÁ, D., 2008. *Biblioterapie jako metoda spadající do oblasti široce pojímané arteterapie*. Knihovnický zpravodaj Vysočina [online], Roč. 8, č. 1 [cit. 2016-11-22]. ISSN 1213-8231. Dostupné z: <http://kzv.kkvysociny.cz/Default.aspx?id=998>.
- SHECHTMAN, Z., 2009. *Treating child and adolescent aggression through bibliotherapy*. New York: Springer. ISBN 9780387097459.
- ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M. a kol., 2012. *Speciální pedagogika v praxi: [komplexní péče o děti se SPUCHJ]*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4369-1.
- VALENTA, M. a kol., 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1.
- VÁŠOVÁ, L., 1995. *Úvod do bibliopedagogiky*. Praha: Institut sociálních vztahů. Knihovnictví. ISBN 80-85866-07-2.

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

Úloha sociálnych pracovníkov v procese rozvodu manželstva ako negatívneho faktoru socializácie dieťaťa

The role of social workers in the process of divorce as a negative factor of socialization of the child

Katarína Chovancová (SK)

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá predovšetkým sociálnym pracovníkom v procese rozvodu manželstva. V prvej časti približujeme socializáciu ako podstatu života človeka v spoločnosti. Následne sa stručne venujeme problematike rozvodu, najmä jeho príčinám a dôsledkom. Významne postavenie má predovšetkým sociálny pracovník ako pomáhajúci profesionál, preto našim cieľom je poukázať na jeho zručnosti, ktorými prispieva ku zmierneniu dôsledkov rozvodu na maloleté dieťa. Tieto zručnosti uvádzame v rámci kompetencie angažovanie sa v prospech dieťaťa, ktoré sme spracovali prostredníctvom kvalitatívneho výskumu naratívnu metódou.

Kľúčové slová: Dieťa. Rozvod. Socializácia. Sociálny pracovník.

Abstract

The contribution deals with mainly social workers in the process of divorce. In the first part we are approaching socializing as the essence of human life in society. Then briefly we deal the possibilities of divorce, especially its causes and consequences. The importance position has primarily a social worker as helping professional, so our aim is to show his skills, which contribute to mitigating the effects of divorce on a young child. These skills are presented in the competence of the engagement in favor of a child that we processed narrative method of qualitative research.

Keywords: Child. Divorce. Socialization. Social worker.

Úvod

Človek sa rodí ako biologická bytosť, ktorá je vybavená systémom vrodenných reflexov, pudov, ktoré mu umožňujú zabezpečiť základné funkcie. Osoba postupne počas vývinu má potrebu prispôbovať sa jednotlivým podmienkam, situáciám a požiadavkám spoločenského života. Preto (Reichel 2008) je žiaduce klásť dôraz na primárnu socializáciu, ktorej cieľom je pripraviť jednotlivca, aby v dospelosti mohol viesť plnohodnotný život v spoločnosti (Bašistová 2007), zvládnuť životné situácie a rozpoznať potenciálne predpoklady na ďalší rast osobnosti. Dôležitú úlohu v nej zohrávajú rodičia, a rodinné prostredie. Samotná okolnosť, že jeden z rodičov rodinu opustí, môže mať negatívne dôsledky. V dnešnej dobe pozorujeme, že mnoho manželstiev zlyháva, pretože manželia nie sú schopní spoločne vyriešiť problémy v rodine z rôznych dôvodov. Zákon č. 36/2005 o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov, (ďalej ako zákon o rodine) sa ustanovuje, že rozvod manželstva by mala byť posledná, výnimočná možnosť riešenia rozvratu manželského vzťahu, ak je skutočne a nenávratne rozvrátené. Aj súdna prax však ukazuje, že manželia podávajú návrh na rozvod z frustrácie.

V príspevku stručne predkladáme príčiny rozpadu manželstva, ďalej rozvod z právneho, ako aj zo psychologického hľadiska. Následne popisujeme úlohy kolízneho opatrovníka v zastúpení Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, oddelenia sociálnoprávnej ochrany detí, pretože v oboch prípadoch má nesmierne dôležitú funkciu. Plnenie týchto úloh, však vyžaduje nemalú výkonnosť a pozornosť. Z toho dôvodu by sme chceli uviesť niektoré

zručnosti, ktorými disponujú sociálni pracovníci pri zmierovaní dôsledkov samotného rozvodu.

Teoretické východiská – socializácia, rozvod manželstva a kolízny opatrovník

Úlohy socializácie a jej význam pre spoločnosť

Podstatou procesu socializácie je postupná premena človeka, ako biologického individua, na spoločenskú bytosť. Táto premena človeka sa deje prostredníctvom sociálnej interakcie v určitých skupinách v spoločnosti. Ľudská osoba si vo svojom okolí osvojuje normy, hodnoty, spôsoby jednania a vzorce správania, ktoré platia v danej kultúre a v určitej skupine, ktorej sa stáva členom. Človek sa musí pripraviť na nároky, ktoré spoločnosť akceptuje. Z toho vychádza, že jednou z funkcie, úloh socializácie je sformovať osobu, aby sa aj v osamote chovala tak, akoby bola pod stálym dohľadom ostatných členov skupiny. Tým utvára spôsob jednania a formuje tendencie k morálnemu, v spoločnosti vhodnému reagovaniu v rôznych situáciách. (Keller 2008) Hodnoty, ktoré si človek osvojil v určitej sociálnej skupine, by ho mali viesť k tomu, aby tieto hodnoty, rozvíjal ďalej d'alsím členom v spoločnosti. Okrem získavania sociálnych skúseností si človek osvojuje normy, hodnoty, ktoré sú reprezentované v danej spoločnosti.

Prvou fázou procesu je primárna socializácia, ktorá sa uskutočňuje v skoršom období predovšetkým v detstve. Prevláda tu proces učenia čo znamená, že človek iba prijíma určité podnety od ostatných. Tieto primárne návyky sa učí predovšetkým od základnej bunky spoločnosti, ktorou je rodina. Ak si ich osvojí a podľa nich sa aj správa hovoríme, o interiorizácii. Rodina popri práci a užívaní hmotných dohier patrí medzi tri základné hodnoty hospodárskeho a spoločenského života. (MM 29) Pre citový vývin dieťaťa má mimoriadny význam dobrý vzťah medzi obidvoma rodičmi.

Preto spoločným dobrom manželstva nemôže byť len rodenie detí, ale plné utváranie človeka, tak detí, ako aj rodičov. Je dôležitá výchova detí k zodpovednosti počas celého života aj ohľadom vytvárania rodiny (Rozkoš 2008). Dieťa viac-menej preberá idey, vieru, predsudky, presvedčenie, ktoré mali jeho rodičia a tie sa potom stávajú jeho vnútorným prostredím. „*Je nanajvýš dôležité, aby nové generácie dostali primeranú kultúru, ako i náboženskú výchovu – čo je povinnosť a právo rodičov – k zmyslu pre zodpovednosť vo všetkých prejavoch života*“... (MM 182)

Rozvod manželstva

Príčiny rozvodu manželstva môžu mať objektívny charakter, napr. zlý zdravotný stav, nezavinené finančné problémy, povahové odlišnosti, alebo subjektívny charakter, ako alkoholizmus, násilie, porušovanie manželských povinností ako nevera, nezáujem o vzájomné spolužitie uprednostňovanie vlastných záujmov pred záujmami rodiny a pod. Súd musí prihliadať na všetky príčiny (Horváth, Varga 2014), pretože vážny rozvrat manželstva spravidla nespôsobuje len jedna príčina (Lazar 2014). V súvislosti s právami a povinnosťami manželov, dávame do pozornosti, že vo vzťahoch medzi manželmi, má dôležité miesto hlavne komunikácia, ktorá však u viacerých zosobášených párov zlyháva. Hlavnými chybami pri komunikácii medzi manželmi sú sebeckosť, poučovanie, arogantnosť, nadriadenosť, osočovanie, hrubosť, nepozornosť a podobne (Novák 2007).

Podľa zákona o rodine je súd povinný *zistiť príčiny, ktoré viedli k vážnemu rozvratu vzťahov medzi manželmi a pri rozhodovaní o rozvode na ne prihliada.* Zároveň ukladá súdu povinnosť, aby pri rozhodovaní o rozvode vždy prihliadol na záujem maloletých detí. V takomto prípade súd ustanoví maloletému dieťaťu opatrovníka, ktorý ho bude v konaní, alebo pri určitom právnom úkone zastupovať. (čl. I., §23, ods.2) Zákon o rodine zavádza pre tento typ opatrovníka legislatívnu skratku „kolízny opatrovník“.

Rozvodové konanie sa začína podaním návrhu o rozvod manželstva jedného z manželov. Tento návrh je vlastne prejavom vôle ukončiť manželstvo, (Horváth, Varga 2014) ktoré spočíva v uplatnení si tohto práva. Musia byť splnené určité procesnoprávne podmienky konania o rozvode manželstva a to podľa občianskeho súdneho poriadku z. č. 99/1963 Zb.:

- návrh na rozvod so všeobecnými náležitosťami podania podľa §42 ods.3 ako aj osobitné náležitosti návrhu na začatie konania podľa §79 ods.1,
- splnenie poplatkovej povinnosti.

O rozvode manželstva súd rozhoduje s pojednávaním. Rozhodnutím o rozvode manželstva súd vyhovie návrhu, alebo návrh na rozvod zamietne. Manželstvo ako právny vzťah zaniká momentom právoplatnosti rozsudku, ktorým sa návrhu na rozvod vyhovel.

V manželstve s deťmi, a často aj bez nich, je zánik partnerstva muža a ženy zraňujúcou stratou a veľkou záťažou pre všetkých, členov. Psychológovia pozerajú na rozvod ako na proces, ktorý začína premýšľaním jedného z manželov o rozvode, ako o jedinom perspektívnom riešení manželských problémov. Právny rozvod, ktorý sme stručne opísali v predchádzajúcich riadkoch, je len jedným z krokov. (Poupětová 2009) pripomína, že rozvod je záťažovou situáciou, so stresovým potenciálom. S rozvodom sú spojené straty (vzťahové, psychické, majetkové) a zmeny (každodenného fungovania, hospodárenia, rodinného statusu, bydliska). Vyrovnávanie sa s touto záťažou vyžaduje čas, priestor a porozumenie, čo býva často náročné, vzhľadom na vonkajšie aj vnútorné nároky na fungovanie. Všetky tieto psychologické dôsledky rozvodu tvoria bariéru pri adaptácii na novú sociálnu situáciu u rodičov ako u ich detí.

Úloha kolízneho opatrovníka v procese rozvodu

Kolízny opatrovník sleduje záujem dieťaťa v jednotlivých konaniach vo veciach maloletých, kedy dochádza ku kolízii záujmov jeho zákonných zástupcov. Preto funkcia kolízneho opatrovníka spočíva v povinnosti objektívne chrániť práva a právom chránené záujmy dieťaťa v konaní. Kolízny opatrovník pri ochrane práv dieťaťa zohľadňuje aj názor dieťaťa k prejednávanej veci, ak je to v jeho záujme. Zároveň, podľa zákona č. 305/2005 o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov, jeho úlohou je zistiť rodinné, bytové a sociálne pomery dieťaťa. Na základe týchto zistení podáva súdu návrh na úpravu práv a povinností. (čl. I. §20 ods.2.) Funkcia kolízneho opatrovníka zaniká ukončením konania, alebo vykonaním právneho úkonu, na ktorého účely bol ustanovený. Táto funkcia je zvyčajne časovo a vecne obmedzená

Jeho úloha spočíva predovšetkým v zaistení vyhovujúceho psychického, fyzického a sociálneho vývinu dieťaťa, predovšetkým uspokojovaním jeho potrieb. Postupovať v záujme dieťaťa znamená, mať na vedomí potreby dieťaťa zachovaním jeho individuality a jedinečnosti, zohľadňujúc v akej životnej situácii sa nachádza, v akých podmienkach žije.

Metodológia výskumu

Cieľom tohto príspevku je poukázať na zručnosti sociálnych pracovníkov, ktorými prispievajú ku zmierneniu dôsledkov rozvodu na maloleté dieťa. Tieto zručnosti sú súčasťou kompetencie angažovanie sa v prospech dieťaťa.

Predkladaná problematika je nám blízka, nakoľko sa aj v dizertačnej práci venujeme intervencii a kompetenciám sociálnych pracovníkov v procese úpravy práv a povinností k maloletému dieťaťu (ďalej ako ÚPP). Počas mesačnej študijnej stáže v Maďarsku na Debrecen Reformed Theological University, sme v rámci kvalitatívneho výskumu zozbierali dáta prostredníctvom pološtruktúrovaných rozhovorov.

Výskumnú vzorku tvoria zamestnanci z Centra pre starostlivosť o deti a rodinu (*Család és gyermekjóléti központ*), ako aj z oddelenia opatrovníctva z okresného úradu (*Gyámügyi osztály*). Na Slovensku nám zatiaľ v rámci pred-výskumu poskytli rozhovory sociálni pracovníci z oddelenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.

V oblasti kompetencii pracujeme so špecifickou výskumnou otázkou zameranou na zistenie spôsobu realizácie jednotlivých kompetencii v rámci ÚPP. Prostredníctvom pološtruktúrovaných sme sa našich participantov pýtali, aké zručnosti by podľa nich mal mať sociálny pracovník v danej kompetencii. Vzhľadom na zameranie nášho príspevku sme si vybrali jednu kompetenciu, a to *angažovanie sa v prospech dieťaťa*.

Keďže v budúcnosti sa chystáme realizovať ďalšie rozhovory na Slovensku ako aj v zahraničí, zatiaľ uvádzame výsledky naratívnu metódou.

Výsledky výskumu - Angažovanie sa v prospech dieťaťa

Jednou z potrebných zručností sociálnych pracovníkov v procese rozvodu manželstva je angažovanie sa v prospech dieťaťa.

U participantov z oboch krajín (Slovensko, Maďarsko) zväčša odznelo, že pri realizácii tejto kompetencie je podstatné *vedieť prispôbiť komunikáciu ku veku dieťaťa*. Z dôvodu, že táto kompetencia je realizovaná najmä pri zisťovaní názoru dieťaťa. Ako uviedli, pri starších deťoch je možné pýtať sa na rovinu, pretože už mnohé veci sú schopní vnímať racionálne, avšak menšie deti potrebujú viac času a podpory. Následne vyzdvihli najmä zručnosť *pozorovania neverbálnej komunikácie* dieťaťa. S komunikáciou sa bezprostredne spája aj *citlivý prístup* sociálneho pracovníka, pretože deti v menšom možno rozvodu rodičov racionálne nerozumejú, ale emocionálne ich vnímajú. Participant z Slovenska poznamenal *vytvorenie pocitu bezpečia*, aby dieťa nemalo pocit, že je na výsluchu.

Participant, ktorí pracujú v centre pre deti a rodinnú starostlivosť v Maďarsku, pri komunikácii spomenuli aj *využívanie hier* najmä u menších detí. Podľa ich slov práve hra je dobrým spôsobom ku relevantnej odpovedi a spôsobom, akým môžeme získať odpoveď bez nátlaku. V rámci stáže sme mali možnosť vidieť komunikáciu pracovníka s dieťaťom cez hru a to nielen v prirodzenom prostredí dieťaťa, ale aj priamo v centre v miestnostiach vytvorených pre prácu s deťmi. Participant s dlhodobou praxou uviedli, že *komunikácia cez hru* je najúčinnjšia pri zisťovaní názoru dieťaťa pri ÚPP, no nie vždy sa podarí naviesť dieťa ku odpovedi. Presne v takejto situácii sociálny pracovník musí *vedieť spozorovať, vycítiť*, že sú určité fakty, alebo spomienky na rodiča, o ktorých dieťa nechce hovoriť. Je nutné všimnúť si tieto znaky, pretože týmto spôsobom dáva dieťa „znamenie“, že niečo nie je v poriadku. Isteže sociálny pracovník musí dávať pozor na predčasné určenie problému. Aj keď má pracovník pocit, že odhalil príčiny problému, nemôže robiť unáhlené závery. V prípade zisťovania názoru dieťaťa väčšina pracovníkov uviedla, že vyhýbanie sa odpovedi môže byť síce jasným znamením, no niekedy dieťaťu absentuje dôvera v pracovníkovi. Práve v týchto prípadoch pracovníci uviedli *vybudovanie dôvery* na prvé miesto v zručnostiach pri zisťovaní názoru dieťaťa. Zároveň dodali, že vytvorenie dôvery môže trvať aj niekoľko mesiacov. V niektorých odpovediach sme zachytili, že sociálny pracovník musí *vedieť dodržať hranice dieťaťa*.

Participant z oddelenia poručníctva majú skôr úradné právomoci, čo znamená, že v kompetenciách majú skôr vydávať rozhodnutia, napr. pokutovať ak sa nedodržia povinnosti, no predsa sa snažia aj aspoň využiť komunikačné metódy, a predovšetkým v prospech dieťaťa sa snažia dohovoriť obom rodičom, aby nezabúdali na to, že hoci už nie sú manželmi, no naďalej sú rodičmi. Podľa nich pracovník *nemôže byť zaujatý*, musí byť *nestranný*, pretože len vtedy dokáže adekvátne posúdiť situáciu. Jeden z úradníkov apeloval na *empatiu*, no zároveň dodal, že emócie je potrebné dať bokom.

Záver

Ako uvádza Vágnerová, deti mnohokrát rozvod rodičov popierajú. Niekedy aj dlhý čas po rozvode žijú v nádeji, že rodičia sa opätovne zblížia, čo im môže brániť v úplnom vyrovnaní sa s rozvodom. Pri spracovávaní rozvodových strát je najzreteľnejšou emóciou detí smútok. Rozvodom sa rozpadáva spoločenstvo ľudí, ku ktorému dieťa patrilo, ktoré mu dodávalo oporu a pocit bezpečia. Dieťa preto môže byť úzkostnejšie a môžu mať rôzne obavy o rodičov, častý je aj strach z opustenia. Čím väčšie sú zmeny v doterajších životných podmienkach dieťaťa, tým viac z doterajších istôt stráca. (Vágnerová, 1999).

Je potrebné podotknúť, že kolízny opatrovník počas svojej intervencie nemá posudzovať dôvody rozpadu vzťahu, či manželstva, ale má objektívne zvážiť všetky možnosti rodiča a jeho schopnosť postarať sa o dieťa bez rozdielu na pohlavie a povahu.

Zoznam bibliografických odkazov

- BAŠISTOVÁ, A., 2007. *Vybrané kapitoly zo základov sociológie*. Košice: Seminár sv. Karola Boromejského. ISBN 978-80-89138-65-4
- HORVÁTH, E. a E. VARGA, 2014. *Zákon o rodine: komentár*. Bratislava : Walters Kulwer. ISBN 978-80-8186-021-2
- JÁN XXIII., 2008, *Mater et magistra*. In: Dokumenty sociálnej náuky cirkvi. Trnava: SSV. ISBN 978-80-7162-694-7
- KELLER, J., 2008. *Úvod do sociológie*. Praha: Sociologické nakladateľství. ISBN 978-80-86429-39.
- LAZAR. J. a kol., 2014. *Občianske právo hmotné*. Bratislava: Iuris Libri, spol. s.r.o. ISBN 978-80-89635-08-5.
- NOVÁK, T., 2007. *Hádky v manželstve*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2472- 037-1.
- POUPETOVÁ, Š., 2009. *Netrapte se po rozvodu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2046-3.
- REICHEL, J., 2008. *Kapitoly systematické sociologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80- 231.
- ROZKOŠ, M., 2008. Dôstojnosť ľudskej osoby ako prirodzený základ práv človeka podľa K. Wojtylu. In: *Filozofický kruh* [online]. Č. 1 [cit. 2016-24-11]. ISSN 1337-7698 247-2594-9. Dostupné z: [http:// ktfke.sk/fkruh/archiv/08-1.htm#ROZKOŠ](http://ktfke.sk/fkruh/archiv/08-1.htm#ROZKOŠ).
- VÁGNEROVÁ, M., 1999. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 8071848034.
- Zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- Zákon č. 99/1963 Zb. Občiansky súdny poriadok

Kontakt na autorku

Mgr. Katarína Chovancová
Interná doktorandka
Katolícka univerzita v Ružomberku
Teologická fakulta
Hlavná 89, 040 21, Košice
E-mail: kitti.chovancova@gmail.com

Možnosti riešenia kyberšikanovania odborníkmi pomáhajúcich profesií Possible solutions to cyberbullying experts helping professions

Magdaléna Halachová, Eva Žiaková (SR)

Abstrakt

Autorky v rámci príspevku prezentujú výsledky kvalitatívneho autorského výskumu zameraného na možnosti riešenia kyberšikanovania odborníkmi pomáhajúcich profesií, ktorý bol realizovaný prostredníctvom fókusových skupín. Z výsledkov vyplýva, že podľa odborníkov má kyberšikanovanie pomerne stúpajúcu tendenciu a v rámci prevencie tejto patológie pracovníci z centier pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie už teraz nie sú kapacitne dostatočne zabezpečení na to, aby pokryli celú oblasť. V kontexte intervencie je potrebné brať do úvahy špecifickú kyberšikanovania, ktoré odborníci vnímajú len okrajovo.

Kľúčové slová: Kyberšikanovanie. Pomáhajúce profesie. Obet'. Agresor.

Abstract

The authors within the paper presents the results of qualitative author's research focused on possible solutions to cyberbullying experts helping professions, which was conducted through focus groups. The results show that, according to experts, is quite cyberbullying upward trend and in the prevention of this pathology staff of the centers of pedagogical and psychological counseling and prevention now are not capacity sufficient security to cover the whole area. In the context of intervention it is necessary to take account of the specific cyberbullying that experts perceive only marginally.

Keywords: Cyberbullying. Helping professions. Victim. Agresor.

Vymedzenie kompetencií vychádza z premisy, že pre kvalitné vykonávanie praxe sociálnych pracovníkov je potrebné identifikovať a pracovať následne na osobných spôsobilostiach, vhodných charakterových vlastnostiach a adekvátnom rozsahu kompetencií (Grejtáková, Vorobel). Podľa Průchu a Vetešku (2014) kompetencie zahŕňajú tak vedomosti, spôsobilosti, schopnosti, ako aj postoje a hodnoty, ktorých špecifickosť kombinácií v danej súvislosti umožňuje kompetentný výkon. Je nesporné, že práve sociálni pracovníci by mali disponovať širokým komplexom nielen odborných, ale aj sociálnych a personálnych spôsobilostí, na základe ktorých sú oprávnení vykonávať svoje profesionálne činnosti a poskytovať odborné služby na erudovanej báze (Veteška 2011).

V súčasnosti pri sociálnej práci je veľmi dôležité reflektovať práve nové požiadavky odrážajúce sa v spoločenskej objednávke. Kyberšikanovanie je bezpochyby práve takou sociálnou patológiou, ktorú je potrebné implementovať nielen medzi súbor poznatkov, metodických postupov, ale i do kompetenčného rámca sociálnej práce. Primárne by sa mala orientovať na cieľovú skupinu mládeže, pretože tá tvorí najrizikovejšiu skupinu v rámci tejto patológie. A to z dôvodu, že jedným zo mnohých spoločenských mechanizmov pomoci pri zvládaní tejto sociálnej deviácie by mala byť práve „sociálna práca ako profesionálna odborná činnosť, ktorá umožňuje mládeži identifikovať, eliminovať, riešiť alebo aspoň zmierniť osobné, skupinové a komunitné sociálne negatívne problémy alebo negatívne vplyvy prostredia. Sociálna práca s mládežou má prispievať aj k zlepšovaniu vzájomného prispôsobovania sa mládeže a sociálneho prostredia, v ktorom žije a k rozvíjaniu sebaúcty a vlastnej zodpovednosti s využitím zdrojov a schopností mladých ľudí, ich medziľudských vzťahov a zdrojov poskytovaných spoločnosťou.“ (Hudecová 2010) Čo potvrdzuje zámer

práce vychádzať práve zo sociálno-ekologických teórií reflektujúcich túto skutočnosť, nakoľko predmetom sociálnych pracovníkov by mala byť situácia braná ako celok, so všetkými bariérami zvládania situácie klienta (Hudecová, Kurčíková 2014) a v celkovom jeho sociálnom prostredí.

Výskumné zistenia

Metóda samostatnej fókusovej skupiny zloženej z odborníkov pomáhajúcich profesií bola využitá iba ako doplnková kvalitatívna metóda ku rozsiahlejšej kvantitatívnej časti. Preto bolo prístupné k tomu, že z odborníkov bola zostavená jedna skupina, nakoľko zámerom výskumu nebolo detailne analyzovať kategórie výpovedí respondentov, ale iba zistenie stavu a smerovania kompetencií odborníkov pri kyberšikanovaní. Nakoľko bola plánovaná iba jedna fókusová skupina, táto mohla byť moderátorom vedená naozaj iba voľne a tým bolo umožnené účastníkom zamerať sa v diskusii prednostne na témy, ktoré považujú za dôležité, čo sa v konečnom dôsledku ukázalo ako efektívne.

Výskumnú vzorku tvorili pracovníci pomáhajúcich profesií prichádzajúci do kontaktu s kyberšikanovanými klientmi. Výskumu sa zúčastnili štyria pracovníci zo štyroch centier pedagogickopsychologického poradenstva a prevencie, ktorí zastávali pozície sociálnych pracovníkov, sociálnych pedagógov a psychológov v priemere s 5,3 ročnou praxou v odbore. Výskumu sa zúčastnili i riaditeľka Linky detskej dôvery so sídlom v Košiciach (15 ročná prax), nakoľko i dištančná intervencia je v rámci kyberšikanovania kľúčovou oblasťou a riaditeľka neziskovej organizácie Miesto pod slnkom (18 ročná prax), ktorá ako prvá na Slovensku získala akreditáciu pre vykonávanie opatrení sociálnoprávnej ochrany, sociálnej kurately detí.

Preventívne a intervenčné aktivity pri kyberšikanovaní zo strany odborníkov

Nasledujúca časť sa bude zaoberať prepojením jednotlivých pomáhajúcich profesionálov pracujúcich s kyberšikanovaným jedincem. Nebude sa konkrétne členiť iba na prevenciu a intervenciu ale jednotlivé koncepty sa budú prelínať v rámci problematiky nastavenej respondentmi vo fókusovej skupine.

V rámci preventívnych aktivít možno konštatovať, že nakoľko bola väčšina respondentov z centier pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, tak s touto oblasťou mali značné skúsenosti. Majú vypracované preventívne aktivity, ktoré sú realizované tak na školách, ako i v ich centrách. Ďalšou oblasťou, ktorú respondenti načrtli, je že kyberšikanovanie má pomerne stúpajúcu tendenciu a v rámci prevencie tejto patológie pracovníci z centier pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie už teraz nie sú kapacitne dostatočne zabezpečení na to, aby pokryli celú oblasť primárnej prevencie.

Pri intervenčných aktivitách respondenti - sociálni pracovníci v rámci intervencie kyberšikanovania spolupracujú s kyberšikanovaným klientom, s jeho rodinou, so školou, s políciou, prípadne ak je to možné, tak i s agresorom kyberšikanovania. Podľa ich slov spolupráca má iba čisto odporúčací, prípadne distribučný charakter. V niektorých prípadoch, však respondenti uvádzajú, že klienti i rodina sa cítia byť kyberšikanovaním natoľko ochromení a s pocitom hanby, že ich na niektoré úkony, hlavne oznamovacieho charakteru splnomocňujú. Samozrejme na týchto problémoch sa následne pracuje a upevňuje sa ich spôsobilosť samostatne konať i v tejto oblasti.

Inštitúcie spolupodieľajúce sa na intervencii kyberšikanovania

V rámci intervencie boli identifikované dva druhy inštitúcií s ktorými respondenti pri intervencii kyberšikanovania prichádzajú do kontaktu a to Oddelenie sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately a škola.

Oddelenie sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately

V rámci práce s kyberšikanovanými adolescentmi pod 18 rokov spolupracujú respondenti- odborníci pomáhajúcich profesií so sociálnymi pracovníkmi z oddelenia sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately. Majú však s nimi rozličné skúsenosti. Jedni respondenti (sociálna pracovníčka neziskovej organizácie a sociálna pracovníčka z centra pedagogicko- psychologického poradenstva a prevencie) spoluprácu vidia ako pozitívnu, kedy boli títo pracovníci pri riešení problematiky nápomocní. Spolupracovali s obeťou kyberšikanovania, ale hlavne s agresorom kyberšikanovania. Sociálna pracovníčka z centra pedagogicko- psychologického poradenstva a prevencie mala skúsenosť s prípadom kyberšikanovania, kedy bol riešený agresor v spolupráci so sociálnou kurátorkou, ktorý mal v tom čase 16 rokov, takže mu boli nariadené výchovné opatrenia. Nakoľko dané opatrenia nezabrali, tak bolo ustanovené súdne nariadenie s umiestnením v reedukačnom zariadení.

Naopak, respondenti psychológovia (z centra pedagogicko- psychologického poradenstva a prevencie) majú negatívne skúsenosti v spolupráci s pracovníkmi z oddelenia sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately. Upozorňujú na podstatnosť toho, s akým pracovníkom sa príde do kontaktu. Pri týchto pracovníkoch je ich skúsenosť taká (bolo dodané, že hlavne v rámci Košického kraja), že prípad kyberšikanovania bagatelizovali. Faktom ale ostáva, že pri tejto vekovej kategórii sú pracovníci z oddelenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately kompetentní konať.

Škola

Podľa pracovníkov z centier pedagogicko- psychologického poradenstva a prevencie je však rovnako dôležité ako spolupracovať so školami na preventívnych programoch pre deti a mládež to, aby mali školy vytvorené metodické usmernenia pre prípady odhalenia tejto novodobej patológie. Následne respondenti hovorili o metodickom usmernení Ministerstva školstva pri tradičnej forme šikanovania z roku 2006 (kde sa explicitne nehovorí o kyberšikanovaní), ktoré podľa ich slov ani do dnešného dňa nemajú školy zapracované vo svojom školskom poriadku. Sociálny pedagóg sa domnieva, že toto metodické usmernenie by malo byť právnym predpisom riaditeľom škôl nariadené, inak nemá zmysel na niečom takom pracovať, vytvárať to i pri kyberšikanovaní.

Povedomie škôl o intervencii v danej problematike je veľmi nízke. Respondent sociálny pedagóg má skúsenosti, že až keď nastane nejaký problém, tak až potom školy zvažujú či zvolať výchovnú komisiu a akým spôsobom by ho mali riešiť. Taktiež podľa jeho slov nevedia ako majú postupovať. Domnieva sa, že školy ako keby nevedeli komunikovať so svojimi zriaďovateľmi, ktorí by mali byť nápomocní, súčinní či už po právnej stránke alebo metodickom usmernení.

Kompetencie pomáhajúcich profesionálov

Podľa respondentov chýba vedomie spoločnosti o tom, že kyberšikanovanie vôbec je sociálna patológia. Taktiež, že sa prejavuje určitými spôsobmi, má svoje výrazné špecifiká oproti tradičnej forme šikanovania a že by mali byť štandardizované metodiky ako v daných prípadoch postupovať a aká kompetencia komu prináleží. A práve tu sa otvára priestor pre posúvanie riešenia problematiky do novej roviny, ktorá i odborníkom zjavne v súčasnosti chýba.

Respondenti usúdili, že je veľmi potrebné pracovať a rozširovať kompetentnosť sociálnych pracovníkov i iných pomáhajúcich profesionálov v danej problematike. Súčasne však zastávali názor či ide o kyberšikanovanie, odborníkov zaujíma len v diagnostickej etape v rámci vypracovávania anamnéz. Síce pracujú s obeťou terapeuticky i poradensky a aj na nastavovaní zvládania záťažových situácií, ale už bez špecifickosti a zámernej prepojenosti s kyberšikanovaním. Taktiež zdôrazňovali, že mechanizmy pri zvládaní kyberšikanovania nie sú žiadnym spôsobom odlišné od mechanizmov zvládania akejkoľvek inej záťažovej situácie

a ani intervenčné pôsobenie (prevenčné aktivity sú samozrejme uznané ako osobitné) nie je potrebné špecificky nastavovať.

V rámci diskusie sa vyskytla ešte potreba ukotvenia definičného i metodického rámca kyberšikanovania pre odborníkov pomáhajúcich profesií v praxi, ako i školy. V súčasnosti je v oblasti násilia účinné Metodické usmernenie 7/2006, o ktorom diskutovali i odborníci v rámci fókusovej skupiny. Toto usmernenie nemá v sebe explicitne zaradené aj kyberšikanovanie. Jeho problémovosť podľa odborníkov však spočíva v tom, že do dnešného dňa nie je riadne zapracované v školských poriadkoch škôl. A preto sa domnievajú, že problematiku kyberšikanovania a jej ukotvenia čaká ešte veľmi dlhá cesta.

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

- GREJTÁKOVÁ, I. a J. VOROBEL. Požadované kompetencie sociálneho pracovníka pri komunitnej práci v organizácii People in need na Slovensku [online]. [cit. 2016-10-27]. Dostupné z: <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/.../grejtakova.pdf>
- PRŮCHA, J. a J. VETEŠKA. 2014. *Andragogický slovník*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4748-4.
- VETEŠKA, J. a kol., 2011. *Teorie a praxe kompetenčního přístupu ve vzdělávání*. Praha: Educa Service. ISBN 978-80-87306-09-3.
- HUDECOVÁ, A. a kol., 2010. *Profesijné kompetencie sociálnych pracovníkov v kontexte intencionálnych a inštitucionálnych reflexií*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici. ISBN 978-80-557-0112-7.
- HUDECOVÁ, A. a K. KURČÍKOVÁ, 2014. *Kyberšikanovanie ako rizikové správanie*. Banská Bystrica: Belianum. ISBN 978-80-557-0745-7.

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

Osamelosť v kontexte sociálnej práce

The loneliness in the context of social work

Soňa Lovašová (SK), Zuzana Žofčáková (SK)

Abstrakt

Príspevok predstavuje pomyselný úvod do problematiky osamelosti v kontexte sociálnej práce. Jeho cieľom je v hrubých črtách vymedziť miesto sociálnej práce v tejto, najmä psychologicky vnímanej, problematike. Autorky sa zaoberajú osamelosťou ako takou, jej základnými definíciami a druhmi. Vymedzujú rozdiel medzi samotou a osamelosťou. Popisujú príčiny osamelosti s dôrazom na súvislosť so sociálnou prácou. V závere predstavujú sociálnu oporu a sociálnu rehabilitáciu ako príklad oblastí, v ktorých nachádza pri práci s osamelými klientmi uplatnenie práve sociálna práca.

Kľúčové slová: Osamelosť. Samota. Sociálne dôsledky. Sociálna opora. Sociálna rehabilitácia.

Abstract

The contribution is imaginary introduction to the topic of loneliness in the context of social work. Its aim is to define the broad outlines of the place of social work in this particular psychological perception issues. The authors deal with loneliness as a whole, the basic definition of a species. The distinction between loneliness and solitude. Describe the causes of loneliness, with an emphasis on the relationship with social work. The conclusions represent social support and social rehabilitation as examples of areas where they find in work with client's lonely exercise in the area of social work.

Keywords: Loneliness. Solitude. Social consequences. Social support. Social rehabilitation.

Úvod

Osamelosť je tradične odborníkmi vnímaná ako psychologický konštrukt, avšak svojimi dôsledkami zasahuje do rôznych sfér človeka. Je spájaná s rôznymi sociálnymi javmi a to nielen v kontexte svojich dôsledkov, ale aj príčin. Práve to určitým spôsobom vymedzuje miesto sociálnej práce v tejto problematike. Priestor nachádza najmä v eliminácii príčin a riešení dôsledkov v kontexte sociálne náročných situácií. Na to, aby to bolo možné, je potrebné pochopiť podstatu osamelosti a spôsob akým tento konštrukt funguje, čo je doménou psychologických vied.

Samota a osamelosť

Samota a osamelosť sú pojmy, ktoré bývajú často vnímané synonymicky, avšak je nevyhnutné rozlišovať ich (Ráčová 2006). Samota je objektívnym stavom, ktorý je navonok jednoducho pozorovateľný ostatnými ľuďmi (Gajdošová, in: Žiaková 2008). Rovnako je samota označená aj ako stav kedy je človek odlúčený alebo odčlenený od druhých ľudí, či už je spomínané odlúčenie zapríčinené ním samým alebo inými ľuďmi. Človek môže zažiť negatívnu, ale aj pozitívnu samotou. Z hľadiska negatívneho postoja k samote, ide o osamelosť. Pod pozitívnu samotou si možno predstaviť samotou, ktorá je podmienkou tvorby alebo písania práce, či knihy, ktoré by sa bez samoty nedali vytvárať. Spisovatelia, sochári, tesári, či výskumníci pracujúci v laboratóriu sú síce pri svojich činnostiach sami, avšak nepocitujú osamelosť. Pred pocitovaním osamelosti takto pracujúcich ľudí chránia dva momenty: podvedomé prepojenie s inými cez vykonávanú prácu, uvedomenie, že výsledok

ich práce bude niekomu inému určený. Druhým momentom je to, že po dokončení svojej práce budú opäť v spoločnosti ľudí. Niekedy ľudia vyhľadávajú samotu z dôvodu potreby oddychu od sociálnych vzťahov a rôznych sociálnych rolí z nich vyplývajúcich. (Androvičová, Rácz, Krchnák 2015, in: Šlosiar, Palenčár, Duško 2015)

Osamelosť je subjektívnym vnímaním vzťahov jedinca a nezávisí na objektívnych skutočnostiach. Mnohí ľudia pociťujú osamelosť aj v prípade, že disponujú viacerými medziľudskými vzťahmi a naopak niektorí ľudia aj keď žijú sami a nedisponujú toľkými medziľudskými vzťahmi nemusia pociťovať osamelosť. (Gajdošová, in: Žiaková 2008) V dnešnej spoločnosti sa práve tieto prípady osamelosti vyskytujú pomerne často. Človek sa uzatvára do seba skôr z núdze ako dobrovoľne, a to najmä ak sa rozhoduje čo bude akceptovať, či to vôbec bude akceptovať, prípadne nakoľko to bude akceptovať, a to napríklad vzťahy s ostatnými ľuďmi alebo ich hodnoty s vlastnými hodnotami, ktoré okolie jednotlivca nezdiera, nerozumie im, prípadne ich odsudzuje. Príčinou prežívania osamelosti nemusí byť len spoločnosť v ktorej jednotlivec žije, ale rovnako aj príčiny, ktoré sa nachádzajú vo vnútri človeka, teda ide o existenciálnu osamelosť, kedy jedinec nevie nájsť zmysel svojho života. (Androvičová, Rácz, Krchnák 2015, in: Šlosiar, Palenčár, Duško 2015)

Osamelosť

Pojmom osamelosť sa výskumníci začali zaoberať už v sedemdesiatych rokoch dvadsiateho storočia a je neodmysliteľnou súčasťou ľudskej existencie.

Teoretické chápanie osamelosti v spoločenských vedách je veľmi zložitá a sporná. Každý z autorov (Weiss, Gordon, Peplau a Perlman, John-Gierved) sa pridáva iného prístupu, s odlišnými cieľmi, v dôsledku čoho existuje celý rad rôznych teoretických chápaní osamelosti, avšak všetky tieto mierne odlišné pohľady, zdôrazňujú spoločnú myšlienku, a to, že človek je spoločenský tvor, pre ktorého sú sociálne vzťahy významné a prispievajú k jeho blahu. (Sha'ked, Rokach 2015)

Weiss (1973) uvádza, že osamelosť nie je spôsobená tým, že človek je sám, ale tým, že je bez určitého vzťahu alebo skupiny vzťahov, ktoré potrebuje. Osamelosť u ľudí sa zdá byť vždy odpoveďou na neprítomnosť konkrétneho typu vzťahu, respektíve reakciou na neprítomnosť nejakých konkrétnych vzťahov.

Podobnú definíciu uvádza aj Gordon (1976, in: Peplau, Perlman 1982), ktorý chápe osamelosť ako pocit deprivácie, ktorý je spôsobený deficitom niektorých druhov ľudských kontaktov, respektíve vzťahov a ako pocit deprivácie, ktorý prichádza, keď absentujú určité očakávané ľudské vzťahy. Vyznačuje sa pritom pocitom ako by jednotlivcovi niekto chýbal.

Jong-Gierveld (1978, in: Peplau 1985) charakterizuje osamelosť v nepatrne inom význame, a to, ako nepríjemnú skúsenosť kedy jedinec reálne disponuje menším počtom medziľudských vzťahov, akoby reálne chcel, čo je pre neho obzvlášť neprijateľné, ak vinu za túto situáciu pripisuje osobnej neschopnosti budovať medziľudské vzťahy.

Porovnateľné je tiež vymedzenie osamelosti Perlmana a Peplau (1981), ktorí definujú osamelosť ako nepríjemný pocit, ktorý nastane, ak človek pociťuje nedostatok v sieti sociálnych vzťahov, ktoré ho ovplyvňujú dôležitým spôsobom, či sú to už sociálne vzťahy kvantitatívneho alebo kvalitatívneho charakteru.

Rubenstein a Shaver (1982, in: Yeagley 2012) prirovnávajú osamelosť k hladu, pričom osamelosť varuje, že dôležité psychické potreby sú nenaplnené. Osamelosť charakterizujú ako zdravý hlad po intimitate a spoločnosti, to znamená, že ľuďom chýba spoločnosť, blízkosť a nejaké zmysluplné miesto na tomto svete a potrebujú tento hlad nejakým spôsobom uspokojiť. Avšak občasná osamelosť je prospešná, pretože vedie človeka k uznaniu svojej samostatnosti a k oceneniu potreby druhých ľudí k životu.

Dnešné chápanie osamelosti sa od toho minulého v svojom základe výrazne neodlišuje. Sullivan (2013) uvádza, že osamelosť je mimoriadne nepríjemný a hnací zážitok,

ktorý býva spätý s nedostatočným uspokojením potreby ľudskej intimity v zmysle medziľudských vzťahov. Uvedené vymedzenie osamelosti sa veľmi výrazným spôsobom približuje k chápaniu osamelosti Rubensteina a Shavera uvedeného vyššie, z čoho možno usúdiť, že ponímanie osamelosti ostáva relatívne nezmenené aj po niekoľkých desaťročiach.

Rovnako Robinson, Shaver a Wringsman (2013) vidia osamelosť ako dôsledok zlyhania alebo pocitu určitého nedostatku v interpersonálnej oblasti.

Jednotlivé definície osamelosti spolu zdieľajú tri základné znaky (Perlman, Peplau 1984):

- osamelosť je subjektívny zážitok, teda ako interpretuje udalosti jednotlivec, nie tak, ako udalosti objektívne pôsobia na ostatných ľudí,
- osamelosť je dôsledkom deficitu v interpersonálnych vzťahov jedinca,
- osamelosť je pre jedinca nepríjemná a stresujúca.

Každý človek má inú tendenciu k prežívaniu osamelosti, niektorí ľudia ju majú silnejšiu, iní zase slabšiu, preto z hľadiska psychológie možno uvažovať o osamelosti ako o osobnostnej črte. Osamelosť ako osobnostná črta je pomerne stabilným vzorcom toho, ako človek prežíva osamelosť a mení sa len v nízkej miere, a to vzhľadom na situácie, ktoré človek zažíva. Vzhľadom na to je dôležité rozlišovať osamelosť ako osobnostnú črtu a osamelosť ako stav. Stav osamelosti je zážitok, ktorý má svoje časové ohraničenie a je spojený s dramatickými zmenami v živote človeka. K týmto zmenám možno zaradiť študentov, ktorí opúšťajú svoje domovy a odchádzajú bývať na internát počas svojho štúdia na stredných, či vysokých školách a často krát kvôli týmto dočasným zmenám svojho pobytu môžu pociťovať určité stavy osamelosti. Podobné pocity sa môžu objaviť aj u ľudí, ktorí nastupujú do nového zamestnania, ale rovnako aj u študentov, ktorí nastupujú do nových škôl a potrebujú si vytvárať nové sociálne vzťahy s ostatnými ľuďmi. (Výrost, Baumgartner 2001)

Druhy osamelosti

Pre komplexné chápanie osamelosti je potrebné vymedziť jednotlivé druhy osamelosti z rôznych hľadísk. Žiaková (2008) rozlišuje osamelosť z psychologického hľadiska:

- *Kognitívna* – je druh osamelosti, ktorý sa vyznačuje tým, že človeku chýba nejaká osoba s ktorou by sa mohol porozprávať o práci, prípadne tvorbe, osoba, s ktorou by si človek rozumel v odbornej oblasti alebo v oblasti filozofie.
- *Behaviorálna* – znamená taký druh osamelosti, kedy jedinec pociťuje neprítomnosť osoby, s ktorou by sa mohol deliť o svoje trávenie voľného času alebo vykonávanie nejakej aktivity, ktorá mu prináša radosť.
- *Emocionálna* – tento druh osamelosti pociťuje človek, ak u neho nie je naplnená potreba lásky v zmysle citovej náklonnosti. Osamelosť takéhoto druhu je najzávažnejšia, pretože prináša mnoho dôsledkov, ktoré môže život človeka veľmi výrazne ovplyvniť.

Weiss (1973, in: Výrost, Baumgartner 2001) začal rozlišovať dva druhy osamelosti, a síce emocionálnu osamelosť a sociálnu osamelosť. *Emocionálna osamelosť* je definovaná ako stav kedy človeku chýba nejaká blízka osoba, s ktorou by si vytvoril dôverný vzťah, ktorý by prinášal uspokojenie emocionálneho charakteru. DiTommaso a Spinner (1997) uvádzajú, že emocionálnu osamelosť možno rozdeliť na *romantickú emocionálnu osamelosť* a na *rodinnú emocionálnu osamelosť*. *Sociálna osamelosť* je stav, kedy človek pociťuje deficit sociálnych vzťahov s ostatnými ľuďmi, s ktorými by zdieľal spoločné záujmy (Weiss 1973, in: Výrost, Baumgartner 2001). Palenčár a Duško (2015) uvádzajú, že emocionálna a sociálna osamelosť je nazývaná ako *interpersonálna osamelosť* a to z toho dôvodu, že berie do úvahy neprítomnosť vzťahov u človeka k inej osobe alebo k iným ľuďom.

Delenie Weissa bolo neskôr doplnené o intrapersonálnu a existenciálnu osamelosť, nakoľko jeho delenie nebolo považované za dosť komplexné a teoreticky validné (Palenčár,

Duško 2015). *Intrapersonálna osamelosť* nastáva keď osoba potláča to, čo cíti alebo to, čo si želá, a prijíma to, čo je vyžadované za svoje prania, osoba akoby neverí svojmu úsudku a svojim schopnostiam (Yalom 1980, in: Palenčár, Duško 2015). *Existenciálna osamelosť* je založená na separácii medzi osobou a hocíjakým iným bytím, respektíve separáciou medzi jedincom a svetom (Yalom 1980).

Young (in: Žiaková 2008) rozdeľuje osamelosť na základe času a situačných dimenzií a tak definuje tieto druhy osamelosti:

- *krátkodobá* – druh osamelosti, ktorý pozostáva z kratších, avšak príležitostne dlhších nálad spojených s osamelosťou,
- *chronická* – predstavuje druh osamelosti, ktorý sa vyznačuje tým, že trvá nepretržite dlhý čas, väčšinou dva a viacero rokov,
- *situačná* – znamená osamelosť, ktorá je spätá s nejakými závažnými stresujúcimi udalosťami, ktoré sa vyskytli v živote jednotlivca.

Z hľadiska toho, kto človeku osamelosť zapríčiňuje Bruno (2002, in: Žiaková 2008) rozlišuje *osamelosť, ktorú si jedinec spôsobil sám* rôznymi iracionálnymi myšlienkami, túžbou vzbudiť v ostatných ľuďoch pocit ľútosti, občasnou neschopnosťou prispôbiť sa situáciám alebo požiadavkám druhých ľudí, prípadne cielenou separáciou sa od ostatných ľudí a *osamelosť, ktorú sme si neprivodili sami*, to znamená, ktorá vznikla v dôsledku nepriaznivých životných udalostí. Medzi takéto udalosti možno zaradiť stratu blízkej osoby, či už je to životný partner, ale tiež rodinní príslušníci akými sú rodičia, súrodenci, či deti, ktorí mali s jedincom blízky vzťah. V dôsledku tejto straty môže človek prežívať pocity osamelosti.

Príčiny vzniku osamelosti

Poznať príčiny vzniku osamelosti je dôležité najmä preto, aby bolo možné v aplikačnej časti navrhnúť možnosti riešenia osamelosti a odporúčania pre prax. Žiaková (2008) rozdeľuje príčiny osamelosti na základe osobnostných premenných a na základe situačných premenných. K *osobnostným premenným* zaraďuje depresiu, zvýšenú úzkosť, introverziu, ale rovnako aj submisivitu človeka. Problematickou otázkou, ktorá sa objavuje je čo je následkom čoho, v zmysle, či je prežívanie osamelosti následkom depresie, alebo práve naopak, či je depresia následkom prežívania osamelosti. Žiaková (2008) poznamenáva, že introverzia a submisivita neboli jednoznačne potvrdené ako premenné, ktoré súvisia s prežívaním osamelosti. Dembligová (in: Svobodová 2013) uvádza, že pokiaľ sa človek v dave ľudí cíti osamelý je možné, že môže byť introvert. Ďalej k osobnostným premenným Žiaková (2008) zaraďuje pohodlnosť človeka a spoliehanie sa na rodičov, respektíve závislosť na nich, kde pociťujú určitú istotu. Tiež dôsledky nerozvážnosti v mladosti, ako nemorálny život, ktorý mohol človek viesť, prípadne nejaké negatívne skúsenosti s partnermi. Rovnako k týmto premenným radí nezrelosť človeka, ale aj jeho vlastné rozhodnutie byť osamelý alebo objektívne psychické znevýhodnenia, ak má jedinec nejakú duševnú poruchu alebo sa lieči a je na invalidnom dôchodku.

K *situačným premenným*, ktoré zapríčiňujú osamelosť Žiaková (2008) radí určité životné udalosti a situácie, ktoré môžu ľuďom priniesť zvýšené prežívanie osamelosti. Takouto situáciou môže byť ťažké zdravotné postihnutie, pokiaľ je zdravotne znevýhodnený človek, kvôli svojmu znevýhodneniu obmedzený na pohyb pomocou invalidného vozíka, jeho nadväzovanie sociálnych kontaktov môže byť sťaženejšie. Osamelosť nemusí prežívať len zdravotne znevýhodnený človek, ale aj rodič dieťaťa, ktoré je zdravotne znevýhodnené a potrebuje starostlivosť svojho rodiča. Ďalšou situáciou, ktorá môže nastať v súvislosti so situačnými premennými je sťahovanie, kedy človek často krát napriek svojej nevoľi musí opustiť svoje pôvodné bývanie, kde mal vytvorenú sieť sociálnych vzťahov. Takisto aj

životná situácia spojená so smrťou rodinného príslušníka, či už ide o smrť rodiča, partnera, detí alebo súrodencov, ale aj pri rozvode človeka s partnerom.

Výrost a Baumgarther (2001) označujú za ďalšiu možnú príčinu prežívania osamelosti *nedostatok sociálnych zručností*. Niektorí ľudia nemajú dostatok sociálnych spôsobilostí na to, aby vedeli s druhými ľuďmi bez problémov nadväzovať nové kontakty a priateľstvá. Nevedia o čom komunikovať, čím zaujať druhých ľudí, aby ich počúvali a viedli s nimi duchaplný rozhovor, ktorý by bol prínosný pre obe strany. Takéto spôsobilosti človek najlepšie nadobudne v komunikácii s ostatnými ľuďmi. Avšak, ak je človek bez dostatku sociálnych kontaktov, je dosť komplikované získať tento druh zručnosti. Peplau a Perlman (1982, in: Výrost, Baumgarther 2001) uvádzajú, že osamelí ľudia sa nachádzajú v akomsi kruhu, z ktorého nevedia vyjsť, čo je aj vysvetlením v čom sú dôvody, pre ktoré neustále pociťujú osamelosť. Do medziľudských vzťahov vstupujú s negatívnymi predpokladmi a slabými sociálnymi zručnosťami, čo je dôsledkom toho, že sa im nedarí utvárať a udržať si priateľstvá, pretože im to prináša skôr nepríjemnosti ako potešenie. Ak by prekonal tieto počiatočné negatívne očakávania a nadobudli viac sociálnych kompetencií, mohli by možno zvládnuť túto situáciu, v ktorej sa ocitli. Vaux (1988a, in: Výrost, Baumgarther 2001) vysvetľuje, že jedinec môže disponovať dostatočne kvalitnými sociálnymi spôsobilosťami, ale sám seba podceňuje a prikladá si slabé sociálne kompetencie, ktoré v skutočnosti také nie sú.

Záver

Je zrejmé, že miesto sociálnej práce je pri eliminácii sociálnych príčin osamelosti a riešení jej sociálnych dôsledkov nezastupiteľné. Ako príklad je možné uviesť sociálnu oporu a prácu so sociálnou sieťou jedincov. Sociálna opora je vnímaná z určitého uhlu pohľadu ako protipól sociálnej izolácie (Křivohlavý 2001). Odborníci pritom ďalej rozlišujú sociálnu oporu a sociálnu podporu poskytovanú odborníkmi jedincom, ktorý potrebujú sociálnu pomoc (Šolcová, Kebza 1999). Sfunkčnenie siete sociálnej opory a zvyšovanie schopnosti jej využívania je súčasťou sociálnej práce s klientmi.

Inou možnosťou uplatnenia sociálnej práce je práca v oblasti sociálnej rehabilitácie. Ak je sociálna rehabilitácia vnímaná v poňatí širšom, než tradičné chápanie sociálnej rehabilitácie ako druhu sociálnej služby, je jedným z postupov pri práci so sociálne izolovanými a osamelými klientmi oblasť zvyšovania sociálnych spôsobilostí a kompetencií.

Uvedené oblasti predstavujú len malú časť práce s klientmi trpiacimi osamelosťou. Ich ďalšiemu skúmaniu a aplikovaniu v praxi sociálnej práce je potrebné venovať pozornosť, pretože v súčasnej spoločnosti počet osamelých ľudí neustále stúpa.

Zoznam bibliografických odkazov

- ANDROVIČOVÁ, Z., A. RÁČZ a P. KRCHNÁK. 2015. Tri pohľady na osamelosť. In: J. ŠLOSIAR, M. PALENČÁR a M. DUŠKO, eds. *Osamelosť v kontexte zmyslu života*. Banská Bystrica: Belianum. s. 71 – 91. ISBN 978-80-557-1014-3.
- DiTOMMASO, E., and B. SPINNER, 1997. Social and emotional loneliness: A re-examination of Weiss typology of loneliness. In: *Personality and Individual Differences* [online]. Vol. 22, No. 3, p. 417 – 427 [cit. 2016-12-10]. ISSN 0191-8869/97. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S0191886996002048/1-s2.0-S0191886996002048-main.pdf?_tid=f2a1b1f8-bef6-11e6-94ac00000aacb35f&acdnat=1481388032_d55aa264f17139d4ed14ef59c8f23cfa
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-774-4.
- KEBZA, V. a I. ŠOLCOVÁ, 1999. Sociální opora jako významný protektivní faktor. In: *Československá psychologie*. Roč. XLIII, č. 1, s. 19-38. ISSN 0009-062X.

- MÜLLER DE MORAIS, M., 2015. *Osamelosť a zmysel života v adolescencii*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa. ISBN 978-80-558-0782-9.
- PALEŇČÁR, M. a M. DUŠKO, 2015. *Problém ľudskej samoty a osamelosti*. Banská Bystrica: Belianum. ISBN 978-80-5571-031-0.
- PEPLAU, L. A., and D. PERLMAN, 1982. Perspectives on Loneliness. In: L. A. PEPLAU and D. PERLMAN, eds. *Loneliness – A sourcebook of current theory, research and therapy* [online]. New York: Wiley. pp. 1 – 18 [cit. 2016-12-03]. Dostupné z: http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Peplau_perlman_82.pdf
- PEPLAU, L. A., 1985. Loneliness research: Basic concepts and findings. In: I. G. SARASON and B. R. SARASON, eds. *Social Support: Theory, Research and Applications* [online]. Boston: Martinus Nijhoff Publishers. pp. 270 – 286 [cit. 2016-12-03]. Dostupné z: http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Peplau%2085.pdf
- PERLMAN, D. and L. A. PEPLAU, 1981. Toward a social psychology of loneliness. In: R. GILMOUR and S. DUCK, eds. *Personal relationships in disorder* [online]. London: Academic Press. pp. 31 – 56 [cit. 2016-12-04]. Dostupné z: http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Perlman%20%26%20Peplau%2081.pdf
- PERLMAN, D. and L. A. PEPLAU, 1984. Loneliness research: A survey of empirical findings. In: L. A. PEPLAU and S. GOLDSTON, eds. *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness* [online]. Washington: U.S. Government Printing Office. pp. 13 – 46 [cit. 2015-12-03]. Dostupné z: http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Perlman%20%26%20Peplau%2084.pdf
- RÁCZOVÁ, B., 2006. *Prežívanie osamelosti a miera subjektívnej pohody u vysokoškôľakov/čok* [online]. Prešov: Filozofická fakulta PU [cit. 2016-12-28]. Dostupné z: <http://cmps.ecn.cz/pd/2006/texty/pdf/raczova.pdf>
- ROBINSON, J. P., P. R. SHAVER, and L. S. WRIGHTSMAN, 2013. *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes: Measures of Social Psychological Attitudes* [online]. London: Academic press [cit. 2016-11-27]. ISBN 978-1-48321-984-4. Dostupné z: https://books.google.sk/books?id=uOtFBQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=sk&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- SHA'KED, A., and A. ROKACH, 2015. *Addressing Loneliness: Coping, Prevention and Clinical Interventions* [online]. New York: Psychology press [cit. 2016-12-05]. ISBN 978-1-315-77437-4. Dostupné z: https://books.google.sk/books?id=LK4BCgAAQBAJ&pg=PR3&hl=sk&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false
- SULLIVAN, H. S., 2013. *The Interpersonal Theory of Psychiatry* [online]. London: Routledge [cit. 2016-12-02]. ISBN 0-415-26514-2. Dostupné z: https://books.google.sk/books?id=_Rf-AQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=sk&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- SVOBODOVÁ, M., 2013. *Říkají vám, že ste divný? Možná jste jen introvert* [online]. In: *iDNES.cz*. [cit. 2016-12-29]. Dostupné z: http://ona.idnes.cz/jak-poznat-introverta-06q-/zdravi.aspx?c=A130916_120457_zdravi_pet
- VÝROST, J. a F. BAUMGARTHER, 2001. Sociálna opora a osamelosť. In: J. VÝROST a I. SLAMĚŇÍK, eds. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada Publishing. s. 113 – 128. ISBN 80-247-0042-5.
- WEISS, R. S., 1973. *The Experience of Emotional and Social Isolation* [online]. Cambridge, Mass: MIT Press [cit. 2012-12-06]. ISBN 0-262-73041-3. Dostupné z:

<https://books.google.sk/books?id=-fkGQQAACAAJ&dq=weiss+1973+loneliness:+the+experience+of+emotional+and+social&hl=sk&sa=X&ved=0ahUKEwja97Tb8tLQAhXjI8AKHTesCcQQ6AEIJDA>
YALOM, I. D., 1980. *Existential Psychotherapy* [online]. Basic Books [cit. 2016-12-10]. ISBN 0-465-02147-6. Dostupné z:
https://books.google.sk/books?id=mI17Zb6ixagC&pg=PA221&dq=existential+loneliness&hl=sk&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=existential%20loneliness&f=false
YEAGLEY, L., 2012. *How to Get Beyond Loneliness* [online]. Teach services [cit. 2016-11-27]. ISBN 978-1-57258-764-9. Dostupné z:
https://books.google.sk/books?id=TK06SOKehe0C&printsec=frontcover&dq=loneliness&hl=sk&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=carin%20&f=false
ŽIAKOVÁ, E., 2008. Teoretické vymedzenie pojmu osamelosť. In: Žiaková, eds. *Osamelosť ako sociálny a psychologický jav: prežívanie osamelosti vo vybraných sociálne rizikových skupinách*. Prešov: Filozofická fakulta PU. s. 9 - 27. ISBN 978-80-8068-731-1.

Kontakt na autora

doc. Mgr. Soňa Lovašová, PhD.
Katedra sociálnej práce, FF UPJŠ v Košiciach
Moyzesova 9, 04001 Košice
sona.lovasova@upjs.sk

Intervencia sociálneho pracovníka vo výkone trestu odňatia slobody

Intervention of a Social Worker in an Imprisonment

Lýdia Lešková (SR), Tatiana Bombeková (SR), Andrea Havrillayová (SR)

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá sociálnou prácou, kompetenciami a intervenciou sociálneho pracovníka v penitenciárnej starostlivosti. Prostredníctvom vybraných štatistických ukazovateľov za obdobie 2005 – 2015 prezentuje vývoj počtu mladistvých klientov a plnoletých fyzických osôb vo výkone trestu odňatia slobody a výkone väzby ako aj úkony sociálneho kurátora poskytované týmto klientom. V závere predkladá informácie o systemizovaných funkčných miestach odborných zamestnancov ústavov pre výkon trestu odňatia slobody a výkon väzby k počtu odsúdených / obvinených.

Kľúčové slová:

Intervencia. Odsúdení. Sociálny pracovník. Výkon trestu odňatia slobody.

Abstract

This contribution is focused on social work and intervention of a social worker in a prison care. Through selected statistical indicators from years 2005 through 2015 it presents a trend in the number of juvenile clients in custody or serving a prison sentence, and also the number of acts of a social curator granted to such clients. At the end, it provides information about the ratio of the number of social workers to the number of convicted / accused persons.

Keywords: Intervention. Convicted. Social worker. Imprisonment.

Úvod

Sociálny pracovník zastáva dôležitú úlohu v penitenciarnej starostlivosti o klienta, na ktorú chceme v tomto príspevku poukázať. V prvej časti charakterizuje sociálnu prácu v penitenciarnej starostlivosti, úlohy a polia sociálneho pracovníka v nej. V druhej časti príspevku sú uvedené vybrané štatistické ukazovatele za roky 2005 – 2015, ktoré obsahujú počty mladistvých klientov vo výkone väzby alebo výkone trestu odňatia slobody a počet úkonov poskytovaných týmto klientom sociálnymi kurátormi (v rokoch 2005 – 2006 tieto úkony neboli sledované), vývoj počtu plnoletých fyzických osôb s vyčlenením žien, ktorým bola poskytovaná starostlivosť sociálnym kurátorom ÚPSVaR a pomer počtu sociálnych pracovníkov k počtu odsúdených/obvinených vo výkone väzby (ďalej „VV“) alebo výkone trestu odňatia slobody (ďalej „VTOS“) v Slovenskej republike.

Ústav pre výkon trestu odňatia slobody môže byť aj miestom rozvoja sociálnych skúseností, miestom prípravy na budúcu profesiu a súčasne miestom, odkiaľ je prechod do civilného prostredia starostlivo plánovaný a sledovaný (Zehr 2003). Všeobecným cieľom penitenciarnej starostlivosti je práca s odsúdeným, aby po prepustení z výkonu trestu odňatia slobody viedol riadny život. Taktiež je zameraná na odstránenie nežiaducich foriem správania a návykov, utváranie a pretváranie osobnosti v zmysle požadovaných spoločenských hodnôt, noriem a cieľov, prekonanie defektov a rozvoja osobnosti (Šlosár 2011).

Sociálna práca v penitenciárnych podmienkach

Sociálna práca je vo svojej podstate spoločenskou odpoveďou na spoločenské problémy spoločnosti, taktiež sociálny problém definuje a teoreticky sa o sociálny problém

i zaujíma, naznačuje ako ho riešiť a volí určité stratégie a inštitúcie, ktoré budú konkrétne sociálne opatrenia realizovať (Ondrušová 2009). Sociálna práca poskytuje sociálnu starostlivosť a sociálne služby všetkým osobám, ktoré sú odkázané na sociálnu pomoc. Mátel a Hardy (2013, s. 10) tvrdia, že „princípy ľudských práv a sociálnej spravodlivosti sú pre sociálne prácu zásadnými.“ Sociálna práca s odsúdenými sa vykonáva v oddeleniach výkonu väzby a výkonu trestu, oddeleniach výkonu trestu a otvorených oddeleniach v ústavoch na výkon väzby, v ústavoch na výkon trestu odňatia slobody a Nemocnici pre obvinených a odsúdených. Niektorí autori tvrdia, že v penitenciárnych podmienkach má sociálna práca nezastupiteľné miesto, napriek tomu je však v praxi v úzadí. Penitenciárna veda vznikla počas vývoja spoločnosti ako potreba nájsť najvýhodnejšie a najefektívnejšie spôsoby uplatnenia sankcií, ktoré majú priniesť očakávaný účel nápravy odsúdených a zároveň majú minimalizovať riziká spojené so zásahom do osobnej slobody. Hlavným cieľom sociálnej práce v penitenciárnych zariadeniach je minimalizácia sociálnych problémov, ktoré spôsobuje obmedzenie slobody (Roman 2013). Súčasťou sociálnej práce s odsúdenými je aj ich pripravovanie na riadny život a tiež začlenenie odsúdených do spoločnosti potom, ako budú prepustení na slobodu. Sociálna práca s odsúdenými je časť sociálnej práce, zaoberajúca sa profesionálnou pomocou odsúdeným. Zameriava sa na odhaľovanie a vysvetľovanie príčin zlyhania, zmiernovanie negatívnych dopadov zlyhania na život odsúdeného, zlepšovanie, resp. obnovovanie spôsobu života odsúdeného, ktorý je spoločnosť ochotná akceptovať, formovanie spoločenského prostredia, aby boli zabezpečené zdroje ochrany a podpory odsúdených, aby nedošlo k recidíve (Justová 2009). Na Slovensku sa penitenciárna sociálna práca realizuje v zmysle Vyhlášky Ministerstva spravodlivosti Slovenskej republiky č. 368/2008, ktorou sa vydáva Poriadok výkonu trestu odňatia slobody, ako aj v zmysle Rozkazu generálneho riaditeľa Zboru väzenskej a justičnej stráže č. 22/2016 o sociálnej práci v Zbore väzenskej a justičnej stráže. Práca sociálneho pracovníka je podľa tejto vyhlášky zameraná na poradenskú činnosť a nácvik sociálnych zručností zameraných na podporu prosociálneho správania, zmenu postojov a konania odsúdeného. Do náplne práce patrí tiež vykonávanie sociálnej diagnostiky, dokumentácie, voľba rôznych metód a postupov sociálnej pomoci a tiež analyzovanie ich účinnosti u odsúdeného (Papšo, Jusko 2011).

Sociálny pracovník vykonáva s obvinenými a odsúdenými sociálnu prácu na základe:

- a) písomnej žiadosti obvineného alebo odsúdeného (vykonáva sa intervencia, sociálne poradenstvo),
- b) podnetu príslušníka zboru (vykonáva sa intervencia, sociálne poradenstvo a osvetová činnosť),
- c) ponukových listov (vykonáva sa sociálne poradenstvo, osvetová činnosť),
- d) stanoveného programu zaobchádzania pre odsúdeného,
- e) rozvrhu činnosti špecializovaného oddielu,
- f) iniciatívy probačného a mediačného úradníka, sociálneho kurátora alebo iných orgánov a inštitúcií,
- g) písomného podnetu osoby blízkej obvinenému a odsúdenému (RGR č. 22/2016). Sociálny pracovník vykonáva sociálnu prácu s obvinenými a odsúdenými podľa osobitných predpisov (Zákon č. 475/ 2005 Z. z.).

Uväznená osoba prichádza do kontaktu so sociálnym pracovníkom vo veľmi krátkom čase po jej uväznení. Prostredníctvom vstupného individuálneho pohovoru si sociálny pracovník vytvára obraz o sociálnej situácii uväzneného pred dodaním do výkonu väzby alebo výkonu trestu, resp. pred nástupom do výkonu trestu. Ak sa u uväznenej osoby identifikuje sociálny problém, zvažujú sa okolnosti a naliehavosť riešenia (RGR č. 22/2016). V penitenciárnej starostlivosti na základe špeciálne upravených metód sa sociálna pomoc zameriava na konkrétne problémy a prispôbuje sa špecifickým charakteristikám každého odsúdeného. Samotný príchod do výkonu väzby/trestu prináša pre jedinca, ale aj jeho

najbližších zásadný zásah do štruktúry života. Do výkonu väzby a výkonu trestu prichádzajú obvinení/ odsúdení z rôzneho sociálneho prostredia, sociálnej pozície, zastávali určitý status, rolu vo svojom rodinnom, či pracovnom prostredí, komunite, spoločnosti. Samostatnou kategóriou sú ženy, mladiství, starí, invalidní a chorí klienti. Prichádzajú do prostredia, ktoré najmä prvotrestaným prináša obavy z odlúčenia od rodiny, priateľov a známych. Nové pomery, strach z neznáma a chýry o živote za mrežami pôsobia na niektorých z nich depresívne. U mnohých nastávajú problémy s adaptáciou, napr. na uzavreté prostredie, obmedzený pohyb, systematickú kontrolu, na správanie a skladbu ostatných obvinených/ odsúdených, s ktorými sú v neustálom kontakte, či už na cele, oddiele, alebo v rámci ústavu (Fábry 2006.). Viacerí autori poukazujú, že práca s odsúdenými je systematická a komplexná. Túto prácu bližšie špecifikuje Príloha č. 1a "Prvé kroky vo väzení - obvinený" a Príloha č. 1b „Prvé kroky vo väzení - odsúdený“ k RGR č. 22/2016 o sociálnej práci v Zbore väzenskej a justičnej stráže.

Sociálny pracovník na základe konzultácie s odborným personálom zvažuje možnosti riešenia problému, pričom berie do úvahy schopnosti, ambície odsúdeného, účasť iných organizácií ochotných participovať na riešení problému počas výkonu trestu a taktiež po prepustení na slobodu. Samotný návrh sociálnej pomoci obsahuje viac možností riešenia. Etapy riešenia sú zo strany sociálneho pracovníka formulované jasne a zrozumiteľne, na základe čoho je klientovi - odsúdenému umožnené plne si uvedomovať a sledovať čiastkové výsledky - zlepšenie alebo zhoršovanie situácie pri neplnení dohodnutých postupov (RGR č. 22/2016). Pre každého odsúdeného sa vypracuje individuálny resocializačný program ako súhrn výchovných, liečebných a ďalších prostriedkov (Tokárová 2007). Podľa interných materiálov Generálneho riaditeľstva zboru väzenskej a justičnej stráže Slovenskej republiky sociálny pracovník pri nástupe odsúdeného na výkon trestu vykoná vstupný pohovor, v ktorom sa snaží získať informácie, týkajúce sa jeho sociálnej situácie. Taktiež sa snaží zistiť jeho aktuálne sociálne problémy, resp. ich možný vznik. Poučí odsúdeného, že si musí plniť vyživovaciu povinnosť voči nezaopatreným deťom na základe zákona o rodine, ak je to v jeho prípade aktuálne a vydá mu žiadosť na uhradenie výživného z pracovnej zmeny odsúdeného. (Mátel, Janechová, Roman 2011). Kvalita sociálnej pomoci vyplýva z priebehu *prvého kontaktu sociálneho pracovníka s odsúdeným*. Pri získavaní čo najobjektívnejších poznatkov o odsúdenom sa využíva metóda *sociálna diagnostika*, ktorá je zameraná na zisťovanie a hľadanie príčin, ktoré spôsobili sociálny problém (Papšo 2008). Po sociálnej diagnóze nasleduje *plán sociálnej pomoci*, ktorý vychádza z poznania pozitívnych vlastností odsúdených a skúseností v oblasti medziľudských vzťahov, ktoré je možné obnoviť v prospech ďalšej socializácie alebo resocializácie odsúdeného. Sociálny pracovník konzultuje problém s personálom ústavu, zvažuje riešenia, berie do úvahy reálne schopnosti, želania a možnosti odsúdeného a možnosti iných inštitúcií a orgánov, ktoré sa môžu podieľať pri riešení problému počas výkonu trestu a po prepustení na slobodu. Plán sociálnej pomoci obsahuje viacero možností riešenia, ktoré sú jasné a zrozumiteľné a podnecujú odsúdeného k aktívnej spolupráci (RGR č. 22/2016). Pri riešení konkrétnej situácie vhodnou voľbou metód, foriem a rozsahu sa využíva *sociálna pomoc*, ktorá musí byť individuálna vzhľadom na jedinečnosť a osobitné potreby každého odsúdeného. Sociálna pomoc sa realizuje formou individuálnej a skupinovej práce. Sociálny pracovník vykonáva individuálnu a skupinovú sociálnu prácu v rozsahu svojej odbornej kompetencie, zároveň sa podieľa na práci skupiny, ktorú vedie iný odborník ústavu. Sociálny pracovník poskytuje informácie o možnostiach riešenia sociálnej situácie a usmerňuje odsúdeného pri uplatňovaní foriem sociálnej pomoci v rámci *poradenskej činnosti* (Mydlíková, Gabura, Schavel 2002; Mátel, Schavel 2011).

Pri realizácii sociálnej práce s odsúdenými sa sociálny pracovník riadi metodikou, ktorá umožňuje flexibilný a reálny postup riešenia problému. Pri aplikácii postupov sociálny pracovník berie do úvahy zvláštnosti jednotlivých kategórií klientov (ženy, muži, mladiství),

ako aj iné podmienky a možnosti ústavov vyplývajúcich z ich profilácie, stupňa stráženia a udržiavania podmienok bezpečnosti.

Pred prepustením odsúdeného na slobodu mu venuje sociálny pracovník osobitnú pozornosť, informuje ho hlavne o poskytovaní sociálnej pomoci v rámci postpenitenciárnej starostlivosti, o podmienkach získania resocializačného príspevku a o výkone sociálnej kurately (Zákon č. 305/2005 Z. z.). Vzhľadom k súčasnej praxi prevažná väčšina klientov, ktorá opúšťa ústavy pre výkon trestu odňatia slobody, či ústavy pre výkon väzby, si nachádza najčastejšiu cestu k sociálnym kurátorom ÚPSVaR (Lešková 2013).

Vybrané štatistické ukazovatele – mladiství klienti a plnoleté fyzické osoby vo výkone trestu odňatia slobody a výkone výkonu väzby

Neúmerne zvyšujúci sa počet klientov na jedného pracovníka môže výrazne ovplyvniť kvalitu práce sociálnych pracovníkov. Počet klientov v sociálnej oblasti neustále stúpa a sociálnych pracovníkov je málo. Štandard v krajinách Európskej únie predstavuje maximálne 70 klientov na jedného sociálneho kurátora (Barvíková, Svobodová, Šťastná 2010; Progress Report for the Commission Review 2002).

Nasledujúce Tabuľky 1 - 2 nám poskytujú číselné ukazovatele, ktoré charakterizujú okrem počtu mladistvých osôb vo VV/VTOS aj intervenčnú činnosť sociálnych kurátorov vo vzťahu ku klientom.

Tabuľka 1 - Počet mladistvých klientov vo výkone väzby alebo výkone trestu odňatia slobody v SR (2005-2015)

Sledovaný ukazovateľ	Rok										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Mladiství vo VV/VTOS	423	300	529	408	393	283	295	284	128	53	26
Počet úkonov	-	-	566	408	627	389	489	489	174	74	30
Súdne pojednávania vo veci mladistvých	9991	9894	11385	13750	13694	8753	8225	7189	4767	2432	1918

Zdroj: Spracovanie podľa štatistických výkazov V (MPSVR SR) 12-01 za roky 2005-2015.

Z celkového množstva sledovaných údajov v štatistickom výkaze V12-01 sme si vyčlenili počty mladistvých klientov vo VV alebo VTOS a počet úkonov poskytovaných týmto klientom. Vrcholové hodnoty dosahujú ukazovatele počtu mladistvých vo VV/VTOS v roku 2007, pričom v nasledujúcom období je vykazovaná klesajúca tendencia. V období medzi rokom 2006 a 2007 došlo k najväčšiemu nárastu (v počte mladistvých vo VV/VTOS o 229 mladistvých, čo v percentuálnom vyjadrení predstavuje nárast o 76,30 %).

Počet súdnych pojednávanií vo veci mladistvých výrazne začal stúpať v roku 2007, pričom vrchol bol dosiahnutý v roku 2008 (zvýšenie počtu pojednávanií o 2365, čo predstavuje zvýšenie o 20,80 %).

Tabuľka 2 Počet plnoletých fyzických osôb vo výkone väzby/výkone trestu odňatia slobody v SR (2005-2015)

Sledovaný ukazovateľ	Rok										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Plnoleté osoby vo VV/VTOS celkom	8559	8878	8629	8441	8946	8935	9299	8988	6275	5517	4876

z toho ženy	780	765	880	981	837	847	921	907	580	634	468
-------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Zdroj: Spracovanie podľa štatistických výkazov V (MPSVR SR) 12-01 za roky 2005-2015.

V Tabuľke 2 vidieť vývoj počtu plnoletých fyzických osôb s vyčlenením žien, ktorým bola poskytovaná starostlivosť. Aj napriek miernemu kolísaniu dosahuje vývoj v období rokov 2005-2011 stúpajúcu tendenciu, o čom svedčí počiatkový údaj v sledovanom období z roku 2005 je 8559 klientov a hodnota v roku 2011 je 9 299 klientov. U žien dosiahol počet svojho maxima v roku 2008 (981 klientiek), pričom ak porovnáme tento počet s rokom 2006, v ktorom bol počet ženských klientiek 765, môžeme konštatovať nárast o 28,20 %. Od roku 2012 až do roku 2015 dosahuje vývoj naopak jednoznačne klesajúcu tendenciu.

Na to aby sa resocializačná práca vo výkone trestu odňatia slobody a výkone väzby poskytovala kvalitne je nevyhnutné, aby na jej zabezpečovaní participoval tím odborníkov, ku ktorým zaradujeme: pedagógov, psychológov, referentov režimu, sociálnych pracovníkov. V Tabuľka 3 poukazuje na zabezpečenie výkonu služby na úseku/ referáte pedagogických a psychologických činností, kde sa funkčné miesta systemizujú.

Tabuľka 3 - Pomer počtu sociálnych pracovníkov k počtu odsúdených/obvinených vo výkone väzby alebo výkone trestu odňatia slobody v SR

Kritérium	Ubytovacia kapacita * na jedno funkčné miesto *		
	pedagóg	psychológ	sociálny pracovník
štandardný výkon trestu	35	400	550
špecializovaný výkon trestu	20		
mladistvých	15	300	350

Zdroj: RGR č. 58/2014, ktorým sa určujú podrobné systemizačné kritéria v Zbore väzenskej a justičnej stráže

Vysvetlivky:

* ubytovacia kapacita určená na výkon trestu odňatia slobody; v prípade očakávanej zmeny ubytovacej kapacity sa vychádza z plánovanej hodnoty ubytovacej kapacity.

** výsledný počet funkčných miest sa určí zaokrúhlením výsledných hodnôt, a to nadol, aj je výsledná hodnota do 0,49 alebo nahor, ak je výsledná hodnota od 0,5.

V ústave, kde je pomer ubytovacej kapacity a určeného kritéria nižší ako 0,49, sa samostatné funkčné miesto sociálneho pracovníka nsystematizuje (výnimkou je oddelenie výkonu väzby a výkonu trestu v nemocnici pre obvinených a odsúdených).

Stanovenie pomeru počtu sociálnych pracovníkov k počtu odsúdených/obvinených vo výkone väzby alebo výkone trestu odňatia slobody v SR je prostredníctvom výpočtu v prílohe č. 4 k RGR č. 58/2014 určené podrobné systemizačné kritéria v Zbore väzenskej a justičnej stráže. Z uvedenej Tabuľky 3 vyplýva, že na jedného sociálneho pracovníka pripadá v štandarde a špecializovanom výkone trestu až 550 klientov vo výkone väzby alebo výkone trestu odňatia slobody a 350 mladistvých klientov.

Záver

Vzostup počtu ľudí s odchýlkami správania v súčasnosti, ktoré nie sú spoločnosťou akceptované, si vyžaduje zintenzívnenie sociálnej práce zameranej na elimináciu týchto nežiaducich spoločenských javov, pričom profesia sociálneho pracovníka vznikla ako reakcia na potrebu riešiť nepriaznivé sociálne situácie. Svojou intervenciou pôsobí v prospech klienta,

prispieva k zlepšeniu jeho situácie a nabáda ho k správnym postojom. Aby intervenčné postupy boli čo najúčinnšie, musí sa nájsť optimálne využívanie rolí s adekvátnym odborným vzdelaním. Počet sociálnych pracovníkov zariadeniach výkonu väzby, alebo výkonu trestu odňatia slobody vzhľadom na počet klientov preto považujeme za nedostatočný.

Zoznam bibliografických odkazov

- BARVÍKOVÁ, J., K. SVOBODOVÁ a A. ŠŤASTNÁ, 2010. *Podmienky výkonu sociálne-právnej ochrany detí na úrovni obecných úradů obcí s rozšírenou pôsobnosťou*. Praha: VÚPSV v. v. i. ISBN 978-80-7416-078-3.
- JUSKO, P., 2009. *Sociálna práca s mládežou a sociálnopatologické javy*. Banská Bystrica: PF UMB. ISBN 978-80-8083-705-1.
- JUSTOVÁ, M., 2009. *Zem, ktorá nemá svoje nebo. Sociálna práca s trestanými osobami*. Turany: Vydavateľstvo SOFA. ISBN 978-80-89033-61-4.
- LEŠKOVÁ, L., 2013. *Sociálny pracovník v penitenciárnej a postpenitenciárnej starostlivosti*. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-263-0554-5.
- LOKŠA, J., 2007. *Základy sociálnej psychológie*. Ružomberok: Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku. ISBN 978-80-8084-173-7.
- MÁTEL, A., L. JANECHOVÁ a L. ROMAN, 2011. Sociálna patológia a intervencia sociálnej práce. In: *Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, s. 423-448. ISBN 978-80-8132-018-7.
- MÁTEL, A., M. SCHAVEL, P. MÜHLPACHR a T. ROMAN, 2010. Aplikovaná etika v sociálnej práci a ďalších pomáhajúcich profesiách. In: *Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, s. 413-420. ISBN 978-80-89271-89-4.
- MYDLÍKOVÁ, E., J. GABURA a M. SCHAVEL, 2002. *Sociálne poradenstvo*, Bratislava: Asociácia supervízorov a sociálnych poradcov. ISBN 80-968713-1-5.
- ONDREJKOVIČ, P. a kol. 2001. *Sociálna patológia*. Bratislava: VEDA vydavateľstvo SAV. ISBN 80-22406-85-6.
- PAPŠO, P. a P. JUSKO, 2011. Sociálna práca s odsúdenými vo výkone trestu odňatia slobody, In: *Nové prístupy k riešeniu penitenciárnej a postpenitenciárnej starostlivosti*. Zborník. Prešov: Vydavateľstvo Michal Vaško, s. 50-60 ISBN 978-80-7165-866-5.
- PAPŠO, P., 2008. *Pedagogická evaluace '08 Sociália 2008*, Sborník z príspevku z konferencie z medzinárodni účasti, Ostrava: Pedagogická fakulta OU. ISBN 978-80-7368-655-0.
- PROGRESS REPORT FOR THE COMMISSION REVIEW. 2002. In *Progress Report*. Estonia : State Chancellery, Office of European Integration, 2002, 398 p.
- ŠLOSÁR, D., 2011. Penitenciárna starostlivosť. In: *Nové prístupy k riešeniu penitenciárnej a postpenitenciárnej starostlivosti*. Zborník. Prešov: Michal Vaško, s. 24-31. ISBN 978-80-7165-866-5.
- ZBIERKA ROZKAZOV GENERÁLNEHO RIADITEĽA ZBORU VÄZENSKEJ A JUSTIČNEJ STRÁŽE č. 22/2016 o sociálnej práci v Zbore väzenskej a justičnej stráže. z 1. 10. 2016.
- ZÁKON č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele v znení neskorších predpisov.
- ZÁKON č. 475/2005 Z. z. o výkone trestu odňatia slobody v znení neskorších zmien a ostatných všeobecne platných interných predpisov o výkone trestu odňatia slobody.
- ZEHR, H., 2003. *Úvod do restoratívni justice*. Praha: S.P.J. ISBN 80-902998-1-4.
- ÚSTREDIE PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY. *Ročné výkazy o vykonávaní opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately za obdobie 2005 - 2015*. [online]. [cit. 2016-11-03]. Dostupné z: <http://www.upsvar.sk/statistiky/rocne-vykazy-mpsvar-sr/rocne->

Kontakt na autorky

doc. PhDr. Ing. Lýdia Lešková PhD.
Katólicka univerzita v Ružomberku
Teologická fakulta v Košiciach
Katedra spoločenských vied
Hlavná 89, 041 21 Košice
Email: lydia.leskova@ku.sk

Mgr. Tatiana Bombeková
Katólicka univerzita v Ružomberku
Teologická fakulta v Košiciach
Katedra spoločenských vied
Hlavná 89, 041 21 Košice
Email: tatianabombekova@mail.com

Mgr. Andrea Havrillayová
Katólicka univerzita v Ružomberku
Teologická fakulta v Košiciach
Katedra spoločenských vied
Hlavná 89, 041 21 Košice
Email: andrea.havrillayova@gmail.com

Komplexná onkologická rehabilitácia a stratégie zvládania onkologických chorých

Comprehensive Cancer rehabilitation and coping strategies of cancer patients

Agnesa Kočišová (SR), Katarína Šiňanská (SR), Andrea Šafránková (SR)

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, pod vedením prof. PhDr. Evy Žiakovej, CSc.

Abstrakt

Nárast incidencie onkologických ochorení v SR predstavuje vážny medicínsky, sociálny aj ekonomický problém. Na vzniku a priebehu týchto ochorení sa podieľajú multifaktoriálne príčiny, psychobiologické mechanizmy aj psychosociálne faktory. Autorky sa zameriavajú na komplexnú onkologickú rehabilitáciu a na proaktívne zvládanie záťaže a stresu. Cieľom komplexnej onkologickej rehabilitácie je udržanie alebo zlepšenie kvality života onkologických pacientov. V empirickej časti je spracovaný výskum zameraný na stratégie zvládania záťažových situácií. Výsledky výskumu preukázali, že voľba stratégií zvládania záťažových situácií medzi ženami s onkologickými ochoreniami a ženami, ktoré onkologickým ochorením netrpia, je rozdielna a to v pozitívnych i v negatívnych stratégiách.

Kľúčové slová: Onkologické ochorenia. Komplexná onkologická rehabilitácia. Stratégie zvládania.

Abstract

Increase in the incidence of cancer in Slovakia is a serious medical, social and economic problem. On the development and progression of these diseases are involved in multifactorial causes, psychobiologic mechanisms and psychosocial factors. The authors focus on comprehensive cancer rehabilitation and proactive coping strategies and stress. The aim of comprehensive cancer rehabilitation is to maintain or improve the quality of life of cancer patients. In the empirical part it is processed research on coping strategies stressful situations. The research results have shown that the choice of strategies for coping with stressful situations among women with cancer and women who are not suffering from oncological disease is different both in positive and in negative strategies.

Keywords: Cancer. Comprehensive cancer rehabilitation. Coping strategies.

Úvod

V posledných desaťročiach sme v SR zaznamenali nárast incidencie onkologických ochorení, pričom tieto predstavujú vážny medicínsky, sociálny aj ekonomický problém. Príčiny vzniku rakoviny sú multifaktoriálne, na ich vzniku a priebehu sa podieľajú psychobiologické mechanizmy aj psychosociálne faktory. Na jednej strane v medicíne došlo v efektívite liečby onkologických ochorení k výrazným pokrokom, pričom v súčasnosti je možné mnoho typov rakoviny úspešne vyliečiť a vďaka pokroku lekárskej vedy a diagnostických metód je možné dobre zvládnuť rozsiahle liečebné potreby onkologicky chorých. Avšak na druhej strane sa často prehliadajú ich potreby psychosociálne, emočné, duchovné a pod. 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.

Potrebu skúmania rôznorodých faktorov ovplyvňujúcich vznik, liečbu a prevenciu návratu onkologických ochorení zdôrazňuje aj E. Žiaková (2016, s. 7): „...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“.

Komplexná onkologická rehabilitácia

Pod pojmom *komplexná onkologická rehabilitácia* rozumieme multidisciplinárny proces, ktorého cieľom je zachovať alebo zlepšiť kvalitu života onkologických pacientov. Popri fyzickej rehabilitácii, ktorá je v procese návratu do života nesporne veľmi dôležitá, sa zdôrazňuje komplexný prístup zameraný na opätovné zaradenie onkologicky chorých do práce, do spoločnosti, do života. Cieľom uvedeného multidisciplinárneho prístupu k pacientom a ich rodinám je riešiť krízovú situáciu s množstvom problémov, ktoré začínajú už pri oznámení diagnózy, narastajú počas liečby a po nej, a bránia reintegrácii pacientov do bežného života. Komplexná onkologická rehabilitácia teda predstavuje pomoc ľuďom postihnutých rakovinou, aby sa im podľa možností poskytlo maximum fyzickej, psychologickéj, sociálnej a pracovnej obnovy s návratom do zamestnania, spoločnosti a do života. Úsilie odstrániť mnohé z týchto prekážok je v rukách viacerých odborníkov z multidisciplinárnych tímov, ktorí hľadajú cesty v riešení krízových situácií (Siracká, 2015).

V záujme zavádzania a rozvíjania komplexnej onkologickej rehabilitácie bude podľa E. Sirackej a L. Budáčovej (2015) potrebné:

1. Zintenzívniť informácie o jej význame a prostredníctvom kampaní oboznámiť odborníkov a verejnosť o službách, ktoré táto disciplína poskytuje a o jej prínose pre riešenie potrieb pacientov a ich rodín.
2. Systematicky zisťovať potreby pacientov, o ktorých sa často nevie, lebo sa o nich z viacerých dôvodov nehovorí. Môžu byť veľmi rozdielne podľa veku pacienta, diagnózy, liečby, sociálneho postavenia. Veľmi sa osvedčili dotazníky, ktoré sa zameriavajú na sledovanie psychosociálnej starostlivosti o pacienta a jeho rodinu.
3. Rozšíriť spoluprácu medzi poskytovateľmi psychosociálnych služieb a vytvoriť ich spoločnú sieť, aby sa k nim uľahčil prístup. Pacient má tak možnosť vyhľadať ich tam, kde je mu to najbližšie. Veľmi sa osvedčujú centrá pomoci s informačnou službou, linkou pomoci a priamym poskytovaním rôznych bezplatných služieb.

Skúmať stresujúce zážitky prežívajúcich pacientov, pripraviť odporúčania a predložiť ich na riešenie na úrovni Európskej únie má za svoj cieľ aj medzinárodná spolupráca európskych líg proti rakovine iniciovaná pred niekoľkými rokmi v rámci Pracovnej skupiny na podporu pacientov. V súčasnosti je predsedníctvom Pracovnej skupiny na podporu pacientov v EÚ poverená Liga proti rakovine v SR, ktorá sa do aktivít organizovaných pre rozvoj a zavedenie komplexnej onkologickej rehabilitácie v Európe intenzívne zapája. V národných onkologických programoch štátov Európy sa uvádza komplexná onkologická rehabilitácia ako dôležitá súčasť programu kontroly rakoviny s riešením viacerých úloh:

- klásť dôraz na rozvoj rehabilitačných programov,
- zaradiť komplexnú rehabilitáciu do celého reťazca liečby a starostlivosti,
- postarať sa o jej financovanie, vrátane jej výskumu,

- ustanoviť onkologickú rehabilitáciu ako špecifickú kategóriu vyžadujúcu koordináciu, interdisciplinárnu spoluprácu viacerých odborníkov a ďalšie vzdelávanie (Siracká, Budáčová 2015).

Praktické pozitívne skúsenosti so šesťtýždňovým intenzívnym rehabilitačným programom pre onkologicky chorých obsahujúcim aj psychoedukačné aktivity predkladá napr. E. van Weert (2007) z Univerzitetnej nemocnice v holandskom Groningene; vedeckými metódami boli skúmané a porovnávané vybrané ukazovatele u pacientov pred začatím a po ukončení onkologického rehabilitačného programu, pričom boli zaznamenané výrazné pozitívne účinky vo viacerých dimenziách ich kvality života.

Onkologických pacientov je potrebné s podporou lekárov, psychológov, sociálnych pracovníkov a iných odborníkov aj s podporou patientskych organizácií viesť k tomu, aby i svojpomocou získavali dôveru k svojej sebestačnosti. Účinnými nástrojmi v tejto oblasti sú poradenské služby, výchovné a informačné brožúry, semináre, workshopy, linka pomoci, školenia a celý rad ponúk pohybových a psychiku odľahčujúcich metód, uľahčujúcich návrat do pracovného a spoločenského života. S vyššie uvedenými úlohami úzko súvisí aj zintenzívnenie dlhoročných aktivít smerovaných k schváleniu a zavedeniu Národného onkologického programu Slovenskej republiky.

Multidimenzionálne aspekty zvládania onkologických ochorení

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 distressu; 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 distress a znižuje kvalitu života. Závažné stresujúce udalosti spôsobujú aj väčší výskyt menej významných udalostí, nepríjemností 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, spirituálnu, sociálnu aj pracovnú, a sú nútení hľadať nové efektívne stratégie ich zvládania.

Miera odolnosti voči záťažovým situáciám, čiže frustračná tolerancia, je u každého človeka rozdielna, vzhľadom na to, ako záťažovú situáciu hodnotí a interpretuje, ako záťažovú situáciu prežíva, ako záťažovú situáciu kontroluje a má nad ňou moc a ako záťažová situácia jedinca aktivizuje a vyzýva k novým možnostiam (Vágnerová 2012). Komplex protektívnych faktorov, ktoré človeku pomáhajú zvládnuť záťažové situácie a zachovať si biologickú a psychosociálnu rovnováhu, delíme na:

- schopnosť zostať pevným v integrite (*hardiness*) – vyjadruje stupeň odolnosti,
- schopnosť zostať húževnatým v kontinuu (*resilience*) – vyjadruje odolnosť v priebehu času (Vágnerová 2012).

Pojem *hardiness* znamená pevnosť, zdatnosť, nezdolnosť, schopnosť vytrvalo a usilovne bojovať s ťažkosťami, čiže takú charakteristiku osobnosti, ktorá umožňuje človeku zmierniť alebo stlmiť negatívny vplyv nepriaznivých životných situácií. Pri optimálne rozvinutých komponentoch *hardiness* jedinec vníma sám seba ako aktívneho účastníka diania, ktorý doňho môže účinne zasiahnuť a tak ovplyvniť a zvládnuť aj jeho ďalší vývoj; záťažové situácie považuje za výzvu k ich riešeniu a je presvedčený o svojich schopnostiach ich zvládnuť (Paulík 2010). Pod *resilienciou* rozumieme súhrn činiteľov, ktoré človeku pomáhajú

prežiť v nepriaznivých podmienkach, v strese, osamotení, v dysfunkčnej rodine, pri bolestivej chorobe a pod., pričom k ústredným činiteľom patrí najmä zdravé sebaopímanie a sebaúcta, schopnosť sociálnej interakcie, kritického myslenia a schopnosť odolávať nátlaku (Baštecká, Goldmann 2001).

Existuje mnoho výskumov, ktoré poukazujú na silné a konzistentné individuálne rozdiely v správaní zameranom na zdravie, pričom sociálne kognitívne determinanty správania zameraného na zdravie predstavujú užitočnú oblasť štúdia v sociálnej psychológii zdravia. V súvislosti s *protektívnymi faktormi zdravia viazanými na sociálne prostredie*, uvádzajú Armitage a Conner (2000) prehľad modelov sociálnej kognície a správania zameraného na zdravie, ktorý rozlišuje tri základné skupiny modelov: motivačné modely správania zamerané na zdravie, modely zamerané na správanie a multiúrovňové modely.

Niektoré užitočné podnety pre zvládanie vlastného ochorenia je možné nájsť u klinického psychológa, ktorý sám prekonal skúsenosť boja s rakovinou (N. A. Fiore 1984, in: Křivohlavý 2002), z ktorých považujeme za dôležité napr. dokázať zvládnuť svoj vnútorný dialóg, ďalej vedieť žiť v prítomnosti a neutápať sa v minulosti a taktiež mať život rád, aj keď je to život niekedy veľmi ťažký a napriek všetkému sa tešiť na každom kroku aj z maličkostí.

Stratégiám zvládania, vnútorným a vonkajším zdrojom riešenia a zvládania ako aj možnostiam intervenčných programov sa venujú napr. A. M. Nezu et al. (2004), V. Tschushke (2004), G. Angenendt et al. (2007), M. Bratská (2001, 2004), K. Paulík (2010), M. Nová (2015) 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.

V súvislosti so zvládaním uvádzajú P. Hartl a H. Hartlová (2000) 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. K *neadaptívnym stratégiám* podľa autorov patria konfrontačné spôsoby riešenia následkov (agresiou, neprímeraným riskovaním, nerealistickými plánmi, únikom z reality), ďalej uzatváranie sa do seba, neustále premieľanie problému, trápenie sa, prípadne snaha zmeniť neprijemnú náladu akýmkoľvek aj nebezpečným rozptýlením. Zvládaniu onkologických ochorení a možnostiam zvyšovania kvality života onkologicky chorých sa v zahraničnej aj domácej 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, 2016), M. Mesárošová et al. (2007), A. Kočišová (2012, 2013), A. Kočišová a K. Šiňanská (2014), E. Žiaková, A. Kočišová, M. Wagnerová (2012, 2015), ako aj ďalší.

Metodológia a metódy realizovaného výskumu

V ďalšej časti nášho príspevku predkladáme metodológiu a vybrané výsledky autorského kvantitatívneho výskumu zameraného na zistenie rozdielov v stratégiách zvládania záťažových situácií medzi ženami s onkologickou diagnózou a ženami bez onkologickej diagnózy realizovaného v mesiacoch november 2015 až február 2016 na FF UPJŠ v Košiciach.

Cieľ výskumu

Pacientky s onkologickou diagnózou musia čeliť viacerým problémom a zmenám súčasne, čo si vyžaduje aktivizáciu všetkých dostupných vnútorných aj vonkajších zdrojov zvládania. Práve preto sme považovali za potrebné upriamiť pozornosť na voľbu takých stratégií, ktoré sú efektívne a uľahčujú túto záťažovú situáciu onkologicky chorým zvládnuť. Hlavným **cieľom výskumu** bolo zistiť, aké významné rozdiely podľa vybraných ukazovateľov existujú v stratégiách zvládania záťažových situácií medzi ženami s onkologickým ochorením a ženami, ktoré týmto ochorením netrpia.

Metódy výskumu

Autorský výskum za použitia kvantitatívnej metodológie bol realizovaný v mesiacoch november 2015 až február 2016 na Filozofickej fakulte UPJŠ v Košiciach. Metódou výskumu bol štandardizovaný dotazník SVF 78 (*Stressverarbeitungsfragebogen*) zameraný na stratégie zvládania záťaže. Autormi tohto dotazníka sú Wilhelm Janke a Gisela Erdmann (2002), v roku 2003 ho následne a upravil Josef Švancara. Štandardizovaný dotazník pozostáva z 78 položiek, ktoré zachytávajú individuálne tendencie pre využitie rôznych spôsobov reakcií na stres, vyplývajúci zo záťažových situácií. Dotazník pozostáva z trinástich subtestov a to: *Podhodnotenie* (pripúšťanie menšej miery stresu v porovnaní s ostatnými), *Odmietanie viny* (zdôrazňovanie faktu, že za situáciu nenesieme vlastnú zodpovednosť), *Odklon* (vyhýbanie sa situáciám a aktivitám, ktoré sú stresujúce a záťažové), *Náhradné uspokojenie* (príklon k pozitívnym aktivitám), *Kontrola situácie* (analýza a plánovanie konania, s cieľom kontroly nad situáciou a vyriešenia problému), *Kontrola reakcií* (zabezpečenie alebo kontrola vlastných reakcií), *Pozitívne sebainštrukcie* (prisudzovanie kompetencií a schopnosti kontroly seba samému), *Potreba sociálnej opory* (potreba rozhovoru, sociálnej opory a pomoci), *Vyhýbanie sa* (predsavzatie obmedziť alebo vyhnúť sa záťaži), *Úniková tendencia* (rezignačná tendencia utiecť zo záťažovej situácie), *Perservácia* (neschopnosť myšlienkovy sa od situácie odpútať), *Rezignácia* (vzdávanie sa spojené s pocitmi bezmocnosti a beznádeje), *Sebaobviňovanie* (pripisovanie záťaže vlastnému chybnému konaniu). Dotazník sme vyhodnocovali na základe týchto subtestov a tiež podľa sekundárnych hodnôt, ktoré sú rozdelené na *stratégie pozitívne* (Podhodnotenie, Odmietanie viny, Odklon, Náhradné uspokojenie, Kontrola situácie, Kontrola reakcií, Pozitívne sebainštrukcie) a *stratégie negatívne* (Úniková tendencia, Perservácia, Rezignácia, Sebaobviňovanie), pričom *pozitívne stratégie* pozostávajú z čiastkových stratégií: POZ 1 (Podhodnotenie a Odmietanie viny), POZ 2 (Odklon a Náhradné uspokojenie), POZ 3 (Kontrola situácie, Kontrola reakcií a Pozitívne sebainštrukcie). Výsledky sme analyzovali prostredníctvom štatistického programu IBM SPSS Statistics 16; na základe rovnomernej distribúcie dát sme využili T-test pre dva nezávislé výbery.

Výskumnú vzorku tvorilo 60 respondentiek, z toho 30 onkologicky chorých žien z podporných patientskych skupín z východného Slovenska a 30 žien, ktoré netrpia žiadnym onkologickým ochorením. Z hľadiska rodinného stavu prevažovali vydaté ženy, a to aj u onkologických respondentiek aj u zdravých žien. Vekové zloženie výskumnej vzorky bolo v rozpätí od 26 do 67 rokov, pričom priemerný vek respondentiek bol 44,3 rokov. Vo výskumnej vzorke prevažovali na základe vzdelania respondentky s ukončenou strednou školou s maturitou. Výskumnú vzorku sme zvolili zámerným, nenáhodným výberom.

Hlavné zistenia a diskusia

V prvej časti výskumu sme sa zamerali na existenciu signifikantných rozdielov v jednotlivých subtestoch dotazníka SVF 78 medzi onkologicky chorými respondentkami a respondentkami, ktoré netrpia žiadnym ochorením. Ako sme uviedli

v Tabuľke 1, signifikantné rozdiely v stratégiách zvládania záťažových situácií sa nám medzi onkologicky chorými a zdravými respondentkami potvrdili v subtestoch *Náhradné uspokojenie, Potreba sociálnej opory, Úniková tendencia, Perservácia, Rezignácia a Sebaobviňovanie.*

Tab. 1 - Rozdiely v stratégiách zvládania medzi onkologickými a zdravými respondentkami

Názov subtestu	Respondentky	N	X	T	p (α)
Podhodnotenie	s onkologickou diagnózou	30	12,77	0,91	0,36
	bez onkologickej diagnózy	30	11,90		
Odmietanie viny	s onkologickou diagnózou	30	12,53	0,82	0,41
	bez onkologickej diagnózy	30	11,80		
Odklon	s onkologickou diagnózou	30	15,30	1,85	0,06
	bez onkologickej diagnózy	30	13,03		
Náhradné uspokojenie	s onkologickou diagnózou	30	15,00	3,58	0,001**
	bez onkologickej diagnózy	30	10,28		
Kontrola situácie	s onkologickou diagnózou	30	16,10	0,71	0,47
	bez onkologickej diagnózy	30	15,30		
Kontrola reakcií	s onkologickou diagnózou	30	15,97	1,35	0,18
	bez onkologickej diagnózy	30	14,67		
Pozitívna sebaobviňovacia	s onkologickou diagnózou	30	16,47	0,19	0,84
	bez onkologickej diagnózy	30	16,27		
Potreba sociálnej opory	s onkologickou diagnózou	30	15,80	2,56	0,01*
	bez onkologickej diagnózy	30	12,63		
Vyhybanie sa	s onkologickou diagnózou	30	16,83	0,45	0,65
	bez onkologickej diagnózy	30	16,23		
Úniková tendencia	s onkologickou diagnózou	30	14,53	4,34	< 0,001***
	bez onkologickej diagnózy	30	10,17		
Perseverácia	s onkologickou diagnózou	30	15,80	3,25	0,002**
	bez onkologickej diagnózy	30	11,73		
Rezignácia	s onkologickou diagnózou	30	11,60	4,30	< 0,001***
	bez onkologickej diagnózy	30	7,30		
Sebaobviňovanie	s onkologickou diagnózou	30	11,33	3,51	0,001**
	bez onkologickej diagnózy	30	6,90		

Ako vyplýva z analýzy údajov v subteste *Náhradné uspokojenie*, môžeme skonštatovať, že respondentky s onkologickou diagnózou dosahovali vyššie skóre ako respondentky, ktoré netrpia žiadnym onkologickým ochorením. Predpokladáme, že dôvodom je najmä fakt, že respondentky s onkologickým ochorením sa snažia posilniť seba samé určitými vnútornými odmenami. Príklon k pozitívnym aktivitám im tak pomáha zvládnuť záťažovú situáciu, v ktorej sa v dôsledku svojej diagnostikovanej choroby ocitli.

Signifikantné rozdiely môžeme vidieť i v subteste s názvom *Potreba sociálnej opory*, kde vyššie skóre dosahovali respondentky s onkologickou diagnózou. Predpokladáme, že

tento výsledok je spôsobený najmä väčšou potrebou sociálneho kontaktu onkologických chorých žien, a rovnako tak väčšou potrebou sociálnej pomoci a komunikácie o detailoch problému, ktoré pacientkam pomáha uistiť sa pri samotnom riešení stresovej situácie do budúcnosti.

Veľmi významné signifikantné rozdiely sme zistili v subteste *Úniková tendencia*, v ktorom respondentky trpiace onkologickým ochorením dosahovali vyššie skóre, v porovnaní s respondentkami bez onkologického ochorenia. Môžeme predpokladať, že tento jav je zapríčinený najmä tendenciou onkologických pacientok k rezignácii a sebaľúti, z dôvodu ich závažného ochorenia, čo im však znižuje schopnosť čeliť tejto záťaži, a tak sa prikláňajú k snahe o únik z tejto situácie.

Výsledky T-testu poukázali na signifikantné rozdiely aj v subteste *Perservácia*. Aj v tomto subteste získali onkologické pacientky vyššie skóre. Keďže onkologická diagnóza ovplyvňuje všetky zložky pacientovho života, predpokladáme, že práve tento fakt zapríčiňuje neschopnosť myšlienkovito sa od záťažovej situácie odpútať, no zároveň pomáha emocionálne a racionálne prebiehajúcu situáciu spracovať a zvládnuť.

V subteste s názvom *Rezignácia* dosiahli vyššie skóre taktiež respondentky s onkologickým ochorením, kde sa preukázali veľmi významné signifikantné rozdiely. Predpokladáme, že dôvodom vyššieho skóre sú pocity bezmocnosti, beznádeje, či pocity subjektívnej neschopnosti zvládnuť životne stresujúcu situáciu, ku ktorým onkologické ochorenia bezpochyby patria.

Z uvedenej tabuľky nám tiež vyplývajú signifikantné rozdiely v rámci subtestu *Sebaobviňovanie*, v ktorom dosiahli v porovnaní so zdravými respondentkami vyššie skóre respondentky s onkologickou diagnózou. Môžeme predpokladať, že príčinou je pripisovanie vzniku ochorenia vlastnému nesprávnemu konaniu, a rovnako tak sklon k tvorbe výčitiek za vzniknutú životnú situáciu.

Na základe výsledkov z hľadiska jednotlivých subtestov môžeme skonštatovať, že onkologicky choré respondentky najčastejšie preferujú stratégie *Pozitívna sebainstrukcia, Kontrola situácie a Kontrola reakcií*. Najmenej sa v rámci odpovedí vyskytovala stratégia *Sebaobviňovanie*. U respondentiek bez onkologickej diagnózy prevažovali nasledovné stratégie *Pozitívna sebainstrukcia, Vyhybanie sa a Kontrola situácie* a rovnako najmenej uvádzanou stratégiou bolo *Sebaobviňovanie*.

V ďalšej časti výskumu sme sa zamerali na porovnanie výsledkov u onkologických chorých respondentiek a zdravých respondentiek, v rámci dosiahnutých *sekundárnych hodnôt*. V uvedených skupinách respondentiek sme zisťovali celkovú preferenciu, či už pozitívnych alebo negatívnych stratégií zvládania. Signifikantné rozdiely v stratégiách zvládania záťažových situácií sa nám medzi onkologicky chorými a zdravými respondentkami potvrdili v celkových *Pozitívnych stratégiách* (rovnako tak aj v čiastkových *Pozitívnych stratégiách 2*) a v celkových *Negatívnych stratégiách*.

Z analýzy údajov vyhodnotenia podľa sekundárnych hodnôt sme zistili signifikantné rozdiely v celkových *Pozitívnych stratégiách*, kde respondentky s onkologickou diagnózou dosahovali vyššie skóre v porovnaní s respondentkami bez takejto diagnózy. Čo znamená, že respondentky nášho výskumu s onkologickou diagnózou sa v porovnaní s respondentkami bez stanovenej onkologickej diagnózy viac prikláňajú k pozitívnym stratégiám, ku ktorým patrí *Podhodnotenie, Odmietanie viny, Odklon, Náhradné uspokojenie, Kontrola situácie, Kontrola reakcií a Pozitívna sebainstrukcia*.

Signifikantné rozdiely sa nám potvrdili i v čiastkových *Pozitívnych stratégiách 2* s názvom *Stratégia odklonu*, v ktorých dosahovali vyššie skóre respondentky s onkologickou diagnózou. Ku týmto stratégiám zaraďujeme *Odklon* a *Náhradné uspokojenie*.

Veľmi signifikantné rozdiely sme zistili i v celkových *Negatívnych stratégiách*, kde dosahovali výrazne vyššie skóre taktiež onkologicky choré respondentky. V porovnaní so

ženami bez onkologickej diagnózy tak v záťažových situáciách volia stratégie *Úniková tendencia*, *Perservácia*, *Rezignácia* a *Sebaoviniňovanie*.

Za dôležité sme tiež považovali upriamiť pozornosť na subtesty Potreba sociálnej opory (8) a Vyhýbanie sa (9). I keď sa uvedené subtesty nevzťahujú k žiadnej stratégii, ich interpretáciu sme považovali za dôležitú, v rámci celkového kontextu ostatných stratégií. Ako však vyplýva z výsledkov na základe sekundárnych hodnôt, v týchto samostatných stratégiách, sme zistili pomerne vyššie skóre u respondentiek s onkologickou diagnózou.

Vyhodnotenie **hlavnej hypotézy HH1**, v ktorej sme predpokladali, že existujú signifikantné rozdiely v stratégiách zvládania medzi ženami s onkologickým ochorením a ženami, ktoré týmto ochorením netrpia: Overenie hypotézy prebiehalo sčítaním dosiahnutého hrubého skóre každého subtestu dotazníka SVF 78, ku ktorým patria *Podhodnotenie*, *Odmietanie viny*, *Odklon*, *Náhradné uspokojenie*, *Kontrola situácie*, *Kontrola reakcií*, *Pozitívna sebainstrukcia*, *Potreba sociálnej opory*, *Vyhýbanie sa*, *Úniková tendencia*, *Perseverácia*, *Rezignácia* a *Sebaobviňovanie*. Následne sme použili T-test pre dva nezávislé výbery a výsledky porovnali v rámci respondentických skupín, teda ženami s onkologickou diagnózou a ženami bez onkologickej diagnózy. Na základe výsledkov výskumu uvádzaných v Tabuľke 2 môžeme skonštatovať veľmi významné signifikantné rozdiely, a preto môžeme povedať, že sa nám hypotéza potvrdila.

Tab. 2 Štatistické vyhodnotenie HH1

Respondentky	N	X	t	p(α)
S onkologickou diagnózou	30	2,44	4,23	< 0,001***
Bez onkologickej diagnózy	30	2,05		

Vo vedľajšej hypotéze VH1 sme predpokladali, že existujú signifikantné rozdiely v pozitívnych stratégiách zvládania medzi ženami s onkologickým ochorením a ženami, ktoré týmto ochorením netrpia. Pri verifikácii VH1 hypotézy sme postupovali nasledovne. Realizovali sme sčítanie hrubého skóre položiek dotazníka SVF 78, konkrétne išlo o tieto subtesty *Podhodnotenie*, *Odmietanie viny*, *Odklon*, *Náhradné uspokojenie*, *Kontrola situácie*, *Kontrola reakcií* a *Pozitívna sebainstrukcia*, ktoré sme následne vydělili ich počtom a použili T-test pre dva nezávislé výbery, ktorý sme porovnali u respondentiek, ktoré trpia alebo netrpia onkologickým ochorením. Z analýzy vyhodnotenia údajov vyplynuli signifikantné rozdiely v pozitívnych stratégiách zvládania medzi ženami s onkologickým ochorením a ženami, ktoré týmto ochorením netrpia ($p = 0,02^*$) a preto môžeme povedať, že sa táto hypotéza potvrdila.

Vo vedľajšej hypotéze VH2 sme predpokladali, že existujú signifikantné rozdiely v negatívnych stratégiách zvládania medzi ženami s onkologickým ochorením a ženami, ktoré týmto ochorením netrpia. Jej overenie bolo realizované sčítaním hrubého skóre v položkách *Úniková tendencia*, *Perseverácia*, *Rezignácia* a *Sebaobviňovanie*, dotazníka SVF 78, ktoré sme vydělili ich samotným počtom. Potom sme použili T-test pre dva nezávislé výbery a následne dosiahnuté výsledky porovnávali medzi ženami s onkologickým ochorením a ženami, ktoré týmto ochorením netrpia. Uvedená hypotéza sa potvrdila, v negatívnych stratégiách zvládania sa potvrdili veľmi významné signifikantné rozdiely ($p = < 0,001^{***}$).

Autori V. Tchuschke et. al. (2004) vytvorili v roku 1996 Ulmský manuál zvládania (Ulmer Coping-Manual), za pomoci, ktorého skúmali jednotlivé stratégie zvládania, ktoré používajú pacienti s diagnostikovaným ochorením leukémia v súvislosti s prežitím. Ako

ukázali výsledky výskumu, indikátorom prežitia bola tzv. stratégia *Bojové nastavenie*. A teda zo skupiny pacientov, ktorí volili túto stratégiu ich prežilo signifikantne viac než pacienti bez využívania *Bojového nastavenia*. Následne v roku 2006, realizoval rovnaký výskum aj N. Grulke et. al. (in Tschuschke et al. 2004), ktorý okrem iného zistil, že vyššie šance na prežitie majú rovnako onkologickí pacienti, ktorí dosahujú vyššie skóre v kategóriách *Prijatie ochorenia* a *Sebakontrola*. Z celkových zistení týchto výskumov teda vyplýva, že čím je aktívnejšie pacientove zvládanie správania, tým je vyššia pravdepodobnosť prežitia. V porovnaní s našim výskumom môžeme skonštatovať podobné zistenia a teda, že respondentky sa celkovo viac prikláňali k využívaniu *Pozitívnych stratégií* zvládania, ku ktorým patrí v rámci dotazníka SVF 78 *Podhodnotenie, Odmietanie viny, Odklon, Náhradné uspokojenie, Kontrola situácie, Kontrola reakcií* a *Pozitívna sebainštrukcia*. Myslíme si, že dôležité je najmä objavovať a podporovať zdroje onkologických pacientok pre využitie dostupných stratégií zvládania a rovnako im aj pomáhať pri vybudovaní týchto stratégií, napr. v rámci edukačných programov v podporných skupinách onkologicky chorých a podobne.

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, zvládanie záťažových situácií aj zvládanie každodenného života. V týchto súvislostiach sa v posledných rokoch zdôrazňuje potreba multiodborového prístupu a komplexnej onkologickej rehabilitácie. V rámci edukačných programov v podporných skupinách onkologicky chorých považujeme za potrebné zdôrazňovať význam práve tých faktorov, ktoré majú vzťah k procesom zvládania choroby, predovšetkým význam sociálnej opory, poznanie a posilnenie vlastných zdrojov zvládania, individuálne možnosti zvyšovania subjektívnej kvality života pacientov a podobne.

Zoznam bibliografických zdrojov

- ANGENENDT, G. et al., 2007. *Praxis der Psychoonkologie*. Stuttgart: Verlag. ISBN 978-3- 8304-5316-1.
- ARMITAGE, CH. J., and M. CONNER, 2000. Social Cognition Models and Health Behaviour: A structured Review. *Psychology and Health*, Vol. 15, no. 2, pp. 173-190.
- BAŠTECKÁ, B. a P. GOLDMANN, 2001. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80- 7178- 550- 4.
- 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, and J. K. WEINTRAUB, 1989. Assessing coping strategie. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 56, pp. 267-283. ISSN 0022-3514.
- 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, s. 485-507. ISBN 80-247-0279-7.
- HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178- 303-X.
- JANKE, W. a G. ERDMANNOVÁ, 2003. *Strategie zvládání stresu. SVF 78*. Praha: Testcentrum. Preložil a upravil J. Švancara. ISBN 80-86471-24-1

- KOČIŠOVÁ, A., 2012. Sociálna práca a poradenstvo pri zlepšovaní kvality života onkologicky chorých. I. časť. In: *Sociálne a politické analýzy*. Roč. 6, č. 2, s. 97-182. ISSN 1337-555.
- KOČIŠOVÁ, A., M. WAGNEROVÁ a E. ŽIAKOVÁ, 2012. Multiodborový prístup ku kvalite života a zmyslu života onkologicky chorých. In: *Acta chemotherapeutica*. Roč. 21, č. 1-3, s. 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, s. 119-129. ISBN 978-80- 8152-215-4.
- KOČIŠOVÁ, A. a T. ŽIAKOVÁ, 2016. Bio-psycho-sociálno-spirituálne aspekty zvládania onkologických ochorení. In: E. ŽIAKOVÁ, ed. *Podoby vnútorných i vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce*. Košice: FF UPJŠ. ISBN 978-80-8152-405-9.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0178- 0.
- MESÁROŠOVÁ, M., A. OSTRÓ, A. GREŠOVÁ, L. SAKSUN a A. KOČIŠOVÁ, 2007. *Psychologické determinanty zvládania onkologických ochorení*. Košice: VÚSI. ISBN 978-80-89338-00-9.
- NOVÁ, M., 2015. Kulturní rozmanitost aspekty vnímání odlišností. In: E. TURIÁK. *Koncipovanie osobnosti človeka v dialogov výchovy*. Ružomberok: Katolícká univerzita v Ružomberku, s. 62-66. ISBN 978-80-561-0221-3.
- 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.
- SABOLOVÁ Fabianová A. a E. ŽIAKOVÁ, 2016. Reziliencia onkologických pacientov. In: E. ŽIAKOVÁ, ed. *Podoby vnútorných i vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce*. Košice: FF UPJŠ. ISBN 978-80-8152-405-9.
- SIRACKÁ, E., 2015. Čo predstavuje onkologická rehabilitácia. In: *Acta chemotherapeutica*. Č. 1-3, s. 221-226. ISSN 1335-0579.
- SIRACKÁ, E. a L. BUDÁČOVÁ, 2015. Onkologická rehabilitácia. In: *Onkológia*. Roč. 10, č. 6. ISSN 1336-8176.
- ŠIŇANSKÁ, K. a V. ŠANDLOVÁ, 2013. Vyrovnávanie sa so stresom a záťažovými situáciami terénymi 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.
- WEERT Van, E. 2007. *Cancer rehabilitation: effects and mechanisms*. Groningen: University of Groningen. Comprehensive Cancer Centre North-Netherlands. ISBN 978-90-367-3132-4.
- 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. In: *Acta chemotherapeutica*. č. 1-3, s. 221-226. ISSN 1335-0579.
- ŽIAKOVÁ, E. 2016. C-systém zvládania záťaže u onkologicky chorých pacientov a pacientok v kontexte sociálnej práce. In: E. ŽIAKOVÁ, ed. *Podoby vnútorných i*

vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce. Košice:
FF UPJŠ. ISBN 978-80-8152-405-9.

Kontakt na autorky

PhDr. Agnesa Kočišová, PhD.

PhDr. Katarína Šišanská, PhD.

Katedra sociálnej práce FF UPJŠ

Moyzesova 9, 040 59 Košice

a.kocisova.sp@gmail.com

katarina.sinanska@upjs.sk

Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych do 30 roku życia przy wykorzystaniu instrumentów rynku pracy

Activation of the unemployed up to 30 years of age using the instruments of labor market

Ewelina Kleszcz-Ciupka (PL)

Abstract

Aktywizacja zawodowa to wszelkie działania zmierzające do poprawy sytuacji zawodowej osób pozostających bez pracy, chętnych i gotowych do jej podjęcia. Osoby, które z różnych przyczyn zewnętrznych oraz wewnętrznych nie mają możliwości wejść i pozostać na rynku pracy wymagają wsparcia ze strony odpowiednich instytucji realizujących cele zapobiegania bezrobociu. W szczególnej sytuacji na rynku pracy są osoby młode, dla których opracowano katalog dodatkowych instrumentów, które mają przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu oraz zawodowemu osób do 30 roku życia.

Keywords: Aktywizacja zawodowa. Osoby bezrobotne. Rynek pracy. Instrumenty rynku pracy.

Wstęp

Aktywizacja zawodowa uważana jest za jedną z form wspierających działania zmierzające do zmniejszenia stopy bezrobocia rozumianej jako procent pracowników nie pracujących, ale poszukujących pracy. Gdy następuje spadek zatrudnienia, wynikający ze wzrostu okresowych zwolnień, stopa bezrobocia zwiększa się (D.Begg 1997, s.47). Wpływa to bezpośrednio na liczbę osób rejestrujących się w urzędach pracy jako osoby bezrobotne, które są zdolne do pracy i deklarujące chęć jej podjęcia jednak nie znajdujące faktycznego zatrudnienia z różnych przyczyn zewnętrznych i wewnętrznych. W celu pomocy zmiany trudnej sytuacji zawodowej osób pozostających bez pracy niezbędne jest wprowadzenie procesu długofalowego jakim jest aktywizacja zawodowa. Nie daje ona natychmiastowych efektów, a niejednokrotnie wymagająca podejmowania przez dłuższy czas całego szeregu działań na kilku różnych płaszczyznach. Do celów aktywizacji zawodowej wykorzystuje się instrumenty i usługi rynku pracy, których zadaniem jest doprowadzenie do zmiany sytuacji zawodowej osób pozostających bez pracy. Aktywizacja zawodowa szczególnie w przypadku osób w szczególnej sytuacji na rynku pracy to proces dwufazowy. Składają się na niego działania o charakterze wewnętrznym oraz zewnętrznym. Te pierwsze opierają się na niwelowaniu w głównej mierze barier motywacyjnych. Praca w tym zakresie polega na rozpoznawaniu własnych potrzeb, możliwości, predyspozycji czy zainteresowań zawodowych, a także określaniu poziomu i rodzaju motywacji oraz gotowości do zmiany sytuacji zawodowej i osobistej. Natomiast do zadań o charakterze zewnętrznym zaliczamy likwidowanie barier informacyjnych, polegającym na wyposażaniu osoby niepracującej w wiedzę i umiejętności praktyczne w zakresie aktywnego poszukiwania pracy i funkcjonowania w miejscu pracy. Biorąc pod uwagę powyższe wskazania należy stwierdzić, że aktywizacja to zarówno konkretne działania zawodowe, jak i praca nad własnymi postawami oraz motywacją i gotowością do wprowadzania zmian we własnym życiu osobistym oraz zawodowym.

Na szczególną uwagę i pomoc zasługują osoby pozostające w szczególnej sytuacji na rynku pracy. Zgodnie z ustawą z dnia 14 marca 2014 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz niektórych innych ustaw zaliczamy do nich:

- bezrobotnym do 30 roku życia,

- bezrobotnym długotrwale,
- bezrobotnym powyżej 50 roku życia,
- bezrobotnym korzystającym ze świadczeń z pomocy społecznej,
- bezrobotnym posiadającym co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia,
- bezrobotnym niepełnosprawnym (Ustawa z dnia 14 marca 2014 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz niektórych innych ustaw).

Celem prezentowanego artykułu jest przedstawienie instrumentów rynku pracy wykorzystywanych do aktywizacji zawodowej osób bezrobotnych do 30 roku życia.

Sytuacja na rynku pracy osób bezrobotnych do 30 roku życia

Aktywność zawodowa jest istotnym elementem życia człowieka. Dzięki niej osoba pracująca zawodowo ma możliwość podejmowania działań zmierzających do zaspokajania potrzeb samorealizacji, akceptacji, przynależności, jednocześnie zwiększając, a niejednokrotnie nabywając poczucie własnej wartości. Cykl życia człowieka składa się z trzech podstawowych faz, które wytyczają jego zawodowe możliwości, a mianowicie:

- wiek przedprodukcyjny rozumianym jako przedział wiekowy obejmujący osoby, które nie ukończyły 18 lub 15 roku życia w zależności od przyjętej klasyfikacji. Jest to wiek, w którym ludzie zazwyczaj nie podejmują pracy z powodu kształcenia się lub nie mogą być zatrudnione na mocy przepisów kodeksu pracy ze względu na za niski wiek,
- wiek produkcyjny obejmujący przedział wiekowy, w którym ludzie zazwyczaj podejmują pracę. W zależności od przyjętej klasyfikacji wiek produkcyjny obejmuje: kobiety między 15 lub 18 a 59 rokiem życia oraz mężczyźni między 15 lub 18 a 64 rokiem życia. Wiek produkcyjny dzieli się na: wiek mobilny oraz wiek niemobilny,
- wiek poprodukcyjny będący przedziałem wiekowym, w którym człowiek zwykle kończy już pracę zawodową. Zgodnie z najczęściej stosowaną klasyfikacją w wieku poprodukcyjnym znajdują się kobiety w wieku 60 lat i więcej oraz mężczyźni w wieku 65 lat i więcej (http://gazetapraca.pl/gazetapraca/1,94505,5809979,Wiek_poprodukcyjny.html)

W artykule tym główna uwaga poświęcona została grupie osób młodych do 30 roku życia i ich sytuacji na rynku pracy. Zgodnie z danymi w IV kwartale 2015 r. aktywnymi zawodowo w Polsce pozostawało 56,5% ludności w wieku 15 lat i więcej. Wysoki poziom bierności zawodowej warunkowany jest przede wszystkim niską aktywnością młodzieży (33,2%), co wynika z przedłużania wejścia na rynek pracy przez osoby młode z uwagi na kontynuowanie nauki. Zatem tylko co trzeci młody człowiek był aktywny zawodowo, podczas gdy aktywność osób w wieku 25-34 lata wynosiła 85,4%, a w wieku 35-44 lata 87,7%.. Na podstawie danych GUS z 2015 roku biernymi zawodowo było 2 798 tys. młodych ludzi w wieku 15-24 lata i stanowili oni 20,8% wszystkich biernych zawodowo (13 478 tys. osób). W porównaniu do IV kwartału 2014 r., w grupie biernych zawodowo w wieku 15-24 lata, odnotowano spadek o 31 tys. osób, tj. o 1,1%. Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 15 lat i więcej wzrósł w IV kwartale 2015 r. do 52,6% (tj. o 0,9 p. p. w porównaniu do IV kwartału 2014 r.). Wśród osób w wieku 15-24 lata wskaźnik zatrudnienia wyniósł 26,5%, i w porównaniu do IV kwartału 2014 r. zwiększył się o 0,6 p. p. Stopa bezrobocia młodzieży wyniosła w IV kwartale 2015 r. 20,2% i blisko 3-krotnie przewyższała wartość charakteryzującą populację w wieku 15 lat i więcej (6,9%). Zarówno wiek jak i poziom

wykształcenia wpływają na czas pozostawania bez pracy. Średni czas pozostawania bez pracy w końcu 2015 r. dla bezrobotnych ogółem wyniósł 12,6 miesiąca. Młodzi pozostawali bez pracy dużo krócej, bo 7,6 miesiąca wobec 8,3 miesięcy w końcu 2014 r. Wśród młodych do 25 roku życia dominowały osoby poszukujące pracy od 1 do 3 miesięcy – 68,6 tys. osób (29% ogółu bezrobotnych do 25 r. ż.) oraz od 3 do 6 miesięcy – 52,3 tys. osób (22,1%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby poszukujące pracy powyżej 24 miesięcy – 20,2 tys. osób (8,5%). Czas pozostawania bez pracy wzrasta wraz z wiekiem bezrobotnych i obniża się wraz z podnoszeniem się poziomu wykształcenia. Świadczy to o tym, że bardziej narażone na długotrwałe pozostawanie bez pracy są osoby starsze oraz posiadające niskie kwalifikacje zawodowe. Najczęściej podnoszonym argumentem w kontekście bezrobocia młodzieży jest brak doświadczenia zawodowego. W końcu 2015 r. wśród zarejestrowanych bezrobotnych do 25 r. ż. najliczniejszą populację stanowiły osoby bez stażu pracy – 111,7 tys. osób (47,2% młodych bezrobotnych), następnie bezrobotni ze stażem do 1 roku – 69,7 tys. osób (29,4%) oraz od 1 do 5 lat – 53,9 tys. osób (22,8%).

Istotny wpływ na strukturę bezrobocia młodych mają zachodzące zmiany demograficzne oraz wzrost możliwości i zainteresowania podejmowaniem dalszej nauki. Nadal wysoka liczba młodych ludzi podejmuje studia wyższe i tym samym zarówno wśród ludności ogółem, jak i w poszczególnych grupach ze względu na aktywność ekonomiczną wzrasta odsetek osób legitymujących się dyplomami wyższych uczelni. Tym samym również w strukturze bezrobotnych odsetek osób z wyższym wykształceniem, z roku na rok, wzrasta. (Sytuacja na rynku pracy osób młodych w 2015 roku <http://www.mpips.gov.pl/analizy-i-raporty/raporty-sprawozdania/rynek-pracy/sytuacja-na-ryнку-pracy-osob-mlodych/>)

Instrumenty rynku pracy służące aktywizacji zawodowej osób bezrobotnych

Aktywne instrumenty polityki rynku pracy można podzielić na zorientowane podażowo i popytowo. Instrumentami zorientowanymi na podaź pracy, wspierającymi poszukujących pracy, są przede wszystkim szkolenie i doskonalenie zawodowe oraz doradztwo zawodowe i po części pośrednictwo pracy. Należy podkreślić, że wspieranie szkolenia i doskonalenia zawodowego stanowi rdzeń polityki rynku pracy. Główne ich zadanie sprowadza się do dostosowania kwalifikacji zawodowych pracowników do zmian w gospodarce. Wykorzystując instrumentarium szkoleniowe możemy ułatwić integrację zawodową osobom bezrobotnym i absolwentom szkół z nieadekwatnymi kwalifikacjami. Do instrumentów zorientowanych popytowo zalicza się wszystkie formy zatrudnienia subsydiowanego. Można tutaj wskazać w szczególności na takie instrumenty, jak: środki na rzecz utrzymania i tworzenia miejsc pracy dla bezrobotnych, dotacje płacowe dla firm zatrudniających osoby bezrobotne, bezpośrednie tworzenie miejsc pracy w sektorze publicznym i organizacjach pozarządowych oraz promocję podejmowania działalności gospodarczej. (Wiśniewski Z., Zawadzki K. s.18)

Celem zasadniczym instytucji rynku pracy jest podejmowanie działań zmierzających do przeciwdziałania bezrobociu, które niejednokrotnie prowadzi do wykluczenia społecznego związanego z ubóstwem i patologią. Do zadań zmierzających do poprawy sytuacji zawodowej osób bezrobotnych, a co za tym idzie również osobistej, wykorzystywane są różnego rodzaju usługi i instrumenty rynku pracy, do najpopularniejszych zalicza się:

- *Refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy* dla skierowanego bezrobotnego w wysokości określonej w umowie, nie wyższej jednak niż 6-krotnej wysokości przeciętnego wynagrodzenia.
- *Jednorazowe środki na podjęcie działalności gospodarczej*, w tym na pokrycie kosztów pomocy prawnej, konsultacji i doradztwa związane z podjęciem tej działalności, w wysokości określonej w umowie, nie wyższej jednak niż 6-krotnej wysokości przeciętnego wynagrodzenia.

- *Prace interwencyjne* na zwrocie pracodawcy, który zatrudnił na okres do 6 miesięcy skierowanych bezrobotnych części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne.
- *Staż zawodowy* służy zdobywaniu doświadczenia zawodowego w kierunku posiadanych kwalifikacji zawodowych lub w dowolnym, jeżeli ich brak. Bezrobotny może zostać skierowany do odbycia stażu przez okres nieprzekraczający 6 miesięcy oraz 12 jeżeli jest do 25 roku życia lub w okresie 12 miesięcy od dnia określonego w dyplomie, świadectwie lub innym dokumencie poświadczającym ukończenie szkoły wyższej nie ukończył 27 roku życia.
- *Roboty publiczne* – oparte są na zwrocie organizatorowi, który zatrudnił skierowanych bezrobotnych, a także bezrobotnych będących dłużnikami alimentacyjnymi przez okres do 6 miesięcy, część kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składek na ubezpieczenia społeczne.
- *Prace społecznie użyteczne* – skierowane są do osób bezrobotnych bez prawa do zasiłku korzystających ze świadczeń z pomocy społecznej, w celu wykonania prac na terenie gminy, w której bezrobotny zamieszkuje lub przebywa, w wymiarze do 10 godzin w tygodniu, za kwotę nie niższą niż 6 zł za każdą godzinę pracy.
- *Organizacja szkoleń* – podejmowana jest w celu podniesienia kwalifikacji zawodowych i innych kwalifikacji zwiększających szansę na podjęcie lub utrzymanie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej osób bezrobotnych i poszukujących pracy, w szczególności w przypadku:
 - braku kwalifikacji zawodowych,
 - konieczności zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji,
 - utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie,
 - braku umiejętności aktywnego poszukiwania pracy.

Szkolenia zawodowe organizowane są w dwóch formach: grupowej oraz indywidualnej. Ta druga przeprowadzana jest w oparciu o uzasadnienie celowości tego szkolenia. (Kleszcz-Ciupka E., Drozd S. s.122-136).

W celu niwelowania negatywnych skutków pozostawania bez pracy osób młodych Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej podjęło decyzje o poszerzeniu oferty form wsparcia w walce z bezrobociem. Nowe instrumenty zostały wprowadzone w 2014 roku z myślą o potrzebach, oczekiwaniach i możliwościach zawodowych osób bezrobotnych. Do dodatkowych instrumentów adresowanych do bezrobotnych do 30 roku życia zaliczyć należy:

1. **Bon szkoleniowy**, który może przyznać starosta na wniosek bezrobotnego do 30 roku życia, a który stanowi gwarancję skierowania bezrobotnego na wskazane przez niego szkolenie oraz opłacenia kosztów, które zostaną poniesione w związku z podjęciem szkolenia. Przyznanie i realizacja bonu szkoleniowego następuje na podstawie indywidualnego planu działania oraz uprawdopodobnienia przez bezrobotnego podjęcia zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej. W ramach bonu szkoleniowego starosta finansuje bezrobotnemu, do wysokości 100% przeciętnego wynagrodzenia obowiązującego w dniu przyznania bonu szkoleniowego, koszty:
 - a) jednego lub kilku szkoleń, w tym kosztów kwalifikacyjnego kursu zawodowego i kursu nadającego uprawnienia zawodowe – w formie wpłaty na konto instytucji szkoleniowej;
 - b) niezbędnych badań lekarskich lub psychologicznych – w formie wpłaty na konto wykonawcy badania;

- c) przejazdu na szkolenia – w formie ryczału;
 - d) zakwaterowania, jeśli zajęcia odbywają się poza miejscem zamieszkania – w formie ryczału wypłacanego bezrobotnemu w wysokości.
2. Na wniosek bezrobotnego do 30 roku życia starosta może przyznać **bon stażowy** stanowiący gwarancję skierowania do odbycia stażu u pracodawcy wskazanego przez bezrobotnego na okres 6 miesięcy, o ile pracodawca zobowiąże się do zatrudnienia bezrobotnego po zakończeniu stażu przez okres 6 miesięcy. Przyznanie bonu stażowego następuje na podstawie indywidualnego planu działania. Pracodawcy, który zatrudni bezrobotnego przez deklarowany okres 6 miesięcy, starosta wypłaca premię w wysokości 1500 zł. W ramach bonu stażowego starosta finansuje:
- a) koszty przejazdu do i z miejsca odbywania stażu – w formie ryczału łącznie ze stypendium;
 - b) koszty niezbędnych badań lekarskich lub psychologicznych.
3. Na wniosek bezrobotnego do 30 roku życia starosta może przyznać **bon zatrudnieniowy**, który stanowi dla pracodawcy gwarancję refundacji części kosztów wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne w związku z zatrudnieniem bezrobotnego, któremu powiatowy urząd pracy przyznał ten bon. Przyznanie bonu zatrudnieniowego następuje na podstawie indywidualnego planu działania. Pracodawca w ramach bonu zatrudnieniowego jest obowiązany do zatrudnienia bezrobotnego przez okres 18 miesięcy. Realizacja bonu zatrudnieniowego następuje na podstawie umowy zawieranej przez starostę z pracodawcą. Starosta refunduje pracodawcy część kosztów wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne, przez okres 12 miesięcy, w wysokości zasiłku dla bezrobotnych. Pracodawca jest obowiązany do dalszego zatrudniania skierowanego bezrobotnego przez okres 6 miesięcy po zakończeniu okresu refundacji.
4. Na wniosek bezrobotnego do 30 roku życia starosta, na podstawie umowy, może przyznać **bon na zasiedlenie** w związku z podjęciem przez niego poza miejscem dotychczasowego zamieszkania zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej, jeżeli:
- a) z tytułu ich wykonywania będzie osiągał wynagrodzenie lub przychód w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia za pracę brutto miesięcznie oraz będzie podlegał ubezpieczeniom społecznym;
 - b) odległość od miejsca dotychczasowego zamieszkania do miejscowości, w której bezrobotny zamieszka w związku z podjęciem zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej wynosi co najmniej 80 km lub czas dojazdu do tej miejscowości i powrotu do miejsca dotychczasowego zamieszkania środkami transportu zbiorowego przekracza łącznie co najmniej 3 godziny dziennie;
 - c) będzie pozostawał w zatrudnieniu, wykonywał inną pracę zarobkową lub będzie prowadził działalność gospodarczą przez okres co najmniej 6 miesięcy.

Środki Funduszu Pracy przyznane w ramach bonu na zasiedlenie, w wysokości określonej w umowie, nie wyższej jednak niż 200% przeciętnego wynagrodzenia za pracę, przeznacza się na pokrycie kosztów zamieszkania związanych z podjęciem zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej. Bezrobotny, który otrzymał bon na zasiedlenie, jest obowiązany w terminie:

1. do 30 dni od dnia otrzymania bonu na zasiedlenie dostarczyć do powiatowego urzędu pracy dokument potwierdzający podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej,
2. do 7 dni, odpowiednio od dnia utraty zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej i od dnia podjęcia

- nowego zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej, przedstawić powiatowemu urzędowi pracy oświadczenie o utracie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub zaprzestaniu wykonywania działalności gospodarczej i podjęciu nowego zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności,
3. do 8 miesięcy od dnia otrzymania bonu na zasiedlenie udokumentować pozostawanie w zatrudnieniu, wykonywanie innej pracy zarobkowej lub prowadzenie działalności gospodarczej przez okres 6 miesięcy.
 5. Starosta może zawrzeć umowę, na podstawie której **refunduje pracodawcy lub przedsiębiorcy przez okres 12 miesięcy część kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia**, w wysokości uprzednio uzgodnionej, nieprzekraczającej jednak kwoty ustalonej jako iloczyn liczby zatrudnionych skierowanych bezrobotnych w miesiącu oraz kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującej w ostatnim dniu zatrudnienia każdego rozliczanego miesiąca i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia. (Ustawa z dnia 14 marca 2014 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz niektórych innych ustaw)

Powyższe instrumenty to wyjście naprzeciw problemowi bezrobocia osób do 30 roku życia. Mogą być one wykorzystane przez osoby pozostające bez pracy w celu zmiany ich sytuacji zawodowej i osobistej.

Efektywność nowych form aktywizacji

Nowelizacja Ustawy wprowadziła nowe formy aktywizacji bezrobotnych przeznaczone przede wszystkim dla osób do 30 roku życia, powyżej 50 roku życia, długotrwale bezrobotnych i rodziców powracających na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem dziecka. Od wejścia w życie nowelizacji Ustawy do 31 maja 2016 r. nowymi formami wsparcia objęto 87,8 tys. bezrobotnych. Najwięcej bezrobotnych skierowano do agencji zatrudnienia (23,4 tys. osób), rozpoczęło staż w ramach bonu stażowego (21,0 tys. osób) oraz podjęło pracę poza miejscem zamieszkania w ramach bonu na zasiedlenie (12,1 tys. osób). Z kolei najmniej, bo zaledwie 8 osób, podjęło pracę w ramach grantu na telepracę. W okresie pierwszych pięciu miesięcy 2016 r. z nowych form wsparcia skorzystało 18,8 tys. osób, tj. 14,5% mniej niż w analogicznym okresie 2015 r., kiedy to w ramach nowych form zaktywizowano 21,9 tys. osób. Najistotniejszy wzrost dotyczył podjęć pracy w ramach refundacji składek na ubezpieczenia społeczne – wzrost 12-krotny (z 25 osób w okresie styczeń – maj 2015 r. do 308 osób w analogicznym okresie 2016 r.). Natomiast znacząco, bo o 72,3%, spadła liczba rozpoczynających staż w ramach bonu stażowego (do 1,8 tys. osób) oraz o 66,9% zmniejszyły się podjęcia pracy w ramach bonu zatrudnieniowego (do 0,6 tys.). Podjęcia pracy w ramach świadczenia aktywizacyjnego spadły o 58,6% (do 12 osób), a o 14,9% spadły rozpoczęcia szkoleń w ramach bonu szkoleniowego (do 2,2 tys. osób). Najwięcej osób w roku 2016 zostało skierowanych do agencji zatrudnienia w ramach zlecenia działań aktywizacyjnych (6,1 tys. osób, tj. 32,7% uczestników nowych form) oraz podjęło pracę poza miejscem zamieszkania w ramach bonu na zasiedlenie (3,9 tys. osób, tj. 20,9% uczestników). Żaden bezrobotny nie podjął natomiast pracy w formie telepracy.

Wzrost zatrudnienia młodych pracowników oraz skrócenie średniego czasu pozostawania bez pracy osób młodych to cel podstawowy powołania nowych instrumentów rynku pracy, które stanowiły środki do jego realizacji, a na które składają się:

1. **refundacja składek na ubezpieczenia społeczne należne od pracodawcy za bezrobotnych do 30 roku życia podejmujących zatrudnienie po raz pierwszy w życiu**- W ramach tego instrumentu starosta na podstawie zawartej umowy refunduje pracodawcy koszty

poniesione na składki na ubezpieczenia społeczne należne od pracodawcy za skierowanych do pracy bezrobotnych do 30 roku życia, którzy podejmują zatrudnienie po raz pierwszy w życiu. Refundacja obejmuje okres do 12 miesięcy i jej wysokość nie może przekroczyć miesięcznie ½ minimalnego wynagrodzenia za pracę. Pracodawca ma obowiązek dalszego zatrudniania skierowanej osoby po okresie refundacji przez kolejne 6 miesięcy, pod rygorem zwrotu refundacji. Wprowadzone rozwiązanie miało ułatwić podejmowanie pracy przez osoby, które do tej pory nie były zatrudnione i w związku z tym nie posiadają doświadczenia zawodowego. W związku z niewielkim stopniem w jakim wykorzystano ten instrument rynku pracy, trudno dokonać jego jednoznacznej oceny. Niemniej jednak każde miejsce pracy, na którym zostanie zatrudniona osoba młoda, znajdująca się dopiero na początku swojej drogi zawodowej, należy uznać za pozytywny fakt.

Na podstawie zgromadzonych danych można jednak stwierdzić, że instrument ten nie cieszył się dużym zainteresowaniem pracodawców, choć można odnotować istotny wzrost zatrudnienia w wyniku jego zastosowania w 2015 r. (44 bezrobotnych do 30 roku życia) w stosunku do 2014 r. (29 bezrobotnych do 30 roku życia).

Jak wynika z informacji pozyskanych z PUP, funkcjonowanie innych, łatwiejszych w zastosowaniu instrumentów rynku pracy, jak również zbyt niska – w opinii pracodawców – kwota refundacji, spowodowały słabe wykorzystanie tego instrumentu.

Mając na uwadze stopień wykorzystania refundacji składek na ubezpieczenia społeczne należne od pracodawcy za bezrobotnych do 30 roku życia podejmujących zatrudnienie po raz pierwszy w życiu znaczna część PUP opowiada się za wykreśleniem niniejszego instrumentu z katalogu instrumentów rynku pracy.

2. **bon szkoleniowy**- MRPiPS w dniach 6-21 kwietnia 2016 r. przeprowadziło badanie ankietowe dotyczące bonu szkoleniowego. Kwestionariusz w całości wypełniło 96,2% urzędów pracy.

Większość ankietowanych (2/3) dobrze ocenia wprowadzenie bonu szkoleniowego i uznaje, że przyczynia się on do wychodzenia z bezrobocia (opinia prawie 80% ankietowanych).

Ponad połowa (54%) urzędów pracy postuluje udostępnienie bonów szkoleniowych dla wszystkich bezrobotnych (31% wskazuje jako beneficjentów wyłącznie osoby do 30 roku życia).

Zdecydowana większość urzędów pracy opowiada się za utrzymaniem istniejących szczegółowych rozwiązań:

- 1) dotychczasowej wartości bonu do 100% przeciętnego wynagrodzenia (64% opinii);
- 2) dofinansowania przejazdu na szkolenie w formie ryczałtu w dotychczas limitowanej kwocie (82% opinii);
- 3) dofinansowania kosztów zakwaterowania, gdy zajęcia odbywają się poza miejscem zamieszkania w formie ryczałtu w obecnie przewidzianej kwocie (2/3 opinii);
- 4) wypłacania stypendium szkoleniowego w dotychczasowej wysokości 120% zasiłku dla bezrobotnych (90% opinii).

3. **bon stażowy** - MRPiPS w dniach 6-21 kwietnia 2016 r. przeprowadziło badanie ankietowe dotyczące bonu stażowego. Kwestionariusz w całości wypełniło 96,2% urzędów pracy.

W opinii urzędów pracy bon stażowy dość dobrze pełni swoją funkcję. Ponad połowa ankietowanych pozytywnie ocenia wprowadzenie bonu stażowego, ponad 2/3 ankietowanych uznaje, że bon stażowy efektywnie pomaga w uzyskaniu zatrudnienia.

Badane urzędy pracy są podzielone w kwestii adresatów bonu stażowego – tyle samo ankietowanych jest zwolennikiem udostępnienia bonu stażowego dla wszystkich osób bezrobotnych, co chce zachować ten instrument tylko dla młodych bezrobotnych.

Większość ankietowanych opowiada się za utrzymaniem dotychczasowych rozwiązań w zakresie bonu stażowego:

- akceptowane są staże 6-miesięczne i proporcjonalna długość zatrudnienia po stażu (65% głosów – powinno być wymagane zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy;
- akceptowana jest premia dla pracodawcy w obecnej wysokości (80% odpowiedzi);
- akceptowane jest dofinansowanie przejazdu na staż w formie ryczału i w obecnej wysokości, a także finansowanie badań lekarskich/psychologicznych (ponad 80% badanych).

4. bon zatrudnieniowy - W 2014 r. 1 599 osobom przyznano bon zatrudnieniowy. W 2015 r. forma ta cieszyła się większym zainteresowaniem, skorzystało z niej 3 239 osób. Natomiast do kwietnia 2016 r. łącznie 451 osobom przyznano bon zatrudnieniowy. Biorąc zatem pod uwagę okres jaki upłynął od wdrożenia tego instrumentu (27 maja 2014 r. – 30 kwietnia 2016 r.) pomoc w zatrudnieniu w formule bonu zatrudnieniowego otrzymało 5 289.

5. bon na zasiedlenie - Skala wdrażania bonu na zasiedlenie przedstawia się następująco:

- 2014 r. – 1 334 osoby,
- 2015 r. – 6 804 osoby,
- do kwietnia 2016 r. – 3 129 osób.

Tym samym liczba osób, które podjęły zatrudnienie w wyniku zastosowania tej formy wsparcia okresie od 27 maja 2014 r. do 30 kwietnia 2016 r. wyniosła 11 267.

Podjęcie działalności gospodarczej w ramach bonu na zasiedlenie przedstawiało się następująco:

- 2014 r. – 42 osoby,
- 2015 r. – 123 osoby,
- do kwietnia 2016 r. – 52 osoby.

Tym samym liczba osób, które rozpoczęły aktywizację w ramach bonu na zasiedlenie poprzez podjęcie działalności gospodarczej w okresie od 27 maja 2014 r. do 30 kwietnia 2016 r. wyniosła 217.

Wysokie bezrobocie młodych stanowi poważny problem społeczny gdyż wywołuje skutki społeczne, ekonomiczne i polityczne. Efektem bezrobocia młodych może być ubóstwo, marginalizacja, a w skrajnych przypadkach wykluczenie społeczne. Trudna sytuacja na rynku pracy osób młodych najczęściej wiązana bywa z brakiem doświadczenia zawodowego oraz niedopasowaniem kwalifikacji do potrzeb rynku pracy. Coraz większa część młodych ludzi w celu zwiększenia możliwości znalezienia odpowiedniej pracy decyduje się na podnoszenie swoich kwalifikacji zawodowych zdobywając wyższe wykształcenie, a w jego trakcie odbywając staże, praktyki, czy podejmując pracę.

MRPiPS mając na uwadze, że osoby do 30 roku życia stanowią jedną z grup będących w szczególnej sytuacji na rynku pracy, w nowelizacji Ustawy założyło zwiększenie pakietu możliwych rozwiązań kierowanych właśnie do tej grupy osób. W trosce o sytuację młodych, aktywnych bezrobotnych do 30 roku życia wprowadzony został pakiet dodatkowych instrumentów w postaci bonów: szkoleniowego, stażowego, zatrudnieniowego i na zasiedlenie. Dzięki temu PUP, o ile nie dysponuje ofertą odpowiedniej pracy, może po

ustaleniu bezrobotnemu profilu pomocy i ujęciu tego rodzaju wsparcia w IPD, umożliwić mu aktywizację w ramach bonów. (Analiza rozwiązań wprowadzonych ustawą z dnia 14 marca 2014 r. O zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz niektórych innych ustaw (dz. U. Poz. 598))

Wnioski

Celem niniejszego tekstu było zaprezentowanie nowych narzędzi w procesie aktywizacji zawodowej osób do 30 roku życia w celu poprawy ich sytuacji na rynku pracy.

Przeprowadzona analiza pokazała, iż zakładano, że wprowadzone zmiany przyniosą szereg korzyści społecznych, dzięki zwiększeniu oferty wsparcia adresowanej do młodych bezrobotnych, zaś osoby te otrzymają pomoc adekwatną do potrzeb, wynikającą jednocześnie z ich mobilności i kreatywności. Wprowadzone nowe instrumenty mają wpływ na rynek pracy, w tym na poprawę wskaźników zatrudnieniowych wśród osób młodych. Dzięki wprowadzeniu nowych instrumentów aktywizacyjnych Służby Zatrudnienia dysponują możliwościami pomocy osobom młodym. Ponadto, wprowadzone instrumenty ułatwiają osobom młodym wejście na rynek pracy. Choć niewielki procent bezrobotnych korzysta z bonu szkoleniowego czy też bonu stażowego, to dane statystyczne sugerują, że skuteczność aktywizacji z wykorzystaniem tych bonów jest wyższa niż w przypadku „tradycyjnego” skierowania na szkolenie czy staż. (Analiza rozwiązań wprowadzonych ustawą z dnia 14 marca 2014 r. O zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz niektórych innych ustaw (dz. U. Poz. 598))

Bibliography

BEGG, D., S. FISCHER, and R. DORNSBUCH, 1997. *Ekonomia - Mikroekonomia*, Wyd. PWN, Warszawa, 47 s.

KLESZCZ-CIUPKA, E., and 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 14 marca 2014 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz niektórych innych ustaw (tekst jedn. Dz. U. 2016. poz. 645)

WIŚNIEWSKIE, Z., and K. ZAWADZDKI, 2010. *Aktywna polityka rynku pracy w Polsce w kontekście europejskim*, Wyd. PSP, Toruń 18 s. ISBN 978-83-89063-39-7.

http://gazetapraca.pl/gazetapraca/1,94505,5809979,Wiek_poprodukcyjny.html dostęp na dzień [cit. 2016-12-20]

Analiza rozwiązań wprowadzonych ustawą z dnia 14 marca 2014 r. O zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz niektórych innych ustaw (dz. U. Poz. 598)

<http://www.mpips.gov.pl/analizy-i-raporty/raporty-sprawozdania/rynek-pracy/efektywnosc-podstawowych-form-aktywizacji-zawodowej-realizowanych-w-ramach-programow-na-rzecz-promocji-zatrudnienia-lagodzenia-skutkow-bezrobocia-i-aktywizacji-zawodowej-w-roku-2015/> dostęp na dzień [cit. 2017-01-26]

Sytuacja na rynku pracy osób młodych w 2015 roku <http://www.mpips.gov.pl/analizy-i-raporty/raporty-sprawozdania/rynek-pracy/sytuacja-na-rynku-pracy-osob-mlodych/> dostęp na dzień [cit. 2017-01-26]

Contact

Mgr Ewelina Kleszcz-Ciupka

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

mail: klew@poczta.onet.pl

Možnosti zapojenia neziskovej organizácie do resocializačného a reedukačného procesu v penitenciárnej a postpenitenciárnej starostlivosti

The possibilities of involvement of non-profit organisation into the process of resocialization and reeducation in penitentiary and postpenitentiary care

Miroslav Špánik (SK)

Abstrakt

Okrem štátnych orgánov sa do penitenciárnej a postpenitenciárnej starostlivosti zapájajú aj spoločenské, charitatívne a iné organizácie. Zameriavajú sa na aktívnu podporu procesu nápravy odsúdených a poskytnutie pomoci pri opätovnom začlenení do spoločnosti po prepustení z výkonu trestu odňatia slobody v záujme prevencie ich recidívy. Príspevok sa venuje charakteristike činnosti neziskovej organizácie EDUKOS v tejto oblasti. Vo svojej činnosti už niekoľko rokov využíva aj skúsenosti z medzinárodných projektov.

Kľúčové slová: Penitenciárna starostlivosť. Postpenitenciárna starostlivosť. Resocializácia. Reedukácia. Nezisková organizácia.

Abstract

Except of the state authorities, in the penitentiary and postpenitentiary care are also involved the social, charitable and other organizations. They are focused on the active support of the process concerning the correction of convicted persons; and also on the provision of the assistance in reintegration process after the release from the execution of imprisonment in order to prevent their recurrence. This article describes the activity of the non-profit organisation EDUKOS in this sphere. For many years this organisation has also used the experience from some international projects.

Keywords: Penitentiary care. Post-penitentiary care. Resocialisation. Reeducation. Non-profit organisation.

Úvod

Slovensko patrí ku krajinám s vysokou mierou recidívy páchatel'ov trestnej činnosti. Jedným z hlavných dôvodov je skutočnosť, že v minulosti neexistovala ucelená koncepcia starostlivosti o odsúdených počas plnenia výkonu trestu odňatia slobody a starostlivosti o prepustených z pohľadu efektívnej integrácie do spoločnosti. Táto oblasť bola legislatívne upravená až v roku 2005. Počas výkonu trestu a v období po prepustení z výkonu trestu odňatia slobody je z pohľadu sociálnej starostlivosti práca s odsúdenými zabezpečovaná paralelne predstaviteľmi niekoľkých profesií. Patria medzi nich sociálni pracovníci, pedagógovia, psychológovia, sociálni kurátori, probační a mediační úradníci, zamestnanci úradov práce, sociálnych vecí a rodiny, mestských a obecných úradov, detských domovov, azylových centier, resocializačných stredísk a pod. Napriek tomu, že spomenuté profesie spája rovnaký cieľ, nemajú vytvorený dostatočný priestor pre vzájomnú koordináciu a spoluprácu. Nedostatky existujúcich systémov dopadajú prevažne na občana. Práve mimovládne organizácie sú preto prirodzeným článkom, ktorý by mal svojou činnosťou realizovať aj túto špecifickú oblasť. A nielen v období budovania ucelenej koncepcie starostlivosti o odsúdených resp. o prepustených z pohľadu ich efektívnej integrácie do spoločnosti.

Proces resocializácie odsúdených osôb počas alebo po návrate z výkonu trestu odňatia slobody je vykonávaný v prevažnej miere štátnymi orgánmi. Nezastupiteľné miesto v ňom

však majú aj neziskové organizácie, ktoré vyplňajú medzeru v kompetenciách štátnych orgánov, pôsobia v oblasti sprevádzania, vzdelávania, sociálnej práce. Je na škodu, že ich možnosti sú finančne oklieštené. Medzi organizácie venujúcim sa resocializácii a reedukácii v penitenciárnej a postpenitenciárnej starostlivosti patrí tiež Konzultačné a informačné centrum EDUKOS v Dolnom Kubíne.

Príspevok ponúka pohľad do možností zapojenia mimovládnej organizácie do procesu resocializácie a reedukácie odsúdených osôb vykonávajúcich trest odňatia slobody v ústave na výkon trestu odňatia slobody (ÚVTOS) alebo podmiennečne odsúdených. Pozornosť je venovaná oblasti vzdelávania a resocializácie prostredníctvom sociálno-psychologických výcvikov, pre komplexnejšie vysvetlenie problematiky sú tiež popísané možnosti reedukácie a resocializácie vykonávané orgánmi ÚVTOS.

Organizácia EDUKOS, ktorá je od založenia zameraná na prácu s rôznymi znevýhodnenými skupinami, medzi ktoré patria tiež osoby po prepustení z výkonu trestu, riziková mládež a delikventi, ale aj rodiny, z ktorých pochádzajú. Hlavným cieľom organizácie je napomáhať pri zlepšení kvality ich života, predovšetkým preventívnou činnosťou pred sociálno-patologickými javmi, vzdelávaním, tréningami, výmenami skúseností, poradenstvom a konzultáciami v oblasti sociálno-právnej legislatívy a spolupracou s inými subjektmi, ktoré majú podobné ciele. Veľkú pozornosť EDUKOS venuje v rámci svojich projektov mladým delikventom a ľuďom vracajúcim sa z výkonu trestu. Ich cieľom je napomôcť im pri reintegrácii do spoločnosti a uplatnení sa na trhu práce, vytvoriť podmienky pre zavádzanie alternatívnych trestov do života a pobyt vo väzniciach obmedzovať len na najnutnejšie prípady. Vďaka zapojeniu do viacerých medzinárodných projektov s partnermi pracujúcimi v oblasti väznenstva, trestnej justície a z vedeckých pracovísk sa organizácii darí aj aktívne participovať na rozvoji v oblasti penitenciárnej a postpenitenciárnej starostlivosti (www.edukos.sk).

Resocializačný proces odsúdených

Do resocializačného procesu odsúdených zasahujú až tri rezorty. Lulei (2011) uvádza, že ide o ministerstvo spravodlivosti, ministerstvo vnútra a ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny. Z uvedeného možno potom identifikovať jednotlivé subjekty, ktoré vstupujú do tohto procesu: policajný zbor Slovenskej republiky, súdy a prokuratúra, zbor väzenskej a justičnej stráže, úrady práce, sociálnych vecí a rodiny - oddelenie sociálno-právnej ochrany a sociálnej kurately, probačný a mediačný úrad, mimovládny sektor, zariadenia sociálnych služieb.

Mátel (2015) popisuje najčastejšie formy práce sociálneho pracovníka: sociálnu diagnostiku, sociálnu intervenciu, resocializačné pôsobenie. Zvýšená pozornosť je venovaná dokumentácii a administrácii. Z hľadiska metód sa používa najmä sociálne poradenstvo, skupinová sociálna práca – vrátane „nácviku sociálnych zručností zameraných na podporu a usmernenie prosociálneho správania, na zmenu postojov a získanie sociálnych zručností, ako aj sprostredkovanie sociálnej pomoci“ (RGR č. 60/2008).

Postpenitenciárnu starostlivosť vykonávajú na Slovensku najmä sociálni pracovníci okresných úradov práce, sociálnych vecí a rodiny, probační a mediační pracovníci na príslušných okresných súdoch, charitatívne a náboženské organizácie, dobrovoľní aktivisti a občianske združenia. Zástupcovia uvedených organizácií spolupracujú na resocializácii páchatel'ov trestnej činnosti prostredníctvom sociálnych pracovníkov už počas výkonu trestu (Príloha č. 1 k RGR č. 60 /2008).

Vzdelávanie odsúdených

Vzdelávanie a vzdelanie je kľúčom k úspešnému zaradeniu sa do spoločenského a pracovného života a tým aj formou prevencie pred negatívnymi spoločenskými javmi. Preto je jednou z dôležitých a základných činností odborného personálu ústavov na výkon trestu a väzby vzdelávanie odsúdených, pričom osobitná pozornosť sa venuje vzdelávaniu odsúdených mladistvých. V podmienkach výkonu trestu odňatia slobody nejde len o klasický vyučovací proces, ale o komplexný resocializačný program, ktorého cieľom je odstrániť u mladistvých odsúdených nežiaduce formy správania a návykov, reštrukturalizovať jeho osobnosť a pomôcť mu lepšie sa začleniť do spoločnosti.

Pri zaobchádzaní s odsúdeným sa na splnenie cieľov programu zaobchádzania využívajú formy a metódy pedagogického a psychologického pôsobenia, metódy sociálnej práce, zaraďovanie do práce, vzdelávanie a kultúrno-osvetová činnosť:

- vzdelávanie odsúdených je uskutočňované so zameraním na začlenenie odsúdeného po výkone trestu do spoločnosti v súlade s jeho osobnými a spoločenskými potrebami. Vzdelávanie je realizované akreditovanou inštitúciou a odsúdenému je vydaný príslušný doklad o ukončení vzdelávania. Odsúdenému, u ktorého sú na to predpoklady, sa umožní, aby získal základné vzdelanie, stredné odborné vzdelanie, úplné stredné vzdelanie alebo sa zúčastnil iných foriem vzdelávania, ktoré mu umožnia získať alebo zvyšovať si pracovnú kvalifikáciu. Negramotnému odsúdenému je umožnené absolvovať kurz pre negramotných.
- kultúrno-osvetová činnosť je zameraná na realizáciu záujmových aktivít a aktivít vo voľnom čase. Odsúdenému sprostredkúva akceptovateľné vzorce konania a správania, medziľudských vzťahov, úcty k životu a spoločnosti. Odsúdení majú možnosť realizovať svoje aktivity v rámci záujmových krúžkov, sú pre nich organizované prednášky, besedy so známymi osobnosťami kultúrneho života, vystúpenia hudobných a tanečných skupín (RGR č. 60/2008).

Kurzy a tréningy realizované odborným personálom ústavov na výkon trestu

Rekvalifikačné kurzy zamerané na zvýšenie alebo rozšírenie kvalifikácie sú v súčasnosti zamerané na profesie záhradník, holič, kuchár, na práce vo výškach, zvéračský kurz, prácu s osobným počítačom, výučbu anglického a nemeckého jazyka, kurzy na doplnenie základného vzdelania. Sú realizované školskými zariadeniami, ale aj ústavmi na výkon trestu.

Realizácia tréningov a kurzov prostredníctvom sociálnych pracovníkov v ústavoch:

Ich aktivity sprevádzajú odsúdených počas celého procesu výkonu trestu a vychádzajú zo zásad sociálnej práce. Popri diagnostike, tvorbe plánu sociálnej pomoci, individuálnej sociálnej práci, krízovej intervencii, vybavovaní dokumentov, kontaktu s rodinou, vykonávaní osvetu a vzdelávania formou prednášok a besied atď. sa venujú skupinovej sociálnej práci, ktorá prebieha formou skupinového poradenstva a nácviku sociálnych zručností.

Realizácia prostredníctvom psychológov v ústavoch:

Psychológovia oddelení výkonu trestu poskytujú individuálne psychologické služby ako intervenciu, psychoterapiu, psychologické vyšetrenie a poradenstvo. Venujú sa tiež skupinovým formám práce - okrem relaxačných a psychohygienických techník, skupinovej psychoterapie a poradenstvu realizujú sociálno-psychologické výcviky.

Ciele sociálno-psychologických výcvikov realizovaných psychológmi v ústavoch:

- nácvik určitých špecifických sociálnych zručností, ich rozširovanie a zlepšovanie (senzitivita, komunikácia, asertivita, kooperácia, vedenie diskusie, riešenie problémov),

- získavanie schopností riešiť interpersonálne konflikty a problémy,
- porozumieť skupinovým interakciám.
- zlepšiť a prehĺbiť sebazpoznanie na interakčnej úrovni, čo v psychoterapeutickej terminológii znamená zlepšenie interpersonálneho náhľadu a uvedomovanie si odozvy vlastného pôsobenia na druhých ľuďoch.

Výcviky absolvovalo v roku 2015 len 42 obvinených a 300 odsúdených. Zamerané boli na sebazpoznanie, komunikáciu, zvládanie konfliktov, stresu, asertivitu a pod. Realizácia výcvikov je v súčasnosti v kompetencii psychológov oddelenia výkonu trestu. V minulosti ich realizovali tiež mimovládne organizácie, ale ich vykonávanie je závislé od finančných možností organizácií, odkázaných na projekty. Na Slovensku v súčasnosti nie sú zapojené iné organizácie do vykonávania výcvikov počas penitenciárnej starostlivosti.

Kurzy a tréningy realizované mimovládnymi organizáciami

Realizácia kurzov je závislá na možnostiach a úspešnosti organizácie získať finančnú podporu na ich realizáciu. V predchádzajúcom období boli uskutočnené nasledujúce kurzy:

- „*Právo na každý deň*“ – ide o osvetovo-vzdelávací program odsúdených v oblasti práva. Jeho cieľom je zvyšovanie právneho vedomia odsúdených vo výkone trestu a tým vytvorenie predpokladu pre ich úspešné zaradenie sa do spoločnosti po prepustení na slobodu, predchádzanie recidívy v páchaní trestnej činnosti a odbúravanie vzájomných predsudkov medzi odsúdenými a ostatnou spoločnosťou. Do týchto aktivít sú zapojené právnické fakulty univerzít spolu s občianskymi združeniami Asociácia právnych kliník, Občianske združenie právnej kliniky Trnavskej univerzity.
- *Programy rozvoja sociálnych zručností* – zamerané na efektívnu komunikáciu a získavanie zručností, ktoré môžu odsúdení využiť po prepustení z výkonu trestu, najmä pri uplatňovaní sa na trhu práce.
- *Programy rozvoja finančnej gramotnosti* - zamerané na riešenie problémov zadlženosti odsúdených, zvýšenie finančnej gramotnosti a pomoc a poradenstvo pri oddlžovaní účastníkov cieľovej skupiny.
- *Príprava mladistvých na život na slobode* - určené pre mladistvých, ktorým sa končí výkon trestu odňatia slobody, kurz prebieha ešte vo výkone trestu odňatia slobody.

Kurzy a tréningy realizované organizáciou EDUKOS

I. Probačné a výchovné programy pre odsúdených v rámci alternatívnych trestov, ktorí si odpykávajú svoj trest na slobode v rámci podmieneného trestu odňatia slobody. Programy sú rovnako vhodné aj na prácu s odsúdenými vo väzení.

- Resocializačný program PORR - „Program osobnostného rozvoja a rastu“ - vychádza zo všeobecných cieľov probačných programov, tzn. z obmedzovania rizík opakovania trestnej činnosti, zohľadnenia záujmov poškodených a ochrany spoločnosti formou posilnenia a podpory pozitívnych zdrojov klientov, ktoré im umožnia opätovné začlenenie do spoločnosti (resocializáciu), umožnia im viesť život v súlade so zákonmi a spoločensky akceptovanými pravidlami.
- Resocializačný program PORRM - „Program osobnostného rozvoja a rastu pre mladistvých“ je špeciálny program určený pre páchatel'ov menej závažnej trestnej činnosti vo veku 14-18 rokov. Cieľom programu je viesť účastníkov k tomu, aby pochopili dôsledky svojho trestného konania, prevzali zaň zodpovednosť a v budúcnosti sa takémuto konaniu vyhýbali. V rámci

programu sú účastníci podporovaní k zmene a učia sa také stratégie, ktorými môžu dosiahnuť svoje ciele legálnou cestou. Dôraz sa kladie na rizikové kompetencie jednotlivých účastníkov, ku ktorým patrí najmä schopnosť domyslieť dôsledky spáchaného trestného činu, schopnosť ovládať svoje emócie, schopnosť riešiť problémy a konflikty štruktúrovane a schopnosť rozpoznať rizikové situácie vedúce k porušovaniu právnych noriem.

- Resocializačný program PERFR - „Program eliminácie rizík finančnej recidívy“ je špeciálny program určený pre páchatel'ov menej závažnej finančnej kriminality spojenej s nepriaznivou sociálnou situáciou trestaných, zadlženosťou, nedbanlivosťou, trestné činy spáchané v rámci zmluvných vzťahov najmä s finančnými inštitúciami a neplnením si svojich záväzkov najmä voči nim (bankové aj a nebankové subjekty a poisťovne).

II. Probačné a výchovné programy pre odsúdených – realizované vo väzení:

- *Program rozvoja sociálnych zručností* – program je vhodný pre osoby odpykávajúce si trest odňatia slobody v ústavoch na výkon trestu a to 3 -6 mesiacov pred prepustením, najmä tí, ktorí sú zaradení do výstupných oddielov a pripravujú sa na život na slobode. Cieľom programu je rozvíjanie pozitívneho sociálneho správania, sebakontrolu, zvýšenie sociálnych zručností a spôsobilostí, ktoré posilňujú bezkonfliktný spôsob života.
- *Program rozvoja finančnej gramotnosti* - program je vhodný pre osoby odpykávajúce si trest odňatia slobody v ústavoch na výkon trestu a to 3-6 mesiacov pred prepustením, najmä tí, ktorí sú zaradení do výstupných oddielov a pripravujú sa na život na slobode. Program je zameraný na riešenie problémov zadlženosti odsúdených, zvýšenie finančnej gramotnosti a pomoc a poradenstvo pri oddlžovaní účastníkov cieľovej skupiny.
- *Program rozvoja právneho povedomia* - program je vhodný pre osoby odpykávajúce si trest odňatia slobody v ústavoch na výkon trestu a to 3 -6 mesiacov pred prepustením, najmä tí, ktorí sú zaradení do výstupných oddielov a pripravujú sa na život na slobode. Cieľom programu je získať základné právne vedomosti dôležité pri orientácii sa v živote a na trhu práce (ústavné, občianske, rodinné, pracovné a sociálne právo).
- *Nový život na slobode* - program je určený pre mladistvých odsúdených, ktorým sa končí výkon trestu odňatia slobody a prebieha ešte vo výkone trestu odňatia slobody. Cieľom je eliminácia rizika recidívy trestnej činnosti alebo iného protiprávneho konania mladistvých a vytváranie podmienok pre ich opätovné začlenenie sa do sociálno-pracovného prostredia. Pomôcť im pri resocializácii a reintegrácii do normálneho života, a to osobnostným posilňovaním a upevňovaním snáh žiť v súlade so spoločenskými normami v čase najväčšieho ohrozenia (tzn. bezprostredne po prepustení z výkonu trestu).

Programy prebiehajú skupinovú formou s max.12 účastníkmi. Realizujú sa v spolupráci s ústavmi na výkon trestu odňatia slobody, len v prípade získania finančných prostriedkov cez dopytovo orientované projekty.

Záver

Vzdelávanie odsúdených, kurzy, tréningy vo väzniciach sú uskutočňované s cieľom začleniť odsúdených po výkone trestu do spoločnosti v súlade s ich osobnými a spoločenskými potrebami a tým predchádzať ich recidíve. Prirodzenými spoluorganizátormi týchto aktivít sú aj mimovládne organizácie zameriavajúce sa na penitenciárnu a postpenitenciárnu starostlivosť. S odsúdenými často pokračujú v práci aj po návrate

z výkonu trestu. Obdobne ako s cieľovou skupinou podmiennečne odsúdených a podmiennečne prepustených v rámci inštitútu alternatívnych trestov. Ich poslanie je v systéme vzdelávania nenahraditeľné aj vďaka nedostatočným finančným zdrojom pre uspokojenie existujúcich potrieb.

Spoločnosť je možné chápať ako ucelený systém prvkov, usporiadaných do štruktúry vzájomných vzťahov nadradenosti a podradenosti. Ich činnosť nie je náhodná – každý s každým súvisí. Ak sa zmení jeden – zmenia sa aj ostatné. Každý má akúsi vlastnú špecifickú funkciu, zameranú na reprodukciu, zachovanie stability a rozvoj celku. To ale nevylučuje vznik vnútorných konfliktov. Istá miera disharmónie je normálna aj v systéme funkcionálne prepojených prvkov, obzvlášť ak sú obdarení slobodnou vôľou, slobodou voľby a emóciami. Pre spoločnosť aj jedinca je však existenčne dôležité udržať toto napätie v určitých „zdravých“ medziach, mať nad nimi kontrolu. Iba tak je možné zaručiť potrebnú mieru solidarity s perspektívami okolia (Urban, Dubský, Bajura, 2012, 11). Pre dosiahnutie určitého stupňa občianskej spoločnosti musia byť vytvorené dostatočné podmienky pre zapojenie jej občanov do aktivít, ktoré prispievajú k zachovaniu, rozvoju či zmene spoločnosti – a touto samostatnou množinou prvkov sú práve mimovládne organizácie.

Zoznam bibliografických odkazov

EDUKOS, interné podklady konzultačného a informačného strediska.

Konzultačné a informačné centrum EDUKOS, občianske združenie Dolný Kubín. Internetová stránka organizácie. [online]. [cit. 2016.11.10]. Dostupné z: <http://www.edukos.sk>

LULEI, M., 2011. *Sociálna práca v trestnej justícii a probácia.* Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. ISBN 978-80-8094-945-7.

MÁTEL, A., 2015. Epistemologické východiská penitenciárnej sociálnej práce. In: M. JÚZL, eds. *Epistemologická východiska penitenciárnej vedy.* Brno: MSD, s. 141-164. ISBN 978-80-88010-03-6.

Ročenka Zboru väzenskej a justičnej stráže za rok 2015. GR ZVJS. [online]. Bratislava: GR ZVJS, (GR ZVJS-36/11-2016), apríl 2016. 91 s. [cit. 2016.11.12]. Dostupné z: [http://www.zvjs.sk/dokumenty/rocenky/ročenka_2015\(1\).pdf](http://www.zvjs.sk/dokumenty/rocenky/ročenka_2015(1).pdf)

Rozkaz generálneho riaditeľa č. 60/2008, zo Zbierky rozkazov generálneho riaditeľa Zboru väzenskej a justičnej stráže z roku 2008 o sociálnej práci v Zbore väzenskej a justičnej stráže. Bratislava: GR ZVJS, 2008.

URBAN, L., J. DUBSKÝ a J. BAJURA, 2012. *Sociální deviace.* 2. rozšírené vydání. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-397-1.

Kontakt na autora

Ing. Miroslav Špánik, PhD.

Konzultačné a informačné centrum EDUKOS

J. Ťatliaka 8, Dolný Kubín

Centrum celoživotného vzdelávania

Katolícka univerzita v Ružomberku

Hrabovská cesta 1, Ružomberok

miroslav.spanik@gmail.com

Recenzie

Recenzia

Názov:	Sociálna práca s obvinenými, odsúdenými a prepustenými
Autor:	Lenka Kleskeň
Vydavateľ:	Iris
Miesto vydania:	Bratislava, 2016
Počet strán:	110
ISBN:	978-80-89726-56-1
Recenzent:	PhDr. Soňa Hlaváčová
Pracovisko recenzenta:	Katedra sociálnej práce, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach (externý doktorand)

Publikácia, ktorá slúži ako vysokoškolská učebnica opisuje realitu penitenciárnej a postpenitenciárnej starostlivosti na Slovensku a miesto, ktoré v nej zastáva sociálna práca.

Cieľom autorky bolo ponúknuť pohľad na prácu sociálneho pracovníka ako aktívneho odborníka s možnosťami práce s cieľovou skupinou odsúdených a prepustených. Autorka zdôrazňuje aj prácu s rodinou odsúdených a prepustených s využitím systémovej teórie a systematického prístupu v sociálnej práci.

Publikácia sa skladá zo 4 kapitol, v ktorých autorka postupne oboznamuje čitateľov s problematikou. Prvá kapitola predstavuje pojem „trest“ v širších súvislostiach a jeho realite na Slovensku. Bližšie charakterizuje a popisuje trest odňatia slobody, ktorý je pre odsúdených, ale aj pre výkon sociálnej práce najnáročnejší zo všetkých trestov. Druhá kapitola sa zameriava na penitenciárnu starostlivosť a priestor, ktorý poskytuje intervenciám sociálneho pracovníka. Tretia kapitola sa venuje postpenitenciárnej starostlivosti a podrobne popisuje kompetencie sociálneho pracovníka zastavaných počas jej výkonu. Posledná kapitola pomenúva súčasné výzvy, pri ktorých autorka verí, že budú v blízkej budúcnosti. Ide o výzvy, ktoré by mali zefektívniť prepojenie penitenciárnej a postpeniterciárnej sociálnej práce, zefektívniť spoluprácu sociálnych pracovníkov poskytujúcich postpenitenciárnu starostlivosť na všetkých úrovniach, zjednotiť základnú metodiku postpenitenciárnej sociálnej práce. Dôležitou výzvou je aj realizácia programov vychádzajúcich zo systémových prístupov, resocializačných výcvikových programov ako aj upevnenie pozície sociálnej práce v rámci alternatívnych trestov.

Penitenciárna starostlivosť prešla a prechádza na Slovensku viacerými zmenami, ktoré sa však na danú problematiku dejú pomalými krokmi. Väzenský systém prešiel procesom humanizácie, ktoré sa stále vyvíja a dostáva do praktického výkonu. Za jeden z hlavných predpokladov úspechu sa považuje multiprofesná spolupráca všetkých zainteresovaných odborníkov a holistický prístup v práci s odsúdenými.

Význam vysokoškolskej učebnice je v tom, že študentov a širšiu odbornú komunitu zameriava na budúcnosť, teda na prácu s páchatel'ami, a to nielen v prospech klienta, ale aj v záujme celej spoločnosti. Učebnica je spracovaná tak, aby dané témy vytvárali prehľad existujúcej problematiky s odsúdenými a to nielen na báze teoretickej ale aj praktickej, s návrhmi na prepojenie inštitucionálnych politík penitenciárnej starostlivosti a sociálnej pomoci do efektívnej a adresnej podpory odsúdených.

Recenzia

Názov:	Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách
Autor:	Marcela Hauke
Vydavateľstvo:	GRADA Publishing, a.s.
Miesto vydania:	Praha, 2014
Počet strán:	128
ISBN:	978-80-247-5216-7
Recenzent:	Mgr. Juraj Kašický
Pracovisko recenzenta:	Katedra sociálnej práce Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach

Publikácia *Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách*, ktorá bola vydaná v roku 2014, je zameraná na problémové správanie klientov (seniorov v zariadeniach aj v domácom prostredí) ako aj na problémové situácie spojené najmä s poskytovaním opatrovateľských služieb. Publikácia v rozsahu 128 strán, je štruktúrovaná do siedmych kapitol, v ktorých nechýbajú aj konkrétne príklady z praxe pre lepšiu názornosť a pochopenie konkrétnych oblastí danej problematiky. Vzhľadom k aktuálnosti témy ju v súčasnosti môžeme považovať za veľmi prínosnú a podnetnú tak pre začínajúcich pracovníkov v sociálnych a opatrovateľských službách, či skúsených pracovníkov, ktorí sa s touto problematikou denne stretávajú a musia si s ňou vedieť poradiť, ako aj pre verejnosť, pre ktorú je problematika poskytovania kvalitnej starostlivosti o seniorov predmetom záujmu.

Prvá kapitola *Senior a jeho potreby* je zameraná na zmeny biologických a psychických potrieb v období staroby, nakoľko pre toto obdobie je typický vzrast potrieb zameraných najmä na bezpečie a istotu. Nedostatočnou saturáciou týchto potrieb môže dôjsť postupne k sklamaniu, frustrácii a častokrát až k vzniku problémového správania. V kapitole sú tiež uvedené a podrobnejšie popísané potreby typické pre osobnosť seniora.

V druhej kapitole *Problémové chování* sa autorka zaoberá vymedzením definície problémového správania sa z pohľadu rôznych autorov, poukazuje na náročnosť tohto vymedzenia, nakoľko každá oblasť: medicína, psychológia, sociológia, sociálna práca, či špeciálna pedagogika ponímajú toto správanie odlišne vzhľadom k vymedzujúcim kritériám typickým pre konkrétny odbor. V kapitole sa autorka venuje aj záťažovým situáciám, ktorým musia pracovníci – odborníci v sociálnych a opatrovateľských službách čeliť. Taktiež sa zaoberá analýzou ich zvládania s uvedením jednotlivých obranných reakcií na tieto situácie jednak zo strany klienta, ale aj pracovníka.

Problematike s názvom *Demence a její problémové projevy* je venovaná tretia kapitola. Podľa pracovníkov sociálnych služieb je považovaná práve demencia za najčastejšiu príčinu v súvislosti s výskytom problémového správania sa klientov – seniorov. Z tohto dôvodu autorka poukazuje na relevanciu poznatkov tohto ochorenia u pracovníkov – odborníkov a hlavne rozpoznanie prejavov sprevádzajúce demenciu, čo môže prispieť k lepšiemu pochopeniu, rozpoznaniu, prístupu a v konečnom dôsledku aj k vhodnému a úspešnému riešeniu konkrétnej problémovej situácie. Autorka tiež neopomenula formy nevhodného správania sa klienta a sociálny význam demencie.

Problémové situace je názov štvrtej kapitoly, v ktorej autorka na základe poznatkov a skúseností z praxe poukazuje na to, že okrem problémového správania sa klienta sú pracovníci v sociálnych a opatrovateľských službách konfrontovaní aj s ďalšími problémovými situáciami. Medzi tieto situácie radí nespolupracujúceho klienta, komunikáciu s klientom so zdravotným znevýhodnením, komunikáciu s rodinou klienta, klienta

s obmedzenou svojprávnosťou, sprostredkovanie informácií o klientovi ďalším stranám. Okrem toho sa v kapitole zaoberá aj právami klienta a právami pracovníkov, starostlivosťou a opatrovaním klienta v domácom prostredí ako aj s prípadmi, keď je pracovník účastníkom úmrtia klienta.

Piata kapitola *Zvládání problémového chování seniorů pracovníky* informuje o spôsoboch, prístupoch, metódach a udáva akýsi "návod" ako môžu pracovníci postupovať pri riešení jednotlivých problémových situácií s klientom. Konkrétnejšie popisuje využitie systemického prístupu pri práci s klientom, rozlišuje pomoc a kontrolu ako metódu práce s klientom, uvádza individuálny plán ako významného pomocníka pre obe strany (profesionála i klienta) pri zisťovaní očakávaní, potrieb a stanovení osobných cieľov ako formu prevencie vzniku problémovej situácie klienta. V neposlednom rade zdôrazňuje význam efektívnej komunikácie pracovníka s klientom ako základný predpoklad pre prácu v oblasti sociálnych služieb.

V šiestej kapitole *Etická dilemata* poukazuje autorka na situácie, s ktorými sa pracovník počas výkonu praxe v sociálnej oblasti môže stretnúť, pre ktoré je typický morálny konflikt a pracovník – profesionál, je nútený si vybrať z dvoch alebo viacerých možností, pričom nie je vždy jednoznačné a zrejmé, ktorá je správna. Pri rozhodovaní sa v takýchto situáciách je potrebné brať do úvahy spoločnosť a jej hodnoty v kontexte súčasnej doby, a tiež osobnosť pracovníka – profesionalitu, vyzretosť, hodnoty, skúsenosti, odbornosť atď. Ako autorka ďalej uvádza, je potrebné poznamenať aj fakt, že pri rozhodovaní sa pre jednu alebo druhú možnosť je nevyhnutné dbať na bezpečie a dôveru ako zásadnej hodnoty a pravdy pri práci s klientom.

V siedmej kapitole s názvom *To nejdůležitější z výzkumu* autorka interpretuje niektoré výsledky zo svojho výskumu, ktorý bol zameraný na zmapovanie súčasnej situácie v opatrovateľských službách. Zameriava sa tiež na postoje pracovníkov k problémovému správaniu seniorov, popis dôvodov, ktoré považujú pracovníci za problémové, na zmapovanie opory, ktorú zamestnanci dostávajú, a ktorú by potrebovali dostať, aby zvládali problémové správanie a situácie, ale aj na popis toho, ako pracovníci problémové situácie riešili. Autorka použila vo výskume vlastný dotazník obsahujúci osem otázok – skúmaných tém. Výskum bol realizovaný medzi 314 pracovníkmi (sociálni pracovníci, opatrovatelia, vedúci pracovníci) v 29 zariadeniach opatrovateľských služieb, a to v siedmich krajoch v Českej republike. Publikáciu považujem za veľmi prínosnú a hodnotnú tak pre laikov, ktorí majú prostý záujem dozvedieť sa niečo o poskytovaní sociálnej a opatrovateľskej starostlivosti zameranú na cieľovú skupinu – seniorov, ako aj pre odborníkov z praxe. Svojou vedecky podloženou teoretickou časťou ako aj doplnenými príkladmi z praxe a v závere uvedeným výskumom autorky považujem túto publikáciu za obohacujúcu a vhodnú pre sociálnych pracovníkov, opatrovateľov a ostatných odborníkov pracujúcich v pomáhajúcich profesiách.

Recenzia

Názov:	Sexting a kyberšikana
Autor:	Katarína HOLLÁ
Vydavateľ:	IRIS
Miesto vydania:	Bratislava
Počet strán:	166
ISBN:	978-80-8153-061-6
Recenzent:	Mgr. Jana Plavnická
Pracovisko recenzenta:	Katedra sociálnej práce Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach

Publikácia *Sexting a kyberšikana* vydaná v roku 2016 je orientovaná na objasnenie rizík, ktoré sú spájané so sextingom a kyberšikanovaním. Autorka na 166 stranách predkladá teoretické a metodologické východiská sextingu a kyberšikanovania, ktoré sú doplnené o prehľad európskych a mimoeurópskych výskumov, ale taktiež ponúka prezentáciu výsledkov výskumu sextingu a kyberšikanovania, ktorý bol realizovaný v rámci riešenia projektu VEGA MŠ-VVaŠ a SAV č. 1/0244/15. Publikácia je vcelku prehľadne štruktúrovaná, autorka ju člení do štyroch kapitol a môžeme ju považovať za prínosnú nie len pre sociálnych pracovníkov či iných pracovníkov pomáhajúcich profesií, ale aj pre širokú verejnosť a všetkých tých, ktorých táto problematika zaujíma a chcú do nej nahliadnuť.

V prvej kapitole *Kyberšikana – metodologické východiská* sa autorka venuje zadefinovaniu kyberšikanovania a ponúka prehľad jeho jednotlivých typov z pohľadu niekoľkých autorov zaoberajúcich sa danou problematikou, klasifikuje formy kyberšikanovania a jednotlivé prostriedky, ktoré využíva. Kapitola sa venuje aj analýze jednotlivých teoretických prístupov, ktoré sa ku kyberšikanovaniu vzťahujú, no v tejto súvislosti autorka zdôrazňuje, že povahu kyberšikanovania určuje kyberpriestor, v ktorom sa odohráva. Analýza spomínaných teoretických prístupov je podávaná zaujímavým a zrozumiteľným spôsobom, avšak ani jedna z teórií nie je vo vzťahu k vysvetľovaniu elektronického šikanovania všeobecne prijatá. V závere kapitoly sú spomenuté európske a mimoeurópske výskumy súvisiace s prezentovanou problematikou a ich výsledky.

Druhá kapitola *Sexting – metodologické východiská* poskytuje ucelený prehľad definícií sextingu, pričom autorka sextingom rozumie odosielanie i prijímanie fotografií, videí, textov so sexuálnym obsahom prostredníctvom najrôznejších elektronických zariadení. Okrem definícií sextingu autorka kapitolu dopĺňa o jeho typológiu i o súvislosti medzi sextingom a kyberšikanovaním, sexuálnym rizikovým správaním a online rizikovým správaním. V kapitole sú objasňované aj jednotlivé indikátory sextingu ako aj prehľad elektronických prostriedkov, ktorými sa šíri, čo možno považovať za užitočné vo vzťahu k identifikovaniu toho čo za sexting považovať a čo nepovažovať. V súvislosti s prostriedkami šírenia sextingu autorka upozorňuje na dôsledky šírenia materiálu so sexuálnym obsahom, pričom konštatuje, že pôsobenie médií má za následok legitimizáciu erotiky a sexu, čím upriamuje pozornosť na sexualizáciu kultúry. V závere kapitoly je stručne načrtnuté výskumné ukotvenie sextingu v európskom i mimoeurópskom kontexte.

Deskripcii dizajnu výskumu realizovaného v rokoch 2013 - 2015 je venovaná tretia kapitola *Meranie sextingu a kyberšikany*. Autorka ako výskumný nástroj použila štandardizovaný dotazník Cyberbullying and Online Aggression, ktorý bol ešte doplnený o otázky zamerané na sexting, pričom rotáciou vopred stanovených faktorov Varimax boli vyextrahované tri faktory kyberšikanovania a online agresie: kyberobet', kyberagresor a sexting. Hlavným výskumným cieľom bolo zmapovať výskyt sextingu vo vekovej štruktúre

11 – 18 ročných na výskumnom súbore 1619 respondentov. Kapitola prezentuje výskumné zistenia, ktoré sú prehľadne zobrazené v tabuľkách a grafoch. V prvom rade prezentuje výsledky z oblasti aktívneho a pasívneho sextingu osobitne u chlapcov a u dievčat a výsledky z analýzy latentných tried sextingu. Zaujímavým výsledkom je napríklad zistenie prudkého poklesu posielania a prijímania materiálu so sexuálnym obsahom v 18. roku života u oboch pohlaví, pričom ako dôvod autorka uvádza prípravu na ukončenie stredoškolského štúdia a na ďalšiu voľbu životného smerovania. V poslednej časti kapitoly sú stručne načrtnuté výskumné zistenia kyberšikanovania, ktoré sú zároveň porovnávané s predchádzajúcimi zisteniami a ktoré autorka prepája so súvislosťami medzi kyberšikanovaním a sextingom rozpracovanými v teoretickej časti.

Posledná, štvrtá kapitola *Analýza sextingu a pedagogické možnosti ovplyvňovania sextingu a kyberšikany* informuje čitateľa o spôsoboch, ktorými boli vyhodnocované jednotlivé výskumné hypotézy a takisto poskytuje interpretáciu výskumných zistení, ktoré uvádzala predchádzajúca kapitola. Autorka sa pri tejto interpretácii opiera o rozpracovaný teoretický rámec. Kapitola venuje pozornosť aj prevencii kyberšikanovania, ktorá by mala zahŕňať študentov, rodičov a pracovníkov školy, pričom hlavnou úlohou školy v rámci prevencie elektronického šikanovania autorka vidí v podpore obetí bez ohľadu na to, či sa uskutočňuje v edukačnom prostredí alebo mimo neho. Zadefinovanie kyberšikanovania by v školskom poriadku nemalo chýbať rovnako ako sankcie za jeho realizáciu a dôležitým by malo byť aj podporovanie pozitívneho prínosu médií a spoločné „objavovanie“ bezpečnosti na internete. V závere autorka vyzdvihuje úlohu etickej a mediálnej výchovy pri prevencii kyberšikanovania, ale aj sextingu v školskom prostredí.

Publikáciu ako celok považujem za veľmi podnecujúcu, vzhľadom na to, že zaujímavým a predovšetkým zrozumiteľným spôsobom približuje problematiku sextingu a kyberšikanovania a aj keď je venovaná rôznym skupinám čitateľov, zachováva si svoju odbornosť. Zaujímavými sú taktiež výsledky realizovaného výskumu, pri ktorých oceňujem, že sú prehľadne prezentované v tabuľkách i grafoch. Vzhľadom k tomu, že kyberšikanovanie a sexting sú čoraz viac expandujúcimi javmi, tejto problematike sa venuje stále malá pozornosť. Preto recenzovanú publikáciu možno považovať za obohacujúcu, hlavne pre sociálnych pracovníkov pôsobiacich v školskom prostredí.

Recenzia

Názov:	Sexualita a sexuální identita : sociální povaha prirodzenosti
Autor:	Martin Fafejta
Vydavateľ:	Portál
Miesto a rok vydania:	Praha, 2016
Počet strán:	240
ISBN:	978-80-262-1030-6
Recenzent:	Mgr. Ján Šimko
Pracovisko recenzenta:	Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach

Autorom publikácie pod názvom *Sexualita a sexuální identita : sociální povaha prirodzenosti* je český sociológ a vysokoškolský pedagóg Mgr. Martin Fafejta, PhD., ktorý sa v rámci svojej vedeckej činnosti okrem iného venuje aj problematike genderu, sociológii deviácií, sociológii politiky, problematike menšín a ideológiám sociálnych hnutí.

Monografia je rozdelená do štyroch kapitol, v ktorých nám autor ponúka odpovede na otázky, ktoré si v jej úvode pomyselne kladie - Čím je vlastne daná naša sexualita a sexuálna identita? Prečo sa sexuálne správame ako sa správame? Nakoľko je naša sexualita daná prirodzenosťou?

Na začiatku autor zrozumiteľným spôsobom ozrejmuje čitateľovi fenomény ako pohlavná identita, genderová identita, sexuálna orientácia a sexuálna identita. Aj keď slovníkové vymedzenie vyššie spomenutých termínov je jednoznačné, autor naznačuje, že jedným z cieľov knihy je poukázať na skutočnosť, že realita býva oveľa zložitejšia.

Prvá kapitola pod názvom *Sociálno-kultúrny charakter sexuality* je venovaná samotnej sociológii sexuality a na to nadväzujúce vnímanie sexu v kultúrnom kontexte sociálneho poriadku a v sociálnych štruktúrach spoločnosti. Okrem súčasného stavu autor veľmi pútavo približuje čitateľovi vnímanie sexuality v priebehu dejín (napr. v antike, či v období „súčasnej“ sexuálnej revolúcie). V tejto kapitole Fafejta jednoznačne poukazuje na fakt, že sociálne vedy často zabúdajú na to, že každý z nás má svoje telo, ktoré ho nejakým spôsobom vymedzuje, ale aj obmedzuje a sexualita je jedným z najilustratívnejších príkladov tejto obmedzenosti a vymedzenosti. Problematiku vnímania sexuálneho konania vykresľuje pôvodca na mnohých príkladoch. Napr. pri homosexuálnom akte dvoch mužov zovšeobecňuje, že aj keď je konkrétny sexuálny akt medzi dvoma mužmi v rôznych subkultúrach a v rôznych obdobiach po fyziologickej stránke rovnaký, sociálne však nejde o rovnaké správanie. Problematika sociologického výskumu sexuality sa celé svoje obdobie obmedzovala na štatistický popis sexuálneho správania populácie a na konaní, ktoré bolo považované za deviantné.

V nadväznosti na to približuje autor čitateľovi problematiku etiketizácie a „nálepkovania“ s tým, že deviantné nie je to, akým spôsobom ľudia sex uskutočňujú, ale to, ako to vníma spoločnosť, čo má prirodzene vplyv na sociálne postavenie, sebavnímanie, konanie a životnú dráhu jedinca. Autor v tejto kapitole taktiež ilustruje to, ako liberálno-kapitalistický poriadok v euroamerickom priestore mení pohľad na sexuálny život jedinca. Moderný diskurz o sexualite je zároveň morálnym diskurzom, týka sa spoločenského poriadku, keď niektorých jedincov vylučuje z majoritnej spoločnosti. Skúmanie sexuality je v tomto ponímaní skúmaním sociálneho poriadku a teda je viditeľné, že v sexuálnom akte ako takom sa odrážajú spoločenské normy a sociálny poriadok. Čitateľ sa v tejto kapitole zoznámí aj s menej frekventovaným termínom „sexuálne občianstvo“, ktoré spája tú

najintímnejšiu sféru ľudského konania so sférou verejnou, pričom nadväzne autor privádza čitateľa k problematike práva na vlastnú sexualitu a sexuálnu identitu.

V druhej kapitole s názvom *Sexuálne scenáre v paradigmatickej a komplexnej spoločnosti* sa autor sústreďuje na témy kultúrnych, interpersonálnych a intrapsychických scenárov, popisuje homosexuálne hnutie i hrozbu choroby AIDS. Čitateľa prevádza sexualitou v kontexte komunikácie aj reflexii fenoménu internetových zoznamiek.

Kultúrne scenáre sexualitu obmedzujú i vymedzujú, či už tak, že vyvolávajú v človeku pocit viny a úzkosti alebo naopak tieto pocity tlmia. Autor zoznamuje čitateľa s vnímaním sexuality v kontexte paradigmatickej a komplexnej – súčasnej spoločnosti v rámci euroamerického kultúrneho priestoru tak, že všetky reflektované okruhy sexuality môže recipient vnímať zrozumiteľne a zároveň má možnosť porovnať skutočnú a „žitú“ sexualitu so sociálno-vedeckým popisom týchto intímnych javov. Napríklad aj prostredníctvom konceptu predátorského a rešpektujúceho scenára.

Vnímanie sexuality a samotného konštruktú je závislé na scenároch a rolách, ktoré ak nie sú určené, nemôžu existovať vo vzťahu k zodpovedajúcemu typu identity. Napríklad lesbická identita nie je z tohto uhla pohľadu ničím prirodzene daným a aby mohla existovať, musí byť sociálne skonštruovaná. Autor na jasných príkladoch demonštruje vzťah medzi prežívanou sexuálnou identitou jedince vo vzťahu k sociálnej realite. Ak zo strany spoločnosti a prevažujúcich kultúrnych scenárov nie je vnímaná intimita ako sexuálna, nie je za takú považovaná ani zo strany samotných aktérov. Z daného vyplýva, že sexualita je proces a nie pevne určený a stabilný systém, nie je stála, ale premenlivá, pričom reaguje na sociálne zmeny a jej súčasťou je vzájomné vyjednávanie aktérov, čím dodáva sexualite podobu interakcie. Pri porovnaní paradigmatickej a komplexnej spoločnosti je čitateľovi zrejmé, že sexuálne scenáre sú v komplexnej societe pestréjšie a dávajú jedincom väčšiu možnosť voľby.

Vo vzťahu k demokratizácii sexuálnych scenárov, rodovej rovnosti, či feministických hnutí poukazuje autor aj na skutočnosť, že rovnosť produkuje sociálnu úzkosť, pretože je dôsledkom neistoty vo veci pravidiel interakcie a tá v konečnom dôsledku narúša spontánnosť, ktorá bola historickým produktom cez jasné identity a ritualizované pravidlá.

V závere kapitoly je venovaná pozornosť problematike dostupnosti pornografie, ktorá vo svojej podstate môže byť na jednej strane ako zdroj inšpirácie tak na strane druhej aj pôvodcom úzkosti.

V tretej kapitole sústreďuje autor svoju pozornosť na *sexuálne práva*. Okrem práv sexuálnych menšín, ktoré neraz vzbudzujú medzi majoritnou spoločnosťou, ovplyvnenou heteronormatívnosťou, a ich predstaviteľmi diametrálne odlišné pohľady na ich rozsah, sa autor sústreďuje na okrajové skupiny spoločnosti. S otvorenosťou vlastnou tejto knihe sa čitateľ dozvedá o intímnom živote handicapovaných jedincov, sexe vo väzenskom prostredí, či o detskej sexualite. Nevyhýba sa ani kontroverzne vnímanej pedofilii s dôrazom na vymedzenie jasnej hranice medzi sexuálnou identitou a sexuálnym správaním. Pri právach rovnakopohlavných vzťahov sa Fafejta venuje dvom oblastiam – práve na uzavretie registrovaného partnerstva (svadby) a adopcii detí. Pri všetkých týchto témach autor citlivo zohľadňuje aj realitu vlastnej krajiny.

Štvrtá kapitola nesie názov *Konštrukcia (sexuálnej) identity*, pričom sa sústreďuje na témy prirodzenosti normality a deviácie, etiketizácii vo vzťahu k identite, ale aj intersexualite a v literatúre málo prezentovanej asexualite, polyamorie a queer idnetite.

Autor poznamenáva, že hľadať štandard pre deviáciu mimo ľudskú spoločnosť je nebezpečné, pretože taká spoločnosť, v ktorej jedna skupina môže tvrdiť, že je nositeľom prirodzenosti a tá druhá je odsúdená k životu v deviácii (a teda je často pod tlakom a sankciami), je nespravodlivá.

Pri problematike vnímania identít nás Fafejta nanovo zoznamuje so stereotypnými pohľadmi, napr. aj v tom, že spájať dnešných gejov s promiskuitou a lesby so zdržanlivosťou by bolo prinajmenšom nepresné. I na vnímaní sexuálnych menšín je možné si všimnúť ako je podoba sexuálnej identity a správania spoluvytváraná spoločnosťou. V tejto kapitole sa čitateľ zoznami aj s vymedzením intersexuality, skôr označovanej ako hermafroditizmus, pričom cez príbehy konkrétnych jedincov približuje úskalia jasnej vyhranenosti sa v duálnom mužsko-ženskom koncepte. Na vnímaní asexuality a polyamorie možno prostredníctvom príbehov vidieť aký význam sexualite pripisuje spoločnosť. Záver kapitoly je venovaný problematike queer identity, ktorej príslušníkom je každý, kto vybočuje z tradičných predstáv, ktoré na sexuálnu, genderovú a pohlavnú identitu nazerajú ako na vopred pevne dané a jasne vymedzené kategórie. V závere opätovne autor podotýka, že ak neexistujú termíny a koncepty, ktoré popisujú určité typy identít, nemôžu tieto identity ani sociálne existovať. Pokiaľ človek vybočuje zo všeobecných predstáv o normalite, je potom často nepochopiteľný aj sám pre seba.

Publikácia *Sexualita a sexuální identita : sociální povaha prirodzenosti* je svojim obsahom a záberom jedinečnou publikáciou, pretože sa venuje téme, ktorá sa na jednej strane dotýka života každého jedinca, na strane druhej je však automaticky posunutá do roviny individuálnej intimity. Autor prostredníctvom publikácie odovzdáva čitateľovi jasné definície, sociálnu realitu vníma cez skutočné príbehy a relevantné výskumy. Nevyhýba sa ani kontroverzným témam, ku ktorým pristupuje s rešpektom. Je prirodzené, že na tak malom priestore nie je možné zmapovať a priblížiť sexualitu a sexuálne identity v ich komplexnosti, avšak táto kniha je dobrým základom pre zoznámenie sa s danou problematikou, ktorá je u nás reflektovaná v minimálnej miere. Sympatické je, že autor sa sám v závere publikácie obracia na čitateľa, aby ho kontaktoval v prípade, že s niečím nesúhlasí, prípadne má voči niektorým zmieneným skutočnostiam námietky. Fafejta si v úvode monografie položil otázky, na ktoré sa mu prostredníctvom jednotlivých kapitol tejto publikácie zaiste podarilo odpovedať.

Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou

**Význam a miesto resocializácie a reedukácie v sociálnej práci
5. ročník Košických dní sociálnej práce**

konanej dňa 25. 11. 2016 v priestoroch **Sokrates**, Košice, Moyzesova 9

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.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Rok vydania: 2017

Počet strán: 215

Rozsah AH: 10,75

Vydanie: prvé

Umiestnenie: <http://unibook.upjs.sk>

Dostupné od: 10. mája 2017

Účelová publikácia, nepredajná.

ISBN 978-80-8152-502-5

ISBN 978-80-8152-502-5