



Ako nájsť zmysel života v sociálnej práci s rizikovými skupinami

2. ročník Košických dní sociálnej práce

Eva Žiaková (ed.)

Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie.

Košice 2014

Zborník príspevkov
z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 22. 11. 2013 v Košiciach
Konferencia sa konala v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 Interdisciplinárna analýza
zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov
z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie.

Ako nájsť zmysel života v sociálnej práci s rizikovými skupinami

2. ročník Košických dní sociálnej práce

Apríl 2014

Zborník vychádza rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie.

Vedecký výbor konferencie:

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.
prof. ThDr. JCDr. Anton Fabian, PhD.
prof. PhDr. Beata Balogová, PhD.
prof. UAM dr hab. Ewa Ryś
prof. UAM dr hab. Karol Mausch
prof. UP dr hab. Norbert Piłkuła
PhDr. Eva Dragomirecká, PhD.
doc. PhDr. Markéta Rusnáková, PhD.
doc. PhDr. Alena Bašistová, PhD.
doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD.

Editorka:

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.

Recenzenti:

prof. PeadDr. Anna Hudecová, PhD.
doc. PhDr. Vladimír Frk, PhD.
Dr hab. prof. nadz. Marta Uberman

Organizačný výbor konferencie:

doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD.
Mgr. Soňa Lovašová, PhD.
PhDr. Katarína Šiňanská, PhD.
PhDr. Agnesa Kočišová, PhD.
PhDr. Dana Rosová, PhD.
Mgr. Stanislava Hulinová
Mgr. Tatiana Žiaková
PhDr. Beata Kubušová
Mgr. Zdenka Behunová
Mgr. Magdaléna Halachová
Mgr. Vladimír Lichner
Mgr. Antónia Sabolová Fabianová

Vydal:

Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ Košice

Grafická a technická úprava:

Mgr. Magdaléna Halachová
Mgr. Vladimír Lichner

Miesto vydania:

Košice 2014

ISBN 978-80-8152-140-9

EAN 9788081521409

Obsah

Anton Fabian, Peter Žido, Beáta Kubušová, (SR) Spiritualita ako prostriedok prehĺbenia zmyslu života adolescentov	8
Elżbieta Cipora, Magdalena Konieczny (PL) Holistyczna opieka nad pacjentem w systemie medycyny paliatywnej w Polsce	19
Beáta Balogová (SR) Historické dielo Martina Rázusa - ako inšpirácia hľadania zmyslu života pre sociálnych pracovníkov v súčasnosti	28
Beata Szluz (PL) A sense of the meaning of life in women experiencing homelessness	35
Przemysław Bury (PL) Predyktory satysfakcji zawodowej pracowników socjalnych	41
Agnesa Kočíšová (SR) Sociálna inklúzia osôb so zdravotným znevýhodnením zamestnaných v chránených dielňach a zmysel ich života	56
Piotr Frączek (PL) Pomoc społeczna i praca socjalna w środowisku miejskim na przykładzie miasta Sanoka	63
Katarína Šiňanská, Andrea Puškášová (SR) Zmysel života jedinca s Huntingtonovou chorobou.....	75
Norbert Piłkuła (PL) Poverty level of senior citizens in Poland	81
Ewa Ryś (PL) Care for care home residents. Considerations in the context of empirical research results concerning a sense of purpose in life	88
Bogusław Uljasz (PL) Praca socjalna z rodziną wieloproblemową	98
Michal Panáček (ČR), Eva Žiaková (SR) Nízka úroveň zmyslu života jako rizikový faktor účasti dospívajících na kyberšikaně.....	106
Markéta Elichová, Eliška Fousková (ČR) Etická dilemata a jejich řešení při práci s týranými a zneužívanými dětmi	113
Iveta Kurčáková, Monika Takáčová (SR) Klientske skupiny a dôsledky sociálnej práce na zmysel ich života	123
Denisa Šoltésová (SR) Integrácia problematiky spirituality a religiozity do supervízie v sociálnej práci	135

Ján Kahan (SR) Zmysel života abstinujúcich alkoholikov	143
Jaroslav Hura, Jana Hurová (SR) Inštitúcia alebo komunita? – pre ľudí s ťažkým duševným postihnutím	149
Dana Rosová, Oľga Orosová, Eva Žiaková (SR) Zmysel života a sociálna opora bezdomovcov	156
Anna Śniegulska (PL) Wokół macierzyństwa. Nowe wyzwania dla pedagogiki i pracy socjalnej	163
Zdenka Behunová, Dušan Šlosár (SR) Špecifiká sociálnej práce s klientom s duševnou poruchou	171
Alena Bašistová, Miroslava Danková (SR) Príklady dobrej praxe v rámci práce terénnych sociálnych pracovníkov (TSP) vo vybranom regióne	177
Veronika Ševčíková, Magdaléna Halachová, Eva Žiaková (SR) Kyberšikanovanie na stredných školách	183
Dušan Šlosár (SR) Spravodlivosť ako zmysel života v sociálnej práci	191
Sylwia Drozd Przestrzeń do refleksji - superwizja pracy socjalnej	196
Tatiana Žiaková, Dušan Šlosár (SR) Kompetencie sociálneho pracovníka v práci s ľuďmi s mentálnym postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb	203
Tomáš Hangoň, Maroš Šip (SR) Kresťanstvo v kontexte starostlivosti o duchovný a sociálny svet človeka	209
Soňa Lovašová, Lucia Danková (SR) Vnímanie zmyslu života mladistvými nezamestnanými	216
Roman Bartoš (SR) Súvislosti komunikácie v rámci rodinnej výchovy delikventnej mládeže a podpory rozvoja zmyslu života	224
Lenka Popjaková (SR) Príprava mladých dospelých na samostatný život v Centre pre obnovu rodiny Dorka, n.o. v Košiciach	230
Agnieszka Muchacka (PL) Pozycja socjometryczna uczniów w wieku wczesnej adolescencji a ich poczucie własnej wartości	239

Vladimír Lichner, Dušan Šlosár (SR) Zmysel života v kontexte novodobých závislostí adolescentov ako rizikovej skupiny sociálnej práce	243
Magdaléna Halachová (SR), Eva Žiaková (SR), Andrzej Dymmer (PL) Sociálna opora kyberšikanovaných adolescentov	250
Patrycja Pater (PL) Czynniki warunkujące poczucie własnej skuteczności podopiecznych pracownika socjalnego	257
Ewelina Kleszcz-Ciupka (PL) Beneficjent systemu socjalnego na przykładzie gminy zagórz	264
Anna Opar (PL) Praca, praca zawodowa determinantem sensu życia pracownika socjalnego	273
Tadeusz Piątek (PL) Alegorie czasu – metoda badań sensu życia człowieka	280
Marek Banach (PL) Pracownik socjalny wobec problemów rodziny wychowującej dziecko z Alkoholowym Zespołem Płodu.....	288
Anna Opar, Tadeusz Piątek (PL) Aksjologiczno – kulturowe uwarunkowania postrzegania sensu życia człowieka	310
Stanislava Hulinová, Eva Žiaková (SR) Logoterapia v procese osvojenia dieťaťa	317
Katarzyna Białożył (PL) Praca socjalna z osobami starszymi	327
Eva Žiaková, Antónia Sabolová Fabianová (SR) Osobnostné predpoklady sociálneho pracovníka ako nápomocný faktor ku zvládnutiu klientskej agresie	334
Beáta Rybárová (SR) Sociálna práca s deťmi s problémovým správaním v podmienkach akreditovaného subjektu	338
Recenzie	
Mgr. Antónia Sabolová Fabianová Nancy J. Patrick: Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra	345
Mgr. Beáta Rybárová Soňa Šrobárová – Eva Žiaková: Rizikový klient v sociálnej práci	347

Úvodné slovo editorky a zodpovednej riešiteľky

Úvodné slovo je veľmi dobrý priestor na to, aby sme spoločne zhodnotili, čo sa nám podarilo uskutočniť pri riešení našej spoločnej vedeckovýskumnej úlohy zameranej na výskum zmyslu života v sociálnej rizikových skupinách adolescentov.

Predoštekým sme si položili otázku, čo sme o zmysle života doteraz zistili, teda, čo o ňom vieme.

Výskumné zistenia som skomprimovala do nasledovných tvrdení:

- **Interdisciplinarita** v empirickom výskume (filozofia, psychológia, teológia, právo, sociálna práca sociálne významné resp. sociálne rizikové skupiny) je nevyhnutná,
- Zmysel života má **komponenty** a to: afirmáciu žitia, sebaakceptáciu, stanovenie cieľov, prežívanie slobody, hodnotu budúcnosti a postoj k smrti, ktoré sú z hľadiska intervencie a edukácie dôležité,
- Medzi **sociálne významné a rizikové skupiny** môžeme zaradiť: adolescentov – zdravých, dlhodobo chorých, zamestnaných, nezamestnaných, študujúcich, nevidiacich a slabozrakých, kyberšikanovaných i veriacich, bezdomovcov, seniorov, náhradných rodičov,
- **Adolescenti** majú vyššiu sebaakceptáciu ako adolescentky,
- **Adolescenti** študujúci na gymnáziu dosahujú signifikantne vyššie priemerné skóre na škále *afirmácia žitia* ako adolescenti študujúci na stredných odborných školách,
- Dosiahnuté vzdelanie **adolescentov a adolescentiek** súvisí s úrovňou prežívania ich zmyslu života,
- **Ťažko chorí adolescenti a adolescentky** majú nadpriemernú afirmáciu žitia, uvedomujú si hodnotu života a v ich postojoch k smrti sa neprejavuje ich zdravotný stav,
- **Adolescenti** nemajú záujem o právne informácie z oficiálnych zdrojov, za svoje zdroje považujú rovesníkov a rodičov,
- K zmene postojov nedochádza ak poskytneme právne informácie **adolescentom** a preukážeme neúplnosť či nepravdivosť toho, čo je pre nich obvyklé. Zvíťazí obyčajové právo pred objektívnym,
- Obete **kyberšikanovaných adolescentov** majú nižšiu úroveň prežívania zmyslu života ako tí, ktorí nikdy obeťami neboli,
- Aktívne **praktizovanie viery** adolescentov súvisí s vyšším prežívaním zmyslu života.

Druhou otázkou, ktorú sme si položili, je: čo nás na doterajších výsledkoch prekvapilo. Prekvapivých výsledkov je viac:

- **Adolescenti** majú vyššiu sebaakceptáciu ako adolescentky,
- **Adolescenti** študujúci na gymnáziu dosahujú signifikantne vyššie priemerné skóre na škále *afirmácia žitia* ako adolescenti študujúci na stredných odborných školách,
- Dosiahnuté vzdelanie **adolescentov a adolescentiek** súvisí s úrovňou prežívania ich zmyslu života,
- **Ťažko chorí adolescenti a adolescentky** majú nadpriemernú afirmáciu žitia, uvedomujú si hodnotu života a v ich postojoch k smrti sa neprejavuje ich zdravotný stav,
- **Adolescenti** nemajú záujem o právne informácie z oficiálnych zdrojov, za svoje zdroje považujú rovesníkov a rodičov,

- K zmene postojov nedochádza ak poskytneme právne informácie **adolescentom** a preukážeme neúplnosť či nepravdivosť toho, čo je pre nich obvyklé. Zvíťazí obyčajové právo pred objektívnym,
- Obete **kyberšikanovaných adolescentov** majú nižšiu úroveň prežívania zmyslu života ako tí, ktorí nikdy obeťami neboli,
- Aktívne praktizovanie viery adolescentov súvisí s vyšším prežívaním zmyslu života.

Obsahom tretej otázky bola myšlienka, čo chceme urobiť preto, aby sme rozpor toho, čo sme zistili a toho, čo chceme dosiahnuť, odstránili:

- **Celospoločenská snaha je zvýšiť záujem mladých o štúdium na stredných odborných učilištiach.** „Podchytiť“ študentov a študentky stredných odborných učilíšť cez zvýšenie ich záujmu o štúdium tým, že sa zvýši celospoločenská hodnota ich štúdia,
- Sociálna práca s **nezamestnanými adolescentami** by sa mohla uberať cez dobrovoľnícku činnosť s ťažko chorými rovesníkmi zvýšenie afirmácie života u oboch skupín,
- **Právne vedomie** adolescentov formovať za pomoci prednášok rovesníkov, ktorí študujú právo na vysokej škole zvýšenie účinnosti opatrení,
- **Kyberšikanovaných adolescentov** je možné ovplyvniť cez socioterapeutické aktivity s nezamestnanými.

Poslednou otázkou v hodnotení riešenia vedeckovýskumnej úlohy bola otázka: čo o zmysle života adolescentov **(ne)vieme** a chceme vedieť v budúcnosti, resp. na čo sa sústrediť, aby sme vedeli vypracovať čo najefektívnejšie logoterapeutické a socioterapeutické metódy k práci sociálnych pracovníkov so sociálne rizikovými skupinami adolescentov:

- **Vieme, že na úroveň zmyslu života má vplyv:**
 - pohlavie (rod),
 - vzdelanie,
 - spokojnosť s prospechom na strednej škole,
 - prospech v matematike, jazyku, biológii, spoločenskovedných predmetoch,
 - dlhodobé ochorenie,
 - látkové i nelátkové závislosti,
- **Nevieme, ako vplýva:**
 - rodina a jej vzťahy na zmysel života jej členov (mladých aj seniorov),
 - (ne)zamestnanosť,
 - Telesné a psychické znevýhodnenie na úroveň zmyslu života,
 - adopcie a osvojenie dieťaťa na úroveň zmyslu života rodičov.

Na záver už len jedna myšlienka: V decembri tohto roka kolektív riešiteľov vedeckovýskumnej úlohy Vega chystá monografiu s najnovšími výsledkami o zmysle života adolescentov, v ktorej sa pokúsime dať odpovede na všetky otázky položené v úvode tohoto zborníka.

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.

Spiritualita ako prostriedok prehĺbenia zmyslu života adolescentov¹

Spirituality as a means of deepening the sense of life of adolescents

Anton Fabian, Peter Žido, Beáta Kubušová, (SR)

Abstrakt: *Príspevok sa zaoberá postojmi adolescentov k problematike zmyslu života. Primárnym zámerom bolo zistiť, či môže mať pravidelné navštevovanie kresťanského mládežníckeho spoločenstva pozitívne účinky na vnímanie zmyslu života. Pomocou kvantitatívneho výskumu sme sa zamerali na niektoré faktory súvisiace s vnímaním zmyslu života stredoškolskou mládežou. Výsledky výskumu poukazujú na významný vzťah medzi aktívnym praktizovaním viery a vnímaním zmyslu života u tejto vekovej skupiny.*

Kľúčové slová: *Zmysel života. Adolescencia. Spiritualita. Religiozita. Saleziáni. Sekularizácia.*

Abstract: *The paper deals with the issue of adolescent's attitudes of meaning in life. The primary aim was to determine whether the regular attending of Christian youth community can have positive effects on the perception of the meaning of life. Using quantitative research we focused on some factors related to the perception of the meaning of life of high school students. The research results showed significant relationship between the active practice of faith and perception of the meaning of life in this age group.*

Key words: *Sense of life. Adolescence. Spirituality. Religiousness. Salesians. Secularization.*

Úvod

V perspektíve ľudských dejín sa zmysel života dlho hľadal predovšetkým prostredníctvom rôznych náboženstiev. Ukazuje sa, že spiritualita a religiozita dodnes ponúka jednu zo základných foriem interpretácie zmyslu života. Vo všeobecnosti je zmysel života chápaný, ako to, kvôli čomu človek žije, ako základný dôvod existencie človeka vo svete. Kresťanské náboženstvo hovorí, že Boh stvoril človeka s určitým cieľom - má s jeho životom konkrétny plán. Na to nadväzuje V. E. Frankl, zdôrazňujúc potrebu hľadania jedinečného zmyslu nášho života. Mladí ľudia v každom období moderných dejín hľadajú svoje miesto v spoločnosti. Zároveň hľadajú aj odpovede na otázky spojené so svojím „ja“, otázky určujúce základné smerovanie pre ich životný obzor. Ako to potvrdzujú viaceré výskumné zistenia, religiozita a spiritualita môže byť v tomto smere nápomocná.

1 Narastajúci záujem spoločnosti o spiritualitu

Uplynulé roky priniesli pozoruhodný rast záujmu o oblasť spirituality. Materiálna hodnotová orientácia je pomaly na ústupe, naopak omnoho väčšia pozornosť sa venuje spirituálnym dimenziám života. Stále viac dôkazov nasvedčuje tomu, že osobná spiritualita má na jednotlivca kladný liečivý účinok a vyjadruje zvyšujúce sa uznanie dôležitosti spirituality pre jeho sebanaplnenie a pohodu (McGrath, 2001). Človek, nech už patrí do ktorejkoľvek kultúry, náboženstva či zemepisnej oblasti, má veľký záujem o všetko, čo je duchovno, duchovnosť, duchovný život a pod. „Je nepopierateľnou skutočnosťou, že sa otázka „duchovna“ vrátila na prvé miesto. Je to duchovnosť ktorá sa ponúka ako platforma vzájomného porozumenia pre ľudí dneška. Za výrazom „duchovnosť“ sa však skrývajú niekedy aj rozdielne interpretácie tohto pojmu, konštatuje M. I. Rupnik (in: Špidlík a kol., 1995).

¹ Príspevok vznikol v rámci riešenia grantovej úlohy Vega č. 1/0282/12 s názvom *Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie.*

Vysvetlíme si preto v skratke, čo pod pojmom spiritualita rozumieme. V súlade s názorom A. Pussa (2008, s.13), spiritualitu chápeme nasledovne: „Oblasť a činnosť, v ktorej si človek prostredníctvom svojich duchovných schopností utvára kladný vzťah k najvyššej duchovnej bytosti – k Bohu a na základe toho vzťahu aj ku všetkému, čo od Boha pochádza. Cieľom spirituality je teda dokonalé zduchovenie celého človeka – jeho mysle, citov, vôle a tela. Neznamená to však únik do duchovných sfér. Práve naopak, zduchovníť život znamená dať všetkým jeho prejavom väčšiu vznešenejšiu hodnotu a zároveň ich čo najplnšie rozvinúť“ (Puss, 2008, s.16).

J. Tloczynski (1997, in: Stríženec, 2001) ju považuje za spôsob existencie a skúsenosti, ku ktorým dochádza prostredníctvom uvedomenia si transcendentnej dimenzie osobnosti. Spiritualitu charakterizuje ako určité hodnoty vo vzťahu človeka k sebe, iným ľuďom, prírode, životu a tomu, čo sa považuje za posledné platné - ultimate. I keď orientácia na Absolútne - Boha je spoločná pre religiozitu i spiritualitu, religiozitu považuje za viac kolektívnu a dogmatickú a spiritualitu za viac individuálnu, osobnú, priamu a skúsenostnú.

Milan Bubák (2009) v súvislosti so spiritualitou zdôrazňuje, že nemusí byť za každú cenu kresťanská ani náboženská. Prekvapivo môže byť aj úplne bez Boha. Jednotné definovanie pojmu spiritualita je takmer nemožné, no Bubák uvádza, že všetky jej definície majú spoločné dve skutočnosti:

- v spiritualite sa zameriavame na niečo, čo nás presahuje;
- dovoľíme, aby nás to premenilo.

Nakoniec M. Stríženec (2007, s. 43-44) upozorňuje na dôležitosť rozlišovania spirituality zhora a spiritualita zdola. „Spiritualita zhora je teologicko-normatívna, určená náboženskou doktrínou (dodržiavanie prikázaní), ideálmi, ktoré si stanovíme (tie sú dôležité najmä pre mládež). Spiritualita zdola je psychologicko-odkrývajúca (zakladá sa na trpezlivom sebaskúmaní a odhaľovaní temných i svetlých stránok svojej duše). Boh nám hovorí aj prostredníctvom nás samých (prostredníctvom našich myšlienok, tela, snov i našich domnelých slabostí). Keď sme dospeli ku koncu svojich možností, treba sa otvoriť k osobnému vzťahu voči Bohu“.

1.2 Spiritualita ako prostriedok zmysluplnosti bytia

Správne aplikovaná spiritualita môže zásadným spôsobom ovplyvniť život človeka a jeho zmysluplnosť. D. Kováč (2001, s. 42) to zhrnul nasledovne: „...osmelujem sa tvrdiť, že **religiozita a spiritualita patria do jadra zmyslu života**. Pretože prinášajú pre osobnosť vyrovnanosť so životom (teda spokojnosť s ním, tzv. „spokojnosť v duši“), obohacovanie sa múdrosťou (všeobecne platnou skúsenosťou ľudstva), permanentnú radosť z preukazovania nezištnej lásky (väčší zážitok z dávania ako prijímania), možnosti i uskutočňované zmeny osobnosti vo smere zdokonaľovania (dokonca na úroveň metanoie) atď. Napokon je tu prísľub večnej blaženosti, teda riešenie otázky čo po smrti, ktorá sa významne dotýka nielen religióznych, ale - ako výskumy dosvedčujú - aj laxných i agnostikov.“

Ak hovoríme o náboženstve a vnútorne prežívanej spiritualite, máme na mysli určitú vnútornú dimenziu ľudskej osobnosti, ktorá je charakterizovaná vertikálnym vzťahom, vyrastajúca z naliehavého hľadania odpovede na poslednú, najhlbšiu otázku po zmysle života človeka, konštatuje J. Křivohlavý (2006). Človek totiž túži nielen po šťastí, moci, bohatstve, ale aj po tom, aby mu niekto hodnoverne odpovedal na otázky, ktoré mu zvierajú najhlbšie vnútro - na otázky po zmysluplnosti žitia a bytia. Odpoveď, ktorá tu ale vyviera smeruje nie k nášmu egocentризmu, ale práve naopak. Môžeme ju nazvať pokojom, láskou, rešpektom, úctou k životu a životnému prostrediu, humanitárnou pomocou druhým ľuďom a pod.

Vzťah náboženstva, spirituality a zmyslu života výstižne opisuje C. L. Park (2005, in: Stríženec, 2007). Náboženstvo, podobne ako iné systémy zmyslu, ovplyvňuje presvedčenia, ciele a emócie. Výskumy ukazujú, že náboženstvo je v širokom rozsahu zapojené do

celkového zmyslu života. V porovnaní so systémami sekulárneho zmyslu je náboženstvo viac existenciálne uspokojujúce. Prináša konečnú motiváciu a ovplyvňuje aj iné celkové presvedčenia, ktoré nie sú explicitne náboženské. Náboženstvo je aj silným zdrojom hodnôt pre jednotlivcov, ako aj pre celé kultúry, pričom individuálne hlboko prežívaná spiritualita silnejšie kladne súvisí so zmyslom života než vonkajšková religiozita. Náboženstvo ovplyvňuje interpretáciu každodenných udalostí, osobné snaženia, zvládanie stresu a subjektívnu pohodu a vedie k pozitívnemu prehodnoteniu udalostí. K. Popielski (1987b, s. 313-318, in: Tavel, 2007, s. 175-178) k tomu dodáva, že „náboženská viera vyjasňuje a rozširuje horizont zmyslu. Na základe analýzy bytia ľudí spomínaných v Biblii sa môžeme presvedčiť o tom, že človek, ktorý do konca dúfal v Boha, dostal vo svojom živote pomoc od Boha. A urobil to tak dokonalým spôsobom, ako si to prosiaci nedokázal ani predstaviť“.

2 Ohrozenie zmyslu života pôsobením postmodernity a sekularizácie

Opakom pôsobenia náboženstva a spirituality je zreteľne silnejúci tlak spôsobený postmodernou, pluralizmom a sekularizáciou v spoločnosti.

Pápež Ján Pavol II. vo svojej encyklike *Fides et ratio* zdôrazňuje, že myšlienkové prúdy, ktoré sú spojené s postmodernou, poukazujú na totálnu absenciu zmyslu, na provizórium a pomínutelnosť každého ľudského poznania a vedú k **nihilizmu**, k popieraniu všetkých spoločensko-mravných zásad, k pokušeniu zúfalstva, popierajúc tak základné istoty kresťanskej viery. **Postmoderna** vedie k **pluralizmu** – ku chaotickému mnohorakosti v spoločnosti, **relativizmu** v oblasti poznávania a morálky, **pragmatizmu** a cynickému **hedonizmu** v oblasti každodenného života. V dôsledku vplyvov postmodernity sa človek stáva „...človekom konzumu, audiovizuálnych prostriedkov a každej estetizujúcej hry. Je to človek bez Boha, bez kvalít, bez vlastnej identity. Ako taký zostáva osamotený, slabý, chudobný a neistý“, charakterizuje J. Ďačok (2000, s. 69).

Výsledkom uvedených zmien je pokračujúci proces **sekularizácie** vo svete, ako jeden z najcharakteristickejších skutočností, v ktorej žijeme. Š. Boržík (2002) uvádza, že tento proces začal v novoveku, v toku ktorého človek zabúda na Boha a nadobúda presvedčenie, že Boha jednoducho nepotrebuje. Celkový obraz súčasnej doby to patrične odzrkadľuje. Neúmerné tempo, strach a úzkosť, sú typické fenomény dneška. Ako vysvetľuje V. E. Frankl (in: Tavel, 2007), zrýchlené tempo je nepodareným pokusom človeka o samoliečbu, pokusom utiecť pred vlastnou prázdnotou, pred bytím bez cieľa a bez obsahu, pokus oklamať pocit frustrácie, nespokojnosti a nenaplnenosti svojej vôle po zmysle. Strach a úzkosť dnešného človeka vychádzajú z nudy a z toho, že človek nerieši problém vlastnej existencie. Analyzujúc človeka dnešných čias J. Vymětal (1992, in: Tavel, 2007) poznamenáva, že u moderného človeka sa vytráca duchovná dimenzia, v ktorom je zahrnutý aj zmysel života a vzťah k vyšším hodnotám. Človek tak stráca úctu k sebe i k životu a podľa toho sa aj správa. Výsledkom sú mnohé javy z oblasti individuálnej patológie. E. Naništová (2003) to vysvetľuje absenciou zmyslu života a prežívaním existenciálnej frustrácie, či existenciálnej prázdnoty, podľa teórie V. E. Frankla.

3 Hľadanie zmyslu života v adolescencii

Adolescent nachádzajúci sa na jednej zo svojich najdôležitejších životných križovatiek, postupne mení perspektívu hodnotenia a interpretácie seba samého i okolitého sveta. S tým súvisia existenciálne otázky a tzv. fenomén existenciálneho prebudenia, ktorý vyvoláva u adolescentov potrebu hľadať zmysel života a pravé hodnoty, ktoré sú nespochybniteľné a preto má zmysel ich dodržiavať (Halama, in: Vágnerová, 2008).

Práve toto životné obdobie hľadania „seba samého“, prináša mladému človeku mnoho problémov, ktoré ak nedokáže zvládnuť, dochádza k intrapersonálnym či interpersonálnym konfliktom, ktoré môžu viesť k sociálne patologickému správaniu. Nie je neobvyklé, že v

tomto období začnú mladí ľudia holdovať drogám, dochádza k prejavom promiskuitného správania, drobným deliktom či zvýšenej agresivite, v krajných prípadoch aj k pokusom o samovraždu (Kačániová, 2005).

Na druhej strane práve v tomto období často dochádza u adolescentov k zmene alebo znovuobjaveniu vzťahu k viere a náboženstvu (Oravcová, 2002). Spiritualita je pre niektorých adolescentov základom celej životnej orientácie, dokonca jadrom osobnosti. Mnoho výskumov preukázalo, že mladí ľudia, ktorí sa cítia byť spojení s niečím, čo presahuje materiálny svet, sa neuchylujú tak často k fajčeniu, pitiu alkoholu a k užívaniu drog. Táto spiritualita však nemusí nutne znamenať príslušnosť k organizovanej cirkvi, môže to byť len hlboká úcta k posvätnosti života na Zemi či vedomia, že všetko súvisí so všetkým (Carr-Gregg, 2012).

Podobne vysvetľuje hľadanie zmyslu života aj V. E. Frankl (1971, in: Tavel, 2007). Ako uvádza, vôľa ku zmyslu je túžba čo najzmysluplnejšie naplniť svoju existenciu. Ako ďalej vysvetľuje, podstata ľudskej existencie spočíva v sebatranscendencii, čiže v prekračovaní seba samého. Znamená to byť oddaný, zameraný na niekoho alebo niečo, čo človeka presahuje. Zmysel však nie je cieľ, ktorý si človek sám určuje, ale to, čo je dané a čo má človek objaviť. Pritom platí, že jedinečnosť osoby a situácie vytvára jedinečnú úlohu. V. E. Frankl zdôrazňuje potrebu hľadania tohto jedinečného zmyslu, na ceste k čomu človeka vedie svedomie, orgán zmyslu s intuitívnou schopnosťou (Tavel, 2007). Skutočná životná naplnenosť je teda v prebratí zodpovednosti za vlastný život v konkrétnych situáciách, nie prostredníctvom slov, ale skutkami. „V zodpovednosti je smysl lidské existence“ (Frankl, 1994a, s. 72, in: Tavel, 2007). A ako povedal A. Einstein: „Človek, ktorý odpoveď na otázku o smyslu svého života našel, je člověkem religiózním.“ Nakonec všetko, čo sa človeku prihodí, musí mať nejaký posledný, vyšší zmysel. Vyšší zmysel nemôžeme poznať, ale môžeme v ňom veriť, dopĺňa podľa V. E. Frankla (2002) P. Tavel (2007).

4 Metodológia výskumu

V empirickej časti sme sa zamerali okrem skúmania zmysluplnosti života adolescentov aj na spiritualitu – ako faktor, ktorý by podľa niektorých autorov mal ukázať ten správny smer pri ceste životom. Nasledujúca časť bude venovaná prezentácii výsledkov uvedeného výskumu.

4.1 Vymedzenie problému

Ako sme načrtli vyššie, obdobie adolescencie je jedným z najdôležitejších vývinových období v živote človeka, v ktorom by si každý mladý človek mal vedieť dať aspoň čiastočnú odpoveď na najzákladnejšiu otázku zmyslu svojho života. Tým správnym impulzom, ktorý môže do života adolescenta priniesť svetlo a ukazovať správny smer v živote je spiritualita. V tomto výskume budeme za spirituálny faktor, ktorý by mal pozitívne ovplyvňovať postoje adolescentov k zmyslu života, považovať aktívne praktizovanie viery a pravidelné navštevovanie saleziánskeho centra. Taktiež nás budú zaujímať faktory, ako školský prospech či vzťahy s jednotlivými členmi rodiny.

4.2 Výskumný cieľ

Hlavným výskumným cieľom bude porovnať úroveň zmyslu života medzi adolescentmi, ktorí navštevujú saleziánske centrum v Humennom a študentmi SOŠ v Humennom. Naším cieľom bude objasniť, či napomáha aktívne praktizovanie viery k pozitívnemu ovplyvňovaniu zmyslu života adolescentov.

4.3 Výskumné hypotézy

Realizovaním uvedeného výskumu sa budeme snažiť potvrdiť resp. vyvrátiť nasledovné hypotézy:

HH1: Predpokladáme, že existuje signifikantný rozdiel v postojoch k zmyslu života medzi adolescentmi navštevujúcich saleziánske centrum a študentmi SOŠ.

HH2: Predpokladáme, že u adolescentov existuje pozitívny vzťah medzi kvalitou vzťahov s členmi rodiny a vnímaním zmyslu života.

HH3: Predpokladáme, že u adolescentov existuje pozitívny vzťah medzi aktívnym praktizovaním viery a vnímaním zmyslu života.

HH4: Predpokladáme, že u adolescentov existuje pozitívny vzťah medzi školským prospechom a vnímaním zmyslu života.

4.4 Výskumná metóda

Rozhodli sme sa realizovať kvantitatívny výskum. Za účelom overenia pravdivosti nami stanovených hypotéz, budeme získané dáta analyzovať pomocou nasledovných výskumných metód: komparácia – porovnávanie; korelácia – meranie sily súvislosti a mapovanie – druhostupňová frekvenčná analýza. Použitou výskumnou metódou bol dotazník, technika hromadného terénneho zberu údajov, pri ktorej sú potrebné informácie získavané od skúmaných osôb písomne, prostredníctvom odpovedí na otázky predtlačené na pripravenom formulári (Pavliček, Dobříková, 2007).

Nami zostavený dotazník sa skladal z troch častí. Prvú tvorila vstupná časť, v druhej časti boli otázky zamerané na zisťovanie zmyslu života a v tretej na zisťovanie rodinných vzťahov, školského prospechu a aktívneho praktizovania viery. Na zisťovanie zmyslu života v druhej časti sme prebrali jedinú pôvodnú slovenskú škálu z tejto oblasti – Škálu životnej zmyslupnosti (ŠŽZ) – ktorú vypracoval P. Halama v roku 2002. Po teoretickej stránke táto škála vychádza z trojkomponentového chápania zmyslu života (Reker, Wong, 1988, in: Halama, 2007). ŠŽZ má celkom 18 výrokov či výpovedí, ku ktorým má respondent vyjadriť svoj vzťah, a to zaškrtnutím jedného z 5 čísel, ktoré vyjadrujú osobný postoj opýtaného od jedného extrému (vôbec nesúhlasím) k druhému (úplne súhlasím). Škála je multidimenzionálna. Pre každú z troch dimenzií (kognitívna, motivačná a afektívna) je 6 výrokov. Z celkového počtu 18 výrokov je celkom 6 z nich formulovaných záporne a vyžadujú reverziu (Křivohlavý, 2006). Posledná tretia časť pozostáva z otvorených otázok, v ktorých majú respondenti opísať svoje vzťahy s jednotlivými členmi rodiny a odpovedať na otázky týkajúce sa spirituality a aktívneho praktizovania viery (modlitba, účasť na sv. omši, návšteva saleziánskeho centra). Na otázky týkajúce sa prospechu má respondent možnosť vybrať odpoveď zo škály od 1 (výborný) do 5 (nedostatočný). Posledná otázka, ktorá sa pýta na vek respondenta slúži len ako kontrola či jedinec spadá do našej cieľovej skupiny adolescentov. Podobne aj otázka č.22 o navštevovaní saleziánskeho centra bola zahrnutá do dotazníka len pre overenie, či nikto z opýtaných študentov SOŠ toto centrum nenavštevuje.

4.5 Výber výskumnej vzorky

Pre potreby realizácie výskumu sme pristúpili k zámernému výberu dvoch cieľových skupín respondentov:

1. Prvú skupinu tvorili študenti Strednej odbornej školy technickej v Humennom (SOŠ). Dotazníky boli rozdane v troch triedach: I.A – 22 študentov; III.C – 21 študentov; IV.A – 12 študentov.

2. Druhú skupinu tvorili adolescenti navštevujúci saleziánske centrum (SC) v Humennom. Dotazníky vyplňovali priamo v centre, kde im boli rozdane. Celkovo dotazník vyplnilo a odovzdalo 52 adolescentov.

Ako uvádza tab. č. 1, celkovo budeme vo výskume pracovať s výskumnou vzorkou o veľkosti 107 respondentov, ktorých priemerný vek bol 17,51 roka.

Tab. č. 1: Mapovanie respondentov podľa počtu a priemerného veku

	Študenti SOŠ				Saleziáni	Spolu
	I.A	III.C	IV.A	Spolu		
Počet respondentov	22	21	12	55	52	107
%	20,56	19,63	11,21	51,4	48,6	100
Priemerný vek	16,18	17,33	18,58	17,36	17,65	17,51

4.6 Organizácia výskumu

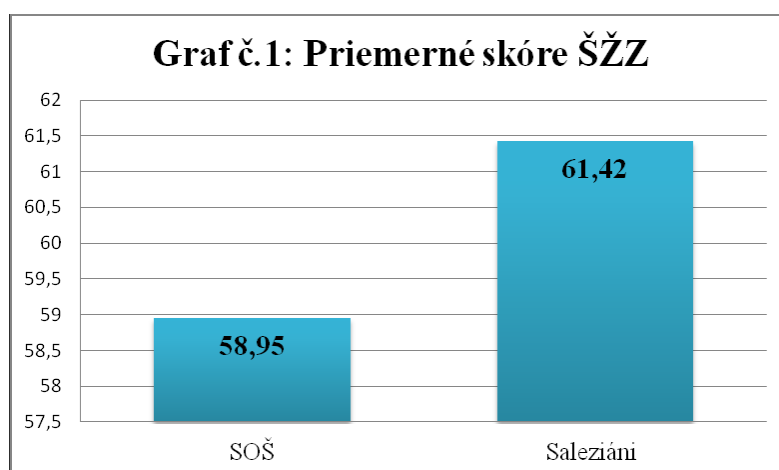
Realizácia výskumu prebiehala počas mesiaca marec 2013. Zber údajov od študentov SOŠ technickej v Humennom bol uskutočnený počas vyučovania, s povolením riaditeľa školy Mgr. Jána Matoša. Údaje od adolescentov navštevujúcich saleziánske centrum v Humennom sme získavali prostredníctvom saleziána Radoslava Behúna, ktorý dotazníky rozdával mladým, ktorí prišli do centra. Aj vďaka jeho pomoci sa nám vrátilo 52 dotazníkov. Priebeh zberu dát bol bezproblémový, dokonca takmer tretina opýtaných sa zaujímala o výsledky a závery štatistického spracovania.

4.7 Interpretácia výsledkov

K vyhodnoteniu a interpretácii záverov výskumu sme použili štatistický program IBM SPSS Statistics 20. Pre lepšiu prehľadnosť prezentujeme výsledky v grafoch a tabuľkách vytvorených v programe Microsoft Office Excel 2007.

HH1: Predpokladáme, že existuje významný rozdiel v postojoch k zmyslu života medzi adolescentmi navštevujúcich saleziánske centrum a študentmi SOŠ.

Graf č. 1 zobrazuje priemerné skóre ŠŽZ, ktoré získali obe skúmané skupiny respondentov v dotazníku. Pri maximálnom skóre (90), predstavuje rozdiel medzi skupinami 2,74%.



Ďalej bolo potrebné rozlíšiť, či ide o parametrické (symetrické) alebo neparametrické (asymetrické) rozloženie dát. Keďže sa výskumu zúčastnilo viac ako 50 respondentov, použili sme na testovanie normality rozloženia v programe SPSS Kolmogorov-Smirnov test, ktorý potvrdil neparametrické rozloženie údajov. Vo výskume sme porovnávali skupinu adolescentov navštevujúcich saleziánske centrum a študentov SOŠ v postojoch k zmyslu života, teda budeme hovoriť o nezávislom výbere.

Pre overenie HH1 použijeme komparáciu – porovnávanie. Pri neparametrickom rozložení údajov a nezávislom výbere sa odporúča použiť Mann-Whitneyho U test pre 2 nezávislé výbery. V tab. č. 2, ktorú po zadaní údajov vygeneroval program SPSS pre potvrdenie resp. vyvrátenie našej hypotézy, bola vygenerovaná hodnota signifikancie 0,012, ktorá je nižšia, ako nami stanovená hladina významnosti $p=0,05$. To znamená, že hypotéza HH1 sa potvrdila.

Tab. č. 2: Mann-Whitneyho test pre 2 nezávislé výbery (HH1)

	Skóre ŠZZ
Mann-Whitney U	1027,000
Wilcoxon W	2567,000
Z	-2,521
Asymp. Sig. (2-tailed)	,012

HH2: Predpokladáme, že u adolescentov existuje pozitívny vzťah medzi kvalitou vzťahov s členmi rodiny a vnímaním zmyslu života.

V tejto hypotéze sme zisťovali “vzťah“, preto sme použili štatistickú metódu na meranie sily súvislosti – koreláciu, v závislosti od typu skúmaných premenných. Skóre z dotazníka ŠZZ predstavovali intervalové premenné. Na zisťovanie kvality vzťahov adolescentov s členmi ich rodiny sme sa pýtali v otázke č. 19. Otázka bola otvorená a respondenti mali možnosť stručne popísať vzťahy s jednotlivými členmi rodiny. Z odpovedí sme vytvorili nasledovné štyri kategórie: 1 – zlé vzťahy s viac ako jedným členom rodiny;

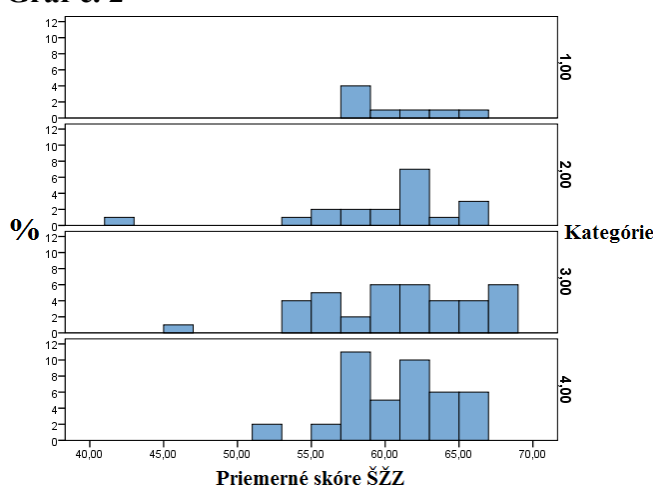
2 – zlé vzťahy s jedným členom rodiny;

3 – dobré vzťahy so všetkými členmi rodiny;

4 – výborné vzťahy so všetkými členmi rodiny.

Kategórie sú zoradené do určitej hierarchie a na základe toho môžeme hovoriť o ordinálnej premennej, keďže vieme povedať či je sledovaný jav alebo vlastnosť u určitého respondenta vyššia alebo nižšia resp. lepšia alebo horšia, ale nevieme už povedať o koľko (Pavliček, Dobříková, 2007). V grafe č. 2 uvádzame histogram z programu SPSS, v ktorom vidíme percentuálne rozloženie jednotlivých kategórií a priemerné hodnoty skóre ŠZZ, ktoré dosahovali jednotliví členovia kategórií.

Graf č. 2



Na vyhodnotenie korelácie sme použili Spearmanov korelačný koeficient. Tab. č. 3 predstavuje výsledok tohto testu.

Tab. č. 3: Spearmanov korelačný koeficient (HH2)

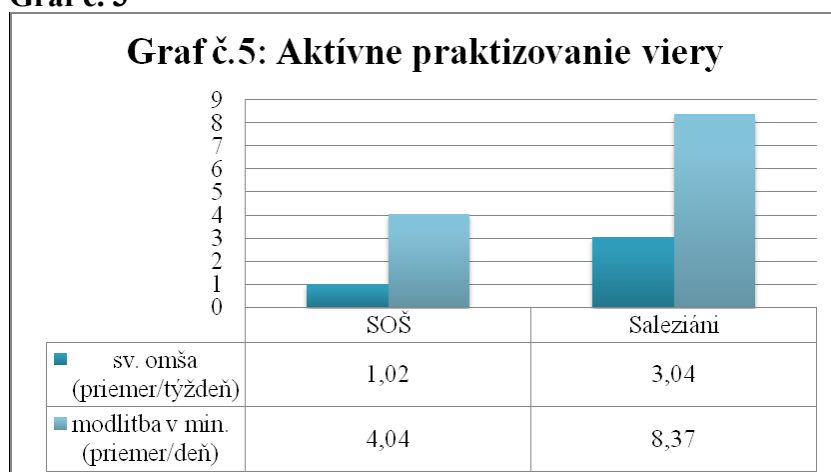
			Skóre ŠZZ	Vzťahy v rodine
Correlation Coefficient			1,000	,007
Spearman's rho	Skóre ŠZZ	Sig. (2-tailed)	.	,946
		N	107	107
Correlation Coefficient			,007	1,000
	Vzťahy v rodine	Sig. (2-tailed)	,946	.
		N	107	107

Výsledok korelačného koeficientu predstavoval hodnotu +0,007, čo znamená, že sa jedná o pozitívnu koreláciu. Je však nutné dodať, že intenzita tejto korelácie je veľmi nízka. Z uvedeného dôvodu konštatujeme, že hodnota korelačného koeficientu je zanedbateľná a preto sa HH2 nepotvrdila.

HH3: Predpokladáme, že u adolescentov existuje pozitívny vzťah medzi aktívnym praktizovaním viery a vnímaním zmyslu života.

V tejto hypotéze sme skúmali pozitívitu a intenzitu vzťahu medzi skóre ŠZZ a aktívnym praktizovaním viery. Na získanie údajov ohľadne aktívneho praktizovania viery slúžili otázky č. 20 a 21. V otázke č. 20 mali respondenti uviesť koľko času z dňa venujú modlitbe a otázka č. 21 bola určená na zistenie počtu sv. omší, na ktorých sa počas týždňa adolescenti zúčastňujú. Pre porovnanie uvádzame v grafe č. 3 rozdiely v aktívnom praktizovaní viery medzi dvoma skupinami respondentov. Oba nami porovnávané faktory (modlitba a sv. omša) aktívneho praktizovania viery boli niekoľkonásobne vyššie u adolescentov navštevujúcich SC.

Graf č. 3



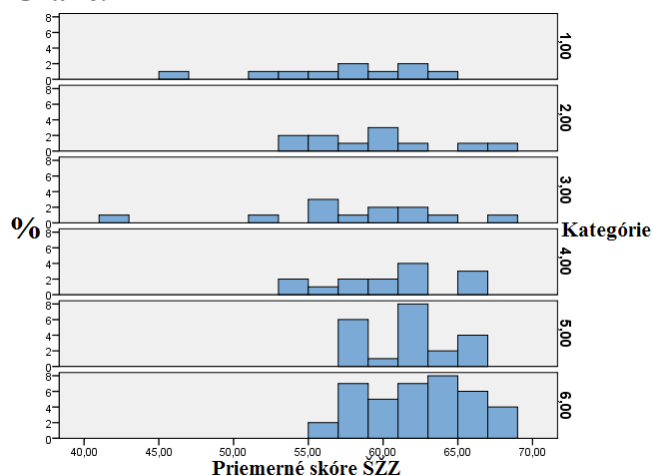
Aj túto hypotézu sme overovali pomocou merania sily súvislosti – korelácie. Ako sme uviedli vyššie, skóre ŠZZ bude predstavovať intervalovú premennú. Pri zisťovaní aktívneho praktizovania viery uvádzali respondenti častosť výskytu modlitby (v minútach) a sv. omše (v dňoch). Po analyzovaní dotazníkov sme vytvorili 6 kategórií, do ktorých sme jednotlivé odpovede začlenili. Pri posudzovaní modlitby bolo kritériom skutočnosť, či sa respondent pravidelne modlí alebo nie. Pri faktore sv. omše sme vytvorili 5 skupín podľa počtu sv. omší, na ktorých sa daný jedinec počas týždňa zúčastňuje. Nami stanovené kategórie mali nasledovnú podobu:

1. nemodlím sa vôbec a na sv. omšiach sa vôbec nezúčastňujem;

2. nemodlím sa vôbec a na sv. omši sa zúčastňujem iba pár krát do roka;
3. nemodlím sa pravidelne a na sv. omši sa zúčastňujem 1-krát do týždňa;
4. modlím sa pravidelne a na sv. omši sa zúčastňujem 1-krát do týždňa;
5. modlím sa pravidelne a na sv. omši sa zúčastňujem viac ako 1-krát do týždňa;
6. modlím sa pravidelne a na sv. omši sa zúčastňujem viac ako 2-krát do týždňa.

Graf č. 4 uvádza percentuálne zastúpenie jednotlivých kategórií a ich priemerné skóre ŠŽZ.

Graf č. 4



Takto hierarchicky zoradené kategórie predstavujú ordinálnu premennú a preto aj v tomto prípade na vyhodnotenie korelácie použijeme Spearmanov korelačný koeficient.

Tab. č. 4: Spearmanov korelačný koeficient (HH3)

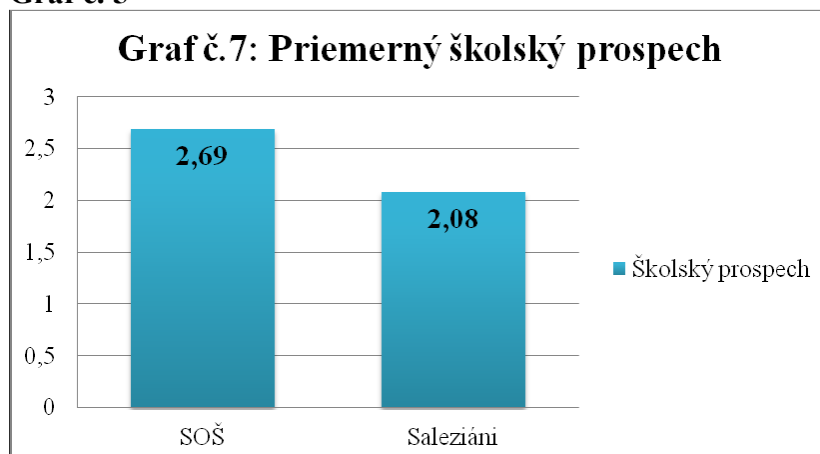
		Skóre ŠŽZ	Aktívne praktizovanie viery
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,363
	Skóre ŠŽZ Sig. (2-tailed)	.	,000
	N	107	107
rho	Correlation Coefficient	,363	1,000
	Aktívne praktizovanie viery Sig. (2-tailed)	,000	.
	N	107	107

Hodnota korelačného koeficientu je podľa tab. č. 4 +0,363, kde sa jedná o pozitívnu koreláciu. Uvedená intenzita vzťahu je dostatočná na to, aby sme mohli HH3 pokladať za potvrdenú.

HH4: Predpokladáme, že u adolescentov existuje pozitívny vzťah medzi školským prospedom a vnímaním zmyslu života.

Aj v prípade poslednej hlavnej hypotézy sme použili štatistickú metódu korelácie. Informácie o školskom prospechu adolescentov sme zisťovali pomocou otázky č. 23, kde mali respondenti zo škály 1 (výborný) až 5 (nedostatočný), čo najreálnejšie ohodnotiť svoj školský prospech. V tomto prípade sme považovali školský prospech za poradovú premennú, skóre ŠŽZ zostáva intervalovou premennou, preto sme opäť použili testovanie pomocou Spearmanovho korelačného koeficientu. Pre porovnanie uvádzame priemerný školský prospech nami sledovaným skupín v grafe č. 5.

Graf č. 5



Program SPSS (tab. č. 5) vygeneroval korelačný koeficient o hodnote -0,149, čiže ide o zápornú koreláciu, ktorá však predstavuje nami predpokladaný pozitívny vzťah medzi skóre ŠZZ a školským prospechom. To znamená, že s rastúcim skóre ŠZZ má školský prospech klesajúcu tendenciu, ale keďže pri školskom prospechu platí – čím nižšia známka tým lepšia (1-výborný, 5-nedostatočný), tak môžeme hovoriť o pozitívnom vzťahu medzi skúmanými premennými. Intenzita toho vzťahu je však veľmi nízka a preto sa HH4 nepotvrdila.

Tab. č. 5: Spearmanov korelačný koeficient (HH4)

		Skóre ŠZZ	Školský prospech
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	-,149
	Skóre ŠZZ Sig. (2-tailed)	.	,125
	N	107	107
Spearman's rho	Correlation Coefficient	-,149	1,000
	Školský prospech Sig. (2-tailed)	,125	.
	N	107	107

Záver

Pozitívne ovplyvňovanie zmyslu života adolescentov si vyžaduje našu pozornosť najmä dnes, je predsa v záujme celej spoločnosti vychovať budúcu generáciu, ktorá bude mať všetky predpoklady na zvládanie vlastného života. Výsledky výskumu potvrdili, že kresťanská spiritualita môže byť faktorom, ktorý napomôže mladému človeku k pozitívnejšiemu vnímaniu zmyslu života. Práve obdobie adolescencie je obdobím hľadania vlastného miesta v spoločnosti a trávenie voľného času v saleziánskych centrách môže napomôcť k správne smerovaniu mladého človeka.

Zoznam literatúry:

- BORŽÍK, Š. Sekularizmus. In STOLÁRIK, S. a kol. *Sekularizácia a sekularizmus*. Košice : Viena, 2002. s. 3-6. ISBN 80-88922-57-7.
- BUBÁK, M. Spiritualita súčasného človeka [online]. [cit. 2013-03-15]. Dostupné na internete: <<http://sk.radiovaticana.va/articolo.asp?c=316219>>.
- CARR-GREGG, M. *Psychické problémy v dospívaní*. Praha : Portál, 2012. 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8.

- ĎAČOK, J. Postmoderný človek a trpiaci kresťan. In *Nová evanjelizácia : zborník sympózia s medzinárodnou účasťou konanej v dňoch 9. - 11. novembra 2000 vo Svite*. Editor CSNTOS, L. Bratislava : Dobrá kniha, 2000. s. 67-73. ISBN 80-7141-307-0.
- JÁN PAVOL II. Fides et ratio (Viera a rozum). Encyklika najvyššieho veľkňaza Jána Pavla II. biskupom katolíckej cirkvi o vzťahoch medzi vierou a rozumom. Bratislava : Vydavateľstvo DON BOSCO, 1998. 145 s. ISBN 80-88933-06-4.
- KAČÁNIOVÁ, J. *Primárna prevencia drogových závislostí. (Pedagogickopsychologická analýza)*. Bratislava: EKONÓM, 2005. 111 s. ISBN 80-225-1973-1.
- KOŠČ, L. - STRÍŽENEC, M. (eds.). *Kresťanstvo a psychológia*. Trnava : Spolok svätého Vojtecha, 2003. 238 s. ISBN 80-7162-411-X.
- KOVÁČ, D. Kvalita života - naliehavá výzva pre vedu nového storočia. In *Československá psychologie. Časopis pro psychologickou teorii a praxi*. ISSN 0009-062X, 2001, roč. 45, č. 1, s. 34-44.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha : Grada, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.
- KUBUŠOVÁ, B. *Religiozita, zdravie a zmysel života : rigorózna práca*. Košice : Univerzita P. J. Šafárika, 2011. 80 s.
- ŽIDO, P. *Spiritualita ako faktor ovplyvňujúci zmysel života adolescentov v saleziánskych centrách* : diplomová práca. Košice : Univerzita P. J. Šafárika, 2013. 68 s.
- McGRATH, A. *Kresťanská spiritualita*. Praha : VOLVOX GLOBATOR, 2001. 310 s. ISBN 80-7207-444-X.
- NANIŠTOVÁ, E. Zodpovednosť za stvorený svet z hľadiska environmentálnej psychológie. In KOŠČ, L. - STRÍŽENEC, M. (eds.). *Kresťanstvo a psychológia*. Trnava : Spolok svätého Vojtecha, 2003. s. 148-165. ISBN 80-7162-411-X.
- ORAVCOVÁ, J. *Vývinová psychológia*. Žilina : EDIS, 2002. 102 s. ISBN 80-8070-010-9.
- PAVLÍČEK, J. – DOBRÍKOVÁ, P. *Sociálny výskum a štatistické spracovanie*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, 2007. 83 s. ISBN 978-80-89271-16-0.
- PUSS, A. *Teológia duchovného života*. Uvedenie do mystiky. Bratislava : Dobrá kniha, 2008. 364 s. ISBN 978-80-7141-560-2.
- STRÍŽENEC, M. *Súčasná psychológia náboženstva*. Bratislava : Iris, 2001. 237 s. ISBN 80-88778-33-6.
- STRÍŽENEC, M. *Novšie psychologické pohľady na religiozitu a spiritualitu*. Bratislava : Ústav experimentálnej psychológie SAV, 2007. 166 s. ISBN 978-80-88910-24-4.
- STOLÁRIK, S. a kol. *Sekularizácia a sekularizmus*. Košice : Vienala, 2002. 82 s. ISBN 80-88922-57-7.
- ŠPIDLÍK, T. a kol. *Spiritualita, formácia a kultúra*. Velehrad : REFUGIUM, 1995. 206 s. ISBN 80-901957-1-7.
- TAVEL, P. *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla. Potřeba smyslu života. Přínos Viktora E. Frankla k otázce smyslu života*. Praha : Triton, 2007. 303 s. ISBN 80-7254-915-4.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha : Karolinum, 2008. 468 s. ISBN 978-80-246-0956-0.

Kontakt na autorov:

prof. ThDr. JCDr. Anton Fabian, PhD., Mgr. Peter Žido, PhD. Beáta Kubušová
 Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta,
 Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach,
 Petzvalova 4, 040 11 Košice, Slovenská republika
 Email: fabian.anton@rimkat.sk, peterzido@gmail.com, beata.kubusova@student.upjs.sk

Holistyczna opieka nad pacjentem w systemie medycyny paliatywnej w Polsce

Elżbieta Cipora, Magdalena Konieczny (PL)

Streszczenie

Wstęp. Sytuacja demograficzna i epidemiologiczna Polski sprawia, że wzrasta zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu medycyny paliatywnej. Opieka paliatywna jest wielodyscyplinarna, ponieważ uwzględnia zarówno problemy zdrowotne pacjenta, jak również psychospołeczne oraz duchowe. Obejmuje swoim zakresem nie tylko chorego ale również jego rodzinę i inne bliskie mu osoby. Jest zatem opieką zespołową, w której bardzo ważna jest współpraca wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Pacjent i jego rodzina powinni być traktowani całościowo. Holizm jest jednym z najistotniejszych elementów medycyny paliatywnej.

Celem badań było przedstawienie zasad postępowania wobec pacjenta objętego całościową opieką paliatywną i określenie oczekiwań odbiorców usług medycznych w zakresie udzielanych im świadczeń.

Material i metody. Badania wykonano metodą analizy specjalistycznego piśmiennictwa z zakresu medycyny paliatywnej, ze szczególnym uwzględnieniem zadań członków zespołu interdyscyplinarnego wobec pacjenta objętego opieką terminalną.

Wyniki i wnioski. Holizm powinien przenikać wszystkie działania podejmowane przez poszczególnych członków zespołu interdyscyplinarnego w opiece paliatywnej. Ważnym elementem w opiece całościowej jest konieczność dostosowania sposobu postępowania do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego rodziny. W podejściu holistycznym włącza się rodzinę do udzielania wsparcia bliskiej osobie w stanie terminalnym. Jest tu również miejsce na redukcję stresu i budowanie relacji międzyludzkich. Odbiorcy usług medycznych oczekują najczęściej od świadczeniodawców szeroko rozumianej opieki, w następnej kolejności edukacji zdrowotnej i wsparcia. W mniejszym stopniu deklarują zapotrzebowanie na świadczenia rehabilitacyjne i opiekę duchową.

Słowa kluczowe: Opieka paliatywna, Holizm. Zespół interdyscyplinarny. Pacjent.

Abstract: *Introduction. Demographic and epidemiological situation of Polish makes the demand for the provision of palliative medicine . Palliative care is multidisciplinary , because it takes into account both the patient's health problems , as well as psychosocial and spiritual. It covers not only the patient but also his family and other close person to him . It is therefore the care team , which is very important cooperation of all members of the therapeutic team . The patient and his family should be treated holistically . Holism is one of the most important elements of palliative medicine.*

The aim of the study was to present the rules of procedure to the patient covered by a comprehensive palliative care and to identify the expectations of consumers of medical services in the field to their care.

Materials and methods. The study was performed by analysis of specialized literature in the field of palliative medicine , with a particular focus on the tasks of members of the interdisciplinary team to the patient under the care of a terminal.

Results and conclusions. Holism should permeate all activities undertaken by individual members of the interdisciplinary team in palliative care. An important element in the overall care of the need to adapt the procedure to the individual needs of the patient and his family. In a holistic approach enables the family to provide support to your loved one in a terminal

state . There is also a place for reducing stress and building relationships. Recipients of medical service providers expect the most from the broader health, followed by health education and support. To a lesser extent, to declare the need for rehabilitation services and spiritual care.

Keywords: *Palliative care. Holism . The interdisciplinary team . Patient .*

Wstęp

Współczesne społeczeństwo starzeje się w szybkim tempie, corocznie spada liczba urodzeń, wydłuża się natomiast średnia długość życia i wzrasta liczba osób w wieku poprodukcyjnym. Rośnie również liczba osób z rozpoznaniem choroby nowotworowej, często w stadium zaawansowanym oraz liczba osób z rozpoznaniem innych nieuleczalnych chorób układowych. Taka sytuacja demograficzno-epidemiologiczna sprawia, że wzrasta zapotrzebowanie na efektywne świadczenia z zakresu opieki paliatywnej. Tym bardziej, że dolegliwości zdrowotne osób starszych są jeszcze w wielu społeczeństwach lekceważone (Frączek 2012). Medycyna paliatywna jest działem medycyny oraz specjalnością lekarską zajmującą się leczeniem i całościową opieką nad osobami nieuleczalnie chorymi i ich rodzinami świadczoną ostatnim okresie życia pacjenta. Celem medycyny paliatywnej jest poprawa jakości życia osób w stanie terminalnym i ich rodzin. Ten cel osiąga się stosując łagodzenie bólu i innych dolegliwości somatycznych, które są wynikiem toczącego się w organizmie procesu chorobowego, zmniejszając dyskomfort psychiczny, duchowy i socjalny oraz udzielając wsparcia rodzinie pacjenta w czasie choroby i w okresie osierocenia (Buss, Lichodziejewska-Niemierko 2008).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje opiekę paliatywną jako: „*działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin zmagających się z zagrażającą życiu, nieuleczalną chorobą poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia, dzięki wczesnej identyfikacji oraz ocenie i leczeniu bólu, a także innych problemów somatycznych, psychologicznych, socjalnych i duchowych*” (Palliative Care: The World Health Organization Global Perspective 2002).

W medycynie paliatywnej ważne miejsce zajmuje holizm. Podejście holistyczne oznacza całościowe sprawowanie opieki nad chorym z uwzględnieniem systemu wartości pacjenta, jego sytuacji społecznej i rodzinnej, kultury, wiary oraz przekonań. Ważne jest przy tym poszanowanie autonomii pacjenta i jego prawa do decydowania o sobie, zwłaszcza w sprawach własnego zdrowia (Windak i in. 2007).

Celem pracy było przedstawienie zasad postępowania wobec pacjenta objętego całościową opieką paliatywną w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem zadań członków zespołu interdyscyplinarnego. Ponadto określono oczekiwania odbiorców usług medycznych w zakresie świadczeń zdrowotnych.

Material i metody

Badania wykonano metodą analizy specjalistycznego piśmiennictwa z zakresu medycyny paliatywnej, ze szczególnym uwzględnieniem zadań członków zespołu interdyscyplinarnego wobec pacjenta objętego opieką terminalną. Materiałem źródłowym, były publikacje monograficzne, czasopisma specjalistyczne oraz raporty konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Wyniki i dyskusja

Podstawą kwalifikacji chorego do objęcia opieką paliatywną w Polsce są: Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 06.08.2008, skierowanie pacjenta do tego

rodzaju opieki przez lekarza, wyrażenie przez chorego świadomej zgody na objęcie taką opieką oraz rozpoznanie jednej z chorób uprawniających do korzystania z tego rodzaju opieki. Aktualnie na liście tych chorób znajdują się: nowotwory, zaawansowana niewydolność oddechowa, będące w okresie schyłkowym niewydolność nerek i kardiomiopatie, zakażenia ośrodkowego układu nerwowego spowodowane powolnymi wirusami a także choroby, które zostały spowodowane przez wirus HIV oraz wrzodziejące odleżyny (Zarządzenie Nr 53/2008/DSOZ; Buss, Lichodziejewska-Niemierko 2008).

Wczesna kwalifikacja pacjenta z zaawansowaną chorobą nowotworową do objęcia opieką paliatywną skutkuje nie tylko poprawą jakości życia osób będących w schyłkowym stadium choroby, ale również wydłużaniem czasu jego trwania (Temel i in. 2010).

Obecnie opieka paliatywna w Polsce jest sprawowana w oddziałach stacjonarnych, w dziennych ośrodkach opieki paliatywnej, w hospicjach domowych dla dzieci i dorosłych, w hospicjach stacjonarnych dla dzieci i dorosłych oraz w poradniach medycyny paliatywnej (leczenia bólu, leczenia obrzęku limfatycznego, leczenia ran oraz leczenia żywieniowego).

Interdyscyplinarny zespół opieki paliatywnej składa się z ośmiu członków: lekarza pielęgniarki, pracownika socjalnego, psychologa, farmaceuty, rehabilitanta, osoby duchownej i wolontariusza. Każda z tych osób ma zadania specyficzne, wynikające z zakresu kompetencji zawodowych.

Lekarz zajmuje się leczeniem bólu, często wszechogarniającego oraz łagodzi inne dokuczliwe i nasilające się objawy będące następstwem zaawansowania procesu chorobowego, a także przekazuje informacje o stanie zdrowia i planowanym postępowaniu medycznym choremu oraz osobom wskazanym przez pacjenta. Ponadto do jego zadań należy kierowanie pracą wszystkich członków zespołu terapeutycznego.

Pielęgniarka z racji swojego zawodu zajmuje się pielęgnacją chorego, współdziała z lekarzem w leczeniu bólu i innych dolegliwości, prowadzi profilaktykę odleżynową i bierze udział w leczeniu odleżyn, a także edukuje pacjenta i jego najbliższych.

Pracownik socjalny natomiast rozpoznaje problemy socjalne chorego i pomaga w ich rozwiązywaniu. W zakresie swoich kompetencji współpracuje z chorym i jego rodziną realizując cele socjalne i zapewniając warunki do zaspokojenia istotnych potrzeb społecznych chorego. Doradza również pacjentowi i jego rodzinie na temat możliwości uzyskania świadczeń wynikających z choroby i niepełnosprawności. Wsparcie socjalne nieuleczalnie chorego zbliżającego się do kresu życia jest szczególnie ważne w okresie przejścia z opieki szpitalnej do opieki domowej. Pracownik socjalny koordynuje opiekę socjalną z opieką lekarską i pielęgniarską oraz wskazuje możliwości współdziałania z organizacjami pozarządowymi pomocnymi w zapewnieniu fizycznego i psychicznego komfortu choremu w stanie terminalnym i jego rodzinie (Krakowiak 2011).

Psycholog rozpoznaje potrzeby psychospołeczne podopiecznego i bliskich mu osób. Przygotowuje pacjenta i jego bliskich do odbioru złych informacji dotyczących stanu zdrowia, udziela fachowego wsparcia samemu choremu, jego rodzinie, a także osobom sprawującym opiekę oraz świadczy pomoc psychologiczną członkom rodziny po stracie bliskiej osoby.

Rehabilitant zajmuje się chorym w zakresie usprawniania, prowadzi również terapię zajęciową. Jeśli zachodzi taka potrzeba, wdraża działania mające na celu zniwelowanie obrzęku limfatycznego, włącza także rodzinę w rehabilitację.

Wolontariusz zapewnia choremu pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, wyręcza również rodzinę w realizacji działań opiekuńczych wobec niego, stanowi oparcie dla podopiecznego rozmawiając z nim i będąc przy nim w trudnych chwilach.

Osoba duchowna udziela posług religijnych oraz wspiera duchowo pacjenta i jego rodzinę w okresie choroby, a następnie rodzinę w okresie żałoby.

Farmaceuta zajmuje się zabezpieczeniem leków i materiałów medycznych oraz bierze udział w edukacji pacjenta dotyczącej przyjmowania leków oraz występowania objawów ubocznych wynikających z ich przyjmowania.

Wszystkie osoby pracujące w zespole opieki paliatywnej powinny posiadać odpowiednie kwalifikacje, na które składają się wiedza, umiejętności i postawa. Duże znaczenie ma osobowość członków tego zespołu. Wymaga się od nich z jednej strony empatii, wrażliwości, cierpliwości, otwartości, wyrozumiałości a jednocześnie odporności na stres, dyscypliny wewnętrznej, szacunku dla życia i dla śmierci. Konsekwencją pracy z pacjentem terminalnym i jego rodziną może być zespół wypalenia zawodowego. Dlatego umiejętność odreagowywania stresu i radzenia sobie z nim oraz zdystansowanie się do problemów, które występują w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych czy wolontariackich to także bardzo istotne elementy osobowości członków zespołu opieki paliatywnej. Ważne jest uświadomienie sobie negatywnych, własnych emocji i szukanie wsparcia u innych profesjonalistów wchodzących w skład zespołu terapeutycznego oraz u osób bliskich (Łuczak, Kotlińska-Lemieszek 2011).

W polskim systemie opieki paliatywnej ważne znaczenie mają zasady postępowania, które zapewniają wysoką jakość udzielanych świadczeń. Wśród tych zasad wymienia się holizm, interdyscyplinarność, akceptację nieuchronnej śmierci, zapewnienie warunków do godnej, naturalnej śmierci oraz zapewnienie chorym, a w przypadku chorych przebywających poza domem zapewnienie im i osobom odwiedzającym atmosfery zbliżonej do naturalnych warunków ich życia.

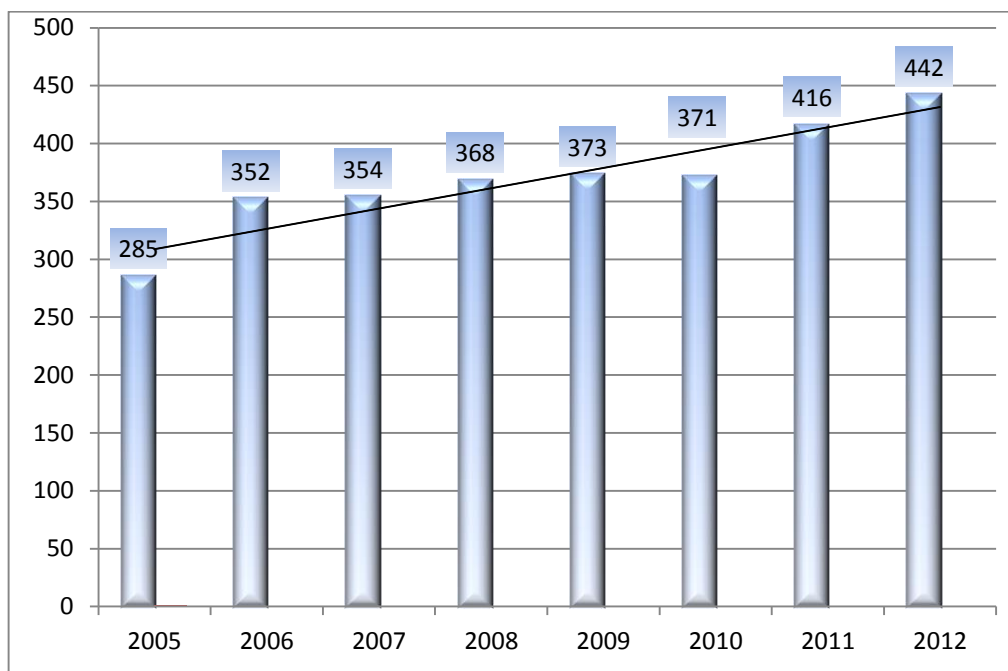
Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia oddziały paliatywne powinny liczyć od 5 do 14 miejsc. Pokoje chorych powinny być nieduże, maksymalnie 2-3 osobowe. Istotną rzeczą jest aby sale nie miały numerów, nazwy mogą być związane z kolorem ścian, na które są pomalowane. Dla pacjentów i ich rodzin powinna być dostępna kuchnia bądź inne pomieszczenia, w których można przygotować ciepłą herbatę. Wskazane jest aby w oddziale było pomieszczenie, w którym chorzy i ich rodziny mogliby podyskutować lub uczestniczyć w terapii zajęciowej. Ważne jest aby odwiedzający, jeśli tego sobie życzą mogli na czas odwiedzin pozostawić dzieci pod opieką pracowników oddziału. Pacjent w takim oddziale nie powinien być anonimowy, ale mieć poczucie domowego klimatu i atmosfery (Buss, Lichodziejewska-Niemierko 2008).

W medycynie holistycznej jest miejsce na zaangażowanie rodziny pacjenta do sprawowania opieki nad nim, a także stworzenie warunków do umierania w domu lub w hospicjum zbliżonych do domowych. Każdy z członków zespołu opiekuńczego bierze udział w rozpoznaniu potrzeb chorego i jego rodziny w zakresie specyficznym dla konkretnego zawodu, edukuje i udziela wsparcia pacjentowi i jego rodzinie, współpracuje z innymi członkami zespołu w zakresie swoich kompetencji oraz sprawuje opiekę nad rodziną w czasie żałoby (Lutostańska i in. 2010).

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. 2008 Nr 164, poz. 1027, z późn. zm) opieka paliatywna w Polsce jest częścią opieki zdrowotnej. Zgodnie z w/w ustawą pacjenci mają zapewnione świadczenia gwarantowane w zakresie opieki paliatywnej. Podstawą do tych świadczeń jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. Nr 139, poz. 1138, z późn. zm.). Ze środków publicznych finansowane są świadczenia domowe, świadczenia ambulatoryjne oraz świadczenia stacjonarne (Dz. U. 2008 Nr 164, poz. 1027, z późn. zm; Dz. U. Nr 139, poz. 1138, z późn. zm.).

Zgodnie z aktualnym raportem konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej sytuacja w Polsce w zakresie opieki paliatywnej sukcesywnie ulega poprawie. Wzrasta liczba

jednostek opieki paliatywnej mających umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) (ryc. 1).

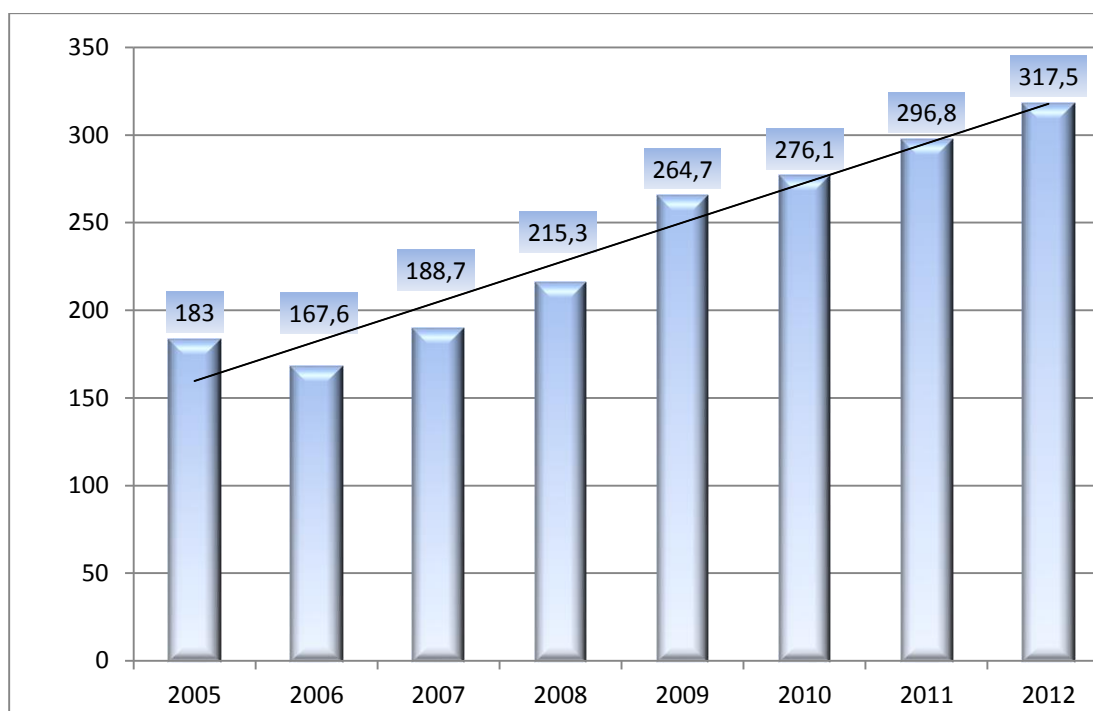


Ryc. 1. Liczba jednostek opieki paliatywnej w Polsce (w latach 2005-2012), które zawarły umowy z NFZ

Źródło: opracowanie na podstawie: „Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2012 roku” – Ciałkowska-Rysz, Dzierżanowski 2012.

W 2005 roku było 285 jednostek opieki paliatywnej mających umowy z NFZ, natomiast w roku 2012 takich jednostek było już 442. W porównaniu do roku 2011 liczba tych jednostek opieki paliatywnej wzrosła o 26, natomiast porównując rok 2011 z rokiem 2010 widoczny jest wzrost o 45 jednostek.

Rozwój opieki paliatywnej można również zauważyć analizując nakłady państwa na ten rodzaj opieki (ryc. nr 2).



Ryc. 2. Nakłady finansowe pochodzące ze środków publicznych [w tys. PLN] poniesione w latach 2005-2012 na opiekę paliatywną w Polsce

Źródło: opracowanie na podstawie: „Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2012 roku” – Ciałkowska-Rysz, Dzierżanowski 2012.

W 2005 roku nakłady te wynosiły prawie 183 tys. PLN, w roku kolejnym zauważalny jest znaczny spadek nakładów ale już w następnych latach finansowanie opieki paliatywnej uległo poprawie. Największy wzrost nakładów nastąpił w porównaniu do roku poprzedniego w roku 2009 i wyniósł ok. 49,4 tys. PLN. W roku 2012 w porównaniu do roku 2011 nakłady te wzrosły o ok. 20,7 tys. PLN (ryc.2).

Polsce występuje znaczne zróżnicowanie nakładów na opiekę paliatywną w poszczególnych województwach (tab.1).

Tabela 1. Nakłady finansowe poniesione na paliatywną opiekę stacjonarną ogółem oraz w przeliczeniu na mieszkańca w poszczególnych województwach w 2012 r. w Polsce

Województwo	Liczba świadczeniodawców	Ogółem (PLN)	Na mieszkańca (PLN)
dolnośląskie	27	20 887	7,26
kujawsko-pomorskie	21	25 132	12,14
lubelskie	22	13 298	6,18
lubuskie	15	8 624	8,53
łódzkie	32	18 976	7,49
małopolskie	35	27 572	8,33
mazowieckie	51	37 906	7,23
opolskie	11	9 001	8,75
podkarpackie	33	17 783	8,45
podlaskie	13	8 720	7,34
pomorskie	24	18 839	8,41

śląskie	49	36 227	7,81
świętokrzyskie	12	10 442	8,25
warmińsko-mazurskie	23	14 752	10,34
wielkopolskie	52	40 561	11,86
zachodniopomorskie	22	8 742	5,16
ogółem	442	317 463	8,31

Źródło: opracowanie na podstawie: „Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2012 roku” – Ciałkowska-Rysz i Dzierżanowski 2012.

Największe nakłady występowały w województwie wielkopolskim i wynosiły 40,6 tys. PLN, co w przeliczeniu na jednego mieszkańca stanowiło 11,86 PLN. Zwraca uwagę fakt, że w tym województwie liczba świadczeniodawców wyniosła 52, co może wskazywać na znaczną dostępność do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej dla mieszkańców. Niewiele mniejsza liczba jednostek świadczących usługi w opiece paliatywnej była w województwie mazowieckim – 51 świadczeniodawców, ale nakłady na ten rodzaj opieki były znacznie mniejsze – wynosiły 37,9 tys. PLN, co dało na jednego mieszkańca 7,23 PLN. Na kolejnym miejscu pod względem wysokości nakładów na opiekę paliatywną znalazło się województwo śląskie, w którym przy liczbie świadczeniodawców 49 na jednego mieszkańca przypadło 7,81 PLN. W zestawieniu zwraca uwagę fakt, że najwyższe nakłady na opiekę paliatywną na jednego mieszkańca - 12,14 PLN - wystąpiły w województwie kujawsko-pomorskim, przy czym liczba ośrodków opieki paliatywnej w tym województwie wyniosła tylko 21 (tab. 1).

W Polsce w 2012 r. świadczenia w zakresie stacjonarnej opieki paliatywnej realizowało 148 podmiotów, natomiast świadczenia opieki domowej dla dorosłych realizowały 344 jednostki. W tym samym czasie w Polsce działało w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia 51 hospicjów domowych dla dzieci oraz 135 poradni medycyny paliatywnej, przy czym liczba tych poradni w porównaniu z rokiem 2011 zmniejszyła się o 4 jednostki (Ciałkowska-Rysz, Dzierżanowski 2012).

Każdy człowiek ma prawo do profesjonalnej opieki. Chory umierający jeśli oczekuje opieki paliatywnej powinien ją otrzymać i opieka ta powinna być zgodna z zasadami etyki zawodowej pracowników ochrony zdrowia (Flakus 2009). Wskazuje się dwa elementy utrudniające dostęp do tego rodzaju opieki. Są to: mała wrażliwość i niedostatek wiedzy dotyczącej zasad opieki paliatywnej wśród personelu medycznego oraz brak wyznaczników pozwalających na określenie początku stanu terminalnego człowieka. Należy podkreślić, że w sprawowaniu opieki paliatywnej istotnym elementem jest indywidualne podejście do chorego i jego rodziny zgodne z wiedzą kliniczną na temat określonej choroby przy uwzględnieniu wieloaspektowym potrzeb chorego. Takie podejście jest przejawem holizmu w opiece paliatywnej, w której indywidualne a zarazem całościowe spojrzenie na pacjenta zapewnia wysoką jakość tej opieki. Stanowi to ogromne wyzwanie dla świadczeniodawców opieki w stanach terminalnych, które może być spełnione tylko przez wielozawodowe interdyscyplinarne zespoły opieki paliatywnej poszerzone o wolontariuszy (Pyszkowska 2004).

Z badań przeprowadzonych na grupie 273 respondentów – słuchaczy Uniwersytetów III Wieku w Sanoku i Jarosławiu oraz pacjentów szpitali specjalistycznych w tych miastach wynika, że dla odbiorców usług medycznych niemal w równym stopniu ważne są umiejętności zawodowe pielęgniarek oraz dojrzałość emocjonalna i ukierunkowana osobowość - odpowiednio 49,8% i 48,4% odpowiedzi. Odbiorcy usług medycznych w największym stopniu oczekiwali od świadczeniodawców opieki - 70% - w znacznie mniejszym stopniu edukacji zdrowotnej - 34,4% - a następnie wsparcia 34,1% (Cipora i in. 2013). Badanie oczekiwań społeczeństwa w zakresie świadczeń medycznych jest istotnym elementem określającym kierunki rozwoju ochrony zdrowia. Sytuacja demograficzna i

epidemiologiczna mieszkańców również wyznacza zapotrzebowanie na określone świadczenia zdrowotne i opiekuńcze.

Wnioski

1. Holizm ma istotne znaczenie w medycynie paliatywnej. Umożliwia całościowe podejście do pacjenta i jego problemów przy jednoczesnym zachowaniu autonomii chorego.
2. Niezbędnym warunkiem holistycznego podejścia do pacjenta i jego rodziny jest interdyscyplinarność wszystkich członków zespołu terapeutycznego sprawujących opiekę nad chorym terminalnie.
3. W ostatnich latach w Polsce obserwuje się postęp w opiece paliatywnej. Wzrasta liczba jednostek opieki paliatywnej oraz nakłady na tę opiekę pochodzące ze środków publicznych.
4. W Polsce widoczne są różnice między poszczególnymi województwami dotyczące liczby świadczeniodawców w zakresie opieki paliatywnej, dostępności do świadczeń w tym zakresie, a także nakładów finansowych ze środków publicznych w przeliczeniu na jednego mieszkańca.

Literatura

1. BUSS T., LICHODZIEJEWSKA-NIEMIERKO M. 2008, Opieka paliatywna w Polsce – od idei do praktyki, (również lekarza rodzinnego), *Medycyna Rodzinna*, nr 3, 277-285.
2. CIAŁKOWSKA-RYSZ A. 2009, Sytuacja i wyzwania opieki paliatywnej w Polsce, *Medycyna Paliatywna*, nr 1, 22-26.
3. CIPORA E., SMOLEŃ E., JAKUBOWSKI K., KŁAK M., ZACHARSKA J. 2013, Zawód pielęgniarki w opinii wybranych grup społecznych Podkarpacia, Doświadczenie, realia i perspektywy rozwoju systemów ochrony zdrowia, Lwów, ISBN – 978-966-2019-22-3.
4. FLAKUS J. 2009, Pozamedyczne aspekty opieki paliatywnej. Działalność hospicjów w opinii różnych grup społecznych, *Medycyna Paliatywna*, nr 1, 33-39.
5. FRACZEK P. 2012, Obraz starości w świetle badań lokalnych. W: Jagniszczak J., Śniegulska A. (red.) *Problemy Filologii i Kultury Polska-Ukraina Zbiór prac naukowych*, PWSZ w Sanoku, 167-181, ISBN 978-83-61802-92-1.
6. KRAKOWIAK P. 2011, Praca socjalna w opiece u kresu życia na świecie i możliwości jej rozwoju w Polsce, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 1, 3, 245-250.
7. LUTOSTAŃSKA I., MRÓWCZYŃSKA E., MAZURKIEWICZ B., STACHOWIAK A. 2010, Analiza Zintegrowanego Systemu Opieki nad osobami umierającymi na oddziale opieki paliatywnej – wszechstronna ocena potrzeb pacjentów w okresie terminalnym choroby nowotworowej, *Medycyna Paliatywna*, 2, 100-106.
8. ŁUCZAK J., KOTLIŃSKA-LEMIESZEK A. 2011, Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna, *Nowiny Lekarskie*, nr 80, 1, 3-15.
9. Palliative Care: The World Health Organization Global Perspective. *J. Pain Symptom Management* 2002; 24:91-96.
10. PYSZKOWSKA J., Organizacja opieki paliatywnej. W: *Podstawy opieki paliatywnej*. De Walden-Gałusko K. (red). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 279.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. Nr 139, poz.1138).
12. TEMEL J. S., GREER J. A., MUZIKANSKI A., GALAGHER E.R., ADMANE S., JACKSON V. A., DAHLIN C. M., BLINDERMAN C. D., JACOBSEN J., PIRL W.

- F., BILLINGS J. A., LYNCH T. J. 2010, Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer, The New England Journal of Medicine, 363, 733-42.
13. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 31b (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1138).
 14. WINDAK A., TOMASIK T., LUKAS W. 2007, Pryncypia nauczania medycyny rodzinnej w Polsce, Lek. Rodz; R. 6 nr 9.
 15. Zarządzenie Nr 53/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa.

Kontakt:

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

Historické dielo Martina Rázusa - ako inšpirácia hľadania zmyslu života pre sociálnych pracovníkov v súčasnosti

Beáta Balogová (SR)

Abstrakt: *príspevok vznikol ako reakcia na požiadavku vedeckého záujmu o zmysel života v sociálnej práci vyplývajúca z názvu konferencie: Ako nájsť zmysel života v sociálnej práci s rizikovými skupinami? Zároveň je to aj potreba súčasnej reflexie sociálnej reality za účelom identifikácie a zvýšenia efektivity implementovaných prístupov sociálnymi pracovníkmi/čkami v historickej reflexii sociálnych realít. A ako metodický koncept je využité literárne dielo obsahujúce literárnu fikciu ako expozíciu žitého sveta klienta.*

Kľúčové slová: *zmysel života, identita profesie, sociálny pracovník, história sociálnej práce, Martin Rázus, literárna fikcia.*

Abstract: *The paper was in response to a request scientific interest in the meaning of life in social work resulting from the title of the conference: How to make sense of life in social work with risk groups? It is also a need for contemporary reflection of social reality in order to identify and increase the effectiveness of approaches implemented by social workers / CKAM in a historical reflection of social realities. And as a methodological concept is used literary work containing literary fiction as exposure to public affairs clients.*

Keywords: *meaning of life, the identity of the profession, social worker, social work history, Martin Rázus, literary fiction.*

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 „*Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie*“

Zmysel života

Spolu s vedecko-výskumným tímom konferencie sa už druhé decénium zamýšľam nad otázkou zmyslu života (kde vecnejšie definujem, klasifikujem otázky zmyslu života). Výsledkom sú viaceré príspevky, monografie, riešila som početné vedecko-výskumné projekty. Nuž, ale ani dnes neviem odpovedať jednoznačnejšie na otázku, ktorá je súčasne aj ústrednou témou konferencie: *Ako nájsť zmysel života v sociálnej práci s rizikovými skupinami?* Môžem len ponúknuť niekoľko, možno pre iných aj inšpiratívnych námetov pre uvažovanie: ako, v akých kontextoch vedy a histórie, voči akej cieľovej skupine a akým spôsobom uvažovať a zároveň aplikovať zmysel života do našej každodennosti.

V tomto prípade v uvažovaniach ostanem skôr v abstraktnejšej filozoficko-metodologickej rovine otázok zmysluplnosti bytia pouvažujúc spolu s Milanom Machovcom (2006, s. 7) a jeho dielom *Zmysel ľudskej existencie*. Autor začína uvažovaním, ktoré preberá z deontiky Immanuela Kanta, ktorý konštatuje, že „*tajuplná sila, z moci ktorej existujeme, je rovnako podivuhodná v tom, čo nám poskytna, ako aj v tom, čo nám odoprela*“.

Zmysel života v sociálnej práci

V aplikačnom priestore tohto existenciálneho uvažovania ma napadá otázka, čo je pre klienta v sociálnej práci pozitívnejšie, to čo sme mu poskytni, alebo to čo sme mu odopreli. Ako to dokáže sociálny pracovník (a sociálna práca vo všeobecnosti) odlíšiť. Ako nájsť tie „správne“ východiská zmyslu života v spoločnosti 21. storočia (spoločnosti postmodernej doby), ktorá

je poznamenaná dôsledkami 20. storočia (modernej spoločnosti). V spoločnosti, ku ktorej filozofi, literáti vyjadrujú svoje pohrdanie až hnus, argumentujú, že celý svet je jeden veľký nezmysel a že ten, kto sa ešte o niečo snaží je naivný. Tvrdia, že život v civilizovanej spoločnosti nemá žiadny zmysel, pretože, ak sa obzrieme dozadu, tak tam vidíme vojny, genocídu, vraždenie narodených i nenarodených detí... A že na väčšine našej planéty prevláda bieda a hlad. A ako ukazuje autor, výsledkom takéhoto životného postoja bol fakt, že väčšina intelektuálov začala svoj život stavať na absurdite a nezmyselnosti života, v ktorom najvyššou hodnotou je „baviť sa“ (čo je vcelku len iný prejav toho, že ľudský život žiadny zmysel nemá). Práve v tejto chvíli uvažovania sa domnievam, že nedokážeme dobre pomenovať zmysel života, ak nepomenujeme jeho opak, ktorým je nezmyselnosť života. A tak uvažujme ďalej, čo je príčinou tohto javu a čo je dôsledkom, uvedomujúc si, že je ich častokrát veľmi ťažké odlíšiť. M. Machovec (2006, s. 9) sa domnieva, že ide o zmeny v oblasti práce a výroby v priebehu 18. až po 20. storočie, ktoré je storočím „sveta špeciality“. Tento svet špecializácie prirovnáva k mravenisku, v ktorom je veľa ruchu, ale nikto nič nevie o iných mraveniskách². Pričom v tom istom storočí dokáže tá istá industrializovaná civilizácia ponúkať denne tisíce nových a nových príjemných jedinečností (od televízie, internetu, cez motorizmus, až k hračkám pre veľkých i malých), že i ten čas, ktorý kedysi býval voľný, pre niečo povznášajúce (trebárs pre ticho v prírode či chráme, pre aktívnu hru na nejakom hudobnom nástroji, pre tvorbu nejakého umeleckého diela a pod.), je prevažne preplnený drobnými ničotnosťami, dodávam, že v egocentrickom hedonistickom kontexte. A autor v závere týchto uvažovaní rezultuje, že „dvadsiate storočie znezmyslelo rovnako oblasť práce ako oblasť pracovného voľna. K hlbšiemu zamysleniu nad sebou samým sa väčšina ľudí za celý život vôbec nedostane.

Ako sa s touto situáciou má vysporiadať sociálna práca a sociálni pracovníci. Dnes, na základe teoreticko-empirických vedomostí a skúseností som presvedčená o tom, že ak nebudeme hľadať s klientom jeho zmysel života, aj cez dichotómiu nezmyselnosti života, nedôjdeme k metanoi jeho žitia. A budeme odstraňovať len dôsledky, respektíve parciálne symptómy. A práve preto je potrebné vychádzať pri posúdení klientovej situácie a intervencii z existencionálneho duálneho konceptu. Vidiac inšpiratívne príklady v histórii i súčasnosti. Pretože všetky veci sa dajú využiť pre rozvoj civilizácie, ale aj zneužiť, tak ako destiláciou rastliny sme získali kokaín, ktorý môže byť liekom, ale môže aj zabíjať, obdobné je to aj s atómovou energiou, či ničením životného prostredia. Zastaviť tieto procesy nie je ľahké práve z dôvodu, že by to od ľudí vyžadovalo určité (aj osobné) obeť a to ohromná väčšina nie je ochotná pristúpiť. Nakoľko otázku „buď obmedzenia rastu blahobytu – alebo smrti“ si ľudia proste nepripustia (príkladom je náš závislý klient, prostituujúci klient/ka a pod.). Aj keď to nie je ľahké, je to úloha sociálnej práce a sociálneho pracovníka.

Identita profesie sociálneho pracovníka

V odbornej spisbe domácej a zahraničnej provinencie nájdeme už dnes množstvo definícií, kto je sociálny pracovník/čka, aké má mať osobnostné vlastnosti, aké spôsobilosti pre výkon a aké kompetencie vyplývajú z tejto profesie. V bulletíne *Katedry sociálnej práce Filozofickej fakulty Univerzity Karlovej v Prahe* (Matoušek, et al. 2013, ako garant odboru) sa dočítame, že sociálna práca je teoretická disciplína i odbor praktickej činnosti, zameraný na posilňovanie dôstojnosti klientov a podporu ich sociálneho fungovania. Je odborom, pre ktorý je potrebné získať určitý okruh všeobecných vedomostí a zručností pre prácu v konkrétnych organizáciách s konkrétnymi užívateľmi a je potrebné získať ďalšie špecifické kompetencie. Je odborom, ktorý si nesie z minulosti záťaž nízkej spoločenskej prestíže, kedy v ňom prevládalo hlavne administratívne a niekedy aj represívne (zvlášť v období socializmu)

² Mravce sú zaiste vcelku v prírode užitočné (napríklad odstraňovaním mŕtvych zvierat), ale určite by nikto nechcel uvažovať o „zmysle života mravca“.

poňatie práce. A tak v súčasnosti stojí pred nami úloha vytvárania novej identity odboru posilňovaním jeho profesionálnych prvkov.

Nuž ale, každodenná pregraduálna a postgraduálna prax nás presvedča o tom, že iba malé percento ľudí vstupuje do edukačného procesu s presvedčením, že chce vykonávať sociálnu prácu, a tak k stotožneniu s profesiou (už nehovoriac o interiorizácii hodnôt) nemožno vôbec ani hovoriť³. Neskôr, ak sa im naskytne možnosť vykonávať sociálnu prácu, tak ju prijímajú len ako dočasný výkon. Ak by sme túto situáciu porovnali s inými pomáhajúcimi profesionálmi, tak tam je situácia iná, pretože väčšina psychológov ide do edukačného procesu s tým, že chce vykonávať psychologickú prax a nehovoriac o lekároch. Napriek tomu, je tu malá skupina sociálnych pracovníkov/čiek, ktorí vstupujú do tejto profesie s osobným nasadením, ktoré si táto profesia vyžaduje. Aby dokázali reflektovať súčasnú sociálnu realitu za účelom identifikácie a zvýšenia efektivity implementovaných prístupov voči svojim klientom ponúkajú im určitú mieru historickej reflexie sociálnych reálií, tak v spoločensko-politickom priestore, ako aj v kontexte sociálnej práce.

Literárne diela ako inšpirácia pre teóriu a prax sociálnej práce

Ak vychádzame z definovanej premisy, že sociálna práca je teoretická disciplína i odbor praktickej činnosti, zameraný na posilňovanie dôstojnosti klientov a podporu ich sociálneho fungovania. Potom nám ako podnet môže poslúžiť literárne dielo a v ňom obsiahnutá literárna fikcia ako expozícia žitého sveta klienta v kontexte historickej analógie či paradigmy (vychádzajúc z Aristotela, u ktorého je to synonymum úsudku na základe analógie). V sociálnej práci obdobné kontexty nachádzame v dielach Marie Krakešovej-Doškovej (1946) *Psychogenese sociálných prípadů I. a II.*, v ktorých využíva románové ukážky príkladov zhubných skúseností klientov (vykoľajenia, depriváčného syndrómu) z klasických diel F. M. Dostojevského *Výrostok, Zločin a trest* a z diel A. Mauroisa *Rodinný kruh*. Obdobne by sme mohli siahnúť aj po dielach A. N. Tolstoj, ktorého diela a vlastná životná skúsenosť sa využíva v Spojených štátoch amerických ako liečebná terapia pre klientov závislých od alkoholu a patologického hráčstva. Významným príkladom je aj svetoznámy terapeut Y. D. Yalom (2010), ktorý tvrdí, že by sa vo svojej liečebnej praxi nezaobišiel bez literárnych diel mnohých veľikánov (ku ktorým zaraďuje Dostojevského, Tolstoj, Camusa, Kafku, Sartra, Fromma, Stendhala, Ranku a iných) a bez existenciálnej terapie o ktorej hovorí, že ide o určitý spôsob uvažovania a o istej skúsenosti klienta aj s takými univerzálnymi problémami ako sú sloboda, smrť, osamelosť a zmysel. Tieto skúsenosti popisuje v dielach ako *Láska a jej kat; Mama a zmysel života a Keď Nietzsche plakal* a iných. V tomto prípade ponúkajú inšpiráciu literárnym dielom Martina Rázusa, ktoré napísal v tridsiatych rokoch 20. storočia s názvom *Argumenty - Hovory so synom i s tebou*. Sám bol inšpirovaný starorímskym Senecom, ktorý napísal Listy Lucilliovi, taktiež ako listy svojmu synovi smerujúce k otázkam zmyslu života.

Argumenty - Hovory so synom i s tebou alebo Analógia minulosti verzus súčasnosť

Obdobné súvislosti sociálnych reálií s sociálno-politickom priestore môžeme vidieť v komparácii histórie a súčasnosti. Martin Rázus písal svoje dielo práve v čase, keď Veľká hospodárska kríza a jej dôsledky prinášali mnohé hospodárske a sociálne obmedzenia, čo môžeme porovnať s priebehom a útrapami súčasnej krízy. Obdobné je to aj v prípade vzniku Prvej československej republiky a vzniku samostatného Slovenska. Ďalšie súvislosti nachádzame aj pri etablácii sociálnej práce v období 30-tych rokov a opätovnou etabláciou sociálnej práce dnes.

³ Na rozdiel od sociálnych pracovníkov/čiek na prelome 19. a 20. storočia, ktorí sa najprv stali sociálnymi pracovníkmi a potom sami zistili potrebu edukácie, ktorá bola realizovaná najprv v kurzoch a neskôr v jedno, dvoj ročných cykloch, až sa dostáva na úroveň univerzitného vzdelania.

Martin Rázus teologicky a filozoficky vzdelaný mladý autor píše svojich prvé básnické zbierky ako reakciu na prvú svetovú vojnu. Tieto básne sú malé smutné príbehy osamelých žien, ktoré samy vychovávali deti, orali polia, prali šaty na potoku a jedna druhej odovzdávali správy o svojich mužoch a bojiskách. Vznik prvej Československej republiky privítal v poézii s nadšením a úľavou, že konečne prišla sloboda. Avšak ako mesiace utekali jeho pohľad temnel. Slováci nemali v republike prácu, museli ju hľadať v cudzine. Veľmi srdcervúco vyznieva jeho balada *Dvadsaťštyri panien*, vykresľujúca osud dievčat zo slovenskej hladovej doliny, ktoré v jeden deň stáli na peróne a čakali na vlak, ktorý ich odvezie do Viedne, Paríža, Prahy ... slúžiť v bohatých rodinách: „*na peróne stáli, trúchlo pozerali, jak sa vozne blížia...*“ Bieda a hlad vyhánali zo Slovenska tridsaťtisíc ľudí, najmä do zámoria. Martin Rázus sa hneval na Slovákov, že sú nevýbojným národom a bol nespokojný, že sú naše hlasy tiché – hlasy iných sú smelé. Zároveň ukazoval aj morálny úpadok Slovákov opisujúc bezohľadných krčmárov a ženy závislé od alkoholu. Aj ako politik (od roku 1929 bol predsedom Slovenskej národnej strany a poslancom Národného zhromaždenia) zažil veľmi veľa nepochopenia. Túžil po národnej jednote a autonómii Slovákov. Ak uvažujeme nad danými skutočnosťami nachádzame mnohé paralely so súčasťou sociálnou situáciou Slovákov v Európe.

Vracajúc sa k dielu *Argumenty - Hovory so synom i s tebou* nachádzame časti *Svit; Domov; Chlieb; Studňa; Hlas krvi; Dielo; Reťaz všetkých rúk; Prúdy života a zmaru; Kríž; Dve kamenné dosky; Chrám; Rozmarín* a Mrk uvažuje o zmysle života, živote k zmyslu cez argumenty, ktoré pomáhajú rozumieť svetu. Hlavne v kapitolách *Domov; Studňa; Dielo; Chrám* a *Rozmarín* vyzýva syna Ivana k premýšľaniu nad zmyslom ľudského života. A o dôvernosti otca a syna svedčí aj autentická fotografia obálky knihy.

Nie je možné predstaviť všetky úvahy o zmysle života obsiahnuté v tomto útlo dieľku, avšak pre inšpiráciu pre sociálnych pracovníkov/čky využijem niekoľko expozícií. Existencionálnosť bytia cítime už v úvodnej časti, kedy synovi hovorí „*narodiť sa, môj milý, nie je šťastím, ani nešťastím. To je proste fakt, ako je faktom svit. Keď sú všetky podmienky rána – svitá. Nik sa tomu nediví, ani nevyčíta. Vieme za tým faktom stojí poriadok a nesmierna sila prírody. Robiť pre to niekoho zodpovedným, nemyslím, že by bolo rozumné. Reťaz života vinie sa pred našim zrakom z nekonečna, ohnivo pojí sa k ohnivu. Nevidíme začiatku, nedovidíme konca. Príčina stáva sa výsledkom, výsledok príčinou, kým len neochabne vôľa žiť.*“ Tieto slová významnou mierou pripomínajú každému človeku hodnotu života, ktorý sme dostali a máme sa o túto hodnotu postarať. A to by mohli byť práve argumenty, ktoré sociálny pracovník/čka môže využiť vo vzťahu k suicidálnemu klientovi, matke, ktorá sa rozhodla dať dieťa na adopciu, či dokonca interrupciu, klientovi v restoratívnej starostlivosti a pod.

Martin Rázus pokračuje ďalej a presviedča syna, že ak chce porozumieť zmyslu života, musí porozumieť životu i smrti... „*...otázky životné nelomcujú len generáciami, ale i vekom. Tie pochybnosti známe sú aj mne, ktorý som ťa predišiel. Boli však známe dávny – pradávny, lebo nikdy nebol svet bez mysle kritickej, čo si vždy žiadala svoj pokrm, ako i dnes. Na otázky života museli si ľudia vždy odpovedať. Čím je myseľ človeka prenikavejšia a ostrejšia v bádání, tým je to ťažšie. U terajšej mladej generácie teda nie to je nové, že si musí otázky riešiť, iba že ich musí rozriešiť pre seba a sama! Kto má zuby, netreba mu pokrm požívať, kto má myseľ, má ju na to – vystihnúť zmysel života... Boj o pravý náhľad na život je teda tvojou úlohou.*“ O význame, ale aj obmedzení kognitívnych procesov u jedinca a ich prepojení s emocionálnymi aspektmi hovorí „*poznania rozumové môžu byť pevné, ale v konečných dôsledkoch tvoria len jeden pilier mosta, ktorý, ak ho nepodoprie cit, ostáva visieť v povetrí. Preto nám ľudom, ak chceme prejsť cez veľrieku života a neutonúť, neostáva, len stavať na oboch pilieroch. Pravdy, bádáním získané, doniesť do pomeru s citovým svetom v nás, s našou vôľou, i s vôľou miliónov – žiť, a šťastne žiť. Ak si máme voliť s relatívnych právd, ostáva i pre kritickú myseľ rozumné voliť si nie tú, čo zabíja, ale čo dodáva chuť žiť a víťaziť*“

nad životom. Životná múdrosť nie je majetkom generácie, ale generácií, tvorí sa ako ľudová pranostika v Medardovej kvapke. Nová generácia môže z nej odložiť, môže ju doplniť, ale trhnúť ňou, prečiarknuť ju a nahradiť novou, znamená započat' od A so všetkým rizikom... Pri tvorení náhľadu na život dobre je mať rozum, ale ešte lepšie mať ho a vedieť využiť i spoločný majetok generácií, overený životom.“

Autor zdôrazňuje aj význam domova začínajúc slovami, že *„vták má svoje hniezdo, liška diery a človek domov. Domov ako tichý kút, kde zlatá žiara svitu zasvieti mu prvý raz do tváre. To je niekde palác, niekde len chalupa, ktorá má však vždy svoje podivné kúzlo. Avšak sladkosť domova nie je v pohodlí, ani v hojnosti, ale v tej tajomnej hudbe srdca, čo náležia sebe. Ty vieš, nikde ti tak neprajú v širom svete dobrého, ako tvoji doma. Ak prechorieš, nikde sa tak nechvejú o tvoje zdravie. Hrozí ti nebezpečenstvo? Nikde tak netrnú o tvoju budúcnosť! Máš úspech a radosť? Nikde sa netešia úprimnejšie gólu, čo sa ti podarilo vrhnúť životu do bránky. Popri tej istote čo srdce precíti, to je jeden zo vzácných darov domova.“*

A slová o chudobe a bohatstve ponúkajú sociálnemu pracovníkovi/čke úvahu o tom ako, akými slovami povzbudiť človeka, ktorý trpí nedostatkom. M. Rázus zdôrazňuje, že *„kto nevie, čo je trň biedy, nikdy neprecíti a nevychutná, čo je med dostatku. Len človek prebívajúci sa od zlého k lepšiemu, vie si oceniť dary života v pravej hodnote. Kto má všetko zásluhou svojho rodu, nemá sa za čím hnať, ale nemá mu ani čo radosť robiť. Preto, myslím, chudoba dá snaživému a zdravému decku krajší sľub do kolísky, ako hojnosť. Pravda, decko sa ho musí chopiť a za skvelým príkladom najlepších, čo sa dostali na najvyššie miesta – sľub sa stane skutkom.“*

V jeho vyjadreniach najvyššiu hodnotu má domov, príroda, človek a rodina. *„Rodina, ktorá bola odpradávnou prirodzenou oporou človeka v existenčnom boji. Z nej vyrástol kmeň i národ, čo prevzali túto úlohu na širšom základe. Na pôde dobrej rodiny vykvitnú kvety najčistejších a najväčších radostí odmenou za starosť o túto ustanovizeň. Tým sme, môj milý, preskúmali najvzácnejšie dary domova. Postav si proti tomuto človeka, kaviarenskeho tvora s jeho sebeckom, radosťami i cieľom životným, a uvidíš rozdiel. Isté je, ako príroda so svojimi darmi, tak i domov a rodina sú len zastávky na ceste k duševnej rovnováhe, k spokojnosti a šťastiu. Povedzme, to je najvhodnejšie prostredie, najvhodnejšia pôda, kde zázračný kvet ľudského blaha môže vykvetnúť. Ale blaho rodí sa hlboko v duši a nik nám ho nevykúzli. Každý človek musí si ho vybojovať sám v sebe.“* Zároveň poukazuje na to, že čoho máme v hojnosti, nevážime si. *„Hodnotu toho chápeme najčastejšie, keď toho čo sme stratili niet. Či nie je šťastím zdravá voda, čerstvý vzduch a životodarné slnko. Že chudobní i bohatí môžu si rovnakým spôsobom načrieť zo studienky, nadýchať sa čerstvého vzduchu, slniť sa na brehu rieky a hoc vedľa cesty na pažiti? Zdá sa nám – nič je to! A je to veľa! Bez bohatstva môžeme žiť, bez vody, vzduchu a slnka – nie.“*

V ďalších častiach Martin Rázus uvažuje a rieši povedali by sme „aktuálne otázky sociálnej práce a jej problémov“ akými sú otázky: straty domova; nezamestnanosti, či poctivej práce; chudoby ako objektívneho či subjektívneho problému; narušenej osobnosti; postraumatického syndrómu; etiky a morálky; spoločenskej stratifikácie a sociálnej politiky štátov; umenia a tvorby; ochrany životného prostredia a iné.

Rázusove uvažovania o osobnosti možno s plnou zodpovednosťou spojiť s Franklovým ponímaním človeka a filozofie života, ktorý postavil svoju teóriu na základoch ľudskej slobody, jedinečnosti, zodpovednosti a zmysluplnosti. Dopĺňajúc ju o témy ľudských hodnôt a životných cieľov. Autor čerpal zo zdrojov ľudského ducha a orientácie na zmysel, so špecifickým prejavom svedomia, sebatranscendencie, sebaďistancovania a humoru. Jeho život bol založený na troch základných premisách, ktoré tvoria reťazec prepojených odkazov: slobody vôle, vôle k zmyslu a zmyslu života. Bol si vedomý toho, že ľudia si môžu vybrať, ako sa postaví k danej situácii, aký význam nájdu v daných okolnostiach života. Napriek tomu, že táto ľudská schopnosť je nepredvídateľná; človek má schopnosť vybrať si a zmeniť

svet k lepšiemu, čo v plnej miere dokázal svojím životom. Tak, ako každý človek vo svojom živote neustále robí rozhodnutia, aj on dokázal robiť tieto rozhodnutia s plnou zodpovednosťou, slobodou vôle zmeniť smer nielen svojho života k lepšiemu, ale aj života mnohých iných. Jednou zo základných vlastností jeho povahy bola schopnosť povzniesť sa nad mnohým a ísť ďalej. Vôľu k zmyslu naplnil v zhode s Franklovou predstavou, že skutočný význam každého ľudského života je niečo, čo musí byť objavené aktivitou vo svete, prostredníctvom interakcie s inými. A práve interakcia s inými bola silnou stránkou jeho osobnosti. Každodennosťou bytia naplňal zmysluplnosť života. Vedomý si skutočnosti, že každý človek má špecifický cieľ, ktorý má v živote splniť, že človek je jedinečný a nemôže byť nahradený inou osobou. Reflektujúc, že nikto nebude mať už druhú šancu splniť svoju úlohu, za ktorú je v živote zodpovedný. Táto úloha bola v jeho živote skutočne špecifická a jedinečná. Žil svoj život s plným nasadením o čom svedčí jeho početná tvorba, politické a kňazské aktivity aj život v jeho rodine. Toto poslanstvo odovzdal nielen svojmu synovi, ale aj nám všetkým.

Záver

V závere by sme si mali odpovedať na položenú otázku konferencie: *Ako nájsť zmysel života v sociálnej práci s rizikovými skupinami?* Martin Rázus nám ponúka svoju odpoveď, že „psychické vnútro človeka je studňa, neraz až bezodná studňa. Už starí Gréci pokladali za vrchol múdrosti – poznať a ovládať seba. Bez sebapoznania mohla by nás len náhoda postaviť do takého pomeru so svetom, z ktorého by skvitlo šťastie. Dôležité je pripraviť svoje ja – a dôstojne vystrojiť na všetky nárazy života. Zdravá voda ťa neobčerství, čistý vzduch neotuzí, jasavé slnko svojimi ultrafialovými lúčmi nespraví z teba hrdinu akým máš byť, ak nechceš podľahnúť nárazom. Preto je rozumné poznať svet, ešte rozumnejšie – seba, a najrozumnejšie postaviť sa s poznaným svetom do takého pomeru, v ktorom si vždy navrchu ty, lebo blesky jeho nevyrušia rovnováhu, čo máš v duši.“ Posolstvom pre sociálneho pracovníka/čku a pre jeho klienta/tku je skutočnosť, že iba poznaním a ovládaním sa dostaneme k zmysluplnosti bytia. A na záver sociálnym pracovníkom ponúkam ešte jednu autorovu výzvu „keď poznávaš svet mimo seba, nezabudni na ľudí, z nich je každý človek vlastne svetom pre seba – osobitným svetom. Človek nezačína sa kolískou, ba ani dobytím doktorátov, ale chvíľou, keď rozkvitne v ňom poznanie a cit ľudskosti. Kedysi trápila ma mienka ľudí, dnes ma netrápi, keď mi nevyčíta svedomie.“ Dodávajúc, že je potrebné hľadať svoju identitu profesie aj cez poznanie svojich vlastných historických koreňov.

Literatúra:

- DOŠKOVÁ-KRAKEŠOVÁ, M. 1946. *Psychogenese sociálnych prípadů*. Praha: Nová osvěta. 344 s.
- Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty Univerzity Karlovej v Prahe*. Informačný bulletin. 2013.
- MACHOVEC, M. 2006. *Smysl lidské existence*. Praha: Akropolis, 128 s. ISBN 80-7304-069-7.
- RÁZUS, M. 1993. *Argumenty - Hovory so synom i s tebou*. Liptovský Mikuláš: Tranoscius, 79 s. ISBN 80-7140-024-6.
- ŠOLTÉSOVÁ, D. 2013. Prínos sociálno-psychologických výcvikov pre rozvoj reflektivity u budúcich sociálnych pracovníkov a pracovníčok. In Balogová, B, Klimentová. E. (eds.). *Výzvy a trendy vo vzdelávaní v sociálnej práci*. Prešov: PU, s. 258-267.
- YALOM, I. 2010. *Láska a její kat*. Praha: Portál, 303 s. ISBN 978-80-7367-811-1.

Adresa autorky vrátane kontaktov

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

A sense of the meaning of life in women experiencing homelessness

Beata Szluz (PL)

Summary: *Searching for the meaning of life is associated with a specific means of an individual's existence in the world, which can determine axiological existence. A situation that almost forces one to ask questions about the meaning of life is a threat to the perspective of death and experiences through human suffering. The aforementioned questions therefore appear, especially in the critical moments of human life, such as illness, disability, and homelessness. This article was written based on its own broader study, which was conducted in 2009 among 52 homeless women in Podkarpacie. The test subjects were selected in terms of age, place of residence during the conducted research, and their occasional or permanent residence in a shelter. The biographical method, and the narrative interview technique, a special form of free or in-depth interview, were used. In the article are the deliberations concerning the meaning of life in the perception of homeless women.*

Keywords: Meaning of life. Homelessness. Homeless woman.

Introduction

Questions about the "meaning of life" in a broader sense about the purpose of human activities, for worthy desirable goods, for the happiness of man, the importance, that we give life, there are questions reaching into the depths of human existence. The meaning of life is explored when we try to answer the question - why, and for what purpose, do we exist, who we should be, what to strive for, what to do to make our lives a happy and successful (S. Witek, 1974, p. 166). A sense of purpose in life can therefore be seen as a specific need, as a set of instructions and motivation, which are the foundation of subjective values, beliefs, judgments and perceptions. On one hand, they allow the setting up of life goals, while on the other hand they contain a set of guidelines that enable their implementation. Questions concerning the meaning of life do not have a universal character, but especially appear in critical moments of individual biographies (experiencing death, illness, disability, homelessness, etc.).

This article was written based on its own broader study, which was conducted in 2009 among 52 homeless women in Podkarpacie. The test subjects were selected in terms of age, place of residence during the conducted research, and their occasional or permanent residence in a shelter⁴. The biographical method, and the narrative interview technique, a special form of free or in-depth interview, were used (B. Szluz, 2010, pp. 128-130). In the article are the deliberations concerning the meaning of life in the perception of homeless women.

1. A sense of the meaning of life – Introduction

The concept of "meaning" is present in a variety of theoretical formulations, and is also applied to practice. It is found in philosophical teachings, in theology, psychology, as well as in sociology. Teachers refer to it. In the expression of K. Popielski (1987, p 126) different variants reflecting the content of the concept are formulated in the shown aspects, it is largely dependent on general philosophical and anthropological-psychological assumptions.

⁴ The statements of people contained in the article are reported after the transcription of audio recordings using simplified transcription symbols (Silverman, 2008, p. 328; Silverman, 2009, p. 431). In order to preserve complete privacy, city names, given names, and surnames were intentionally omitted in the text, and the names of homeless women have been changed. Certain portions of the narrative used in the article have been published in a book by B. Szluz (2010).

A sense of meaning to life is a basic psychological need of a human being. T. Borowska (1998, s. 52) stressed, that it is a creative approach to their own existence. It determines the relationship of the individual to their environment. The meaning of life is treated as part of the incentive structure. It promotes the implementation of the objectives designated by individuals for themselves. Giving meaning to their lives is related to the manifestation and taking a proactive approach to different situations. Individuals having a low sense of meaning in life exhibit tendencies of passive behavior (A. Kępiński, 1985, quoted in B. Popielarska, p. 37). The meaning of life is not given to an individual forever; it is brought to specific situations or events that force searching and discovering their meaning. With regard to the given circumstances it has an individual character, which allows their own meaning to be found.

Finding the meaning of life is a prerequisite for the proper functioning of a human being. As K. Obuchowski notes, "in a normal human adult the only course of action that could provide higher, mature forms of behavior, is a direction determined by the need for meaning in life. (...) The satisfaction means justifying for oneself, in some way, the meaning of one's own existence, and setting a clear, practical and possible to approve course of action (K. Obuchowski, 1966, p. 227, 229). A sense of the meaning of life depends on an individual's self-consciousness, which consists of: a sense of existence and subjectivity, self-image, as well as an ideological orientation which is the highest form of consciousness and the internal representation of reality, which includes a sense of the meaning of life and one's place in the world (W. Jakubowski, 1999, p. 48). W. Dykcik presented the situation of an individual reflection on the meaning of life as follows, "We often ask ourselves whether our lives as a whole make sense, then imagine some outside observer, who could be ourselves, looking at the value of our existence from the perspective of lessons learned and past experiences in order to assess whether our past life was/is happy or not, whether there is the opportunity to guide one's own destiny for its continuity or change for the better" (W. Dykcik, 2005, p. 248). Therefore, a human being looking for meaning in life, may experience a "hunger" of the meaning of life, which in extreme cases leads to self-destruction, which are manifested by, for example, alcoholism, drug addiction and attempts at suicide.

2. A sense of the meaning of life in homeless women

In the literature it is emphasized that "the homeless are people extremely marginalized in the field of material conditions of existence, not even living at the minimum level of existence, excluded from the quality of life enjoyed by people of a very modest social standing, yet having a roof over their head. In the case of the homeless, biological duration is a major determinant of their lives. (...) Homelessness is a specific suffering, it changes the meaning of existence" (D.M. Piekut-Brodzka, 2006, p. 185, 209). A sense of the meaning of life is an existential experience, thus it is difficult to meaningfully construct one's life in the reality in which homeless people remain, that is, emptiness, boredom, reluctance to effort, a lack of tasks, passion and enthusiasm (D.M. Piekut-Brodzka, 2006, p. 212).

The concept of homelessness is defined in a variety of ways⁵. One of the so-called operational definitions is: "Homelessness is understood (...) as a situation for people, who in a

⁵ An attempt to organize definitions of homelessness was undertaken, among others, by L. Stankiewicz (2002, p. 20). When reviewing a series of definitions, he found that it is not possible to create a single, comprehensive approach. He accepted that such a possibility is provided by reference to the theory and practical needs of social policy and social work, with achievements in the social sciences. Assuming the indicated point of view, the definitions were listed in the following groups: definitions resulting from their origin (etymology); definitions of altruistic roots; definitions of homelessness binding it with its main cause; definitions of homelessness binding it with accumulation of causes; definitions of homelessness as a complex social phenomenon and cultural and personality state; others, such as built on the basis of events that includes a scientific discipline or arising from practical experience (eg, local).

given time do not possess, and who by their own efforts, cannot secure such a shelter that would meet the minimum requirements which allow it to be considered a living space. Homeless people are seen as people and families: making use of shelters in various centers providing them assistance, as well as satisfying their accommodation needs in all sorts of non-residential buildings or remaining out in the open air; having or not having a residence in any livable space, if their actual situation fits into the definition of homelessness; only people with Polish citizenship and having a permanent residence permit in Poland, or refugee status (also during the process of applying for this status), only adults, or those children found in a situation of homelessness along with their parents or legal guardians” (A. Przymeński, 2001, p. 29). A precise formulation of the definition is important due to its use for example in scientific research and in practice in social assistance.

Encountered in the reference literature is the classification of homeless women, developed by the Institute for Social Research in Saarbrücken, which distinguishes three specific categories:

1. women focused on normalisation, who strongly strive to return to life in society. They try to get work and their own apartment. It was noticed, that the need for using social assistance benefits, is a source of discomfort;
2. women focused on institutions, they are their beneficiaries and it is difficult for them to even imagine a life outside the institution. The prospect of an independent existence causes them distress;
3. women focused on alternatives, who have adapted to life “in the street”. They find their place, a sense of community, and even security, in the environment of homeless people (W. Reichmann, 1998, quote of L. Stankiewicz, 2002, p. 37).

A world image emerged from the research of H. Kubicka, full of sorrow and the suffering of homeless mothers who, along with their children, use the assistance of institutions. 53 respondents perceived the surrounding world as: evil, grey, depressing. They described other people as: hypocritical, unkind, and insincere. They had experienced unfair treatment, as well as a sense of rejection. In the statements of the six women who had a place of employment during the study, there was an optimistic view of the world. They indicated experiencing happiness and positive aspects bound on the hope of improving their living conditions. 52 people emphasized and stressed plans connected with their children. It was important for them to get an education and perform in their profession, resulting in a high income and high social status. Respondents who had limited parental rights, wanted to create a happy home for their children, and also depended on maintaining good relations with them in the future; the health of their children was also important for them. Eight women were not able to determine their expectations connected with the future life of their children (H. Kubicka, 2005, p. 92). The experience of homelessness, and in this context, a limited ability to meet the basic needs of human existence, makes it difficult to meet the needs of a higher order. In terms of K. Obuchowski: “(...) meaningful life gives human biography specific value. Thanks to this, an individual finds in themselves and in that which they do, and in the name of what they do, the rationale necessary to pose important goals and to overcome the difficulties associated with them” (K. Obuchowski, 1990, p. 7).

During the study conducted within the Podkarpackie voivodeship (B. Szluz, 2010), among the fifty-two surveyed women, fragments were found in only twenty-five narratives, where respondents referred to the context of the meaning of life, making an attempt to answer the question: what meaning they give to their lives?

Implementing the need to explore the meaning of life is a prerequisite for the proper functioning of human personality, their health and mental well being. According to psychologists, the aforementioned needs belong to one of the basic human psychological needs, and its satisfaction secures a normal life and functioning of the individual as a person (J. Mariański, 1990, p. 88-89).

Five women who were experiencing homelessness, and remained homeless during the study, negated the meaning of life. It can be assumed, that in one of them it could be associated to problems in the field of mental health. The following parts of speech can serve as exemplification:

Life makes no sense. (Nina, 52 years, p. 3)

Life makes no sense, none. (Iga, 60 years, p. 10)

There is no point to life. I have no luck in life. I'm an Aries, I read the horoscopes, but I have no luck. (Alberta, 72 years, p. 4)

So far, my life was, and is meaningless. Nothing, I have no purpose, because when a person has a purpose, they strive to reach it, yet when a person has no purpose, it is meaningless. (Liliana, 20 years, p. 8)

The meaning of life can be positively defined as follows: human life becomes meaningful when set partial goals - measures for the higher order objectives – complement each other and are arranged harmoniously. Their achievement brings an individual closer to their fundamental objective, which crowns life as a whole. On the other hand, denial of the meaning of life - human life makes no sense - can be seen where existence is filled with actions motivated by conflicting circumstances, in the event of chaos, changing desires and tastes. S. Kaczmarek noticed that people are attached to life, and the lust for life is the strongest form of love, even if it comes to exist in extreme conditions (S. Kaczmarek, 1979, p. 119). One of the surveyed homeless women said that the meaning of life is that she's alive.

The meaning is life itself; to somehow live peacefully to the end. (Sylwia, 64 years, p. 6)

Other people, who remained homeless, stressed that meaning to their lives is given by other people, they pointed to their children (four people) and partner (four people). Three respondents emphasized and referred to faith in God and prayer.

For me, my children and my partner give meaning to my life. I have a partner of three years. (Adrianna, 29 years, p. 5)

Children and prayer is the meaning of my life. (Karolina, 32 years, p. 12)

Well it seems to me, that faith strengthens a person and gives such hope and meaning. (Stefania, 71, p 6)

One person, who left the shelter, said that the meaning of her life is her faith in God; while the other three women mentioned their children gave their life meaning.

I often experienced breakdowns. I don't know if I can cope. I thought: I don't want to live, I don't want to live. If I didn't have children, I don't know if I'd go down bad roads, be in bad company, maybe even take my own life. If someone has such family problems, then a breakdown happens. I have someone to live for. Children give me strength, they are the meaning of my life. I'm trying to show them that life is beautiful. (Oliwia, 26 years, p.7)

Reference to faith in God, prayer, searching for the meaning of life in their own children, and focusing on their development and education were found in the narratives of the women; both those who remained homeless, as well as those who left the institution and attempted to function independently.

A reference to the context of "having a home" was also noticed in the narratives. For a woman who lost her home to fire, the meaning of life was to regain a dwelling place.

The meaning is this house, to renovate it and then go there. To return and live there. (Michalina, 69 years, p. 4)

One individual, who came out of homelessness, recognized that the meaning in her life was that she had her own home.

I'm trying to somehow keep this house, so that it is nice here, so that this tamarisk grew nicely, flowers and so on, and somehow make ends meet. This is the meaning, that I have my own house. (Agata, 47 years, p.7))

In turn, a person who waited for a place in a social assistance facility, pointed out certain values which are, or could be, the meaning of her life.

Meaning gives me a sense of peaceful life, I have nothing left. Either here ((at the shelter)) or there, to a nursing home, to meet good people. To die with faith, well, because what do I have left, right? [...] I want to live as long as possible. Life is beautiful, to walk to church. To take a trip somewhere with good people. Just like my sister, to live nicely. If someone had an apartment, they would be well-balanced, pious. If he would give me an apartment, I don't say, for romance. I would be a housekeeper. That, which helps, works, right? Though, he would have to be honest, faithful, not a drunkard. Yet there are few of them. It's difficult. But if not, I will meet ((in a nursing home)) women [...]. If I am in a large one, I will meet friends. I will meet men. I'm cheerful. It can be nice. (Zofia, 79 years, p 6).

It seems vital, that none of the women, who came out of homelessness, said that their lives have no meaning. The situation in which the individual is found, hinders (remaining in homelessness) or eases (a way out of homelessness), giving meaning to life (A. Lech, 2007, p 290). Women's lives were given meaning by: their own children, partners, faith in God and prayer, a house and their own lives. F. Głód, making a presentation of his research conducted among the homeless emphasized that, "finding purpose and meaning in life is of great worth for people. People want their life to be fully meaningful and represent worth for others. Then, they can enjoy their achievements and continue to develop their own personality. It can be said that it is necessary to function fruitfully, both in individual and social life" (F. Głód, 2008, p 173).

Summation

In the literature it is stressed, that: "Life has meaning, if it was so arranged, that it creates a whole, reasonably heading towards the implementation of the best of those objectives to which implementations we are capable of in given conditions" (T. Czeżowski, 1989, p 172). A survey conducted among women also confirms that the experience of homelessness hinders the giving of meaning to their life. It leads to the implementation of goals, for which the individual is capable, being homeless. The survey image changed in situations of coming out of homelessness, so it can be assumed, that the setting and realization of goals are also modified.

Bibliography:

BOROWSKA T. 1998 *Pedagogia ograniczeń ludzkiej egzystencji*, Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych, 223 s. ISBN 83-87925-00-4.

CZEŻOWSKI T. 1989 *Czym są wartości*, In *Pisma z etyki i teorii wartości*, T. Czeżowski (Eds.), Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk – Łódź: Wydawnictwo Ossolineum, 316 s. ISBN 8304030934.

DYKCIK W. 2005 *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego, 289 s. ISBN 83-86273-34-8.

GŁÓD F. 2008, *Bezdomni. Psychologiczno-pastoralna analiza życia, osobowości próby resocjalizacji*, Wrocław: Wydawnictwo Papieskiego Wydziału Teologicznego, 356 s. ISBN 978-83-60370-41-4.

JAKUBOWSKI W. 1999 *Spoleczna natura człowieka*, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa, 124 s. ISBN 83-7151-292-9.

KACZMAREK S. 1979 *Rozważania o życiu ludzkim*, Warszawa: Wiedza Powszechna, 162 s.

KEPIŃSKI A. 1985 *Melancholia*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 351 s. ISBN 83-200-0144-7.

- KUBICKA H. 2005 *Bezdomność rodzin samotnych matek. Społeczno-wychowawcze aspekty zjawiska*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 137 s. ISBN 83-7171-875-6.
- LECH A. 2007 *Świat społeczny bezdomnych i jego legitymizacje*, Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”, 318 s. ISBN 9788371645341.
- MARIAŃSKI J. 1990 *W poszukiwaniu sensu życia. Szkice socjologiczno-pastoralne*, Lublin: Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, 374 s. ISBN 83-228-0186-6.
- OBUCHOWSKI K. 1966 *Psychologia dążeń ludzkich*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 279 s.
- OBUCHOWSKI K. 1990 *Wstęp*, In *Sens życia*, K. Obuchowski, Puszczewicz B. (Eds.), Warszawa: Wydawnictwo NURT, 114 s.
- PIEKUT-BRODZKA D.M. 2006 *Bezdomność*, Warszawa: Chrześcijańska Akademia Teologiczna, s. 372 ISBN 83-917541-9-7.
- POPIELARSKA B. 2001/2002 *Przyczyny bezdomności w świetle teorii psychologicznych*, In *W kręgu problematyki bezdomności polskiej*, A. Duracz-Walczak, (Eds.) Warszawa - Gdańsk: Stowarzyszenie Pomocy Bezdomnym, 258 s. ISBN 83-916936-0-0.
- POPIELSKI K. 1987 „Sens” i „wartości” życia jako kategoria antropologiczno-psychologiczna, In *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*, K. Popielski, (Eds.) Lublin: Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, 337 s. ISBN 83-00-00667-2.
- PRZYMEŃSKI A. 2001 *Bezdomność jako kwestia społeczna w Polsce współczesnej*, Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, 281 s. ISBN 8388760041.
- REICHMANN W. 1998 *Problemy psychiczne osób bezdomnych*, „Tematy: pismo pracowników socjalnych, terapeutów, personelu opiekuńczego” nr 1, ISSN 1233-7447.
- SILVERMAN D. 2008 *Interpretacja danych jakościowych. Metody analizy rozmowy, tekstu i interakcji*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 351 s. ISBN 978-83-01-15158-4.
- SILVERMAN D. 2009 *Prowadzenie badań jakościowych*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 456 s. ISBN 978-83-01-15480-6.
- STANKIEWICZ L. 2002 *Zrozumieć bezdomność. Aspekty polityki społecznej*, Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko Mazurskiego, 137 s. ISBN 8372991634.
- SZLUZ B. 2010 *Świat społeczny bezdomnych kobiet*, Warszawa: Bonus Liber, 367 s. ISBN 978-83-61312-97-0.
- WIZEK S. 1974 *Teologia moralna*, t. 1, *Antropologia moralna*, 212 s. Lublin: Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Dane kontaktowe:

Dr hab. prof. UR Beata Szluz (Uniwersytet Rzeszowski i PWSZ im. Jana Grodka w Sanoku)

Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Socjologii, Zakład Socjologii Problemów Społecznych

Al. T. Rejtana 16 C

35-959 Rzeszów

e-mail: bszluz@univ.rzeszow.pl

Predyktory satysfakcji zawodowej pracowników socjalnych

Przemysław Bury (PL)

Streszczenie: Praca zawodowa jest jedną z podstawowych aktywności dorosłego człowieka. Uwarunkowania wyboru zawodu oraz dalszej kariery zawodowej mają charakter wieloczynnikowy. Są one wypadkową zmiennych podmiotowych i sytuacyjny. Spośród wszystkich rodzajów aktywności zawodowej za szczególnie ważne uważa się tzw. zawody zaufania publicznego. Społeczeństwo obdarza przedstawicieli tych profesji szczególnym zaufaniem i ponadprzeciętnym prestiżem, w zamian jednak oczekuje najwyższego standardu działania, stawiając wysokie wymagania w zakresie kompetencji i etyki zawodowej. W niniejszym opracowaniu zaprezentowano zasadnicze uwarunkowania procesu pracy osób wykonujących jedną z profesji społecznych - pracowników socjalnych - prowadzące do uzyskania wysokiego zadowolenia z pracy. Skupiono się na uwarunkowaniach i determinantach podmiotowych, które zarazem zostały potraktowane jako predyktory satysfakcji zawodowej: zainteresowania zawodowe, zasoby osobiste, inteligencja emocjonalna, optymizm życiowy, styl poznawczy, wartości osobiste.

Słowa kluczowe: Praca zawodowa. Pracownik socjalny. Satysfakcja zawodowa.

Abstract: The career is one of basic activities of the adult man. Conditioning of the selection of an occupation and the further professional career has multifactorial character. They are a resultant of subjective variables and situational. Out of all kinds of the occupational activity a so-called competition of the public confidence is regarded particularly important. The society is giving representatives of these professions the special confidence and the above average prestige, in exchange however expects the high standard of action, putting high requirements in competence and professional ethics. In hereby drawing up fundamental conditioning of the process was introduced to a job of persons carrying one of public professions out - of social workers - job satisfactions leading to high getting. They concentrated on conditioning and subjective determinants which all at the same time were treated as predictors of job satisfaction: professional interests, personal stores, emotional intelligence, practical optimism, cognitive style, personal qualities.

Keywords: career, social worker, job satisfaction.

Wprowadzenie

Wśród wszystkich rodzajów aktywności zawodowej, które człowiek może podejmować, można wyodrębnić takie, które w szczególny sposób służą bezpośrednio innym ludziom i grupom społecznym. Grupa zawodów o których mowa, nie jest niestety dobrze monograficznie opisana ani nie prowadzi się nad nią regularnych, usystematyzowanych badań krajowych. Istnieje jednak pewna nomenklatura określająca ich specyfikę, podkreślająca ich szczególną użyteczność dla innych. Te formy aktywności zawodowej nazywane są profesjami, zawodami pożytku społecznego, zawodami zaufania publicznego, zawodami z misją społeczną, zawodami pomocowymi a nawet zawodami z powołania. Tak określona grupa, która pozornie wydaje się być grupą heterogeniczną, w istocie skupia zawody w pewnej tylko części podobne pod względem swojej specyfiki. Wspólnym mianownikiem ich wykonywania wydaje się być usługowość ukierunkowana na potrzeby i problemy innych ludzi. Co prawda w Polsce nie wprowadzono do systemu prawnego definicji zawodów zaufania publicznego, więc dość trudno stworzyć kompletną listę profesji, które można do tej grupy zaliczyć. Jednak zakłada się, że do tej grupy z całą pewnością należą zawody

prawnicze, medyczne i pozostałe tzw. zawody wolne. W tej grupie znajdują się zatem te, które są szczególnie istotne dla ogółu społeczeństwa, dla jakości jego struktury i kapitału społecznego. Ponadto pragmatyka ich wykonywania charakteryzuje się szczególną więzią zaufania pomiędzy klientem a osobą wykonującą dany zawód oraz przestrzeganiem tajemnicy zawodowej. W zawodach tych oczekuje się od pracowników nienagannej postawy moralnej i etyki w działaniu, a także wysokiego poziomu jakości świadczonych usług. Większość z tych profesji organizuje się wokół samorządu zawodowego.⁶ Wydaje się jednak, że w tak opisywanym obszarze zawodowym można wyodrębnić jeszcze węższą grupę – na podstawie kryterium realizowania przez pracowników tzw. misji społecznej. Misyjność oznacza tutaj ukierunkowanie na niesienie pomocy w zaspokajaniu elementarnych potrzeb ludzkich. Mowa tu o poczuciu bezpieczeństwa, zapewnieniu dobrostanu psychofizycznego, a także dostarczaniu ludziom podstawowych umiejętności czy wiedzy, umożliwiających im prawidłowe funkcjonowanie społeczne. Do tak zdefiniowanej grupy bez problemu zaliczyć można zawody medyczne i edukacyjne, ale już o wiele trudniej włączyć do niej prawników, dziennikarzy czy rzeczników patentowych. Całą grupę zawodów zaufania publicznego można więc podzielić na zawody z misją społeczną oraz takie, których misja społeczna nie charakteryzuje.

W niniejszym opracowaniu skupiono się na wskazaniu i dokonaniu charakterystyki, zdaniem autora, głównych podmiotowych (psychologicznych) czynników wykonywania zawodu pracownika socjalnego warunkujących jego satysfakcję zawodową. Zawodu, którego wykonywanie wiąże się nie tylko z zaufaniem publicznym, ale także z misją społeczną. Głównym powodem podjęcia tego tematu są coraz bardziej widoczne niekorzystne zjawiska związane z funkcjonowaniem pracowników socjalnych w swojej roli zawodowej i artykułowanym poczuciem braku zadowolenia z wykonywanej pracy. Wyraźnie zaznacza się dysonans pomiędzy rolą pracownika socjalnego jako głównego realizatora polityki społecznej państwa, a rolą pracownika socjalnego jako specjalisty od niesienia pomocy socjalnej i autonomicznego kreatora zmiany społecznej. Rozdźwięk w pełnieniu tych ról niesie dla dużej grupy pracowników socjalnych (w szczególności tych najbardziej zmotywowanych i zaangażowanych zawodowo) liczne ryzyka i trudności osobiste. Takie problemy jak przeżywanie nadmiernego stresu, wypalenie zawodowe, kłopoty zdrowotne (psychosomatyczne) czy wreszcie chroniczny brak odczuwania zadowolenia ze swojej pracy i zawodu dotyczą coraz większą liczbę osób. Ich pojawienie się w dużej mierze wynika również z faktu, że istotą świadczonej pracy jest udzielanie pomocy innym osobom w sytuacjach kryzysowych lub wspieranie całych grup społecznych (rodzin, społeczności lokalnej). Istotą takiej aktywności jest wchodzenie w bezpośrednie relacje interpersonalne, które angażują emocjonalnie. Dodatkowo mamy tutaj do czynienia ze specyficznym rodzajem odpowiedzialności – wynikającej zarówno z własnych standardów pracy, jak i wysokich oczekiwań społecznych wobec osób pracujących w tym zawodzie. Warto zatem mieć na uwadze te podmiotowe czynniki psychologiczne, które nie tylko pełnią funkcję protekcyjną, ale także warunkują poczucie zadowolenia z wykonywanej pracy zawodowej.

Satysfakcja z pracy i jej główne uwarunkowania

Jednym z interesujących psychologicznie stanów funkcjonowania człowieka w środowisku pracy jest odczuwanie przez niego zadowolenia z pracy lub brak takiego poczucia. Pomimo że termin *zadowolenie z pracy* jest powszechnie używany w języku potocznym, to jednak nie jest on szczególnie dobrze zoperacjonalizowany i zbadany w polskiej nauce. Nieliczni autorzy opracowań z tego obszaru operują zamiennie pojęciami *zadowolenie* i *satysfakcja z pracy*. Ponieważ nie ma istotnie znaczących podstaw do traktowania tych terminów jako

⁶ Wojtczak K.: *Zawód i jego prawna reglamentacja. Studium w zakresie materialnego prawa administracyjnego*. Poznań 1999.

konotacyjnie lub epistemologicznie zróżnicowanych, w dalszej części opracowania używane one będą zamiennie. Jakkolwiek poczucie satysfakcji czy zadowolenia z pracy wydaje się mieć charakter zdecydowanie bardziej socjologiczny niż czysto psychologiczny, jednak jest nieodłącznym aspektem emocjonalnego stosunku do swojej pracy oraz do wykonywanego zawodu. W literaturze psychologicznej wskazuje się bowiem, że „zadowolenie z pracy jest uczuciową reakcją przyjemności lub przykrości, doznawaną w związku z wykonywaniem określonych zadań, funkcji oraz ról”.⁷ Socjologiczny wymiar tej zmiennej odzwierciedlony jest w kategoriach, które pracownik ocenia myśląc o swojej pracy. Te kategorie pojawiają się także we wszystkich pomiarach satysfakcji z pracy. Mamy tutaj do czynienia z ukrytym założeniem synergii – na uogólnione poczucie zadowolenia z pracy składają się poszczególne jej aspekty, które są źródłem zadowolenia pracownika. W zależności od przyjętej perspektywy teoretycznej, definicja satysfakcji z pracy będzie obejmować nieco odmienne predyktory będące źródłem zadowolenia. Większość z nich jednak powtarza się w każdej z koncepcji. Te najczęściej przywoływane można pogrupować w cztery obszary: a) ekonomiczne obszary pracy, b) warunki pracy, c) relacje interpersonalne, d) czynności i zadania.

Pierwszy z wymienionych obszarów dotyczy wszystkich wymiernych nagród i kar, które można osiągnąć poprzez wykonywanie swojej pracy. Będzie to oczywiście płaca, wszystkie finansowe dodatki, nagrody, premie i kary pieniężne oraz inne pozapłacowe elementy tzw. systemu motywacyjnego. Ten obszar odwołuje się do podstawowej potrzeby bezpieczeństwa socjalnego, ale także potrzeby dążenia do dobrobytu. Drugi obszar – warunki pracy – dotyczy samego środowiska pracy, które powinno spełniać pewne wymogi, aby zapewnić pracownikowi poczucie bezpieczeństwa fizycznego oraz ogólny środowiskowy komfort pracy. Zaliczamy tutaj wszystkie aspekty regulowane przez Kodeks pracy i szczegółowe przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy (bhp), w tym dotyczące odpowiedniego wyposażenia stanowisk pracy w niezbędne narzędzia pracy. Kolejnym obszarem ocenianym w ramach szacowania ogólnej satysfakcji z pracy są relacje interpersonalne w miejscu pracy. Chodzi tutaj o jakość stosunków z przełożonymi i innymi pracownikami, ale także o ogólną atmosferę, przejawiającą się m.in. w zachowaniach rywalizacyjnych, sposobach komunikowania się czy przekazywania informacji zwrotnych od przełożonych. Ostatnim z obszarów jest ocena samych czynności i zadań wykonywanych w ramach obowiązków. Mogą one być postrzegane przez pracownika jako monotonne i powtarzalne lub urozmaicone i wymagające nieustannej inwencji. Diagnozie podlega ilościowe obciążenie zadaniami danego pracownika (nadmiar-niedobór zadań), presja czasu w trakcie ich wykonywania, wymagany poziom zaangażowania uwagi i procesów myślowych, a także np. stopień samodzielności w wykonywaniu pracy i powiązany z nim poziom odpowiedzialności za efekty. W tym obszarze mieści się ponadto subiektywna atrakcyjność poszczególnych zadań.

Wszystkie zaprezentowane powyżej obszary podlegają ocenie pod względem stopnia zadowolenia z każdego z nich, stanowiąc tzw. partykularne, czyli cząstkowe *zadowolenia z pracy*.⁸ Jak widać zazwyczaj nawiązuje się tutaj do klasycznych definicji satysfakcji z pracy wynikających z teorii motywacji, opierających się wyłącznie na czynnikach środowiska pracy jako źródła zadowolenia z niej. Jedną z dominujących teorii w tym nurcie jest np. dwuczynnikowa teoria motywacji F. Herzberga.⁹ Prowadzone przez niego badania nad motywacją do pracy wykazały istnienie dwóch niezależnych od siebie zbiorów czynników kształtujących zadowolenie i niezadowolenie z pracy. Pierwsza grupa – określona jako czynniki higieniczne – obejmuje takie faktory jak: przełożeni, warunki pracy, płaca i

⁷ Bańka A., *Psychologia organizacji*. [w:] Strelau J. (red.). *Psychologia*. Podręcznik akademicki. T. 3. Gdańsk 2002, s. 329.

⁸ Bańka A.: *Psychopatologia pracy*. Poznań 2006.

⁹ por. Herzberg F.: *The New industrial psychology*. *Industrial and Labor Relations Review*, 1965, 18, 364-76.

bezpieczeństwo (w rozumieniu – stałość zatrudnienia), polityka firmy. F. Herzberg podkreślał, że ich pozytywna ocena nie zwiększa jednak zadowolenia z pracy, natomiast ich brak odczuwany jest jako demotywujący. Drugą grupę stanowią czynniki wewnętrzne (motywatory), takie jak: osiągnięcia w pracy, uznanie przez innych, odpowiedzialność czy rozwój. Przyczyniają się one do zwiększenia zadowolenia z pracy, a co za tym idzie – zwiększają także wydajność.¹⁰ Kolejne badania weryfikujące podstawowe założenia powyższej koncepcji ujawniły jednak pewne różnice w ważności tych dwóch grup czynników, w zależności od typu wykonywanej pracy. Okazało się, że pracownicy fizyczni wyraźnie większą wagę przywiązują do czynników środowiska pracy niż motywatorów wewnętrznych, i w taki sposób głównie budują swoje zadowolenie z pracy. Natomiast dla pracowników umysłowych ważniejsze dla odczuwania satysfakcji z pracy są w pierwszej kolejności motywatory. Wyłoniła się zatem w kontekście badań nad satysfakcją zawodową kwestia wpływu rodzaju zawodu i typowego sposobu wykonywania zadań na ważność poszczególnych obszarów pracy w tworzeniu poczucia satysfakcji zawodowej u konkretnego pracownika. Warto w tym miejscu także wspomnieć, że w badaniach mających na celu pomiar satysfakcji z pracy właściwie zawsze wykorzystuje się metody oparte na klasycznym, sytuacyjnym definiowaniu tej zmiennej. Wszystkie powszechnie znane i wykorzystywane w praktyce sposoby analizy poziomu zadowolenia z pracy opierają się na czterech opisanych wcześniej obszarach.¹¹

Od lat 80-tych XX wieku dostrzec można reorientację podejścia w badaniach nad czynnikami budującymi zadowolenie z pracy. Bardziej współczesne ujęcie tej problematyki wiąże się z podkreśleniem pierwszoplanowej istotności wewnętrznych cech pracownika, takich jak cechy osobowości, postawy czy przekonania, jako czynników odpowiedzialnych za pojawienie się zadowolenia z pracy i sukces organizacji.¹² Należy jednak zaznaczyć, że charakterystyczne dla wielu badań prowadzonych w tym nurcie jest wyłączenie skupienie się na wpływie różnic indywidualnych i procesów poznawczych podmiotu na zadowolenie z pracy, przy jednoczesnym całkowitym pominięciu wpływu czynników materialnego środowiska pracy. Nastąpiła więc swoista kontestacja klasycznego rozumienia determinant satysfakcji zawodowej. Z psychologicznego punktu widzenia wewnętrzne, podmiotowe czynniki są oczywiście niezwykle istotne. Jednak skupianie się tylko na poznawczych i osobowościowo-temperamentalnych wymiarach funkcjonowania człowieka w pracy również nie jest wystarczające. Zachowanie człowieka bowiem, także w pracy, opiera się w znacznej mierze także na jego emocjonalnych predyspozycjach. Ponadto w rozważaniach tego typu zupełnie niesłusznie pomijane są systemy wartości, które – poza potrzebami – stanowią istotne motywatory naszych działań, na co wyraźnie wskazywał w swoich pracach m.in. A. Maslow.¹³ Zaznaczyć trzeba, że opieranie się wyłącznie na cechach podmiotowych jako determinantach satysfakcji również wydaje się być zbyt wąską i niekompletną perspektywą analizy. Satysfakcja z pracy najwyraźniej ma swoje źródła w obydwu grupach czynników. Z jednej strony można odwoływać się do czynników środowiska pracy jako źródeł tzw. partykularnego zadowolenia z pracy, z drugiej natomiast warto zastanowić się nad tym, jakie wewnętrzne cechy pracownika są szczególnie istotne dla odczuwanego zadowolenia. Za przyjęciem takiej perspektywy jako optymalnej przemawiają pewne ustalenia wynikające z empirycznych pomiarów zadowolenia z pracy. Coraz częściej badacze zajmujący się tą problematyką w klasycznym, sytuacyjnym rozumieniu dochodzą do wniosku, że cechy

¹⁰ Armstrong M.: *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Kraków 2000.

¹¹ np. Zalewska A.: *Arkusze Opisu Pracy O. Neubergera i M. Allerbeck – adaptacja do warunków polskich*. Studia Psychologiczne 2001, 39, 197-218.

¹² Furnham A.: *Personality and intelligence at work. Exploring and explaining individual differences at work*. London-New York 2008.

¹³ Maslow A.: *Motywacja i osobowość*. Warszawa 2006.

procesu pracy nie mogą być jedynym źródłem zadowolenia pracowników. Okazuje się, że bowiem, że średnie zadowolenie z poszczególnych czynników pracy nigdy nie jest takie samo, jak średni poziom satysfakcji mierzony pojedynczym pytaniem o ogólną satysfakcję z pracy. Co więcej, ogólne zadowolenie nie musi koniecznie korelować z konkretnymi czynnikami, np. organizacyjnymi. Ponadto, poszczególne czynniki pracy budujące zadowolenie partykularne mogą być od siebie zupełnie niezależne. Ta powtarzalnie uzyskiwana różnica sugeruje, że musi istnieć jeszcze jakiś czynnik wpływający na poziom satysfakcji z pracy, lub grupa takich czynników. Zakłada się więc, że zadowolenie z pracy jest zależne również od cech pracownika. Słusznym wydaje się więc postulat, aby w praktyce działania zawodowego ukierunkowanego na stwarzanie warunków do osiągnięcia wysokiej satysfakcji zawodowej przez pracowników, analitycznie łączyć wagę czynników sytuacyjnych (miejsca pracy) i uwarunkowań podmiotowych, szczególnie na etapie diagnozowania poziomu odczuwania satysfakcji z pracy.

Podmiotowe predykatory zadowolenia z pracy

Jak wynika z poprzedniej części, satysfakcja zawodowa może zależeć zarówno od czynników sytuacyjnych, jak i tych ulokowanych w osobie pracownika. Często jest wypadkową wartości tych dwóch kategorii zmiennych. Co interesujące, wśród ostatnio publikowanych badań spotkać można i takie, w których analizując satysfakcję zawodową, ich autorzy wskazują na jej związek z poczuciem, że wykonywana praca ma wartość z punktu widzenia innych ludzi, że w jakiś sposób służy im lub wręcz jest bezpośrednio im pomocna w jakiejś sferze ich życia prywatnego lub społecznego.¹⁴ Wydaje się, że zawód pracownika socjalnego bardzo dobrze wpisuje się w ten model analiz poznawczych. Warto idąc dalej zastanowić się, czy w przypadku tego zawodu – jako zawodu z misją społeczną – nie byłoby właściwe zwrócenie się także w kierunku poszukiwania związków tej satysfakcji z subiektywnym obrazem swojego zawodu i wykonywanej pracy głównie w kontekście społecznym. Założenie, że w zależności od typu zawodu zadowolenie z pracy może być uzależnione od innych kategorii opisujących tę pracę, zaczyna się coraz częściej pojawiać w literaturze przedmiotu.¹⁵ Jedną z takich kategorii, przywoływaną w licznych już badaniach, jest subiektywnie postrzegane znaczenie wykonywanej pracy dla innych uczestników życia społecznego.¹⁶ Inną, także znaną – poczucie sprawstwa społecznego.¹⁷ Dlatego też warto wziąć pod uwagę kwestię, czy istnieją jakieś specyficzne uwarunkowania satysfakcji z pracy w przypadku zawodów zaufania publicznego. W tym kontekście innym ciekawym problemem wydaje się również relacja pomiędzy poczuciem realizowanej misji w zawodzie a odczuwaną satysfakcją z pracy. Rodzaj zawodu może więc działać, mówiąc obrazowo, jak pewnego rodzaju filtr, przez który „przepuszczane” są obie główne kategorie czynników determinujących satysfakcję (podmiotowy i środowiskowo-sytuacyjny). Dzieje się tak, ponieważ wykonywany zawód jest najczęściej wynikiem autonomicznej decyzji podmiotu, zapośredniczonej właśnie przez cechy indywidualne, czyli np. uzdolnienia, wartości, styl myślenia, temperament. Ważne jest więc dopasowanie cech potencjalnego pracownika do wymogów stawianych mu przez zawód i środowisko pracy. Mówiąc wprost oznacza to, że indywidualna charakterystyka danego pracownika w jednym zawodzie będzie powodować wzrost jego satysfakcji z pracy, natomiast w innym – może wręcz przeszkadzać na tyle, że uniemożliwi jego praktyczne

¹⁴ np. Garcia-Bernal J. i wsp.: *Job satisfaction: empirical evidence of gender differences*. Women and Management Review 2005, 20, 279-88.

¹⁵ Argyle M.: *Psychologia szczęścia*. Wrocław 2004.

¹⁶ Pratt M.G., Ashforth B.E.: *Fostering meaningfulness in working and at work*. [w:] Cameron K.S. et al (red.). Positive organization scholarship: foundations of a new discipline. San Francisco 2003, s. 309-27.

¹⁷ Gliszczyńska X.: *Poczucie własnej skuteczności w procesie pracy*. [w:] Gliszczyńska X. (red.). Psychologiczny model efektywności pracy. Warszawa 1991.

wykonywanie. Piśmiennictwo najczęściej wyróżnia i wskazuje na znacząco istotne w wykonywaniu zawodów zaufania publicznego następujące czynniki warunkujące zarazem zadowolenie z pracy: zainteresowania zawodowe, posiadane zasoby osobiste, inteligencja emocjonalna, optymizm, prezentowany styl poznawczy oraz wartości. Wydaje się, że wymienione obszary tworzą najważniejsze psychologiczne, podmiotowe predyktory satysfakcji zawodowej także pracownika socjalnego. Poniżej dokonany zostanie zatem przegląd tych konstruktów, grających główną rolę w obszarze motywacyjno-emocjonalnego funkcjonowania w pracy.

Zainteresowania zawodowe. Systematyczne badania nad podstawowymi kategoriami i strukturą zainteresowań zawodowych podjęto w latach 30-tych ub.w., akcentując od samego początku złożoność tego pojęcia. W rozumieniu psychologicznym zainteresowania wyrażają się stosunkowo stałym i częstym zorientowaniem uwagi człowieka na określone kategorie obiektów, czynności, stanów czy sytuacji. Wraz z rozwojem i stabilizowaniem się zainteresowań zyskują one liczne odniesienia wewnętrzne – podmiotowe (poznawcze, emocjonalne, motywacyjne, wartościujące) i różne manifestacje behawioralne (zewnętrzne).¹⁸ Jak wskazuje się w literaturze przedmiotu, zainteresowania i preferencje zawodowe, ukierunkowujące jednostkę na określone rodzaje aktywności i obiektów związanych z pracą zawodową, stanowią ważną formę ekspresji całej osobowości człowieka. Ekspresja ta dokonuje się w społecznie uwarunkowanym kontekście wyboru kariery zawodowej spośród różnych możliwych dróg rozwoju zawodowego. Wskazuje się także, że wykonywanie pracy zgodnej z zainteresowaniami zawodowymi jest nie tylko sposobem wyrażania swojej osobowości, ale przede wszystkim – podstawą osiągnięcia w tejże pracy satysfakcji osobistej i obiektywnych sukcesów. Zainteresowania stanowią konstrukt złożony i niejednorodny. Aby wykazać znaczenie zainteresowań dla kształtowania się satysfakcji zawodowej, ważne jest uwzględnienie szerszego kontekstu rozwojowego, tj. procesu ich genezy, różnicowania się i stabilizacji. Jest to przykład typowego procesu z zakresu społecznego uczenia się, charakteryzowany w ramach społecznej psychologii rozwoju, w pewnym zakresie oparty na zjawisku modelowania (naśladowaniu i systemie wzmocnień).¹⁹ W toku rozwoju wzmocnieniami w procesie selekcji i strukturalizacji zainteresowań są nie tylko pochwały i pozytywne informacje zwrotne od rodziców, ale wszystkie sygnały ze środowiska wzmacniające niektóre zachowania eksploracyjne z szerokiej gamy spontanicznych zachowań dziecka, i doprowadzające do selekcji wśród zainteresowań wyjściowych, intuicyjnych. Wraz z upływem czasu zainteresowania ulegają względnej stabilizacji i zaczynają jednocześnie pełnić funkcję motywująco-wartościującą – pod warunkiem, że środowisko nie ingeruje zbyt w ten proces, zawężając jednostce możliwości wyboru. Z czasem określone obiekty czy formy aktywności są przez podmiot coraz częściej preferowane, a inne pomijane lub oceniane jako niepożądane. Tak więc w genezie zainteresowań analizowanej w perspektywie rozwojowej, w cyklu rozwoju dochodzi do różnicowania i stabilizowania się preferencji (poznawczych i czynnościowych) poprzez integrowanie się zainteresowań podstawowych („czystych”) z zainteresowaniami zawodowymi oraz kształtowania się poczucia kompetencji na podstawie obrazu własnego „ja” i gromadzonych w doświadczeniu ocen własnej skuteczności. Tak wykrystalizowane zainteresowania stają się u wielu młodych osób podstawą wyboru kierunku kształcenia i drogi kariery zawodowej. Należy dodać, że zainteresowania zawodowe, ukształtowane w osobniczo niepowtarzalną strukturę w wieku dorosłym, podlegają ciągłej reorganizacji, czyli mogą ulegać zmianie. Na ewolucję zainteresowań w szczególności wpływać mogą ważne (także

¹⁸ Balcar B., Gąsiorowska A.: *Zmiana paradygmatu diagnozy zainteresowań zawodowych w doradztwie zawodowym. Testy w poradnictwie zawodowym*. Zeszyty Informacyjno-Metodyczne Doradcy Zawodowego, 2006, 37, 77-98.

¹⁹ Brzezińska A.: *Spoleczna psychologia rozwoju*. Warszawa 2000.

traumatyczne) wydarzenia osobiste lub inne przewartościowujące życiowe zdarzenia losowe. Analizując rozwój wiedzy w tym obszarze można zauważyć spójne rozumienie związku pomiędzy zainteresowaniami zawodowymi, wyborem zawodu i miejsca pracy a efektami tego wyboru.²⁰ Już teorie tradycyjne, takie jak np. koncepcja cechy i czynnika F. Parsonsa zakładały, że satysfakcja zawodowa zależy od odpowiedniego dopasowania cech osoby (jej zainteresowań, umiejętności i zdolności) do wymagań na danym stanowisku pracy, i odwrotnie – przy względnie stałym poziomie motywacji własnej.²¹ Najpopularniejsza współczesna teoria opisująca preferencje zawodowe, autorstwa J.L. Hollanda, także w dużej mierze opiera się na założeniu o dopasowaniu cech osoby do cech środowiska pracy. Precyzując – autor przyjmuje za uprawnioną tezę, że w procesie rozwoju zawodowego ludzie poszukują takich środowisk, które umożliwią im jak najwyższy poziom wykorzystania ich możliwości i preferencji (zdolności, kompetencji, postaw) oraz realizację określonych wartości i ról społecznych. Wysoki stopień dopasowania preferencji zawodowych i cech środowiska, tj. konkretnego zawodu i rodzaju organizacji zwiększa - zdaniem tego autora - szansę skutecznej pracy, z wykonywania której odczuwa się dużą przyjemność i satysfakcję.²² Podsumowując: w uznanych teoriach zainteresowań i preferencji zawodowych wyraźnie zauważa się spójny motyw, którym jest podkreślanie, że spełnienie zainteresowań zawodowych poprzez dokonanie odpowiedniego wyboru zawodowego jest kluczowym czynnikiem osiągania satysfakcji zawodowej, a także czynnikiem wzmacniającym efektywność pracy i poczucie własnej wartości.

Zasoby osobiste. We współczesnej psychologii pracy funkcjonuje kilka pokrewnych pojęć opisujących silne strony pracownika, które decydują o jego pozytywnym i efektywnym funkcjonowaniu w sytuacji pracy. Spośród nich najszerzej znanym jest pojęcie zasobów osobistych. Z dużą dozą pewności można przyjąć, że pojęcie zasobów osobistych (wewnętrznych) pojawiło się w psychologii po raz pierwszy w opisie koncepcji procesów dokonywania oceny poznawczej zaistniałej sytuacji, regulującej pojawienie się emocji, autorstwa R. Lazarusa i S. Folkman (transakcyjna teoria stresu).²³ Tak rozumiane predyspozycje czy cechy podmiotu odgrywają szczególną rolę w sytuacjach trudnych, stresowych czy wręcz traumatycznych. N. Ogińska-Bulik nawiązując do tej teorii definiuje zasoby osobiste jako wewnętrzne predyspozycje umożliwiające człowiekowi efektywne funkcjonowanie.²⁴ Człowiek doświadczający trudności (w tym wypadku – zawodowych) rozważa różne możliwości działania i podejmuje pewne zachowania. Uzależnia je jednak od postrzeganych własnych zasobów osobistych, takich jak zdolności czy umiejętności, oraz zasobów środowiskowych (tj. będących do dyspozycji w miejscu pracy elementów otoczenia), które mogą sprzyjać poradzeniu sobie z problemowym zadaniem. Co więcej, postrzegane zasoby warunkują także sposób interpretacji sytuacji w kategoriach zagrożenia lub wyzwania. Tak dokonywana ocena jest koniecznym i wystarczającym warunkiem dla pojawienia się pewnych stanów emocjonalnych (radości, zadowolenia, smutku, strachu, złości czy poczucia winy) oraz ich natężenia.²⁵ Fakt występowania ścisłej zależności między zasobami podmiotu a wzbudzonymi emocjami jako szczególnie istotny jest podkreślany w

²⁰ Paszkowska-Rogacz A.: *Psychologiczne podstawy wyboru zawodu: przegląd koncepcji teoretycznych*. Warszawa 2003.

²¹ Parsons F.: *Choosing a vocation*. Boston-New York 1909.

²² Holland J.L.: *Making vocational choices. A theory of vocational personalities and work environments*. Odessa 1992.

²³ Lazarus R., Folkman S.: *Transactional theory and research on emotions and coping*. European Journal of Personality 1987, 1, 141-70.

²⁴ Ogińska-Bulik N.: *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych: źródła, konsekwencje, zapobieganie*. Warszawa 2006.

²⁵ Doliński Z.: *Mechanizmy wzbudzania emocji*. [w:] Strelau J. (red.). *Psychologia*. Podręcznik akademicki. T.2 (s. 319-30). Warszawa 2000.

ujęciu funkcjonowania człowieka w sytuacji pracy, określanym mianem *positive organization scholarship* (POS).²⁶ Dokonując przeglądu literatury można napotkać także inne, niemal synonimiczne pojęcia oznaczające kwantum specyficznych cech czy predyspozycji podmiotu, które w szczególności sposób ułatwiają radzenie sobie z trudnymi sytuacjami. Określa się je m.in. jako pozytywne stany psychologiczne charakteryzujące się poczuciem pewności, że podjęcie koniecznego wysiłku pozwoli na skuteczne rozwiązanie problemu bądź poradzenie sobie z nim. Piszemy również o dokonywaniu pozytywnych atrybucji przyczyn aktualnych i przeszłych sukcesów, dążeniu do celów pomimo napotykania przeszkód lub o odporności i zdolności do podnoszenia się po porażkach, czy o znaczeniu sił charakteru dla wysokiej jakości życia – także w kontekście pracy zawodowej.^{27,28} Najczęściej przywoływane przez psychologów pracy rodzaje i typy zasobów zostały zestawione w tabeli.

Tabela. Zasoby osobiste w klasyfikacyjnym ujęciu autorów.

Zasoby osobiste (Ogińska-Bulik)	Zasoby wewnętrzne (Lazarus, Folkman)	Zasoby psychiczne (Adamiec, Kozusznik)	Pozytywny kapitał psychologiczny (Luthans, Avolio)
<ul style="list-style-type: none"> • poczucie koherencji • poczucie własnej wartości • poczucie własnej skuteczności • optymizm życiowy • inteligencja emocjonalne 	<ul style="list-style-type: none"> • zdrowie • pozytywne przekonanie na temat sytuacji • zdolność do rozwiązywania problemów (umiejętność poszukiwania i rozwiązań) • zdolności społeczne (umiejętność komunikowania się, podejmowanie zachowań skutecznych i zgodnych z normami społecznymi) 	<ul style="list-style-type: none"> • motywacja • wiara w siebie • ekstrawersja • aktywność • kreatywność • umiejętności społeczne (w tym asertywność) • samokrytycyzm • realizm • wytrwałość w dążeniu do celu • nastawienie praktyczne • niska reaktywność • odporność na stres 	<ul style="list-style-type: none"> • sprężystość psychiczna (odporność psychiczna) • poczucie własnej skuteczności • pozytywne atrybucje przyczyn sukcesów (optymizm) • nadzieja ukierunkowana na cel

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując tę część rozważań można stwierdzić, że psychologia podkreśla zatem funkcjonalną rolę zasobów osobistych jako czynników protekcyjnych - chroniących

²⁶ Cameron K.S. et al (red.): *Positive organization scholarship: foundations of a new discipline*. San Francisco 2003, s. 3-13.

²⁷ Adamiec M., Kozusznik B.: *Zarządzanie zasobami ludzkimi: aktor, kreator, inspirator*. Kraków 2000.

²⁸ Luthans F., Avolio B.J., Avey J.B., Norman S.M.: *Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction*. Personnel Psychology 2007, 60, 541-72.

człowieka przed negatywnymi zjawiskami emocjonalnymi i zdrowotnymi, a także regulujących proces radzenia sobie z trudnościami.

Dokreślając także aktywność zawodową człowieka.²⁹ Koncepcja inteligencji emocjonalnej, zawarta w pracach twórców tego pojęcia – P. Saloveya i J.D. Mayera – skupia w sobie różne aspekty psychiki, które łącznie tworzą wymiar odpowiedzialny za nasze radzenie sobie z emocjami, wiedzę o nich oraz umiejętność wykorzystywania ich do realizowania własnych zamiarów. Podstawowe mechanizmy inteligencji emocjonalnej to: rozpoznawanie i ekspresja emocji, rozumienie własnych oraz cudzych stanów emocjonalnych, emocjonalne wspomaganie myślenia i pozostałych procesów poznawczych, a wreszcie kontrolowanie uczuć własnych i innych ludzi.³⁰ Związki inteligencji emocjonalnej z funkcjonowaniem zawodowym w dalszym ciągu nie są potwierdzone wnikliwymi i powtarzalnymi wynikami badań, opartych na rzetelnej metodologii. Dostępne dane wskazują, że tylko niektóre wymiary inteligencji emocjonalnej mogą okazać się satysfakcjonującymi predyktorami efektywności i satysfakcji zawodowej. Część badań wskazuje raczej na moderujący a nie pośredniczący wpływ wymiarów inteligencji emocjonalnej na sukces w pracy, zadowolenie czy wreszcie efektywność (w tym efektywność kierowania ludźmi), co tym bardziej powoduje, że zweryfikowanie stawianych hipotez z zastosowaniem typowych podejść badawczych stanowi duże wyzwanie.³¹ Pomimo tych trudności publikowane są wyniki z badań dotyczących związków pomiędzy wymiarami inteligencji emocjonalnej a zmiennymi determinującymi funkcjonowanie poznawcze i społeczne. Pierwszymi z tego obszaru były badania przeprowadzone przez L.T. Lam i S.L. Kirby. Autorki dowiodły, że zarówno ogólny wynik, jak i wyniki w poszczególnych wymiarach tej inteligencji są pozytywnie skorelowane z wynikami osiąganymi przez osoby badane podczas wykonywania trudnych i stresujących zadań poznawczych. Wysoki poziom inteligencji emocjonalnej łączył się z krótszym czasem wykonania zadań i mniejszym natężeniem reakcji stresowej.³² Natomiast C.L. Gohm badając w kontekście inteligencji emocjonalnej sposoby radzenia sobie z sytuacjami emocjogennymi, regulacje nastroju oraz osądy społeczne, opisała cztery typy strategicznego radzenia sobie z emocjami.³³ Innych danych potwierdzających wpływ inteligencji emocjonalnej na strategie radzenia sobie z uczuciami dostarczają badania J.J. Grossa i O.P. Johna, nad wsparciem i ponownym oszacowaniem, jako dwiema drogami radzenia sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi.³⁴ Przywołane dane, a szczególnie wyniki badań dotyczących strategii radzenia sobie z wpływem emocji na funkcjonowanie poznawcze i społeczne, są niezmiernie ważne z punktu widzenia badań osób pracujących w zawodzie pracownika socjalnego i innych zawodach zaufania społecznego. Profesje te można bowiem z pewnością zaliczyć do kategorii zawodów wymagających wykonywania pracy emocjonalnej, czyli podejmowania wysiłku związanego ze szczególnym kontrolowaniem przeżywania i ekspresji własnych emocji. Użyte tu pojęcie *pracy emocjonalnej*, wprowadzone do piśmiennictwa przez A.R. Hochschild, opiera się na założeniu, że niektóre aktywności zawodowe wymagają okazywania szczególnych emocji i jednocześnie powstrzymywania ekspresji uczuć niepożądanych w danej roli, miejscu czy sytuacji. Zgodnie z definicją tego pojęcia, w

²⁹ Śmieja M., Orzechowski J. (red.): *Inteligencja emocjonalna: fakty, mity, kontrowersje*. Warszawa 2008.

³⁰ Salovey P., Mayer J.D., Caruso D.: *Pozytywna psychologia inteligencji emocjonalnej*. [w]: Czapiński J. (red.). *Psychologia pozytywna: nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa 2004.

³¹ Furnham A.: *Personality and intelligence at work. Exploring and explaining individual differences at work*. London-New York 2008.

³² Lam L.T., Kirby S.L.: *Is emotional intelligence an advantage? An exploration of emotional and general intelligence on individual performance*. *The Journal of Social Psychology* 2002, 142, 133-143.

³³ Gohm C.L.: *Mood regulation and emotional intelligence: individual differences*. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003, 84, 594-607.

³⁴ Gross J.J., John O.P.: *Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationship, and well-being*. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003, 85, 348-62.

sytuacjach zawodowych istotę pracy emocjonalnej stanowi zdolność do wyrażania pożądanych przez pracodawcę stanów emocjonalnych bez względu na stan własny, odczuwany w danej sytuacji w sposób naturalny i spontaniczny. A.R. Hochschild za prototypowe dla pracy emocjonalnej uznaje zawody usługowe, w których kontakt z klientem (podopiecznym) jest zasadniczą formą aktywności, a jego usatysfakcjonowanie staje się naczelnym zadaniem pracownika.³⁵ W tak określonych warunkach pracy wysiłek włożony w kontrolę własnych emocji i w monitorowanie oraz ewentualne modelowanie uczuć drugiej strony interakcji (klienta) jest znaczny, a wymagane kompetencje w tym zakresie wysokie. Za pewnik należy zatem uznać, że osoby o wysokim poziomie inteligencji emocjonalnej powinny osiągać lepsze wyniki w pracy oraz odczuwać wyższą z niej satysfakcję. Tym samym poziom inteligencji emocjonalnej jawi się jako kolejny, ważny predyktor satysfakcji zawodowej osób wykonujących zawód pracownika socjalnego.

Optymizm życiowy. Jest to raczej pojęcie potoczne, traktowane jako jedna z typologicznych cech człowieka, związane z przekonaniem, że w życiu będą się przytrafiać raczej dobre niż złe rzeczy i zdarzenia. W psychologii problematyka optymizmu nie jest zbyt często podejmowana. Nawet w powszechnie znanym i cenionym słowniku psychologii A.S. Reber i E. Reber nie znajdziemy tam takiego hasła.³⁶ Raczej uwaga badaczy skupiona była na jego kontratybie, czyli „nierealistycznym optymizmie” – sposobie myślenia zdominowanym przez fantazję i wyobraźnię. Pierwszą spójną psychologiczną konceptualizację optymizmu zaproponowali M.F. Scheier i C.S. Carter – autorzy regulacyjnej teorii optymizmu. Wywodzi się ona z poszukiwania podstawowych motywów ludzkiej aktywności. Wg autorów takim głównym motywem jest dążenie do osiągania wyznaczonych celów. Natomiast wybór danych celów jest uzależniony od tego, czy i w jakim stopniu człowiek optymistycznie ocenia możliwość ich osiągnięcia (czyli prezentuje odpowiedni poziom tzw. optymizmu dyspozycyjnego).³⁷ Niestety teoria ta nie podejmuje kwestii tego, jakie są źródła optymistycznych przekonań o sukcesach. Czy leżą one w ufności we własne możliwości, czy raczej wynikają z korzystnych dla człowieka okoliczności zewnętrznych? W świetle wyników późniejszych badań wydaje się, że oba źródła optymistycznych przekonań są równie prawdopodobne. Niektórzy autorzy wskazują i podkreślają znaczącą motywacyjno-emocjonalną rolę optymizmu w funkcjonowaniu w sytuacjach zawodowych. Z całą pewnością są takie funkcje zawodowe, w których poziom optymizmu pracownika nie jest szczególnie istotny, w większości przypadków jednak pracownik z niskim poziomem optymizmu może ponosić ogromne szkody psychologiczne wykonując powierzone mu zadania zawodowe. Optymizm wydaje się szczególnie związany z takimi profesjami, które wymagają wchodzenia w intensywne relacje interpersonalne, podejmowania nowych zadań czy kreatywnego rozwiązywania problemów. Ponieważ tymi cechami charakteryzuje się środowisko pracy pracowników socjalnych, dlatego uogólnienie podkreślające wagę poziomu optymizmu dla tej grupy zawodowej nie jest nadużyciem. W wielu badań (niestety pracownicy socjalni jak dotychczas w naszym kraju nie byli ich podmiotem) ujawniono zależności pomiędzy poziomem optymizmu a efektywnością pracy. Optymizm wspomaga realizację ról zawodowych, szczególnie wymagających pracy twórczej oraz wydatkowania dużego wysiłku umysłowego (np. funkcje kierownicze). Optymizm pracownika może stanowić zatem czynnik przesądzający o sukcesie zawodowym. Pracownika socjalnego powinien cechować wysoki poziom optymizmu, co ułatwi mu sprostanie aktualnym wymaganiom w miejscu pracy, a tym samym stanie się dodatkowym źródłem zadowolenia z pracy.

³⁵ Hochschild A.R.: *Zarządzanie emocjami: komercjalizacja ludzkich uczuć*. Warszawa 2009.

³⁶ Reber A.S., Reber E.S. *Słownik psychologii*. Warszawa 2008.

³⁷ Scheier M.F., Carver C.S. Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 1985, 4, 219-47.

Styl poznawczy. W literaturze przedmiotu styl definiuje się zazwyczaj jako określony i typowy dla danej osoby sposób kompozycji lub organizacji ciągów czynności poznawczych i związanych z nimi czynności behawioralnych (zachowań). Style pełnią funkcję regulatora aktywności.³⁸ Najczęściej opisywane są w piśmiennictwie style poznawcze i ich konsekwencje regulacyjne. Duże zainteresowanie badaczy tą problematyką powoduje, że spotykamy bardzo liczne propozycje typologiczne i definicyjne tego pojęcia. Można przyjąć, że styl poznawczy można traktować jako indywidualny sposób spostrzegania, myślenia, uczenia się i rozwiązywania problemów lub uogólniając – że styl poznawczy wyraża zindywidualizowany sposób organizowania przetwarzania informacji oraz doświadczeń życiowych. Oznaczać może również ogólny (dominujący) i stosunkowo niezmienny sposób organizacji elementarnych operacji umysłowych bądź czynności. Integrując różne aspekty definiujące można stwierdzić, że styl poznawczy przejawia się w sposobie spostrzegania bodźców i wykorzystywania zawartych tam informacji do regulowania własnej aktywności mentalnej, tj. myślenia, przeżywania emocji i działania.³⁹

W koncepcjach stylów najczęściej wymienia się takie kategorie jak analityczność i globalność – jako przeciwstawne bieguny stylu przetwarzania informacji. Równie często rozważa się refleksyjność – impulsywność, jako wymiary stylu odpowiedzialnego za szybkość i dokładność procesów poznawczych. Ważnym wymiarem stylów jest także zależność, oraz logiczność, intuicyjność, elastyczność, kreatywność, giętkość, otwartość, sekwencyjność, akceptowalność zmian czy innowacyjność.⁴⁰ Niezależnie od nomenklatury pojęciowej style poznawcze (aktywności, behawioralne, działania) wyrażają różnice indywidualne w sposobach przetwarzania i organizacji odbieranej stymulacji, co znajduje wyraz w specyficznej konfiguracji cech i charakterystyk aktywności umysłowej i zachowania. Ze względu na regulacyjne funkcje stylów poznawczych wśród teoretyków zajmujących się psychologią organizacji i zarządzania wzrasta zainteresowanie tym zagadnieniem. Istnieją już – oparte na dowodach naukowych – empiryczne wskazania uwzględniające aplikacyjne znaczenie stylów poznawczych dla zarządzania kadrami, doradztwa zawodowego i edukacji. Ustalono, że style poznawcze i behawioralne odgrywają kluczową rolę w identyfikacji psychologicznych determinant jakości i efektywności pracy. Podjęto także badania nad związkami tego czynnika z satysfakcją zawodową, jednak wyniki dotychczasowych analiz nie są jednoznaczne. Wskazują one na silne podmiotowe uwarunkowania, jak i ograniczenia efektywności pracy i zadowolenia u osób prezentujących dany styl poznawczy. Warto zatem eksplorować problematykę stylów jako podmiotowych determinant sukcesu zawodowego i satysfakcji z pracy, szczególnie że w dotychczasowych badaniach - w kontekście regulacyjnych funkcji stylów poznawczych - raczej koncentrowano się na źródłach psychologicznie negatywnych konsekwencji pracy, tj. stresu, wypalenia zawodowego i dyssatisfakcji zawodowej.

Wartości. Począwszy od czasów platońskich, wartością przypisuje się walor bytu niezależnego od umysłu, idei tworzących uniwersalia. Współczesne rozważania filozoficzne w tej kwestii kontynuowane są w ramach aksjologii, gdzie podejmuje się w szczególności zagadnienia ich źródeł oraz sposobów ich istnienia. Psychologia koncentruje się raczej na temacie poznawczego ich ujmowania, rozumienia oraz na sposobach i uwarunkowaniach ich realizowania. Znaczenie tej kategorii pojęciowej w naukach społecznych wynika m.in. z faktu, że wartości powszechnie uznawane w danym społeczeństwie stanowią element szeroko

³⁸ Reber A.S., Reber E.S. Słownik psychologii. Warszawa 2008, s.753.

³⁹ Cools E, van den Broeck H.: *Development and validation of the cognitive style indicator*. The Journal of Psychology 2007, 141, 359-87.

⁴⁰ Nosal C.S.: *Różnice w stylach myślenia i uczenia się*. Przegląd Psychologiczny 2000, 43, 469-80.

rozumianej jego struktury.⁴¹ Obszar aktywności zawodowej, również w znacznej mierze zakotwiczony w kulturze i determinowany przez nią, jest zarazem silnie związany z wartościami, które w warunkach środowiska pracy mają znaczenie głównie motywacyjne. Sięgając do podstaw teoretycznej refleksji nad kwestią znaczenia wartości należy przede wszystkim przywołać teorię M. Schelera. Jest to jedna z najbardziej znanych i wpływowych teorii aksjologicznych, opierająca się na uniwersalistycznym i normatywnym znaczeniu wartości. Autor różnicuje pojęcie wartości (kontekst społeczny) z pojęciem etosu (kontekst indywidualny), tj. sferą wartości subiektywnie odczuwanych, analizowanych i manifestowanych przez danego człowieka. Ponadto wg M. Schelera, wartości pozostają we wzajemnych relacjach i tworzą układ hierarchiczny: najniższe – wartości hedonistyczne; średniego poziomu – wartości utylitarne; witalne – wartości związane z życiem; duchowe – prawda, piękno; najwyższe – wartości absolutne (świętości). Analizowany tu aspekt aktywności zawodowej można przyporządkować do wartości z poziomu średniego, przy czym wartości z innych modalności mogą mieć ważne znaczenie w sytuacjach zawodowych. Pomimo faktycznej roli jaką wartości odgrywają w wyborach i ocenach zawodowych dokonywanych przez jednostkę, w naszym kraju poświęcono im stosunkowo niewiele badań empirycznych – w porównaniu do puli badań przeprowadzonych nad potrzebami, motywami czy postawami zawodowymi. W psychologii definicja wartości jest oparta na odniesieniu ich do przekonań o pożądanym stanie rzeczy. Wartości stanowią swoiste reprezentacje poznawcze i mają zdolność kierowania wyborami oraz wpływają na ocenę zachowań lub zjawisk. Mają one zatem charakter zdecydowanie bardziej subiektywny, pozanormatywny, a także indywidualistyczny i refleksyjny, w porównaniu z aksjologiczną teorią M. Schelera. Przykładem takiego psychologicznego podejścia jest teoria M. Rokeacha. Zakłada ona, że wartości są fenomenem podmiotowym, tzn. charakteryzują raczej jednostkę, podmiot niż świat i jego strukturę. Stanowią element systemu przekonań, swobodnego modelu świata, który każdy człowiek tworzy indywidualnie na swój użytek. M. Rokeach przyjął, że wartości stanowią jeden z centralnych filarów owego systemu.⁴² Jest to założenie pozostające w sprzeczności z uniwersalistycznymi założeniami M. Schelera i wydaje się być podstawowym rozróżnieniem pomiędzy podejściem filozoficznym a psychologicznym, co ma swoje implikacje metodologiczno-empiryczne. Odnoszona do wartości uznanych za indywidualnie znaczące motywacja osiągnięć, w powiązaniu z wysokim uspołecznieniem, stanowi ważny warunek sukcesu społecznego i ekonomicznego. Okazuje się, że uogólniona, zintegrowana wiedza o sobie i własnym funkcjonowaniu w świecie społecznym nie tylko pełni funkcję poznawczą, interpretacyjną, ale jest także istotną determinantą i predyktorem podejmowanych przez jednostkę działań i decyzji. Badania socjologiczne dowodzą, że Polacy, choć cenią pracę samą w sobie jako wartość, prawdopodobnie nie traktują jej jako wartości autotelicznej. Traktują pracę jako najważniejszy środek do realizowania innych wartości – głównie bezpieczeństwa ekonomicznego swojego i swojej rodziny. Wieloletnie dane z Diagnozy społecznej dowodzą, że system wartości Polaków jest niezwykle stabilny; wśród 13-stu wyróżnionych wartości, respondenci wskazywali na pracę jako trzecią, czwartą w kolejności znaczenia dla udanego życia.⁴³ Odmienne spojrzenie na pracę prezentuje K. Obuchowski w swojej teorii sensu życia i postulowana w jej ramach sensotwórcza wartość pracy. Uznaje się w niej rolę pracy jako podstawowej aktywności człowieka – rolę nie instrumentalną, lecz tworzącą autonomiczne wartości.⁴⁴ Obuchowski zakłada, że istnieją zawody, których wykonywanie jest szczególnie predestynowane do tworzenia wartości i sensów. Są to m.in.

⁴¹ Brzozowski P.: *Wzorcowe hierarchie wartości: polska, europejska czy uniwersalna. Psychologiczne badania empiryczne*. Lublin 2007.

⁴² Rokeach M.: *The nature of human values*. Michigan 1973.

⁴³ Czapiński J., Panek T.: *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa 2013.

⁴⁴ Obuchowski K.: *Przez galaktykę potrzeb: psychologia dążeń ludzkich*. Poznań 1995.

zawody: lekarza, nauczyciela, duchownego czy też polityka, jako związane z posłannictwem i służeniem innym. Bez wątplenia do tej listy można dopisać zawód pracownika socjalnego. Autor przyznaje jednak, że sens życia może nadawać każda praca, o ile jest realizacją głębokich potrzeb jednostki i przynosi adekwatną do włożonego w nią wysiłku satysfakcję. Konsekwencją takiej postawy jest indywidualizacja własnej aktywności i wnoszenie elementów związanych z „ja” w aktywność zawodową, także identyfikacja z zawodem, a nawet niezwykle pozytywne uczucie dumy z wykonywania tej, a nie innej pracy. Podejście K. Obuchowskiego może być bardzo inspirujące dla obszaru analiz powiązań satysfakcji odczuwanej w pracy zawodowej z jej aksjologicznym wymiarem, a szczególnie powiązania pracy z wartościami nadrzędnymi, które występują w zawodach sensotwórczych, takich jak pracownik socjalny.

Podsumowanie

Zainteresowanie badaczy problematyką satysfakcji zawodowej pracowników i jej konsekwencjami sięga pierwszych dekad XX w. Prawdopodobnie pierwszą pracą dotyczącą zadowolenia z pracy była opublikowana w 1927 roku książka H. de Man'a pod tytułem *Der Kampf um die Arbeitsfreude*.⁴⁵ W 1939 roku F. Roethlisberger i W.J. Dickson opublikowali opracowanie, w którym na podstawie przeprowadzonych badań wykazali, że wysoka satysfakcja zawodowa znacząco zwiększa efektywność pracowników.⁴⁶ Te wyniki zainspirowały innych autorów do dokładniejszego zajęcia się tą problematyką. W rezultacie, począwszy od lat 40-tych XX wieku, zadowolenie z pracy jest jednym z najintensywniej badanych zjawisk psychologicznych związanych z wykonywaniem zawodu.⁴⁷ Aktualnie satysfakcja zawodowa definiowana jest zazwyczaj jako zespół pozytywnych postaw i uczuć człowieka wobec środowiska pracy i wykonywanych przez niego obowiązków zawodowych.⁴⁸ Zależy ona od relacji pomiędzy tym, co człowiek inwestuje w wykonywaną pracę (np. czas, zaangażowanie, kreatywność), a tym co otrzymuje w zamian (wynagrodzenie, możliwość rozwoju, relacje koleżeńskie, poczucie spełnionej misji). Zadowolenie jest oczywiście również zależne od tego, na ile praca zaspokaja potrzeby jednostki i na ile jest zgodna z jej oczekiwaniami. Innymi słowy poziom satysfakcji jest różnicą pomiędzy tym, co pracownik otrzymuje w pracy, a tym co sądzi, że powinien otrzymać. Im różnica ta jest mniejsza, tym zadowolenia z pracy wyższe.⁴⁹

W perspektywie psychologicznej można przyjąć, że satysfakcja zawodowa stanowi zarazem cel, jak efekt dobrze zaplanowanej i wykonanej pracy. Jest naturalnym dążeniem niemal każdej osoby wykonującej pracę zawodową, jednak jej znaczenie wydaje się mieć wartość szczególną w odniesieniu do osób, wykonujących zawody zaufania publicznego. Wynika to m.in. ze środowiskowych uwarunkowań wykonywania profesji społecznych, związanych z dużym obciążeniem emocjonalnym i stresem. Najważniejsze stresory w zawodzie pracownika socjalnego to: znaczna liczba osób z problemami życiowymi, z którymi pracownik się codziennie kontaktuje i za których jest odpowiedzialny; negatywne emocje wyrażane przez klientów (strach, niechęć, lekceważenie, roszczenie); samoświadomość negatywnych i nierzadko nieodwracalnych konsekwencji własnych działań dla innych osób (np. wnioskowanie o ograniczenie opieki rodzicielskiej), konieczność motywowania i

⁴⁵ za: Bugdol M.: *Wartości organizacyjne. Szkice z teorii organizacji i zarządzania*. Kraków 2006.

⁴⁶ Roethlisberger F.J., Dickson, W.J.: *Management and the worker: an account of a research program conducted by the Western electric company, Hawthorne works, Chicago*. Cambridge 1939.

⁴⁷ Quarstein V. A., McAfee R. B., Glassman, M.: *The situational occurrences theory of job satisfaction*. Human relations 1992, 45, 859-73.

⁴⁸ Staples, D. S., Higgins, C. A.: *A Study of the Impact of Factor Importance Weightings on Job Satisfaction Measures*. Journal of Business and Psychology 1998, 13, 211-32.

⁴⁹ Hellriegel, D., Locum, J. W., Woodman, R. W.: *Organizational Behaviour*. St. Paul 1992.

przekonywania ludzi do działań dla nich w danym momencie niekomfortowych (np. podjęcie leczenia odwykowego).

W niniejszym artykule zaprezentowano zasadnicze, w ocenie autora, uwarunkowania procesu pracy osób wykonujących jedną z profesji społecznych - pracowników socjalnych - prowadzące do uzyskania wysokiego zadowolenia z pracy. Skupiono się na uwarunkowaniach i determinantach podmiotowych, które zarazem zostały potraktowane jako predykatory satysfakcji zawodowej. Literatura przedmiotu jak dotychczas nie zawiera monograficznego przedstawienia tej problematyki w odniesieniu do grupy zawodowej pracowników socjalnych, obejmującego zarysowany tu model problemowy, oparty na pojęciach zainteresowań zawodowych, zasobów wewnętrznych, inteligencji emocjonalnej, optymizmu, stylu poznawczego i wyznawanych wartości. Uzyskane dane empiryczne w tym zakresie zapewne byłyby zgodne z tymi, które uzyskano w badaniach innych wolnych zawodów, a tym samym stały by się znaczącym argumentem w debacie nad rolą i miejscem pracowników socjalnych w systemie praktyki pomocy społecznej, opartej w szczególności na podejściu podmiotowym.

Bibliografia

1. ADAMIEC M., KOŻUSZNIK B.: *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Kraków 2000.
2. ARGYLE M.: *Psychologia szczęścia*. Wrocław 2004.
3. ARMSTRONG M.: *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Kraków 2000.
4. BALCAR B., GASIOROWSKA A.: *Zmiana paradygmatu diagnozy zainteresowań zawodowych w doradztwie zawodowym. Testy w poradnictwie zawodowym*. Zeszyty Informacyjno-Metodyczne Doradcy Zawodowego 2006, 37, 77-98.
5. BAŃKA A.: *Psychologia organizacji*. [w:] Strelau J. (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3. Gdańsk 2002.
6. BAŃKA A.: *Psychopatologia pracy*. Poznań 2006.
7. BRZEZIŃSKA A.: *Společna psychologia rozwoju*. Warszawa 2000.
8. BRZOZOWSKI P.: *Wzorcowa hierarchia wartości: polska, europejska czy uniwersalna. Psychologiczne badania empiryczne*. Lublin 2007.
9. CAMERON K.S. et all (red.): *Positive organization scholarship: foundations of a new discipline*. San Francisco 2003.
10. COOLS E, van den Broeck H.: *Development and validation of the cognitive style indicator*. The Journal of Psychology 2007, 141, 359-87.
11. CZAPIŃSKI J., PANEK T.: *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa 2013.
12. DOLIŃSKI Z.: *Mechanizmy wzbudzania emocji*. [w:] Strelau J. (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T.2. Warszawa 2000.
13. FURNHAM A.: *Personality and intelligence at work. Exploring and explaining individual differences at work*. London-New York 2008.
14. GLISZCZYŃSKA X.: *Poczucie własnej skuteczności w procesie pracy*. [w:] Gliszczyńska X. (red.). *Psychologiczny model efektywności pracy*. Warszawa 1991
15. GOHM C.L.: *Mood regulation and emotional intelligence: individual differences*. Journal of Personality and Social Psychology 2003, 84, 594-607.
16. GROSS J.J., John O.P.: *Individual differences In two emotion regulation processes: implications for affect, relationship, and well-being*. Journal of Personality and Social Psychology 2003, 85, 348-62.
17. HELLRIEGEL, D., LOCUM, J. W., WOODMAN, R. W.: *Organizational Behaviour*. St. Paul 1992.
18. HERZBERG F.: *The New industrial psychology*. Industrial and Labor Relations Review, 1965, 18, 364-76.

19. HOCHSCHILD A.R.: *Zarządzanie emocjami: komercjalizacja ludzkich uczuć*. Warszawa 2009.
20. HOLLAND J.L.: *Making vocational choices. A theory of vocational personalities and work environments*. Odessa 1992.
21. LAM L.T., KIRBY S.L.: *Is emotional intelligence an advantage? An exploration of emotional and general intelligence on individual performance*. The Journal of Social Psychology 2002, 142, 133-43.
22. LAZARUS R., FOLKMAN S.: *Transactional theory and research on emotions and coping*. European Journal of Personality 1987, 1, 141-70.
23. LUTHANS F., AVOLIO B.J., AVEY J.B., NORMAN S.M.: *Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction*. Personnel Psychology 2007, 60, 541-72.
24. MASLOW A.: *Motywacja i osobowość*. Warszawa 2006.
25. NOSAL C.S.: *Różnice w stylach myślenia i uczenia się*. Przegląd Psychologiczny 2000, 43, 469-80.
26. OBUCHOWSKI K.: *Przez galaktykę potrzeb: psychologia dążeń ludzkich*. Poznań 1995.
27. OGIŃSKA-BULIK N.: *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych: źródła, konsekwencje, zapobieganie*. Warszawa 2006.
28. PARSONS F.: *Choosing a vocation*. Boston-New York 1909.
29. PASZKOWSKA-ROGACZ A.: *Psychologiczne podstawy wyboru zawodu: przegląd koncepcji teoretycznych*. Warszawa 2003.
30. PRATH M.G., ASHFORTH B.E.: *Fostering meaningfulness in working and at work*. [w:] Cameron K.S. et al (red.). Positive organization scholarship: foundations of a new discipline. San Francisco 2003.
31. REBER A.S., REBER E.S. *Słownik psychologii*. Warszawa 2008.
32. ROETHLISBERGER F.J., DICKSON, W.J.: *Management and the worker: an account of a research program conducted by the Western electric company, Hawthorne works, Chicago*. Cambridge 1939.
33. ROKEACH M.: *The nature of human values*. Michigan 1973.
34. SALOVEY P., MAYER J.D., CARUSO D.: *Pozytywna psychologia inteligencji emocjonalnej*. [w:] Czapiński J. (red.). Psychologia pozytywna: nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka. Warszawa 2004.
35. STAPLES, D. S., HIGGINS, C. A.: *A Study of the Impact of Factor Importance Weightings on Job Satisfaction Measures*. Journal of Business and Psychology 1998, 13, 211-32.
36. ŚMIEJA M., ORZECZOWSKI J. (red.): *Inteligencja emocjonalna: fakty, mity, kontrowersje*. Warszawa 2008.
37. WOJTCZAK K.: *Zawód i jego prawna reglamentacja. Studium w zakresie materialnego prawa administracyjnego*. Poznań 1999.

Kontakt:

dr Przemysław Bury
 Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu (PL)
 Instytut Socjologii
 Zakład Badań Problemów Społecznych i Pracy Socjalnej
 e-mail: pbury@amu.edu.pl

Sociálna inklúzia osôb so zdravotným znevýhodnením zamestnaných v chránených dielňach a zmysel ich života

Agnesa Kočíšová (SR)

Abstrakt: Osoby so zdravotným znevýhodnením v SR sa v súvislosti s ich ekonomickým statusom nachádzajú v nepriaznivej situácii, pričom takmer deväťdesiat percent z nich je neaktívnych. V príspevku sa autorka v teoretickej rovine venuje možnostiam ich zamestnatelnosti a zamestnanosti ako súčasť konceptu aktívnej inklúzie: pri ľahších znevýhodneniach na otvorenom trhu práce, pri ťažších v chránenom a podporovanom zamestnaní. V empirickej rovine sú v príspevku prezentované výsledky výskumu zameraného na prežívanie zmyslu života a jeho jednotlivých komponentov u osôb so zdravotným znevýhodnením zamestnaných v chránených dielňach. Znovuobjavenie zmysluplnosti života pôsobí ako významný faktor inklúzie osôb so zdravotným znevýhodnením; v uvedených súvislostiach je pritom potrebné hľadať nové možnosti pracovníkov pomáhajúcich profesií vrátane sociálnych pracovníkov.

Kľúčové slová: Osoby so zdravotným znevýhodnením, sociálna inklúzia, chránené zamestnanie, chránené dielne, chránené pracoviská, podporované zamestnanie, zmysel života.

Abstract: Persons with disabilities in Slovakia in relation to their economic status are in an unfavorable situation, with almost ninety percent of them are inactive. In this paper, the author addresses the theoretical possibilities of their employability and employment as part of the concept of active inclusion: in lighter disadvantaged in the open labor market, the more difficult in sheltered and supported employment. At the empirical level are presented in this paper results of research focused on the meaning of life and survival of the individual components of people with disabilities employed in sheltered workshops. Rediscovering the meaningfulness of life is an important driver of inclusion of persons with disabilities, in that context, while it is necessary to look for new opportunities for workers helping professions, including social workers.

Keywords: People with disabilities, social inclusion, sheltered employment, sheltered workshops, sheltered employment, supported employment, the meaning of life.

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 „Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie“

Sociálna inklúzia osôb so zdravotným znevýhodnením

Problematika sociálnej exklúzie a chudoby patrí aj na začiatku tretieho tisícročia k hlavným spoločenským témam v celom globalizujúcom sa svete. Sociálnu inklúziu môžeme vnímať ako stav, kedy sa akýmkoľvek spôsobom znevýhodnená osoba, vyčlenená na okraj spoločnosti vracia späť do spoločnosti, ktorá akceptuje jeho odlišnosť a poskytuje mu možnosti a príležitosti opätovnej sociálnej integrácie. J. Jandoudrek (2007) definuje inklúziu ako vyšší stupeň integrácie znevýhodnených jednotlivcov do spoločnosti a jej inštitúcií; rozhodujúcim dôvodom je subjektívny prínos plynúci z nej pre osobu so znevýhodnením. Podľa autora sa požaduje zmena pohľadu od „aj odlišných ľudí sme povinní brať medzi seba“ k novému postoju „každý z nás je nejaký odlišný, každý potrebuje a má právo na individuálny prístup“. Pod sociálnou inklúziou osôb so zdravotným znevýhodnením rozumieme proces ich zapájania do života spoločnosti a to v zmysle získavania či znovunadobudnutia primeranej

spoločenskej akceptácie a komplexnej občianskej, ekonomickej, sociálnej a politickej integrácie tak, aby mohli slobodne participovať na živote spoločnosti. OECD v súvislosti s bojom proti sociálnej exklúzii vo svojej správe z roku 2010 uvádza, že najlepším spôsobom ako bojovať proti závislosti na dávkach a proti exklúzii medzi ľuďmi so zdravotným postihnutím je *podporiť ich reintegráciu do zamestnania, keď môžu a chcú pracovať*.

Transformácia na trhovú ekonomiku znamenala pre ohrozené skupiny znevýhodnenie v postavení na trhu práce. Podľa K. Repkovej a D. Kešelovej (2012) súčasný trh práce v Slovenskej republike neponúka dostatok vhodných pracovných miest pre osoby so zdravotným znevýhodnením; v súvislosti s ich ekonomickým statusom sa nachádzajú v nepriaznivej situácii, takmer 90 % z nich je neaktívnych a ich životné potreby sú pokrývané prevažne dávkami sociálnej ochrany.

Pri hľadaní odpovedí na otázku, aké je postavenie človeka so zdravotným znevýhodnením v dnešnej spoločnosti, je potrebné vychádzať predovšetkým z pohľadu na človeka v holistickom ponímaní ako na jedinečnú bio-psycho-socio-spirituálnu bytosť. Pri zohľadňovaní všetkých uvedených aspektov je vďaka tomuto prístupu zdravotné znevýhodnenie čoraz častejšie vnímané nie ako diagnóza alebo kategória, ale ako určitá dimenzia. Tento postoj nám umožňuje otvoriť úplne nové možnosti v sociálnej práci aj v sociálnych službách a podstatným spôsobom zmeniť doterajšie paradigmy. Pod týmto zorným uhlom nemôžeme vymedzovať zdravotné znevýhodnenie iba negatívnym spôsobom: *“čo všetko konkrétny jednotlivec nemôže“* (s ohľadom na svoje znevýhodnenie), ale celkom naopak definovať: *„čo všetko je daný jednotlivec schopný zvládnuť“*, (pri rešpektovaní jeho znevýhodnenia). V zmysle významných medzinárodných dokumentov, akými sú napr. Listina základných práv a slobôd, Európska sociálna charta (1996), Madridská deklarácia (2002, 2003) je potrebné zdôrazňovať právo na zachovanie ľudskej dôstojnosti, deklarovanie rovnakých príležitostí, odstraňovanie všetkých bariér vedúcich k sociálnej exklúzii a diskriminácii a všestranne podporovať sociálnu inklúziu osôb so zdravotným znevýhodnením. Boj proti sociálnej exklúzii by mal byť založený predovšetkým na *vytváraní vhodných podmienok na trhu práce*, na zabezpečovaní vhodných flexibilných a rôznych netradičných foriem zamestnania, na možnosti skrátenej pracovnej doby, na vytváraní vhodných podmienok pre podporované zamestnávanie a chránené zamestnávanie.

Zamestnávanie osôb so zdravotným znevýhodnením v chránených dielňach a na chránených pracoviskách

Zamestnávanie osôb so zdravotným znevýhodnením v chránených dielňach (CHD) a na chránených pracoviskách (CHP) upravuje *Zákon č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti*. V zmysle uvedeného zákona je *chránená dielňa* pracoviskom, na ktorom právnická osoba alebo fyzická osoba zriadi viac ako jedno pracovné miesto pre občana so zdravotným postihnutím. *Chránené pracovisko* je pracovisko, na ktorom právnická osoba alebo fyzická osoba zriadi pracovné miesto pre občana so zdravotným postihnutím, pričom sa pracovné miesto nevytvára v chránenej dielni. S účinnosťou od 1.5.2013 bol *Zákon č. 5/2004 o službách zamestnanosti* zmenený a doplnený novelou zákona č. 96/2013, pričom v oblasti podpory zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím sa niektoré doteraz *obligatórne* príspevky premenili na *fakultatívne*, čiže už nebudú právne nárokovateľné a niektoré príspevky sa zrušili úplne:

Obligatórne príspevky	-Príspevok na činnosť pracovného asistenta (§ 59),
(právne nárokovateľné)	-Príspevok na úhradu prevádzkových nákladov chránenej dielne alebo chráneného pracoviska a na úhradu nákladov na dopravu zamestnancov (§ 60),

- Fakultatívne príspevky** (nebudú právne nárokovateľné) -Príspevok na zriadenie chránenej dielne alebo chráneného pracoviska (§ 56),
-Príspevok na udržanie občana so zdravotným postihnutím v zamestnaní (§ 56 a),
-Príprava na pracovné uplatnenie občana so zdravotným postihnutím (§ 55a),
- Zrušené príspevky** -Oprávnené náklady na zaškolenie a prípravu na prácu (§ 55 b),
-Oprávnené náklady súvisiace so zaškolením a prípravou na prácu (§ 55 c),
-Príspevok na obnovu alebo technické zhodnotenie hmotného majetku chránenej dielne alebo chráneného pracoviska (§ 57 a).

Zdroj: Zákon č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti zmenený a doplnený novelou zákona č. 96/2013 s účinnosťou od 1.5.2013.

Povinnosťou právnickej osoby a fyzickej osoby, ktorá zriadila chránenú dielňu alebo chránené pracovisko, je informovať príslušný úrad práce, sociálnych vecí a rodiny o každej zmene súvisiacej s priznaním postavenia CHD alebo CHP vrátane prípadov, ak dochádza k zmene počtu pracovných miest na chránenom pracovisku a požiadať o zmenu priznaného postavenia, ktoré bolo vydané iba na chránené pracovisko.

Účel príspevku na zriadenie CHD alebo CHP (§ 56) smeruje len na zriadenie pracovného miesta v chránenej dielni alebo na chránenom pracovisku pre občana so zdravotným postihnutím, ktorý bol vedený v evidencii uchádzačov o zamestnanie najmenej jeden mesiac. Vylúčilo sa jeho poskytovanie na účel úhrady mzdových nákladov alebo ich časti, ktoré si bude môcť CHD alebo CHP uplatniť prostredníctvom príspevku podľa § 60. Znížila sa výška uvedeného príspevku, pričom jeho maximálna výška bude 4-násobok celkovej ceny práce pre bratislavský kraj, a 4,8 až 5,2 - násobok celkovej ceny práce pre ostatné kraje v závislosti od miery nezamestnanosti. Dĺžka zachovania zriadeného pracovného miesta je jednotná pre malé, stredné ako aj pre ostatné podniky, a to dva roky. Ďalej je potrebné poukázať aj na ďalšie zmeny a to v príspevku na udržanie občana so zdravotným postihnutím v zamestnaní (§ 56a), v príspevku na činnosť pracovného asistenta (§ 59), ako i v príspevku na úhradu prevádzkových nákladov chránenej dielne alebo chráneného pracoviska a na úhradu nákladov na dopravu zamestnancov (§ 60); avšak pre potreby predkladaného príspevku nie je možné z dôvodov priestorového obmedzenia hlbšie sa nimi zaoberať.

Jedným z faktorov, ktorý môžeme považovať za dôležitý pre sociálnu inklúziu osôb so zdravotným znevýhodnením je potreba zmysluplnosti ich života; následne si priblížime problematiku zmyslu života, teoretické prístupy vybraných významných predstaviteľov, ako i významné komponenty zmyslu života.

Zmysel života osôb so zdravotným znevýhodnením zamestnaných v chránených dielnach

Otázka zmyslu života sprevádza ľudstvo po celú dobu jeho existencie, pričom nájst' odpoveď na otázku zmyslu života nie je vôbec ľahké. U väčšiny autorov, ktorí sa pýtali na zmysel života alebo zmysel smrti, je možno nájst' filozofické, sociologické, psychologické alebo teologické pozadie. Sociálne vedy, ale zvlášť filozofia a religionistika ukazujú, že na otázku zmyslu nemožno odpovedať ani na základe vnútorných zážitkov jednotlivca, lebo sú u každého iné a preto nemajú normatívny ráz (Tavel, 2004). Hľadanie odpovedí na otázky zmyslu života je špecificky ľudskou záležitosťou, J. Křivohlavý (2006, s. 49) uvádza: „*Tvorba zmyslu a nachádzanie zmysluplnosti života je základný a podstatne dôležitý ľudský psychický proces.*“ Je to jeden zo znakov, ktorými sa ľudia odlišujú od živočíšnej ríše. Pýtame sa: *Prečo sme na svete? Aký má náš život zmysel?* Odpovede však nie sú jednoduché, zmysel je ťažko uchopiteľný a existuje mnoho teórií, ktoré sa o to pokúšajú. P. Tavel (2004)

uvádza, že bolo vytvorených okolo 170 definícií zmyslu. Problematike súvisiacej so zmyslom života sa venovali mnohí významní autori ako napr. A. Adler (1998); V. E. Frankl (1985, 1994, 1996, 1997, 2006a, 2006b, 2009); A. Längle (2008); E. Lukasová (1998) ap.; v českých a slovenských podmienkach sa zmyslu života venujú napr. P. Tavel (2004); K. Balcar (2005); J. Křivohlavý (2006); D. Kováč (2003, 2004, 2007); P. Halama (2007) a mnohí ďalší. O rozšírenie pojmu *zmysel života* sa najviac zaslúžil viedenský psychiater a filozof V. E. Frankl. V jeho logoterapii a existenciálnej analýze má ústredné miesto tzv. „*vôľa k zmyslu*“, ktorú chápe ako ľudskú túžbu nájsť a naplniť v živote nejaký zmysel a hodnoty (Frankl, 1985, 1994, 1996, 1997, 2009). Táto túžba je podľa neho hlavnou motivačnou silou človeka a chronické zlyhávanie v jej uskutočňovaní vedie k existenciálnemu vákuu (nedostatok zmyslu a existenciálna nenaplnenosť), ktoré môže byť príčinou psychickej patológie, najmä depresie a tzv. noogénnej neurózy. Frankl chápal vytváranie zmyslu života ako proces odhaľovania hodnôt a cieľov v jednotlivých situáciách života. Život má podľa neho zmysel v každej situácii, úlohou človeka je tento zmysel objaviť a realizovať. Aj v utrpení a v bezvýhodiskových situáciách môže človek nájsť zmysel pomocou ľudskej schopnosti sebatranscendencie, ktorá umožňuje prekročiť okruh vlastných potrieb a zamerať sa na hodnoty mimo seba.

Popri logoterapii zavedenej V. E. Franklom je potrebné spomenúť aj *na zmysel zamerané poradenstvo (meaning-centered counseling)*. Podľa P. Halamu (2007, s. 192) pojem zaviedol P. T. P. Wong v roku 1998, pričom ide „*o súhrnný konceptuálny model zdôrazňujúci ústrednú rolu zmyslu života v procese adaptácie a osobného rastu. Tento model predpokladá, že osobný rast primárne závisí od chápania a prijatia zmyslu osobnej situácie, vlastnej existencie, ako aj snahy o naplnenie hodnotných životných cieľov.*“ Podľa autora výsledky výskumov potvrdili dôležitú úlohu iných ľudí a zážitku spoločenstva, pomoci či príkladu iných pri budovaní zmyslu života, ktorú možno využiť aj v skupinovej terapii.

V. E. Frankl (2009) realizoval štatistickú sondu medzi poslucháčmi svojich prednášok na Lekárskej fakulte Viedenskej univerzity a medzi svojimi poslucháčmi v USA. Až 40 % opýtaných poslucháčov vo Viedni a 81 % opýtaných poslucháčov v USA sa vyjadrilo, že zažilo pocit bezzmyselnosti. Až 18 % amerických študentov v ankete vyhlásilo, že život nemá žiadny zmysel; pol milióna teenagerov v Amerike sa každý rok pokúsilo o samovraždu, čo podľa Frankla tiež súviselo s otázkou zmyslu života.

Zmysel života je odpoveďou na naliehavú otázku: „*Pre čo žiť?*“ A. Längle (2002, s. 7) hovorí: „*Človek sa nechce „nechať žiť“ v tupej a slepej pasivite. Chce vedieť a cítiť, k čomu tu je, pre čo má niečo vykonať. Chce svoj život vo vzťahu k svojmu okoliu a k druhým ľuďom spoluutvárať. Chce byť tam, kde je možné cítiť cenu života a chce mať podiel na tom, čo je vo svete zaujímavého, krásneho a významného.*“ Práve to dáva životu cenu. Hľadanie zmyslu je proces, ktorý má dva znaky: musí prebiehať neustále a nikto v ňom nemôže človeka zastúpiť (Längle, 2002). Podľa autora má tak hľadanie zmyslu tie isté znaky ako život, ktorý musí žiť vždy len človek sám a vždy stále znovu. S problematikou zmyslu úzko súvisí pojem cieľ. Yalom (2006) uvádza, že pokiaľ máme pocit zmysluplnosti, vnímame, že život má určitý účel alebo funkciu, ktorú môžeme naplniť, a nejaký cieľ alebo ciele, o ktoré môžeme usilovať.

Výskum zameraný na prežívanie zmyslu života osôb so zdravotným znevýhodnením zamestnaných v chránených dielňach

Cieľom realizovaného výskumu bolo zistiť, k akým zmenám dochádza v prežívaní zmyslu života u osôb so zdravotným znevýhodnením zamestnaných v chránených dielňach a zistiť, ktorých komponentov zmyslu života sa zmeny dotýkajú najviac. Ďalej zistiť, aké rozdiely existujú v prežívaní zmyslu života u našich respondentov z hľadiska rodu a z hľadiska veku v jednotlivých kategóriách. Pri získavaní respondentov sme využili spoluprácu Úradov práce, sociálnych vecí a rodiny v Košickom kraji, do výskumu bolo zapojených 42 osôb so

zdravotným znevýhodnením zamestnaných v chránených dielňach (z toho 20 mužov a 22 žien) vo veku od 25 do 62 rokov: 5 osôb so zrakovým znevýhodnením, 4 osoby so sluchovým znevýhodnením, 7 osôb s mentálnym znevýhodnením a 26 osôb s telesným znevýhodnením. Jednou z použitých výskumných metód bol štandardizovaný dotazník Test životných cieľov (PIL, Purpose in Life test), ktorého autormi sú Crumbaugh a Maholick (1964). Prvú časť uvedeného dotazníka tvorí 20-položkový test so 7-bodovou škálou zameraný na nasledovné komponenty zmyslu života: *afirmácia žitia* (otázky č. 3, 4, 7, 8, 11, 12, 17, 20), *životná spokojnosť* (otázky č. 1, 2, 5, 6, 9, 19), *vnímanie slobody* (13, 14, 18), *strach zo smrti* (15), *uvažovanie nad suicídium* (16) a *hodnota života* (10).

Pri kvantitatívnej analýze získaných výsledkov sme zistili, že priemery hrubého skóre dosiahnuté v komponentoch *afirmácia žitia* (5,57), *životná spokojnosť* (5,28) a *hodnota života* (5,36) boli v *pásme mierneho nadpriemeru*, čo znamená, že respondenti sa intenzívne zaoberajú otázkami zmyslu života a na tieto otázky sa snažia nájsť adekvátne odpovede; hodnoty v *pásme priemeru* boli dosiahnuté v komponentoch: *vnímanie slobody* (4,65), *strach zo smrti* (3,83) a *uvažovanie nad suicídiom* (3,92).

Z kvantitatívnej analýzy výsledkov výskumu ďalej vyplynulo, že v napĺňaní komponentov zmyslu života sa preukázali signifikantné rozdiely medzi jednotlivými kategóriami buď z hľadiska rodu alebo z hľadiska veku. Pri štatistickom spracovaní výsledkov bol použitý program Statistik SPSS (t-testy významnosti rozdielov medzi dvomi nezávislými skupinami). Pre prezentáciu výskumu v našom príspevku vyberáme iba niektoré štatisticky významné výsledky (pri stanovenej hladine významnosti $p \leq 0,05$). Predpokladali sme, že v oblasti *afirmácie žitia* budú ženy vykazovať vyššie skóre. Prostredníctvom t-testu boli pri hodnotení komponentu *afirmácia žitia* zistené štatisticky významné rozdiely (0,041), pričom ženy dosiahli signifikantne vyššie skóre v porovnaní s mužmi; hypotéza sa potvrdila. Ďalej sme predpokladali, že v oblasti *životnej spokojnosti* budú muži vykazovať nižšie skóre. Prostredníctvom t-testu boli pri hodnotení komponentu *životná spokojnosť* zistené štatisticky významné rozdiely (0,023), pričom muži dosiahli signifikantne nižšie skóre v porovnaní so ženami; uvedená hypotéza sa potvrdila. Z kvalitatívnej analýzy výsledkov výskumu a z neštrukturovaných rozhovorov zameraných na význam práce v chránených dielňach pre respondentov vyplynulo, že najväčší prínos vidia v šanci realizovať sa prostredníctvom práce s perspektívou uplatniť sa neskôr aj na otvorenom trhu práce, v možnosti zlepšiť si finančnú situáciu svoju aj svojej rodiny, ďalej v možnosti spoločenského uplatnenia, ako aj v možnosti byť členom pracovného kolektívu, v ktorom zdieľajú spoločné ciele i spoločné problémy.

Príklady dobrej praxe v zamestnávaní osôb so zdravotným postihnutím vo vybraných krajinách Európskej únie

K. Repková a D. Kešelová (2012) uvádzajú viaceré príklady dobrej praxe v zamestnávaní osôb so zdravotným postihnutím vo vybraných krajinách EÚ. Napr. program SPAGAT v Rakúsku vo Vorarlbergu sa sústreďuje na pomoc a podporu v zamestnávaní osôb so zdravotným postihnutím, ktorí sú podľa legislatívy klasifikovaní ako „neschopní pracovať“. Program je riadený *Inštitútom pre sociálne služby (Institut für Sozialdienste, IFS)*. V súčasnosti je program rozšírený pre všetkých mladých ľudí s postihnutím vo Vorarlbergu, ktorí boli v škole považovaní za „*ťažko postihnutých*“ a pomáha im počas tranzície zo školy do práce, pričom im umožňuje slobodu výberu medzi povoláním v chránených dielňach alebo v podporovanom zamestnaní na otvorenom trhu práce. Hlavnými metódami programu je plánovanie zamerané na osobu (*Person Centred Planning*) s vytvorením „*okruhov podpory*“ a založením pozície mentorov v podnikoch; pracovné miesta sú šité na mieru kompetenciám jednotlivca a možným oblastiam pracovnej aktivity v podniku. Výhodou je, že program je schopný sprevádzať svojich klientov tak dlho, ako je potrebné na získanie udržateľného zamestnania alebo v niektorých prípadoch aj na rozvoj nových kariérnych príležitostí.

Z ďalších uvádzaných príkladov dobrej praxe v zamestnávaní osôb so zdravotným postihnutím v európskych krajinách vyberáme nasledovné:

- projekt „*Chanceforum*“ v rakúskom Korutánsku vedený organizáciou AUTARK (prostredníctvom uvedeného programu bolo iba v r. 2008 zamestnaných 50 osôb so zdravotným postihnutím);

- vzdelávací projekt „*Rovné príležitosti pre všetkých*“ ako súčasť programu „*Práca bez bariér*“ vedený spoločnosťou EON v Nemecku, ktorá ponúkla mladým ľuďom s ťažkým zdravotným postihnutím možnosť prípravy a vyučenia sa, pričom im po ich absolvovaní ponúkla riadne zamestnanie v uvedenej spoločnosti;

- v Holandsku v r. 2003 *Agentúry duševného zdravia* rozbehli program podporovaného zamestnávania s účasťou 319 klientov od 18 rokov veku, ktorí prejavili záujem zamestnať sa v bežnom zamestnaní. Súčasne sa zaviedol systém hodnotenia „*Podporované zamestnávanie: úloha pracovného poradcu, osoby s postihnutím/chronickou chorobou a zamestnávateľa*“.

- program „*Job Coach*“ v poľskej Wroclawi funguje od r. 2002 a jeho cieľom je získať a udržať si zamestnanie pre osoby so stredným a ťažkým stupňom zdravotného postihnutia na otvorenom trhu práce. Cieľovou skupinou sú osoby s mentálnym postihnutím a s problémami s duševným zdravím vo veku 20 až 35 rokov. V r. 2007 spustil Štátny fond pre rehabilitáciu program s názvom „*Job Coach – podporované zamestnávanie ľudí s postihnutím*“; adresámi tohto programu sú samosprávy a mimovládne organizácie (Repková, Kešelová, 2012).

V Kanade bol v r. 1994 založený Inštitút NIDMAR (*National Institute of Disability Management and Research*), ktorý vyvinul program pod názvom NIDMAR; v súčasnosti je k dispozícii v 28 krajinách vrátane SR (od r. 2011). Vzdelávacie aktivity programu sú rozdelené do 24 modulov, ktorými sa účastníci pripravujú na získanie certifikátu *Medzinárodnej rady pre štandardy v oblasti manažmentu postihnutia (The International Disability Management Standards Council)*. Manažment postihnutia je vysoko úspešný prístup v rámci pomoci ľuďom so zdravotným znevýhodnením pri získaní a udržaní si práce.

Záver

V. E. Frankl (2009, s. 88) predniesol myšlienku s vysokou výpovednou hodnotou: „*Človek je v konečnom dôsledku a pôvodne oduševnený, takpovediac nadšený svojou vôľou k zmyslu – túžbou v čo najvyššej miere naplniť svoj život zmyslom a bojuje o obsah života, jeho zmysel*“; pričom uvedenými slovami zdôraznil nepostrádateľnú potrebu zmysluplnosti života každého človeka. Na základe dostupných teoretických poznatkov zo zahraničnej i našej odbornej literatúry a v zmysle výsledkov realizovaných výsledkov je potrebné v závere príspevku opätovne zdôrazniť, že hľadanie a vnímanie zmyslu života osôb so zdravotným znevýhodnením ako aj objavovanie jeho zmysluplnosti a znovuobjavovanie nových životných perspektív pôsobia ako významný faktor ich sociálnej inklúzie; v uvedených súvislostiach je pritom potrebné hľadať nové možnosti pre pracovníkov všetkých pomáhajúcich profesií vrátane sociálnych pracovníkov.

Literatúra:

FRANKL, V. E. 2006. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta. 219 s. ISBN 80-7295-085-1.

FRANKL, V. E. 2009. *Psychoterapia pre laika*. Bratislava: LÚČ. 176 s. ISBN 978-80-7114-690-2.

HALAMA, P. 2007. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: SAP. 222 s. ISBN 978-80-8095-023-1.

LÄNGLE, A. 2002. Brno: Cesta. *Smysluplně žít*. 79 s. ISBN 80-7295-037-1.

National Institute of Disability Management and Research. 2003. *Disability Management in the Workplace: A Guide to Establishing a Joint Workplace Program*. Port Alberni: NIDMAR.

- REPKOVÁ, K., KEŠELOVÁ, D. 2012a. *Chránená práca pre občanov so zdravotným postihnutím v EÚ a odporúčania pre SR*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny. 66 s.
- REPKOVÁ, K., SEDLÁKOVÁ, D. 2012b. *Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte*. Bratislava: WHO. 77 s. ISBN 978-80-970993-9-8.
- REPKOVÁ, K., BRICHTOVÁ, L. 2009. *Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím*. Bratislava: EPOS. 463 s. ISBN 978-80-8057-909-8.
- SMITH, R. 2009. *Doing Social Work Research*. Maidenhead: Open University Press. 217 p. ISBN 978-033523564-3.
- TAVEL, P. 2004. *Zmysel života podľa V. E. Frankla*. Bratislava: IRIS. 270 s. ISBN 80-89018-81-5.
- The European Disability Strategy 2010-2020. People with disabilities have equal rights*. European Commission, 2010. ISBN 978-92-79-16836-9.
- YALOM, I. D. 2006. *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál. 520 s. ISBN 80-7367-147-6.
- ZÁHORCOVÁ, V. et al. 2011. *NIDMAR. Vzdelávací program pre získanie kvalifikácie profesionálov v oblasti začleňovania zdravotne postihnutých*. Bratislava: SÚPZ. 56 s.
- Zákon o službách zamestnanosti č. č. 5/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov*.

Kontakt:

PhDr. Agnesa Kočišová, PhD.
Katedra sociálnej práce, FF UPJŠ v Košiciach
E-mail: agnesa.kocisova@upjs.sk

Pomoc społeczna i praca socjalna w środowisku miejskim na przykładzie miasta Sanoka

Piotr Frączek (PL)

Streszczenie: *Historia pomocy osobom doświadczającym biedy i chorób sięga początków ludzkości. Zawsze istniały pewnego rodzaju formy pomocy dla tych osób, jednak w różnych okresach przyjmowały bardziej bądź mniej ustrukturyzowany charakter. Celem prezentowanego artykułu jest przedstawienie systemu pomocy społecznej i pracy socjalnej świadczonej w środowisku miejskim Sanoka. Tekst składa się z trzech części. W pierwszej części zawarto rozważania teoretyczne o pomocy społecznej i pracy socjalnej. Następnie przedstawiono w ujęciu syntetycznym charakterystykę ekonomiczno-społeczną miasta Sanoka. W trzeciej części przedstawiono analizę pomocy socjalnej i pracy socjalnej na terenie miasta Sanoka w latach 2009-2012.*

Słowa kluczowe: *system socjalny, służby socjalne, praca socjalna, odbiorcy świadczeń socjalnych, środowisko miejskie*

Abstract: *The history of assistance to people experiencing poverty and disease dates back to the origins of humanity. There have always been some kind of assistance for these people, but at different times adopt a more or less structured nature. The aim of the article is to present the system of social assistance and social work provided in the urban environment Sanok. The text consists of three parts. The first part contains theoretical considerations of social welfare and social work. Then presented in terms of a synthetic economic and social characteristics of the town of Sanok. In the third part analyzes the social welfare and social work in the town of Sanok in 2009-2012.*

Keywords: *social system, social services, social work, recipients of social benefits, the urban environment.*

Wstęp

Historia pomagania osobom doświadczającym biedy i chorób jest bardzo długa. Praktycznie od początku ludzkości istniały jednostki, czy też całe grupy społeczne, które własnymi siłami nie były w stanie zaspokajać swoich potrzeb, w tym podstawowych potrzeb egzystencjonalnych. Dlatego też zawsze świadczona była takim osobom pomoc. Na samym początku miała ona wyłącznie formę charytatywną świadczoną przez kościół, towarzystwa dobroczynne, by w okresie późniejszym przyjąć bardziej ustrukturyzowaną formę, której końcowym etapem było wyodrębnienie pracy socjalnej jako odrębnej profesji i dyscypliny naukowej. Można zatem przyjąć, że impulsem ewolucji pracy socjalnej (a w szerszym ujęciu także pomocy społecznej) były problemy społeczne, które sprawiały, że istniała pewnego rodzaju deprywacja społeczna. Deprywacja społeczna jest zjawiskiem uniwersalnym, które występowało i zawsze będzie występować, ponieważ zawsze będą także występować zróżnicowania i nierówności między ludźmi. W dużym uproszczeniu można przyjąć, że oznacza ona brak bądź poważne ograniczenia zasobów warunkujących maksymalizację szans jednostki na przetrwanie, możliwości rozwoju, realizacji celów życiowych, bądź zapewnienia potomstwu szans na wszechstronny rozwój. Niezaspokojone kwestie społeczne będą także warunkować w przyszłości dalszą ewolucję pracy socjalnej i pomocy społecznej.

Celem prezentowanego artykułu jest przedstawienie systemu pomocy społecznej i pracy socjalnej świadczonej w środowisku miejskim na terenie miasta Sanoka. Na wstępie artykułu zostaną syntetycznie zaprezentowane teoretyczne ramy pomocy społecznej i pracy socjalnej.

Następnie zostanie przedstawiona charakterystyka ekonomiczno-społeczna miasta Sanoka. Kończącym etapem będzie analiza pomocy społecznej i pracy socjalnej na terenie miasta Sanoka w latach 2009-2012.

Rozważania teoretyczne o pomocy społecznej i pracy socjalnej

Duża liczba beneficjentów świadczeń socjalnych zarówno w krajach europejskich i pozaeuropejskich prowadzi do rozległych dyskusji o polityce społecznej (zob. min. Erbenova et al. 1998; Hölsch and Kraus 2006; Minas 2010). Taka sytuacja ma także miejsce w Polsce. Ograniczanie wydatków socjalnych nie może jednak doprowadzić do wadliwego funkcjonowania systemu pomocy socjalnej.

Na wstępie podejmowanych rozważań trzeba jednak określić dokładnie czym jest system socjalny. Celem każdego systemu socjalnego jest redystrybucja zasobów materialnych i pozamaterialnych wśród jednostek oraz grup społecznie i ekonomicznie najsłabszych, tak aby wyrównywać szanse życiowe każdego obywatela i minimalizować depryzację społeczną. Działalność tego systemu powinna opierać się na zasadzie solidarności państwa, części obywateli z tymi jednostkami, które są w gorszym położeniu np. osób zdrowych z tymi którzy chorują, osób młodszych ze starszymi, osób które posiadają wysokie dochody z tymi, którzy zarabiają niewiele (Dobre-Baron and Edelhauser 2010, p. 24). Zatem sprawne funkcjonowanie systemu socjalnego z punktu widzenia społeczeństwa jest niezwykle istotne, ponieważ determinuje poziom życia ludności. Tak więc pracownicy socjalni są tą grupą społeczną, która może zobaczyć jak polityka - w tym przypadku polityka społeczna, wpływa na życie ludzi (Shdaimah and McCoyd 2012, p. 28).

W Polsce głównym celem systemu pomocy społecznej jest umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenia trudnych sytuacji, których nie są one w stanie pokonać samodzielnie. Pomoc społeczna w Polsce realizowana jest poprzez podmioty polityki społecznej (rządowe, samorządowe) oraz instytucje trzeciego sektora.

Podstawowym aktem prawnym regulującym zasady działania w zakresie pomocy społecznej jest ustawa z dnia 12 marca 2004 r. (zob. ustawa o pomocy społecznej, Dz.U.2013.182 z późn. zm.). Pomoc społeczna jest udzielana osobom i rodzinom między innymi z powodu: ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, niepełnosprawności lub długotrwałej choroby, przemocy w rodzinie. Pełny katalog powodów udzielania osobom wsparcia zawiera art. 7 ustawy o pomocy społecznej. Świadczenia z pomocy społecznej mogą przyjmować postać pieniężną bądź niepieniężną. Jednocześnie ustawa precyzuje, że pomoc społeczna w Polsce polega w szczególności na:

- przyznawaniu i wypłacaniu przewidzianych ustawą świadczeń,
- pracy socjalnej,
- prowadzeniu i rozwoju niezbędnej infrastruktury,
- analizie i ocenie zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej,
- realizację zadań wynikających z rozeznania potrzeb społecznych,
- rozwijanie nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowania potrzeb (zob. art. 15 ustawy).

Szczegółowe obowiązki gminy w zakresie pomocy społecznej zostały zawarte w art. 16-18 ustawy, jednakże ich dokładny opis zostanie w prezentowanym tekście pominięty, gdyż nie stanowi to głównego przedmiotu zainteresowania prowadzonych analiz, a zainteresowani czytelnicy mogą sięgnąć do wspomianej już ustawy o pomocy społecznej.

W ustawie o pomocy społecznej zawarto również definicję pracy socjalnej. Art. 6 ustawy określa, że praca socjalna to działalność zawodowa 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. Zgodnie z polskim ustawodawstwem praca socjalna prowadzona jest z:

- osobami i rodzicami w celu rozwiązania lub wzmocnienia ich samodzielności życiowej,
- ze społecznościami lokalnymi w celu zapewnienia współpracy i organizacji istotnych dla zaspokajania potrzeb członków społeczności (zob. art. 45 ustawy).

Niezwykle istotnie jest to, że praca socjalna w Polsce jest świadczona osobom i rodzinom bez względu na posiadany dochód, podczas gdy korzystanie z pomocy w formie zasiłków uwarunkowane jest dochodem osoby czy też rodziny.

W przypadku pracy socjalnej wartością dodaną jest możliwość asystowania i pomagania jednostce w odkrywaniu możliwości rozwiązywania swoich problemów (Dolacis 2013, p. 32). Można zatem zaryzykować twierdzenie, że praca socjalna jest tym elementem systemu socjalnego, który ma za zadanie stabilizowanie spójności społecznej. R. Hall słusznie zauważa, że pracownicy socjalni ze względu na rozległość podejmowanych działań muszą być przygotowani na obronę swoich klientów jak adwokaci, nauczanie jak nauczyciele, diagnozowanie jak lekarze i dociekanie jak naukowcy (Hall 2008, p. 391). W przypadku pracy socjalnej trudno jest także mówić o fachowości w klasycznym słowa tego znaczeniu. Ponieważ fachowość oznacza zdolność do realizowania pewnych szczególnych zadań (Jones and Alcabes 1989). Tymczasem w pracy socjalnej kompetencje mogą być uzależnione na przykład od grup do których kierowana jest pomoc (Hall 2008, p. 391).

W Polsce praca socjalna stała się istotnym elementem systemu socjalnego dopiero po roku 1989, gdyż funkcjonujący przed tym okresem ustrój socjalistyczny zakładał, że sam socjalizm jest narzędziem, które rozwiązuje wszystkie problemy społeczne. Podobna sytuacja miała miejsce w innych krajach na świecie na przykład w Chinach (zob. Li et al. 2012, p.635-636) bądź na Sri Lance, gdzie praca socjalna jest dopiero na początkowym etapie rozwoju (Zavirsek and Herath 2010).

Często w literaturze przedmiotu pojawiają się dyskusje czy praca socjalna powinna być kierowana do wszystkich potrzebujących, gdyż np. ludzie ubodzy wymagają głównie wsparcia materialnego i jest to problem ekonomiczny (Dowling 1999). Tymczasem praca socjalna to coś więcej niż ograniczanie się do zaspokajania potrzeb materialnych. Pracownicy socjalni mają się przyczyniać do kompleksowego zaspokajania potrzeb swoich klientów, dzięki czemu można np. uniknąć wysyłania osób ubogich do różnych instytucji. Poza tym wykluczenie społeczne, któremu ma zapobiegać praca socjalna, może mieć swoje źródła pozamaterialne.

W przypadku gospodarki rynkowej konieczne jest jednak wykazywanie się przez pracowników socjalnych przedsiębiorczością, która jak zauważyła S. Fargion jest przygotowaniem do radzenia sobie z nowymi wyzwaniami (Fargion et al. 2011, p. 966). Można wyróżnić 5 cech przedsiębiorczości w pracy socjalnej:

- dostarczanie pracowników socjalnych odpowiednio przygotowanych do radzenia sobie z nowymi wyzwaniami,
- zdolność do wprowadzania i adaptowania nowych metod,
- praca socjalna nie może wyróżniać się tylko intencjami, ale także skutecznymi działaniami pracowników socjalnych,
- pracownik socjalny powinien dążyć do znajdowania nowych zasobów, zaś dostępne zasoby początkowe nie mogą ograniczać wyboru,
- przedsiębiorczość obejmuje ryzyko podejmowania inicjatyw, a także zawieszania danej inicjatywy kiedy wyniki są gorsze od oczekiwań (Fargion et al. 2011, p. 967).

Pomimo takiego spojrzenia na pracę socjalną w warunkach wolnego rynku, należy pamiętać, że praca socjalna nie ma przynosić dochodu. Powinna jednak unikać celów mało realnych i zbyt kosztownych, po to aby uniknąć krytyki jak ma to miejsce na przykład w Wielkiej Brytanii (Coren et al. 2011, p. 394-395). Wszystko to sprawi, że sprawny system socjalny i efektywna praca socjalna będą stabilizowały spójność społeczną w Polsce.

Próba oceny wybranych aspektów sytuacji ekonomiczno-społecznej miasta Sanoka

Ocena sytuacji społeczno-ekonomicznej danej gminy jest w dużej mierze uzależniona od wskaźników, które zostaną wykorzystane podczas analizy. Najbardziej uniwersalnymi wskaźnikami ekonomicznymi, które pokazują jaki jest poziom rozwoju gospodarczego danego regionu są produkt krajowy brutto (PKB)⁵⁰ i wartość dodana brutto (WDB)⁵¹. Niestety nie są one dostępne dla poziomu poszczególnych gmin. Stąd też podczas podejmowania prób określenia sytuacji ekonomiczno-społecznej miasta Sanoka zostaną wykorzystane dane statystyczne pochodzące z Banku Danych Lokalnych –Głównego Urzędu Statystycznego za lata 2009-2012.

Liczba ludności zamieszkującej na terenie Sanoka jest dość stała, oscyluje wokół 39 tysięcy (zob. tab. 1).

Tabela 1. Liczebność i struktura mieszkańców Sanoka oraz liczba bezrobotnych i ofert prac zgłoszonych do Powiatowego Urzędu Pracy w Sanoku

	2009	2010	2011	2012
Liczba ludności ogółem	39287	39569	39305	39375
wg grup wieku (w %)				
0-4 lat	4,72	4,99	4,84	4,74
5-9 lat	4,37	4,49	4,47	4,54
10-14 lat	4,84	4,94	4,87	4,66
15-19 lat	6,83	5,89	5,60	5,51
20-24 lat	8,30	7,23	6,94	6,71
25-29 lat	8,79	9,07	8,99	8,46
30-34 lat	7,92	8,44	8,33	8,50
35-39 lat	6,11	6,99	7,37	7,75
40-44 lat	5,63	5,44	5,58	5,80
45-49 lat	7,14	6,81	6,40	6,07
50-54 lat	9,00	8,67	8,28	7,62
55-59 lat	8,41	8,29	8,44	8,75
60-64 lat	5,92	6,56	7,18	7,50
65-69 lat	3,50	3,43	3,75	4,33
70 lat i więcej	8,52	8,76	8,96	9,07
wg wieku produkcyjnego (w %)				
przedprodukcyjnym	17,8	17,7	17,3	17,2
produkcyjnym	66,9	66,5	66,1	65,4
poprodukcyjnym	15,3	15,7	16,6	17,4
udział bezrobotnych w liczbie ludności w wieku produkcyjnym				
w %	8,0	8,3	7,9	8,1
Liczba ofert pracy zgłoszonych w Urzędzie Pracy				

⁵⁰ **Produkt krajowy brutto (PKB)** przedstawia końcowy rezultat działalności wszystkich podmiotów gospodarki narodowej. Stanowi sumę wartości dodanej brutto wytworzonej przez wszystkie krajowe jednostki instytucjonalne powiększoną o podatki od produktów i pomniejszoną o dotację do produktów. PKB jest prezentowany w cenach rynkowych (definicja pochodzi z Rocznika statystycznego województwa podkarpackiego 2003, Rzeszów 2003).

⁵¹ **Wartość dodana brutto (WDB)** mierzy wartość nowo wytworzoną w wyniku działalności produkcyjnej jednostek instytucjonalnych. Obliczana jest jako różnica między produkcją globalną a zużyciem pośrednim i jest wyrażona w cenach bazowych.

<i>liczba ofert</i>	13	19	12	21
---------------------	----	----	----	----

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Bank Danych Lokalnych- GUS

Rozkład ludności w ujęciu procentowym jest podobny we wszystkich analizowanych latach. Jednakże zauważalne jest starzenie się mieszkańców Sanoka (wiek 60 lat i więcej: 2009 r.- 17,94% ogółu; 2012 r. – 20,9% ogółu). Zmieniają się również grupy mieszkańców w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym. Wskaźnik obciążenia demograficznego wzrósł z 49,5 osób w 2009 roku do 52,9 osób w 2012 roku, co oznacza, że w Sanoku wzrasta liczba osób w wieku poprodukcyjnym przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym.

Niepokojący jest również spadek przyrostu naturalnego oraz ujemne saldo migracji (wewnętrznych i zagranicznych).

Tabela 2. Przyrost naturalny oraz saldo migracji w Sanoku i Rzeszowie w latach 2009-2012

	2009	2010	2011	2012
<i>przyrost naturalny</i>				
<i>Sanok</i>	2,7	1,4	-0,8	1,0
<i>Rzeszów</i>	b.d.	2,9	3,1	3,7
<i>saldo migracji</i>				
<i>Sanok-wewnętrzne</i>	-144	-242	-226	-201
<i>Sanok- zagraniczne</i>	-1	5	-7	-9
<i>Rzeszów- wewnętrzne</i>	brak danych	197	272	681
<i>Rzeszów-zagraniczne</i>	brak danych	-10	3	-3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Bank Danych Lokalnych- GUS

Tymczasem na przykład w Rzeszowie, który jest stolicą województwa podkarpackiego zanotowano dodatni przyrost naturalny oraz dodatnie saldo migracji. Można zatem zaryzykować stwierdzenie, że Sanok nie potrafi stworzyć odpowiednich warunków życia ludności.

Dostępne dane statystyczne pokazują również, że ok. 8% ogółu ludności w wieku produkcyjnym zamieszkującej na terenie Sanoka nie posiada pracy. Niepokojący jest zwłaszcza fakt, że odsetek ten utrzymuje się na niezmiennym poziomie w całym analizowanym okresie. Niekorzystnie wygląda także sytuacja na lokalnym rynku pracy w zakresie ofert pracy zgłaszanych do Urzędu Pracy w Sanoku. Na przykład w roku 2012 zgłoszono jedynie 21 ofert pracy na 2081 osób zarejestrowanych jako bezrobotne.

Oprócz rynku pracy warunki życia ludności determinuje polityka mieszkaniowa.

Tabela 3. Liczba mieszkań oddanych do użytku w Sanoku i Rzeszowie w latach 2009-2012

	2009	2010	2011	2012
<i>Sanok</i>	35	134	41	22
<i>Rzeszów</i>	brak danych	937	1565	1576

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Bank Danych Lokalnych- GUS

Liczba oddanych do użytku w Sanoku mieszkań jest niewielka i wykazuje trend malejący. Sprawia to, że istnieje ograniczona podaż nowych mieszkań na rynku lokalnym.

Przedstawione wcześniej dane liczbowe pokazują, że na terenie miasta Sanoka postępuje proces starzenia się ludności, jest ujemne saldo migracji oraz występuje stabilizacja poziomu bezrobocia i niewielki popyt na pracę, niekorzystna jest również sytuacja w zakresie lokalnej polityki mieszkaniowej. Bez wątpienia te wszystkie czynniki będą w przyszłości generowały

problemy społeczne. Sytuację ekonomiczno-społeczną miasta Sanoka można jednoznacznie określić jako niekorzystną. Wszystko to sprawia, że przed pracownikami socjalnymi będą pojawiały się coraz to nowe wyzwania, a efektywna praca socjalna będzie miała decydujący wpływ na rozwiązywanie problemów społecznych na terenie Sanoka w przyszłości.

Pomoc społeczna i praca socjalna na terenie miasta Sanoka w latach 2009-2012

Jak wspomniano wcześniej sytuacja ekonomiczno-społeczna miasta Sanoka jest niekorzystna. Wywołuje to szereg problemów społecznych, których rozwiązywanie musi wspomagać Ośrodek Pomocy Społecznej. Stan infrastruktury społecznej w Sanoku jest wysoce niezadowolający (zob. tab. 4).

Tabela 4. Infrastruktura społeczna na terenie Sanoka w latach 2009-2012

	2009	2010	2011	2012*
Liczba mieszkań w zasobie gminy	813	811	800	790
Liczba oczekujących na mieszkanie z gminy	242	364	419	436
Liczba mieszkań socjalnych	86	87	88	88
Domy Pomocy Społecznej	0	0	0	0
Środowiskowe domy samopomocy	0	0	0	0
Dzienne domy pomocy	0	0	0	0
Noclegownie i schroniska dla osób bezdomnych	1	1	1	1
<i>liczba miejsc</i>	82	82	82	82
<i>liczba osób korzystających</i>	82	82	82	82
Kluby samopomocy	0	0	0	0
Rodzinne domy pomocy	0	0	0	0
Mieszkania chronione	0	0	0	0
Ośrodki Interwencji Kryzysowej	0	0	0	0
Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze	0	0	0	0
Placówki Opiekuńczo-Wychowawcze	0	0	2	2
<i>liczba miejsc</i>	0	0	60	60
<i>liczba korzystających</i>	0	0	60	60
Centrum Integracji Społecznej	0	0	0	0
Klub Integracji Społecznej	0	0	0	0
Zakład Aktywności Zawodowej	0	0	0	0
Klub Seniora	2	2	1	1
<i>liczba korzystających</i>	12	102	55	48

*prognoza

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sanoku

Na terenie Sanoka istnieją niemalże jedynie samorządowe podmioty polityki społecznej- Ośrodek Pomocy Społecznej oraz Placówki Opiekuńczo-Wychowawcze. Jeżeli chodzi o podmioty pozarządowe to istnieje Schronisko dla Osób Bezdomnych oraz Klub Seniora. Tak niewielka liczba podmiotów nie jest w stanie sprawnie eliminować wszystkich problemów. W MOPS w Sanoku zatrudnionych jest 55 pracowników (zob. tab. 5), z czego większość stanowią pracownicy biurowi (prawie 60% ogółu zatrudnionych).

Tabela 5. Pracownicy zatrudnieni w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Sanoku

	2009	2010	2011	2012*** *
Kadra kierownicza	1	1	1	1
Pracownicy administracyjni	16	17	31	31
Pracownicy socjalni	17	20	22	23
w tym wykształcenie: wyższe	4	6	10	11
<i>Średnie</i>	13	13	13	13
Pracownicy socjalni z 1-ym stopniem specjalizacji w zawodzie	7	7	7	7
Pracownicy socjalni z 2-ym stopniem specjalizacji w zawodzie	1	1	1	1
Prawnicy	1	1	1	2
Psychologowie	1	1	1	1
Wskaźnik biurokratyzacji (liczba pracowników administracyjnych/liczbę wszystkich zatrudnionych w OPS) w %*	44	43	55	53
wskaźnik dostępności kadry pracy socjalnej (liczba pracowników socjalnych x 200)/liczba mieszkańców gminy**	0,92	0,91	1,12	1,16
wskaźnik dostępności pracy socjalnej (liczba pracowników socjalnych x 50)/liczba mieszkańców objętych pracą socjalną***	0,78	0,75	0,92	0,93

* zwiększenie wskaźnika oznacza, że zwiększa się liczba pracowników administracyjnych w stosunku do pracowników socjalnych,

** wzrost wskaźnika oznacza wzrost dostępności pracowników socjalnych

*** wzrost wskaźnika oznacza wzrost dostępności pracy socjalnej

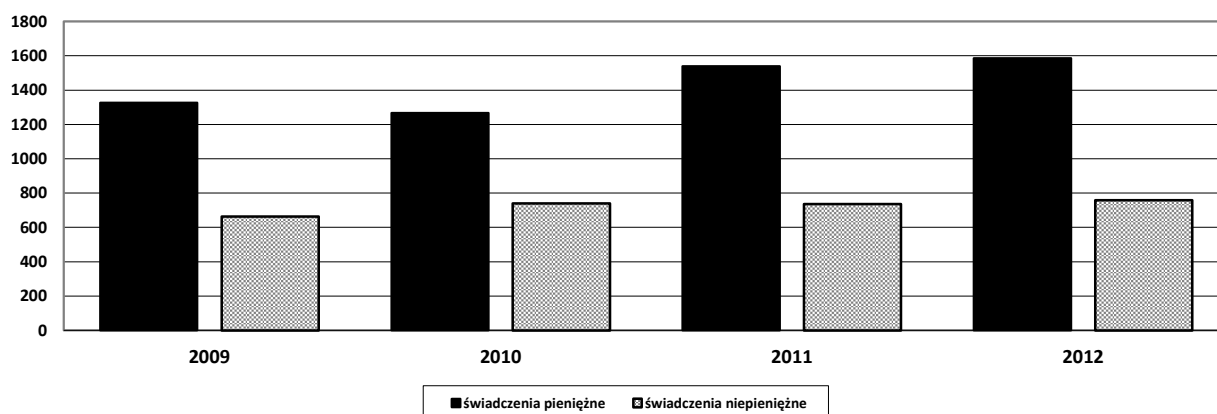
****progniza

Źródło: Jak dla tab. 4

W znacznej większości pracownicy socjalni posiadali wykształcenie średnie, chociaż następują w tym zakresie zmiany. W Ośrodku był zatrudniony 1 psycholog i 1 prawnik, co praktycznie uniemożliwia prowadzenie skutecznej pracy socjalnej w 39 tysięcznej społeczności lokalnej. Niekorzystny jest także wskaźnik biurokratyzacji, który pokazuje, że w kolejnych latach zwiększa się liczba pracowników administracyjnych w stosunku do liczby pracowników socjalnych. W kolejnych latach zwiększała się także nieznacznie liczba pracowników socjalnych, co sprawiało, że nieznacznie poprawiała się wartość wskaźnika dostępu do pracy socjalnej.

System pomocowy w znacznej mierze wspierał osoby potrzebujące poprzez świadczenia pieniężne.

Wykres 1. Pomoc pieniężne i niepieniężne świadczona na rzecz mieszkańców Sanoka w latach 2009-2012



Źródło: Jak dla tab. 4

Powody przyznawania świadczeń na terenie Sanoka można przedstawić za pomocą poniższej tabeli.

Tabela 6. Powody przyznawania świadczeń w Sanoku w latach 2009-2012

	2009	2010	2011	2012*
UBÓSTWO (liczba osób)	1566	1511	1683	1733
liczba świadczeń pieniężnych	1169	1132	1391	1433
liczba świadczeń niepieniężnych	461	555	551	568
<i>Liczba rodzin</i>	784	848	847	862
<i>Liczba osób w rodzinach</i>	2156	2244	2114	2177
BEZROBOCIE (liczba osób)	1270	1230	1367	1408
liczba świadczeń pieniężnych	947	903	1128	1162
liczba świadczeń niepieniężnych	385	455	442	455
<i>Liczba rodzin</i>	581	644	645	664
<i>Liczba osób w rodzinach</i>	1806	1939	1834	1889
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ (liczba osób)	523	499	507	522
liczba świadczeń pieniężnych	375	377	393	405
liczba świadczeń niepieniężnych	155	171	168	173
<i>Liczba rodzin</i>	323	318	306	315
<i>Liczba osób w rodzinach</i>	638	632	576	593
DŁUGOTRWAŁA LUB CIĘŻKA CHOROBA (liczba osób)	830	815	901	928
liczba świadczeń pieniężnych	595	591	661	681
liczba świadczeń niepieniężnych	307	359	360	371
<i>Liczba rodzin</i>	538	551	558	575
<i>Liczba osób w rodzinach</i>	1174	1154	1110	1143
BEZRADNOŚĆ W SPRAWACH OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZYCH I PROWADZENIU GOSPODARSTWA DOMOWEGO	555	516	548	564
liczba świadczeń pieniężnych	60	67	71	73
liczba świadczeń niepieniężnych	248	249	259	267
<i>Liczba rodzin</i>	247	290	282	290

<i>Liczba osób w rodzinach</i>	796	801	707	728
--------------------------------	-----	-----	-----	-----

*prognoza

Źródło: Jak dla tab. 4

Dane liczbowe pokazują, że najczęstszym powodem przyznawania pomocy było ubóstwo i bezrobocie, z roku na rok zwiększała się liczba osób które dotknięte były tymi problemami. Zarówno w przypadku ubóstwa jak i bezrobocia dominowała również pieniężna forma wsparcia. Na podobnym poziomie utrzymywała się liczba osób, które wymagały wsparcia ze względu na niepełnosprawność, długotrwałą chorobę czy bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzeniu gospodarstwa domowego.

System pomocy społecznej w Sanoku w analizowanym okresie wydatkował coraz większe kwoty (zob. tab. 7).

Tabela 7. Środki finansowe przeznaczane na realizację zadań z zakresu pomocy społecznej w Sanoku w latach 2009-2012 (w tys. zł)

	2009	2010	2011	2012
zadania własne gminy				
Przeciwdziałanie alkoholizmowi	674	738	788	807
Domy pomocy społecznej (finansowanie pobytu mieszkańców Sanoka w placówkach poza terenem miasta)	506	704	916	800
Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie	0	0	0	0
Składki na ubezpieczenie zdrowotne	18	46	37	48
Zasiłki i pomoc w naturze	1349	1030	848	717
Zasiłki stałe	0	548	551	523
Utrzymanie ośrodka	1194	1213	1380	1390
Usługi opiekuńcze	724	688	678	656
Ryczałty i dodatki mieszkaniowe	1623	2126	1964	2100
Pomoc Państwa w zakresie dożywiania	164	170	215	240
Prace społecznie-użyteczne	82	75	83	87
Inne Programy	0	0	0	0
Pozostała działalność	79	65	77	74
zadania zlecone				
Usługi specjalistyczne	36	22	37	32
Świadczenia rodzinne i alimenty	8302	8991	8719	8643
Usuwanie skutków powodzi	0	7	0	0

*prognoza

Źródło: Jak dla tab. 4

Niewątpliwie było to związane z liczbą osób, którym przyznano świadczenia z pomocy społecznej. Niestety dane liczbowe pokazują również, że z roku na rok zwiększa się liczba osób, którym odmawia się przyznania zasiłków w formie pieniężnej z różnych powodów (m.in. brak środków, niespełnianie kryterium dochodowego).

Ośrodek Pomocy Społecznej w Sanoku wykorzystywał także środki europejskie (zob. tab. 8).

Tabela 8. Środki pozyskane z EFS (Europejski Fundusz Społeczny) na realizację projektów na terenie Sanoka w latach 2009-2012

	2009	2010	2011	2012*
liczba projektów	1	2	3	3
środki EFS (w tys. zł.)	660	851	1242	2585
liczba osób w projektach EFS w Sanoku	68	141	202	447

*prognoza

Źródło: Jak dla tab. 4

Niestety liczba realizowanych projektów była niewielka (3 projekty). Korzystne jest to, że co roku zwiększała się liczba osób, które były beneficjentami tych projektów.

W zakresie efektywności pomocy społecznej i pracy socjalnej niezwykle istotna jest współpraca z organizacjami pozarządowymi. Stwierdzono, że w Sanoku zwiększyła się liczba organizacji pozarządowych z którymi Ośrodek współpracował (2009 - 19 organizacji, 2012 - 30), co spowodowało wzrost wartości zleconych zadań (2009- 1114 tys. zł; 2012-1200 tys. zł).

Jednym z istotnych elementów systemu pomocowego jest praca socjalna. Niestety informacje o świadczonej pracy socjalnej na terenie miasta Sanoka są ograniczone. Lokalny Ośrodek Pomocy Społecznej gromadzi jedynie dane statystyczne dotyczące świadczonej pracy socjalnej.

Tabela 9. Usługi z zakresu pomocy społecznej świadczone na terenie Sanoka w latach 2009-2012

	2009	2010	2011	2012*
Poradnictwo specjalistyczne (w tym porady prawne, psychologiczne i rodzinne)				
<i>liczba rodzin</i>	105	105	110	113
<i>liczba osób w rodzinach</i>	262	262	274	270
Praca socjalna				
<i>liczba rodzin</i>	1153	1207	1200	1236
<i>liczba osób w rodzinach</i>	3008	3057	2851	2937
Interwencja kryzysowa				
<i>liczba rodzin</i>	2	3	0	2
<i>liczba osób w rodzinach</i>	6	5	0	6
Kontrakt socjalny				
<i>liczba osób</i>	78	59	63	200
Indywidualne programy pomocy (wychodzenia z bezdomności, zatrudnienia socjalnego)				
<i>liczba osób</i>	0	0	0	0
Specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi				
<i>liczba osób</i>	29	29	36	37

*prognoza

Źródło: Jak dla tab. 4

Liczba rodzin objętych pracą socjalną w okresie 2009-2012 nieznacznie zwiększała się (z 1153 rodzin w 2009 r. do 1236 rodzin w 2012 r.). Jednakże malała liczba osób w rodzinach objętych pracą socjalną, co oznacza że ta forma pomocy trafia do coraz mniejszej liczby mieszkańców Sanoka. Jednocześnie porównanie liczby osób, które korzystały z pomocy systemu socjalnego z liczbą osób objętych pracą socjalną pokazuje, jak niewiele osób

potrzebujących objętych jest tą formą wsparcia. Oznacza to, że system socjalny w Sanoku jest nastawiony głównie na pomoc w formie pieniężnej, nie zaś na pracę socjalną która jest niezbędnym uzupełnieniem pomocy materialnej.

Zakończenie

Celem prezentowanego artykułu było przedstawienie systemu pomocy społecznej oraz pracy socjalnej świadczonej w środowisku miejskim na przykładzie miasta Sanoka. Przy formułowaniu wniosków ogólnych należy zachować jednak pewną ostrożność, ponieważ każde środowisko miejskie ma swoją specyfikę lokalną, która może istotnie modyfikować system pomocy społecznej oraz pracę socjalną.

Istotą pracy socjalnej jest pomaganie jednostkom i rodzinom w odkrywaniu możliwych rozwiązań ich problemów oraz pomoc w odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie. Praca socjalna powinna stanowić komplementarny element systemu socjalnego, dzięki czemu możliwe jest osiągnięcie spójności społecznej.

Przeprowadzone analizy pokazały, że sytuacja ekonomiczno-społeczna w Sanoku jest niekorzystna. Na terenie miasta postępuje proces starzenia się ludności, występuje ujemne saldo migracji oraz stabilizacja bezrobocia i stosunkowo niewielki popyt na pracę. Niekorzystna jest także sytuacja w zakresie polityki mieszkaniowej.

W Sanoku istnieją jedynie samorządowe podmioty polityki społecznej, zaś podmioty prowadzone przez organizacje pozarządowe są nieliczne. Tak niewielka infrastruktura społeczna może być istotną barierą w rozwiązywaniu problemów społecznych.

Ośrodek Pomocy Społecznej w Sanoku zatrudniał w większości pracowników administracyjnych, jedynie 40% zatrudnionych stanowili specjaliści w zakresie pracy socjalnej. Główną formą pomocy świadczonej na rzecz mieszkańców stanowiły świadczenia pieniężne, które przyznawano najczęściej z powodu ubóstwa i bezrobocia. System pomocowy wspierały także środki finansowe pochodzące z Europejskiego Funduszu Społecznego, jednak liczba projektów realizowanych na terenie miasta jest niewielka.

Dużo trudności sprawia analiza pracy socjalnej świadczonej na terenie Sanoka. Spowodowane jest to faktem, że Ośrodek Pomocy Społecznej nie prowadzi szczegółowych zbiorów danych, które wskazywałyby komu świadczona jest praca socjalna. Dostępne dane pokazują jednak, że stosunkowo niewielka liczba potrzebujących objęta jest tą formą pomocy. Niekorzystne jest nastawienie systemu socjalnego na formę pomocy materialnej. Niewątpliwie wymaga to zmiany, gdyż dopiero połączenie sprawnego systemu socjalnego i efektywnej pracy socjalnej będzie stabilizowało spójność społeczną na terenie miasta Sanoka. Należy dążyć także do zwiększenia roli pracy socjalnej w systemie pomocowym w mieście Sanoku.

Literatura:

- COREN, Esther, et al. (2011), 'The Contribution of Social Work and Social Interventions Across the Life Course to the Reduction of Health Inequalities: A New Agenda for Social Work Education?', *Social Work Education*, 30 (6), 594-609.
- DOBRE-BARON, OANA Simina and EDELHAUSER, Eduard (2010), 'The Analysis Of Financing The System Of Social Assistance In Romania', *Revista Tinerilor Economisti (The Young Economists Journal)*, 1 (14S), 24-32.
- DOLACIS, Valters (2013), 'HISTORICAL CONSTITUTING CHARACTERISTICS OF CARITATIVE SOCIAL WORK', *Bridges / Tiltai*, 63 (2), 31-41.
- DOWLING, Monica (1999), 'Social Exclusion, Inequality and Social Work', *Social Policy & Administration*, 33 (3), 245-61.

- ERBENOVA, Michaela, SORM, Vit, and TERELL, Katherine (1998), 'Work incentive and other effects of social assistance and unemployment benefit policy in the Czech Republic', *Empirical Economics*, 23 (1-2), 87-120.
- FARGION, Silvia, GEVORGIANIENE, Violeta, and LIEVENS, Pieter (2011), 'Developing Entrepreneurship in Social Work Through International Education. Reflections on a European Intensive Programme', *Social Work Education*, 30 (8), 964-80.
- HALL, Ron (2008), 'The evolution of social work practice: implications for the generalist approach', *International Journal of Social Welfare*, 17 (4), 390-95.
- HÖLSCH, Katja and KRAUS, Margit (2006), 'European schemes of social assistance: an empirical analysis of set-ups and distributive impacts', *International journal of social welfare*, 15 (1), 50-62.
- JONES, JA and ALCABES, A (1989), 'Clients don't sue: the invulnerable social worker', *Social casework*, 70 (7), 414-20.
- LI, Yingsheng, HAN, WEN-JUI, and Huang, Chien-Chung (2012), 'Development of Social Work Education in China: Background, Current Status, and Prospects', *Journal of Social Work Education*, 48 (4), 635-53.
- MINAS, Renate (2010), 'Social expenditures and public administration: are local social assistance costs in Sweden a matter of organisation?', *International Journal of Social Welfare*, 19 (2), 215-24.
- SHDAIMAH, Corey S. and McCOYD, Judith L. M. (2012), 'Social Work Sense and Sensibility: A Framework for Teaching an Integrated Perspective', *Social Work Education*, 31 (1), 22-35.
- ZAVIRSEK, Darja and HERATH, SUBHANGI M. K. (2010), 'I Want to Have My Future, I Have a Dialogue': Social Work in Sri Lanka between Neo-capitalism and Human Rights', *Social Work Education*, 29 (8), 831-42.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U.2013.182 z późn. zm.)
- Urząd Statystyczny (2003), Rocznik Statystyczny Województwa Podkarpackiego 2003 r.; Rzeszów
- Główny Urząd Statystyczny- Bank Danych Lokalnych <http://www.stat.gov.pl>

Adres:

dr Piotr Frączek
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. Grodka w Sanoku
38-500 Sanok ul. Mickiewicza 21, Polska
piotrfraczek1@gmail.com

Zmysel života jedinca s Huntingtonovou chorobou

Katarína Šišanská, Andrea Puškášová (SR)

Abstrakt Autorky sa v príspevku zameriavajú na problematiku zmyslu života jedinca s Huntingtonovou chorobou. Poukazujú na fakt, že ľudský život nemôže byť nikdy bez zmyslu, a to ani v prípade, ak človek trpí nevyliciteľným, smrteľným ochorením. Objasňujú problematiku Huntingtonovej choroby, charakterizujú ju z hľadiska multifaktoriálneho, bio-psycho-spirituálneho modelu. Prezentujú najdôležitejšie zistenia kvalitatívne orientovaného výskumu, realizovaného prostredníctvom kazuistík.

Kľúčové slová: Zmysel života. Huntingtonova choroba. Bio-psycho-spirituálny model choroby.

Abstract: The authors of the report focus on the issue of the meaning of life of individuals with Huntington's disease. Point to the fact that human life can never be meaningless, even if a person suffers from incurable, fatal disease. Clarify the issue of Huntington's disease, characterize it in terms of the multifactorial, biopsychosocial-spiritual model. Present the most important findings qualitatively oriented research, conducted through case reports.

Keywords: Sense of Life. Huntington's disease. Bio-psycho-spiritual disease model.

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 „Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie“

Úvod

Huntingtonová choroba je geneticky podmienená, pričom existuje 50% pravdepodobnosť, že jedinec zdedí patologický gén. Doposiaľ na ňu neexistuje účinná liečba.

Členovia rodiny sú tak daní napospas širokému spektru špecifických prejavov ochorenia. Priebeh ochorenia je pomalý, ale nezvratný. Trvá aj desiatky rokov, pokiaľ sa zo zdravého človeka stane človek úplne závislý na svojej rodine a okolí. Zákernosť tejto choroby podtrhuje aj fakt, že sa doposiaľ nenašiel žiadny liek. Môžeme iba prostredníctvom štandardných liekov zmierniť príznaky tohto ochorenia. Väčšina jedinca do 20 rokov od vypuknutia prvých príznakov tejto zákernej chorobe podľahne.

1 Teoretické východiská

1.1 Problematika zmyslu života

Korene uvažovania o zmysle života môžeme nájsť v niekoľkých disciplínach. K tým zásadným patrí filozofia, teológia a psychológia. Napr. v pastorálnej teológii, ktorá sa v podobe pastoračnej práce stretáva so sociálnou prácou v charitatívnej práci, ide o uznanie dôstojnosti a slobody každej osoby a vzťah solidarity medzi všetkými. Ľudia ako subjekty majú podľa svojho presvedčenia vedome a slobodne jednať a svoje jednanie smerovať k dobru (Elichová, 2010). V psychológii sú pre tému zmyslu života zásadné dva smery. Prvým je existenciálna filozofia a psychológia. Vychádza z S. Kierkegarda a E. Husserla a pokračuje v diele V. E. Frankla a K. Popielskeho. Zmysel života a jeho utváranie sú chápané ako ľudská odpoveď na závažné a konečné otázky ľudskej existencie. Druhým smerom sú teologické a finalistické koncepcie. Ľudská aktivita je v tomto smere určovaná svojím cieľom. Cieľ človeka považuje za rozhodujúci faktor správania osobnosti a vystupuje proti čisto štatistickému chápaniu osobnosti (Dědová, 2010).

„Zmysel života sa chápe ako osobný systém presvedčení, cieľov a hodnôt, ktorý človeku umožňuje prežívať a uvedomovať si a riadiť svoj život ako hodnotný, účelný, a naplňajúci“ (Halama, 2007, s. 56).

Okrem pojmu zmysel života sa používajú aj výrazy ako zmysel existencie, životný zmysel, zmyslupnosť života, pocit zmyslupnosti a pod. V angličtine nájdeme výrazy ako meaning of life alebo meaning in life, v nemčine zase výraz Sinn des Lebens (Halama, 2007).

Podľa V. E. Frankla (In Tavel, 2007) ľudský život nemôže byť nikdy bez zmyslu. Za všetkých podmienok a okolností, aj v ťažkých životných situáciách, existuje možnosť vidieť úlohu, ktorú má človek splniť a tým má splniť aj zmysel bytia. Ani v konfrontácii s prichádzajúcou smrťou nie je život bez zmyslu, lebo i v tomto prípade je človeku pridelená konkrétna, osobná úloha, aj keby išlo iba o nesenie utrpenia ako súčasti jeho údely.

1.2 Huntingtonová choroba

Niektoré ochorenia, ako napríklad diabetes mellitus, rakovina, či srdcovo-cievny infarkt predstavujú bežný fenomén v ordináciách lekárov. Existuje však i nespočetný rad vzácnych diagnóz. Mohlo by sa javiť, že nízka prevalencia ochorenia ospravedlňuje menšiu pozornosť, ktorá je im venovaná. Situácia je však oveľa zložitejšia. To je aj prípad Huntingtonovej choroby. Jej celosvetová prevalencia je odhadovaná na 1 prípad na 10 000 – 20 000 obyvateľov, v krajinách západnej Európy a v Severnej Ameriky na 7-10 prípadov zo 100 000 obyvateľov, a na Slovensku asi 5 prípadov na 100 000 obyvateľov. Dôsledky na osobu, rodinu a okolie sú však oveľa závažnejšie.

Autori G. Dommerholt a K. Varkevisser (2003) uvádzajú, že táto choroba autozómovo nie je viazaná na určité pohlavie, môže postihnúť mužov aj ženy rovnakou mierou. Dominantné je, že každé dieťa toho rodiča, ktorý je nositeľom abnormálneho génu, má 50%-nú pravdepodobnosť, že zdedí chorobu.

Príčina vzniku Huntingtonovej choroby tkvie v bio-psycho-socio-spirituálnom modeli. Na rozdiel od tradičných teórií, tento model bol vyvinutý za účelom vysvetliť komplexné interakcie biologických, psychologických a sociálnych aspektov závislosti. Pôvodne bol navrhnutý ako alternatíva biomedicínskeho modelu, ktorý sa snaží znížiť chorobu jedného zdroja a potom liečiť chorobu s malým ohľadom na iné prispievajúce faktory, ako je pacientovo sociálne správanie alebo psychické schopnosti. V súčasnej dobe slúži tento model na posudzovanie a plánovanie liečby (dostupné na

<http://www.sunshinecoasthealthcentre.ca/biopsychosocial.html>).

Zdôrazňuje sa význam psychických a sociálnych činiteľov pri vzniku rôznych chorôb. Mnohé výskumy, odborná literatúra i prax tvrdia, že ľudské zdravie je závislé od viacerých faktorov. Svetová zdravotnícka organizácia WHO definuje zdravie ako celkový stav telesnej, duševnej a sociálnej pohody a nie len ako neprítomnosť choroby či slabosti. Človeka v zdraví a v chorobe je nutné vidieť ucelene. Pri jeho liečbe treba brať do úvahy nielen aspekty biologické, ale aj psychologické, sociálne a iné. Prvý kto prezentoval význam psychosociálnych faktorov pri vzniku a priebehu ochorenia bol Engel (1977). Tento bio-psycho-sociálny model obsahuje princíp multifaktoriality (Kočišová, Wágnerová, 2007).

Odborníci, ktorí sa zaoberajú Huntingtonovou chorobou hovoria o rôznych rizikových faktoroch ovplyvňujúcich jej vznik. Známých je mnoho rizikových faktorov, ktoré sa nachádzajú v našom životnom prostredí. Dedičnosť je podstatnou zložkou pre vznik tohto ochorenia. Rizikovou zložkou je však aj životný štýl a trávenie voľného času (napr. fajčenie, alkohol, nezdravá strava, užívanie drog, prežívanie stresu a pod.). Človek môže v rámci prevencie niektoré rizikové faktory obmedziť – ako napríklad alkohol, fajčenie, drogy, negatívne myslenie a iné. Niekedy naše telo však vysiela varovné signály. Tie by sme nikdy nemali podceňovať. Predovšetkým ak sa v rodine vyskytla Huntingtonová choroba, mali by sme prevencii venovať zvýšenú pozornosť.

Pri Huntingtonovej chorobe zohráva významnú úlohu v modeli zložka bio (genetika, dedičnosť). Ale zložky psycho (stres, depresia, trúchlenie, úzkosť, negatívne myslenie) a socio (osamelosť, agresivita, chudoba, nezamestnanosť) podporujú urýchlenie priebehu celého ochorenia. Každý človek by mal preto svoj život prežívať v rovnováhe a byť spokojný a vyrovnaný sám so sebou. Aj keď je jeho život zasiahnutý ťažkou, nevyliciteľnou chorobou. Autori G. Dommerholt a K. Varkevisser (2003) uvádzajú dve skupiny príznakov:

- neurologické a iné telesné príznaky - najnápadnejším príznakom sú choreatické pohyby. Sú to rýchle nekoordinované pohyby nastavajúce proti vôli pacienta. Spočiatku nie sú nápadné. S postupom choroby sa pohyby stávajú intenzívnejšími. Emocionálna rozptýlenosť znižuje počet mimovoľných pohybov. V spánku často úplne miznú. Jedinec má postupne ťažkosti s vykonávaním každodenných úkonov. Chôdza pripomína chôdzu opitého človeka, ľahko môže dôjsť k pádu. Chorý neposedí pokojne, padajú mu z rúk veci, stráca kontrolu nad svalmi, objavujú sa ťažkosti pri reči, mimovoľné zvuky, nezrozumiteľnosť, „prežieranie“. Jedinec rýchlo a hltavo konzumuje potravu bez dostatočného pohryzenia. Napriek tomu sú osoby postihnuté Huntingtonovou chorobou výrazne chudé. V konečnom štádiu je jedinec nepohyblivý, neudržiava čistotu a často je príčinou úmrtia infekcia,
- psychiatrické príznaky - pod týmito príznakmi rozumieme zmeny správania a reagovania pacienta. S poškodením mozgu dochádza k emocionálnym zmenám. Jedinec sa stáva podráždeným a náladovým. Chorý sa môže stať depresívnym, niekedy môže uvažovať o samovražde, inokedy je príliš veselý a optimistický. Postupne začína strácať sebadôveru, nedôvera sa rozširuje postupne na partnera, na celú rodinu aj okolie. Chorý opakovane kontroluje bežné činnosti. V najťažších prípadoch jedinec stratí kontakt so skutočnosťou, žije v bludoch a halucináciách. Vtedy hovoríme už o psychóze. Psychiatrické príznaky môžu byť tiež citovou reakciou na ochorenie. Pocit neistoty môže vyplývať zo zhoršenia duševných schopností. Oslabenie intelektu je rôzne, prejavuje sa stratou záujmov, poruchami pamäti, koncentrácie, nezaujmom o okolie, ťažko udržiava pozornosť. Pacient sa obracia do svojho vnútra. Postupne nastávajú problémy s vykonávaním povolania a rodinných povinností. Ubúdanie rozumových schopností je natoľko evidentné, že možno hovoriť o demencii.

J. Roth, T. Uhrová, J. Židovská (2004) zaraďujú medzi neurologické prejavy:

- choreu - mimovoľné pohyby,
- poruchu chôdze,
- poruchu reči,
- poruchu prehĺtania,
- rapídne schudnutie,
- inkontenciu- pomočovanie.

Medzi psychické prejavy:

- zmenu osobnosti a správania,
- zlyhávanie v predtým bežných situáciách,
- predráždenosť,
- agresivitu,
- stratu náhľadu a kritičnosti,
- depresiu,
- mániu,
- úzkosť,

- halucinácie a bludy,
- demenciu.

G. Dommerholt a K. Varkevisser (2003) popisujú nasledovné možnosti liečby Huntingtonovej choroby:

2. medikácia- lieky, ktoré lekári svojim pacientom predpisujú môžu potlačiť určité mimovoľné pohyby. Predpisujú sa tiež pri výskyte bludov a halucinácii. Niekedy sa môžu objaviť aj nežiaduce účinky ako je ospalosť, závrate alebo depresie. Pri symptómoch ochorenia ako je strach, úzkosť a depresia sa používa antidepresívna medikácia alebo upokojujúce prostriedky. Každý chorý reaguje na podávanie liekov rôzne, preto je potrebné vyskúšať rôzne možnosti. Pokiaľ nie je medikácia bezpodmienečne nutná, treba od nej upustiť. Trpezlivé vypočutie pacienta je často dosť dôležité a má značný pozitívny význam,
3. fyzioterapia- táto terapia sa snaží udržať chorého čo najdlhšie pohyblivého a samostatného. Pozornosť sa má venovať najmä chôdzi po rovine, po schodoch, zaobchádzaniu s predmetmi. Vo svojom programe by mal mať každý chorý zahrnuté aktivity zamerané na udržanie telesnej kondície, mal by sa zamerať na športové aktivity a zábavu. Zníženie svalového napätia prispieva k zmierneniu choreatických pohybov,
4. pracovná terapia- terapia je zameraná na to, aby sa predišlo nečinnosti v neskorších štádiách choroby. Realizuje sa v skupine, čím napomáha k udržaniu spoločenského kontaktu. Je podstatné, aby chorý bol zamestnaný príjemným a pre neho zaujímavým spôsobom,
5. logopédia - rečová terapia - mimovoľné pohyby rečových a dýchacích svalov spôsobujú nejasnú, váhavú a koktavú reč, ktorá sa skôr alebo neskôr objaví. Cvičením týchto svalov si chorí snažia čo najdlhšie udržať rečové a tým aj komunikačné schopnosti. Pre chorého to nie sú jednoduché cviky, preto by sa malo s logopedickým výcvikom začať čo najskôr,
6. psychoterapia - obavy z choroby, pozorovanie príznakov, oznámenie diagnózy a vyrovnávanie sa so situáciou je spojené pre chorého a jeho okolie s veľkými psychickými problémami. Pri týchto ťažkostiach je potrebná starostlivosť formou rozhovorov o pocitoch a dojmach. Nedochádza tým k odbúraniu strachu, ale chorý aj okolie budú situáciu lepšie znášať. Táto terapia sa vykonáva v rámci ambulantnej psychiatrickej starostlivosti,
7. výživa - ak je výživa správna, udržuje dobrú telesnú kondíciu. Pri objavení sa ťažkostí s prehltním a hryzením, treba zabezpečiť pre chorého výživu s vysoko kalorickou hodnotou až 5000 kalórii denne. Samozrejme doplniť ju potrebnými vitamínmi a minerálmi. Pri probléme s jedlom je potrebné potravu nakrájať na malé kúsky, pomlieť, poprípade rozmixovať. Pitie môže byť pre chorých tiež obťažné. Je dôležitý správny spôsob príjmu tekutiny a výber tekutiny.

R. L. Nussbaum (2004, s. 31) uvádza: „*doposiaľ je Huntingtonová choroba neliečiteľná. Liečba je sústredená na paliatívnu starostlivosť a farmakologické ovplyvnenie neurologických problémov a porúch správania.*“

2 Empirické skúmanie

2.1 Výskumné ciele a otázky

V roku 2013 sme realizovali výskum, ktorého hlavným cieľom bolo zistiť, aký je zmysel života jedincov s Huntingtonovou chorobou. Výskum sme orientovali kvalitatívne, kauzistickou metódou.

Čiastkovými cieľmi bolo zistiť:

- ako osoby s Huntingtonovou chorobou hodnotia svoj život,

- ako hodnotia svoju osobu a vzťahy s okolitým svetom,
- aký majú postoj k smrti a utrpeniu,
- aký majú postoj k viere v Boha,
- aký majú postoj k užívaniu omamných látok,
- aký majú postoj k samovražde.

Vzhľadom na danú problematiku a obťažnosť pri nachádzaní väčšieho počtu respondentov sme sa rozhodli výskum orientovať kvalitatívne. Výskumu sa zúčastnili traja respondenti. Kontakt s respondentmi sa nadväzoval pomocou Slovenskej spoločnosti pre pomoc pri Huntingtonovej chorobe.

Kladli sme si nasledujúce výskumné otázky: Považujú osoby s Huntingtonovou chorobou svoj život za naplnený? Prežívajú pocity životnej spokojnosti a šťastia? Považujú svoj život za zmysluplný? Obávajú sa utrpenia? Prežívajú strach zo smrti? Pomáha im viera v Boha? Uvažujú nad suicidálnymi činmi? Uvažujú nad užívaním omamných látok?

Interpretácia najdôležitejších výsledkov výskumu

Výskumom sme zistili, že aj osoby s nevyliciteľnou, degeneratívnou chorobou majú zmysel života. Podľa V. E. Frankla (In Tavel, 2007) ľudský život nemôže byť nikdy bez zmyslu. Za všetkých podmienok a okolností, aj v ťažkých životných situáciách, existuje možnosť vidieť úlohu, ktorú má človek splniť a tým má splniť aj zmysel bytia. Prvoradým zmyslom v živote osôb postihnutých Huntingtonovou chorobou je rodina. Keďže sami trpia dedičným ochorením túžia po tom, aby sa im narodili zdravé deti. Rodina im dáva veľkú silu žiť a bojovať s chorobou. Pre rodinu sa nevzdávajú a nerezigujú. Často si želajú nejakú nádej a zmysel hľadajú v zázraku. Potrebujú v niečo dúfať. Snažia sa veriť, že chorobu prekonajú.

Svoj život považujú za naplnený, plný lásky od rodiny a veria, že je a bude úspešný. Niekedy je tiež hektický a zvláštny. V každom dni hľadajú niečo pozitívne. Život si snažia spríjemniť a žiť každý deň ako keby bol ich posledný. Život im však prináša mnoho výziev. Často aj bezmocnosť a prázdnotu. Býva tiež plný obáv a strachu z budúcnosti, ktorá možno ani nenastane. Kladú si otázku: „Prečo práve ja?“

Osoby s Huntingtonovou chorobou sú vyrovnané, optimistické, spokojné s osudom a životom zmierené. Hlboko vo svojom vnútri cítia pokoj. Viera v Boha im pomáha v slabých chvíľkach.

Choroba im často prináša utrpenie a smrť. Ani však v konfrontácii s prichádzajúcou smrťou nie je ich život bez zmyslu, napríklad utrpenie im môže pomôcť stať sa zrelšou osobou a viac sa priblížiť k Bohu. Pravdou však je i to, že sa obávajú utrpenia z neustále zhoršujúceho sa zdravotného stavu a z toho, že trpia ich rodinní príslušníci. So smrťou sa postupne vyrovnali. Berú ju ako súčasť ich života, jednu z etáp v živote. Je to niečo, s čím sa denne stretávajú. Prináša často oslobodenie a vykúpenie z ich ťažkého života.

Osoby s Huntingtonovou chorobou majú negatívny vzťah k užívaniu omamných látok. Ich užívanie považujú za slabosť jedinca, východisko v drogách a alkohole je sebazničujúce. Vždy sa totiž dá nájsť alternatívne východisko. Zdravie a zdravý životný štýl považujú za vysokú hodnotu.

Aj keď trpia smrteľne nevyliciteľnou chorobou, nikdy neuvažovali o samovražde. Predovšetkým preto, lebo majú zodpovednosť voči svojej rodine. Pri samovražde je dôležitá aj otázka kresťanstva. Samovražda sa prieči Božiemu zákonu. Veľmi často sa modlia. Vo svojich modlitbách sa obracajú na Boha. Žiadajú ho o pomoc, spásu aj vykúpenie. Boh im prináša nádej a dáva im vieru, že svoj ťažký osud dokážu zvládnuť.

Záver

V príspevku sme sa venovali pomerne neznámemu, ale o to závažnejšiemu ochoreniu s názvom Huntingtonová choroba. Snažili sme sa načrtnúť problematiku zmyslu života

u takto chorých osôb. Výsledky výskumu poukazujú na to, že aj osoby s neistou budúcnosťou a podlomeným, neustále sa zhoršujúcim zdravotným stavom majú svoj zmysel života. Zmysel života vidia predovšetkým v rodine, v zázraku, v nádeji na zlepšenie ich stavu a v pomoci iným. Osoby s Huntingtonovou chorobou hodnotia svoj život relatívne pozitívne. Ich život je úspešný, plný lásky, viery v Boha a rodinnej pohody. Je pre nich tiež plný výziev a boja s chorobou. Seba hodnotia ako vyrovnané, úprimné a optimistické osoby, ktoré chcú čo najdlhšie odolávať chorobe a tešiť sa z každého dňa. K spoločnosti a okoliu majú skôr negatívny postoj a to z dôvodu odcudzovania a odmeraného prístupu verejnosti k chorým a znevýhodneným osobám. Utrpenie je pre nich kruté, ale umožnilo im stať sa zrelším človekom. V poslednom štádiu choroby ich čaká smrť. So smrťou sa vyrovnali. Berú ju ako jednu z etáp v ľudskom živote. Smrť je pre nich súčasťou života. V rámci vyrovnávania sa s chorobou nikdy neuvažovali o užívaní omamných látok, prostredníctvom ktorých je možné dostať sa niekde mimo realitu a nemyslieť tak na chorobu a starosti, ktoré ich každý deň stretávajú. Užívanie drog alebo alkoholu považujú za slabosť človeka. Dokonca ani ich rapidne zhoršujúci sa zdravotný stav ich nikdy nemotivoval k samovražde.

Literatúra:

- DĚDOVÁ, M. *Hodnoty a prežívania zmyslu života u agresorov šikanovania*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, 2010. 195 s. ISBN 978-80-8082-358-0.
- DOMMERHOLT, Gerrit – VARKEVISSER, Kees. *Huntingtonova choroba*. 1. vyd. Hnúšťa : Spoločnosť pre pomoc pri Huntingtonovej chorobe, 2003. 40 s.
- ELIČHOVÁ, M. 2010. Charitatívni práce s menšinami. Pp 51-56 in OPATRŇÝ, M., LEHNER, M. *Teorie a praxe charitatívni práce*. Č. Budějovice: JU TF. ISBN 978-80-7394-214-4.
- HALAMA, P. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. 1. vyd. Bratislava: SAP- Slovak Academic Press, s. r. o., 2007. 223 s. ISBN 978-80-8095-023-1.
- HANGONI, T. 2009. Sociálny pracovník. In: ONDRUŠOVÁ, Z. a kol.: *Základy sociálnej práce*. Brno. ISBN 978-80-7392-109-5.
- KOČIŠOVÁ, Agnesa – VÁGNEROVÁ, Mária. *Psychosociálne aspekty zvyšovania kvality života onkologických pacientov*. In Acta Chemotherapeutica. ISSN 1335-0579, 2007, roč. 17, č. 1- 2, S. 56- 64.
- NUSSBAUM, R. L. *Klinická genetika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 426 s. ISBN 80-7254-475-6.
- ROTH, Jan - UHROVÁ, Tereza – ŽIDOVSÁ, Jana. *Huntingtonová nemoc- základní informace*. In Archa- Zpravodaj. 2004, roč. 14, č. 25, s. 13- 24.
- ŠLOSÁR, D. Manželstvo a rozvodovosť. In Lyko, M. a kol. *Ľudský kapitál u marginalizovaných Rómov z aspektu edukácie a potrieb znalosti trhu práce*. Nitra: UKF v Nitre, 2009. ISBN 978-80-8094-538-1.
- TAVEL, P. *Smysl životapodla Viktora Emanuela Frankla*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 303 s. ISBN 80-7254-915-4.
- <http://www.sunshinecoasthealthcentre.ca/biopsychosocial.html>, dňa 04.11.2013

Kontakt:

PhDr. Katarína Šiňanská, PhD.
UPJŠ v Košiciach, FF, Katedra sociálnej práce
katarina.sinanska@upjs.sk

Poverty level of senior citizens in Poland

Norbert Pikula (PL)

Abstract: *Contemporary societies in many countries, including Poland, are characterised by the increase in the number of senior citizens. The phenomenon of population ageing is becoming more and more common. It entails certain demographic and economic problems. There are many publications devoted to the situation of the oldest generation in Poland. The quality of life in this age group is determined by many factors. Stratification and correlations between those factors result in the appearance of financial discrepancies between senior citizens, some of whom have a relatively high and stable financial status, while others face problems with satisfying their basic needs, which results in their marginalisation in various areas of life. Poverty in this group is primarily caused by the general social, economic and cultural situation. An attempt of the analysis of this phenomenon and its main causes was undertaken by dealing with the topic of senior citizens' poverty.*

Keywords: *an elderly, poor, poverty, marginalization, economic position of older people*

The concept of poverty

According to a dictionary definition, poverty should be understood as the lack of adequate material means necessary for life, destitution, or deficiency (W. Doroszewski, 1967, p. 427). Publications on this subject emphasise the existence of numerous definitions and categories of poverty, which change with time and space. The article looks into poverty and its categories with reference to senior citizens in Poland at the beginning of the 21st century in the given cultural, social and economic situation. As T. Panek observes, all definitions of poverty connect this phenomenon with the inability to satisfy basic needs on the desired level. The issue of treating and classifying those needs as basic or not is left open (Cf., 2011, p. 328). The author states that the first poverty research began over a century ago. The main poverty research in Poland took place in 1990s of the last century alongside the beginning of the process of transforming centrally planned economy into market economy. Economic transformation accompanied by changes in ownership resulted in substantial shifts in the distribution of income. Poland witnessed the stratification of society with regards to the financial situation and the deterioration of the living conditions of certain social groups (T. Panek, 2012, p.1).

At the World Summit for Social Development held in 1995 in Copenhagen, 'the adoption of two levels of poverty was recommended, namely absolute poverty and general poverty. It allows to investigate this phenomenon in accordance with commonly accepted standards which take into consideration differences in the development of particular countries. Absolute poverty was defined as the lack of possibility to satisfy basic human needs such as food, safe drinking water, sanitation facilities, shelter and information. (...) General poverty is a broader category, and covers not only the deprivation of basic commodities and services but also the inability to make decisions and to participate in civic, social and cultural life' (T. Panek, 2012, p. 3-4).

At the same time, as authors of various publications observe, poverty can be treated as absolute or relative. Absolute poverty is understood as the inability to satisfy the needs considered to be basic in a given society. Relative poverty is understood as a kind of inequality, an excessive distance between the levels of life of separate groups of people. Thus, a conclusion can be formed that poor people or families are the ones whose standard of living is much lower than the standard of other members in their community (Główny Urząd Statystyczny, 2012).

Social sciences indicate that in social consciousness the concept of poverty functions as 'the lack of adequate material means. Poverty can be defined as a state below a certain income threshold, changing in time, with reference to an individual, family or social group'(T. Pilch, J. Leparczyk, 1995, p.342). During the last years the concept of poverty evolved in the European Union. After heated discussions at the EU Summit in Laeken in December 2001, a set of 18 indicators for monitoring poverty and social exclusion in the areas of income, employment, health, and education were agreed on. However, this set of indicators undergoes constant changes (T. Panek, 2012, p. 3-4). It should be added, after T. Pankiem, that the methods of analysing poverty investigate its scope, depth, severity and intensity (2012, p. 9). The concept of poverty has not been investigated in detail yet and can be approached from a narrow or broad perspective, yet, while analysing poverty among the elderly, who in most cases have to rely on the help of others, our sensitivity will guide us in perceiving their actual poverty.

The evaluation of the situation of senior citizens in Poland at the beginning of 21st century.

The actual situation of the elderly requires not only taking into account the data provided by various institutions but also a thorough insight into a broadly understood quality of their life. So, to analyse the problem in detail, various aspects, including financial, social, health etc., should be taken into consideration.

While analysing poverty in Poland in 2012 the Central Statistical Office (GUS) 'assumes the following poverty line thresholds:

- 50% of average spendings of a household as a relative poverty line
- a sum which, according to the current Social Welfare Act, allows a person to collect cash benefit as a statutory poverty line
- a living wage calculated by the Institute of Labour and Social Studies (IPiSS), as the the threshold of absolute poverty; a living wage is enough to satisfy the very basic needs which cannot be postponed, and living on income below this line leads to a shutdown of bodily functions . (...)

To measure poverty a simple indicator called the misery index is used' (Główny Urząd Statystyczny, 2012, pp.3-4).

It should be noticed that in Poland a debate on absolute and relative poverty is not a vital one. It is caused by an overall economic situation in our country, where an average income, although higher than minimum income, is not enough to, for example, support a family. The average pay in 2011 was about 2313,38 PLN net, and minimum pay – 1032 PLN. However, according to the Institute of Labour and Social Studies, the poverty line for a single person at the productive age was 1039, 48 PLN, while for a single pensioner, that is an elderly person – 1057,48 PLN. A living wage in Poland is set on the basis of the lowest standard of living, that is an absolute poverty line. In 2011 a living wage for a single adult person was 500,68 PLN, and for a pensioner – 474,20 PLN. The lowest living wage *per capita* is calculated for a household consisting of two pensioners and equals 394,54 PLN (Cf. P. Kurowski, 2012). Research reveals that in 2011 almost all groups of households were threatened with absolute poverty. The scope of poverty is closely connected with the main source of income in a given household. The scope of economic poverty in pensioners' households was lower than average for all households. 4,5% of pensioners households were threatened with absolute poverty, and about 3,5% with statutory poverty (Cf. Główny Urząd Statystyczny, 2012, pp. 6-9). Considering the issue of the minimum, it should be noticed that a poverty line in Poland is 983 PLN for an adult person who spends 254 PLN on food, 355 PLN on housing, 41 PLN on clothes and shoes, 29 PLN on health, 73 PLN on transport and communication, 105 PLN on

culture and leisure, 13,2 PLN on education, 28 PLN on personal hygiene, and 72 PLN on other expenses (Ł. Piechowiak, 2012)

According to the data from *Diagnoza społeczna 2011*, 'the sum of 1515 PLN was established as the threshold of poverty for single households. It is three times higher than in an objective approach. It means that the financial aspirations of households which satisfy the needs considered by them as minimal are considerably higher than the norms set by experts. Households simply compare their situation with the situations of households with higher income' (T. Panek, 2011, pp. 328-329). That is why in *Diagnoza społeczna* a financial definition of poverty was accepted. It is 'a situation in which households do not have enough financial means (understood as money earned and money saved in the past as well as goods) to satisfy their basic needs. In this case poverty is treated as one dimension of social exclusion, that is financial exclusion' (T. Panek, 2011, p.328).

According to the information provided by Central Statistical Office (GUS) in 2012 the scope of economic poverty in Poland among people aged 65 and more is smaller than among, for example, children and adolescents. 'Last year about 4% of senior citizens came from households classified as extremely poor, and 3% from households below the threshold of statutory poverty. Persons above 65 constituted about 7,5 % of all persons threatened with extreme poverty, while in the whole population every seventh person belonged to this age group (Główny Urząd Statystyczny, 2012, p.10). GUS also states that, like in the previous years, the scope of poverty was much larger in the countryside than in cities. People living in villages constituted over 60% of the total population of people living below the threshold of extreme poverty and statutory poverty, while people living in the countryside constituted less than 40% of the whole population of Poland (Cf. Główny Urząd Statystyczny, 2012, p.12). 'As far as regional differences are concerned, the scope of poverty was the highest in the east and the north of Poland, and the poorest voivodeships included Warmian-Masurian Voivodeship, Podlaskie Voivodeship, Lublin Voivodeship and Świętokrzyskie Voivodeship (Cf. Główny Urząd Statystyczny, 2012, p. 18).

The authors of publications from various areas of science notice and analyse the situation of the oldest generation in Poland. Experts and researchers claim that population ageing is connected with both advancements in medical sciences and the possibilities of prolonging human life as well as changes in thinking, lifestyle, family patterns and a low birth rate. The number of senior citizens is increasing. They are often ailing or disabled, yet have to live in difficult socio-economic conditions of our country. The most acute problems of the elderly include health problems, illnesses, disability, loneliness, feeling of uselessness and poverty. Their difficult situation is intensified by an unstable economic situation of our country. Political transformation in Poland was connected with changes in economy. The neoliberal social doctrine took into consideration mostly employers, and not employees. 'The reforms were aimed at supporting the privatization process and encouraging national and foreign capital. Such policy led to gradual limitations of employees' rights and the reduction of social benefits' (G. Ancyparowicz, 2012, p.84). As a result of the transformations considerable disproportions in the standard of living between various social groups has been noticed. The number of both the poor and the rich increases. Unemployment rises year by year. This situation is the most difficult for those who, due to their health, ailments or diminishing strengths are not able to keep up with the pace of life nor achieve a decent standard of life. This group undoubtedly includes the elderly, who, because of their age, suffer from chronic diseases and disability.

Unfortunately, all social, cultural and economic transformations influence the fact that families no longer feel responsible for their oldest members. Families are less numerous, intergeneration bonds disappear and many of them disintegrate. Old persons are often left alone. Emigration of the young, who look for jobs abroad, is also partially responsible for this

situation. Senior citizens also suffer from marginalisation on the labour market, where age matters a lot. The elderly are replaced by young, well-qualified and cheap workers, who are more often willing to sign 'junk job contracts'. That is why in our society the number of people who enter old age as unemployed, with no social benefits or pensions, is growing. Also those with pensions are not able to support themselves because they are too low. The elderly experience material poverty. They most often economise on food, clothes, newspapers, electrical energy, water, and heating. A Polish pensioner's life significantly differs from the life of pensioners in developed countries. If they can afford it, pensioners use their money to help their children and grandchildren rather than spend it on themselves, even though pensions are often half the amount of their earlier salaries.

Although over 90% of those over 60 have their own source of income, it is not high. The analysis of pensions and incapacity benefits is not optimistic. Poverty among the elderly is of a special nature, because it is shallow but without any prospects for improvement. Even a slight change can shake their situation. It is worth noticing that the elderly are not a homogeneous group as far as their financial situation is concerned. Assessing their purchasing power requires taking into consideration factors such as income, upkeep costs, consumer preferences and property. Pensioners' households have always had higher income than those with incapacity benefits (Cf. B. Gałązka-Petz, 2012, pp. 98-99). In Poland most pensioners worry about their future, economise and are aware of their impoverishment. 'Pensioners' financial status which is similar to the one of a working person can only be guaranteed by: (1) putting together several pensions in one household, (2) supplementing pensions with savings, and (3) work. However, pensioners rarely actively seek opportunities to find additional income even if their pensions are not enough to satisfy their basic needs' (B. Gałązka-Petz, 2012, p. 101).

Senior citizens often suffer from exclusion as a result of their low economic status. Their income (pensions, incapacity benefits and welfare benefits) is too low to satisfy their needs. The expenses connected with treatment, medicines, care services and everyday expenses grow with age. People live longer after they retire than in the past, and their income decreases. The time of life which comes after the economic activity period is becoming longer, but income decreases. The system of not full (less than 100%) compensation of social benefits (pensions and other allowances) results in an essential decrease of payments received by pensioners in each year of their retirement. The value of social benefits is systematically 'moving away' from the amount of contribution paid by employees during their employment, and, with time, so-called 'new-old' pension groups appear, which results in the economic exclusion of the elderly (J. Hrynkiewicz, 2012, p.14). Gradual impoverishment and increasing unemployment do not allow many Poles to save adequate means to enjoy restful old age. They do not have saving put aside while they still worked professionally. The analysis of the situation of the elderly reveals that they live in flats which are not adapted to their needs, often of low standards and inadequately equipped. In Poland there is no programme dealing with adapting flats to a changing situation of the persons affected by health problems, disability or age (J. Hrynkiewicz, 2012, p.16).

Yet, as M. Zrałek emphasises, 'one's flat is a basic reference point for every person. For the elderly it is of special importance, as it is a place where most needs are satisfied. Deteriorating physical and mental health, problems with moving around, and not feeling secure when outside make the elderly spend most time at home and its immediate surroundings. Thus, the issue whether their flats satisfy their needs and provide conditions for independent and decent life is a vital one' (2012, p. 104). The author also draws attention to the fact that for the elderly immaterial aspects of their dwellings are very important, such as the location in terms of social infrastructure, the sense of belonging to a local community, neighbourly ties, the accessibility of the space, and the means of transport. Other aspects are also important but

there are no reliable data regarding housing conditions of the elderly. Similarly, there are no data on the scale of ownership changes regarding the flats in which the elderly live, which is strongly connected with maintenance costs. Most probably some senior citizens were not aware of the necessity to cover the costs of maintenance and repairs, which considerably affected their budgets. There are also no data on subletting parts of their flats by the elderly, which takes place if the rent is too high (M. Zrałek, 2012, p. 105) It should be remembered that the elderly can present their flats to their adult children and live together with one of their children. That is why their living conditions are influenced by numerous factors. 'Taking into consideration only the households of the elderly, the ones where the main person is over 60, it can be said that cooperative ownership right to a residential property prevails among those between 60 and 69, while most persons over 70 either own their flats or live in rented ones' (M. Zrałek, 2012, p. 108)

It is obvious that the financial situation of the elderly is not easy. One of the important reasons of this state of affairs is the history of our country, which was not conducive to accumulating wealth by the oldest generation. Their poverty also results from social policy directed towards them. 'Social security (social insurance, assistance and care, health care, supporting families) does not take into consideration a growing number of people at a retirement age, including those over 80. The methods of establishing and indexing pensions are not adequate to increasing expenses. Social security does not take into consideration the diminishing role of family's caring function towards its oldest members. The availability of services connected with geriatrics, rehabilitation and care is inadequate, which results in the increase of the treatment costs and health complications for the elderly. A restricted access to rehabilitations means that they are less fit, and economising on treatment and rehabilitation is costly in the long run in terms of the expenses connected with nursing and care costs when they become disabled (M. Zrałek, 2012,)

It can be concluded that social insurance does not provide adequate pensions and incapacity benefits. An average pension paid by is the Social Insurance Institution (Zakład Ubezpieczeń Społecznych) is lower than the threshold of subjective poverty, which refers mostly to women's pensions and incapacity benefits. Additionally, 'funded pensions, paid off from savings in the Open Pension Fund (OFE), are nominal. The data published by the Polish Financial Supervision Authority (KNF) reveal that an average pension in the period from 1 January 2011 till 30 June 2011 was 78 PLN gross. Surprisingly, such ridiculously low amounts have not been of interest to economist nor mass media' (G. Ancyparowicz, 2012, p.89)

The survey carried out by the Central Statistical Office (GUS) on the financial situation of pensioners' households revealed that in 2011 their average disposable income equalled 1298 PLN per person (an increase by 4,3% in comparison with 2010), while the average in Poland was 1227. Pensioners' households, like households of other socio-economic groups, spend most of their budgets on food and soft drinks (24% of all expenses), maintenance and energy costs (24,5 %), health care (8,1%), transport (6,2%) and leisure and culture (6,1%). It is worth noticing that costs of health care are the highest (Cf. Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012 – 2013, 2012, p.11).

Pensions often are too low to satisfy even basic needs. It becomes more acute if an elderly person suffers from a chronic disease or requires stationary care. An average monthly cost of staying in an old people's home ranges from 1500 PLN to 3000 PLN and more. Bearing in mind the amount of the poverty line together with attendance allowance, it is obvious that it is enough to cover the expenses connected with inability, when functioning without someone's help is impossible (Cf. A. Wilmowska – Pietruszyńska, 2009, p.11).

The existing literature draws attention to the fact that social security offered by local governments does not take senior citizens into consideration. Its scope and quality are

inadequate to their needs. Local governments do not fund care services, which makes the situation more dramatic, as not everybody who needs help is able to receive it. Social security does not account for a special character of old age and high costs of health care connected with it. The changes in funding rules concerning the stay in old people's homes worsened the financial situation of the elderly, just like the disappearance of family benefits for a spouse who is unemployed and incapable to work (Cf. B. Szatur – Jaworska, 2005, p.73).

Of course, for those poorest ones the state offers financial support in form of allowances and material assistance. Social Security Act states that senior citizens are entitled to the following forms of financial assistance: permanent benefit, designated benefit, special designated benefit and temporary benefit. The amount of the benefit cannot be lower than 30 PLN nor higher than 444 PLN per month. It is paid off as a difference between the income criterion and the income of a given person. A temporary benefit is granted in case of a chronic illness, disability or unemployment, providing that the income criterion is met. Its amount cannot be higher than 444 PLN nor lower than 20 PLN. The meagre sums speak volumes on the understanding of the needs of the elderly.

According to S. de Beauvier, senior citizens' financial needs are classified as belonging to 'a strange group with no needs or feelings observed in other people. It is enough to grant them some alms to feel peace of mind. (...) The attitude of society towards the elderly is not only harmful but also criminal. All ideas of development and wealth approve of the treatment of the elderly as social outcasts.(...)' (J. Hryniewicz, 2012, p.17)

Conclusion

It should be stressed that, according to the analysis of current objectives, in the next years the economic and social situation in Poland will be shaped by the conjuncture in the European Union, as well as the pace and structure of fiscal consolidation realised in our country. Demographic tendencies will have an enormous impact on this situation, especially a decreasing number of people at the productive age and the changes in the professional activity of Poles. This situation does not look bright for senior citizens. That is why the gerontological programmes of international and European organizations make it their priority to act towards the improvement of the situation of the elderly. In 1999 the UN issued a programme *Towards a society for all ages*, in which secure income for the elderly was suggested. It is to be 'based on pension systems developed on the basis of social solidarism and various forms of savings and an informal system of support which will help to eliminate, or at least minimise, poverty. The programme assumes introducing (where it is necessary) alternative systems of social insurance which support enterprises generating income from other sources' (Z. Woźniak, 2003, p.18)

It should also be underlined that it is hard to define the concept of poverty precisely in a country where salaries, pensions and incapacity benefits are very low in comparison with other European countries. There are not enough jobs, flats, and money for education and health care. 'According to experts from the World Bank, poverty in Poland was dominated by macroeconomic processes. The spread of poverty intensified in the 1980s when the availability of loans and grants for commodities and services was restricted' ((T. Pilch, J. Leparczyk, 1995, p.169). As a result of transformations and socio-economic changes in the 1990s the number of factors causing impoverishment of many people has increased, which has been clearly visible since the beginning of 21st century. The elderly are also affected by poverty in different dimensions, although its main reason is the financial status. Senior citizens in Poland especially suffer from the lack of money. They limit their needs connected with food, health care and entertainment. That is why some of them feel exploited and pushed beyond the fringes of society. Financial poverty sentences them to social poverty and

sometimes even to emotional poverty. They choose to step aside from their relatives, do not ask for help, nor count for help from institutions or the state.

Literature:

ANCYPAROWICZ G.,(2012), *Kapitałowe emerytury i renty a ryzyko ubóstwa w Polsce*, in: *O sytuacji ludzi starych*, J. Hryniewicz (ed.), Warszawa, Rządowa Rada Ludnościowa, ISBN 978-83-7027-491-7, p. 208.

DOROSZEWSKI W.,1967, *Słownik Języka Polskiego*, Warszawa, PWN.

GAŁAZKA-PETZ B., (2012), *Uwagi o dochodach ze świadczeń emerytalno-rentowych*, in: *O sytuacji ludzi starych*, J. Hryniewicz (ed.), Warszawa, Rządowa Rada Ludnościowa, ISBN 978-83-7027-491-7, p. 208.

Główny Urząd Statystyczny, 2012,*Ubóstwo W Polsce w 2011*. Materials from the press conference 31.05.2012 Warszawa.

HRYNKIEWICZ J., (2012), *Los starca zależy od kontekstu społecznego – wprowadzenie*, in: *O sytuacji ludzi starych*, J. Hryniewicz (ed.), Warszawa, Rządowa Rada Ludnościowa, ISBN 978-83-7027-491-7, p. 208.

KUROWSKI P., (ed.), 2012, *Minimum socjalne i minimum egzystencji*, IPiSS, 2012, <http://www.ipiss.com.pl/>, from 15. 11. 2012.

PANEK T.,2011, *Wykluczenie społeczne*, in: *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, J. Czapiński, T. Panek (ed.), Warszawa, Rada Monitoringu Społecznego,

PANEK T.,2012,*Ubóstwo i nierówności: dylematy pomiaru*,PDF, www.stat.gov.pl,from 20.11.2012.

PIECHOWIAK Ł., (2012), *Coraz więcej Polaków żyje w ubóstwie*, <http://www.bankier.pl/>, from 20. 11. 2012.

Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012 – 2013, 2012, Załącznik do uchwały nr 137 Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2012 r., Warszawa, www.mpips.gov.pl/, from 20. 11. 2012.

PILCH T., Leparczyk J., (ed.), 1995, *Pedagogika społeczna*, Warszawa, Wyd. Akademickie „Żak”, ISBN 83-86770-09-0 p. 475.

SZATUR – JAWORSKA B., (2005), *Dyskryminacja ludzi starszych ze względu na wiek w obszarze pomocy społecznej*, in: *Stop dyskryminacji ze względu na wiek, Głos ekspertów, doświadczenia osób starszych*, B. Tokarz (ed.), Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa, ISBN 83-89997-03-7, p.118.

WILMOWSKA – PIETRUSZYŃSKA A., (2009), *Sytuacja zdrowotna, materialna i społeczna osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych w Polsce*, *Orzecznictwo Lekarskie* 6(1),ISSN 1732-8152.

ZRAŁEK M., (2012), *Zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych osób starszych. Dylematy i kierunki zmian*, in: *O sytuacji ludzi starych*, J. Hryniewicz (ed.), Warszawa, Rządowa Rada Ludnościowa, ISBN 978-83-7027-491-7, p. 208.

Norbert Piłkuła - Associate Professor, Director of the Institute of Social Work and Head of Department of Social Gerontology at the Pedagogical University of Cracow. Member of seniority Policy in the Ministry of Labour and Social Affairs, Member of the National Initiative for the Care of the Elderly and the Polish Society of Gerontology. Author of numerous publications in the field of social work, and gerontology. Fellow of the Canadian government. Past specialist clinical placements and research fellowships at the Universities of Ottawa and Toronto. The study area is mainly associated with a holistic model of care for the senior and the quality of life of older people covered by long-term care. By comparative study of loneliness senior Canadian and Polish.

Care for care home residents. Considerations in the context of empirical research results concerning a sense of purpose in life

Ewa Ryś (PL)

Abstract: *In the Polish language, the concept of care has two meanings: 1) 'worry, trouble', 2) 'taking care of someone, looking after someone or something'. The synonyms for the noun care are: anxiety, worry, problem, distress, trouble (colloquially: plaque, the trials of Job, a real curse, pain, malady), caring for something, providing for something. The notion of care, which is very complex and multidimensional, is associated with various spheres, levels (micro and macro) and life contexts. It is presented in an individual as well as collective (social) perspective making up abstractive, moral, ethical, political and economical construct. The research results presented in the article concern 116 residents of care homes for somatically ill patients. The research was conducted from April to July 2013. The mean score for PIL items obtained by the research subjects was 94, which places it in the range of a low sense of purpose in life. When working with residents of aid institutions, the relation with a care, a therapist and a social worker is very important. Protective activities have the quality of care when they include the following features: care for needs, responsibility, competencies and the ability to accept the care. Care that is based on sympathy can favour building bonds because it stimulates the recipient of the care to respond to this gift and return it in the form of gratitude, showing enjoyment and relief.*

Keywords: *care, care home residents, sense of purpose in life*

1. Care as a moral principle⁵²

In the Polish language, the concept of care has two meanings: 1) 'worry, trouble', 2) 'taking care of someone, looking after someone or something' (Podlawska, Świątek-Brzezińska 2011, p. 513). The synonyms for the noun care are: anxiety, worry, problem, distress, trouble (colloquially: plaque, the trials of Job, a real curse, pain, malady), caring for something, providing for something (Gajewska, Pawlus 2011, p. 222). The synonyms for the verb care for are: look after someone or something, worry about someone or something, be anxious, take care, have someone in one's care, attend to someone with care, please someone, and in a figurative sense: be all over somebody or something (Ibid., p. 223).

The notion of care, which is very complex and multidimensional, is associated with various spheres, levels (micro and macro) and life contexts. It is presented in an individual as well as collective (social) perspective making up abstractive, moral, ethical, political and economical construct. Care is not only considered as a value, idea, ideal, moral principle, but also an attitude, disposal, vocation, life force power, a moral emotion or commodity. Care fits in the space connected with interpersonal relations – taking a position towards others, responding to particular situations, and expresses a kind of spiritual sensitivity (Grzegorzcyk 2003). It is a spiritual value which according to a man who experiences it manifests itself in respect for an elderly person, willingness to self-sacrifice and understanding the drama of human destiny.

A person who takes care of someone manifests an attitude through which they can express 'equality, respect and kindness', notices another person's 'wants and needs' in 'the areas in which they could share something with them or look after them' (Ibid., p. 79). A caring

⁵²The presented text includes fragments of the article entitled E. Ryś, Troska o człowieka psychicznie chorego w zawodach z misją społeczną, typescript.

person is sensitive to other man's misfortune, suffering and pain, and feels sorry for someone who is in a difficult situation. Sympathy can be comprehended as an affective reaction of feeling sadness when another person experiences distress and finds themselves in trouble. It can also be perceived as a display of care for them (Eisenberg 2005). It is a reaction related to empathy and makes up a base for many pro-social behaviors, among others, helping, looking after and caring (Eisenberg, Valiente 2008). Sympathy derives from understanding another person's state. It can result in personal suffering of the person who experiences it and manifests itself in perplexity or anxiety. The experimental research on the reactions related to empathy carried out by Eisenberg released the presence of physiological indicators which these responses are accompanied by. A direct sign of sympathy is, among others, the slowdown of the heart rate, whereas personal suffering is accompanied by the speedup of the heart rate and increase in skin conductance (Ibid., p. 488). A part of the experimental research points to positive links between the slowdown of the heart rate and providing help, that is 'the heart rate of those who provided assistance slowed down, whereas the heart rate of those who did not provide assistance showed the tendency to speed up' (Ibid.). Some psychological research shows that sympathy favours thinking over other people's needs and reacting to them (Batson, Hoffman), or 'prepares for an application of already existing cognitive processes underlying moral reasoning' (Eisenberg) (Ibid., p. 498). According to Batson, 'sympathy is associated with a selfless desire to do someone a favour. Altruistic behaviour fostered by sympathy does not stem from the willingness to win an external reward, a desire to avoid a sense of guilt or anticipation of well-being as a result of substitute sharing another person's happiness when things get better.' (Eisenberg 2005, p. 857).

Clark, an author of sociological theory of sympathy, claims that this emotion is expressed in sadness and mercy felt towards another person, and is an act of 'kindness and altruism', due to which people in a difficult situation feel much better (Turner, Stets 2008, p. 73). Sympathy shown to someone gives them a temporary relief and favours their motivation to face the challenge of the situation in order to change it. According to Clark, sympathy comprises three stages. The first one is the empathy towards a person in a difficult situation which involves the area of cognitive empathy (recognising and understanding difficulties experienced by another person), physical empathy (observing someone's emotions resulting from these difficulties and activation of their bodies in response to these emotions) and emotional empathy (reacting emotionally to someone's difficulties) (Ibid., p. 76). The second stage is related to evoking feelings of sympathy, i.e. recognising the fact that the sympathy is legitimate. The third stage includes showing sympathy. The person who is the object of the care feels important, reputable, needed and accepted. Care on the part of others allows survival and creates better conditions for achieving success.

Beside justice, care is one of the most recognised and valued principles, not only by traditional but also contemporary western societies (Hoffman 2006). This means regulating activity by **considering the welfare of another person**. 'It concerns the interest in well-being of others – their need for food, shelter, avoiding pain and self-respect – as well as help provided to lonely and suffering individuals.' (Ibid., p. 203). According to this principle, it is always necessary to consider the other person's welfare as well as give help for those in need. The principle of care obliges one to provide assistance and constitutes a moral dictate which is aimed at triggering motivation for this kind of activity. As Hoffman notes, by intensifying the person's empathic suffering it makes them active and involved. Empathy as well as the care principle are 'coherent proclivities towards providing help to others.' (Ibid., p. 205). They are a working mechanism which operates according to the rule that 'empathy towards a particular victim leads to affirmation of the care principle as well as its use as a basis for judgment of laws which violate it and for their assessment as morally wrong.' (Ibid., p. 206). The existence of the care principle can result in the stabilisation of the emphatic affect in a

situation concerning the victim. When in relation with a sufferer, two processes take place in an observer of suffering – arousal of empathic suffering and activation of moral principles characterized by empathy of a given person (cognitive as well as affective aspects). Activating pro-social moral reasoning, which according to Hoffman, is based on reasoning in terms of another man’s needs or accepting their point of view, most likely results in appealing to the care principle (Ibid., p. 217).

2. The sense of purpose in life of care home residents – empirical research results

The thesis assumes the existence of four levels of a sense of purpose in life, to which point ranges have been ascribed. They are presented in Table no.1.

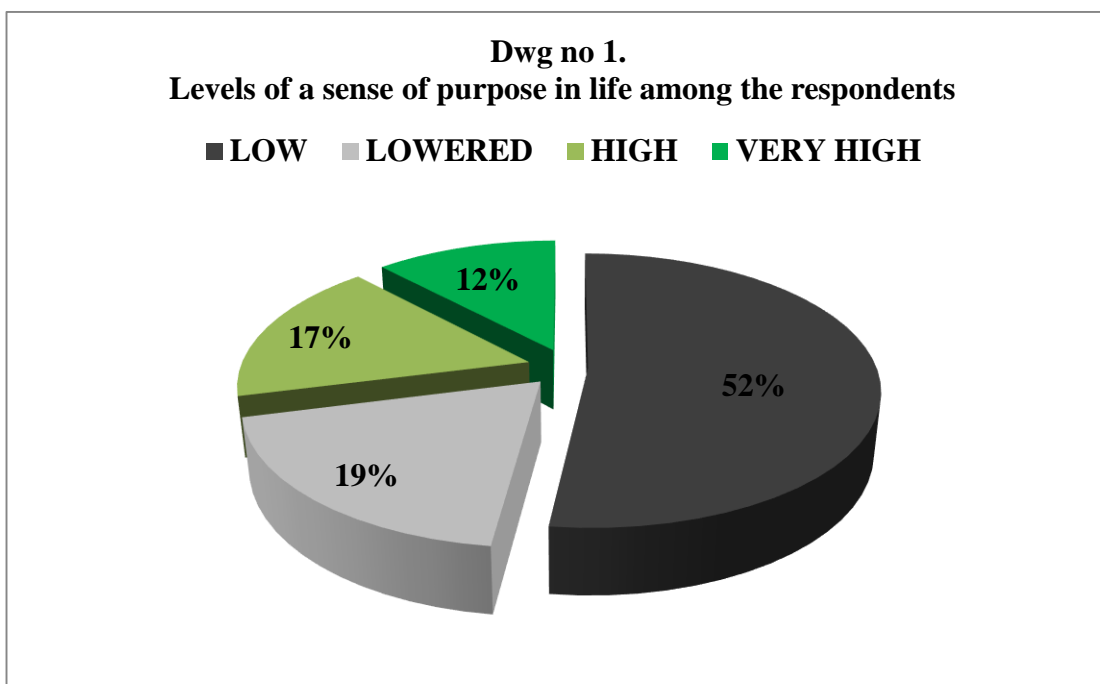
Table no. 1. Point ranges ascribed to the levels of a sense of purpose in life

No.	Level of sense of a purpose in life	Point ranges
1.	Low	up to 100
2.	Lowered	101-110
3.	High	111-120
4.	Very high	121-140

The research results presented in the article concern **116** residents of care homes for somatically ill patients. The research was conducted from April to July 2013. The respondents were women and men, 50% each. Their age ranged from 31 to 95, and their mean age was 68. Among the participants of the research, 61% were people with the basic level of education, 22% with vocational education, 11% with secondary education, 3% took higher education and there are no data as for the remaining 3%.

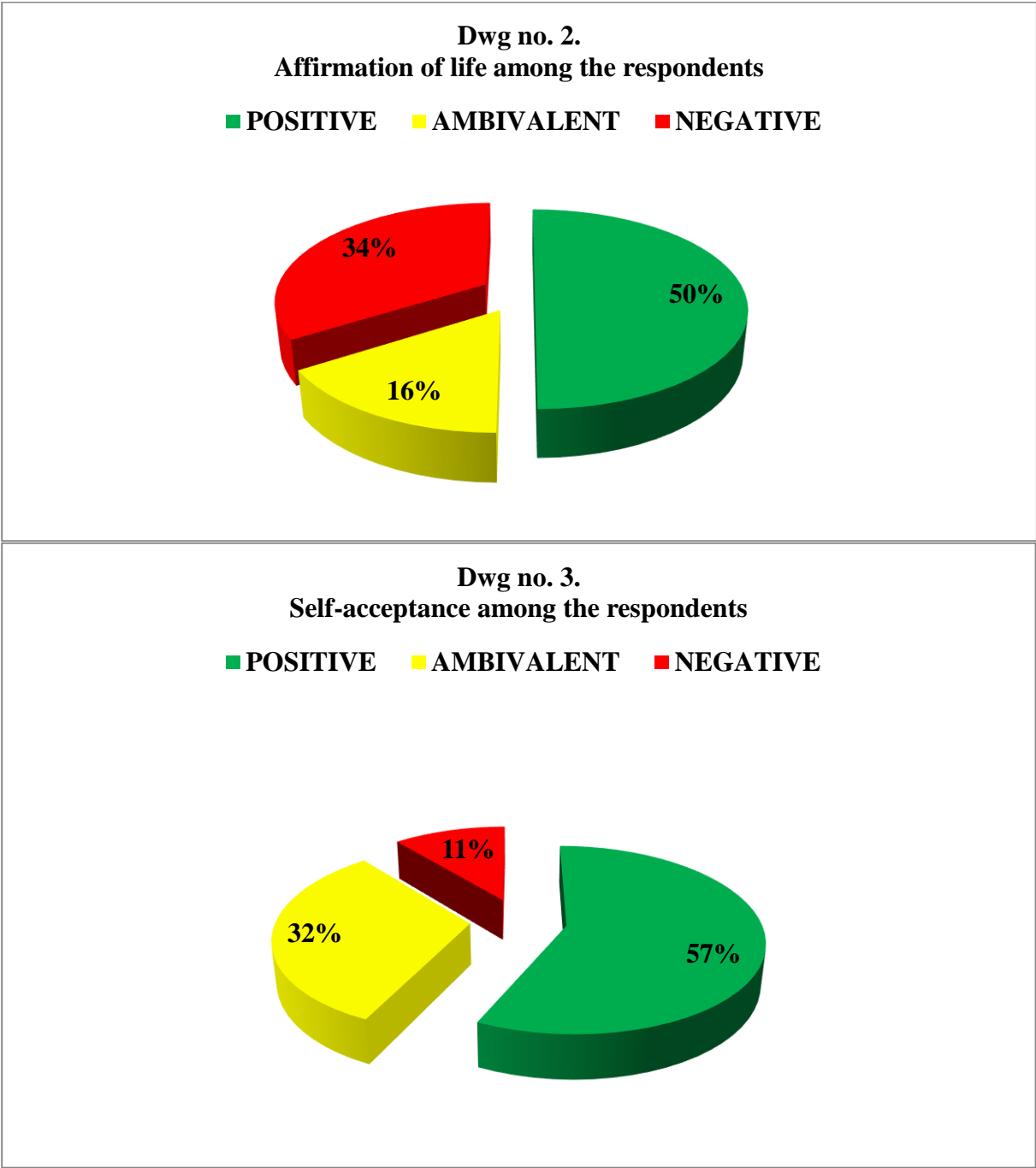
The mean score for PIL items obtained by the research subjects was 94, which places it in the range of a low sense of purpose in life.

Among the care home residents, the majority have a low sense of purpose in life - 52%, followed by the lowered level of a sense of purpose in life – 19%, a high level is represented by 17% and a very high level by 12%. (Dwg no.1).



The detailed results obtained by the respondents in particular components of a sense of life were shown in drawings 2 to 7.

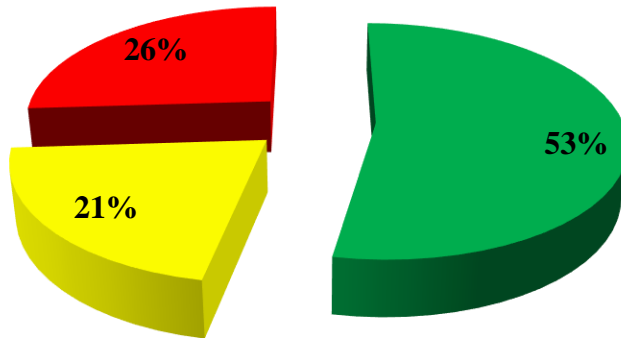
Research results show that a positive attitude towards **affirmation of life** dominates among the respondents – 50%. Next, there is the negative attitude – 34% and the ambivalent attitude – 16% (Dwg no. 2). The research results prove that the respondents mostly **accept themselves** – 57%, while 32% take the ambivalent stance, and 11% the negative stance (Dwg no. 3).



Research results show that a positive attitude towards **goal awareness** dominates among the respondents– 53%, followed by the negative stance – 26% and the ambivalent stance – 21% (Dwg no. 4).

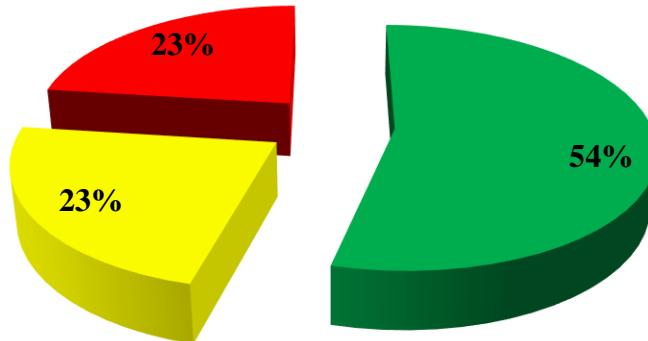
Dwg no. 4.
Awareness of purpose among the respondents

■ POSITIVE ■ AMBIVALENT ■ NEGATIVE

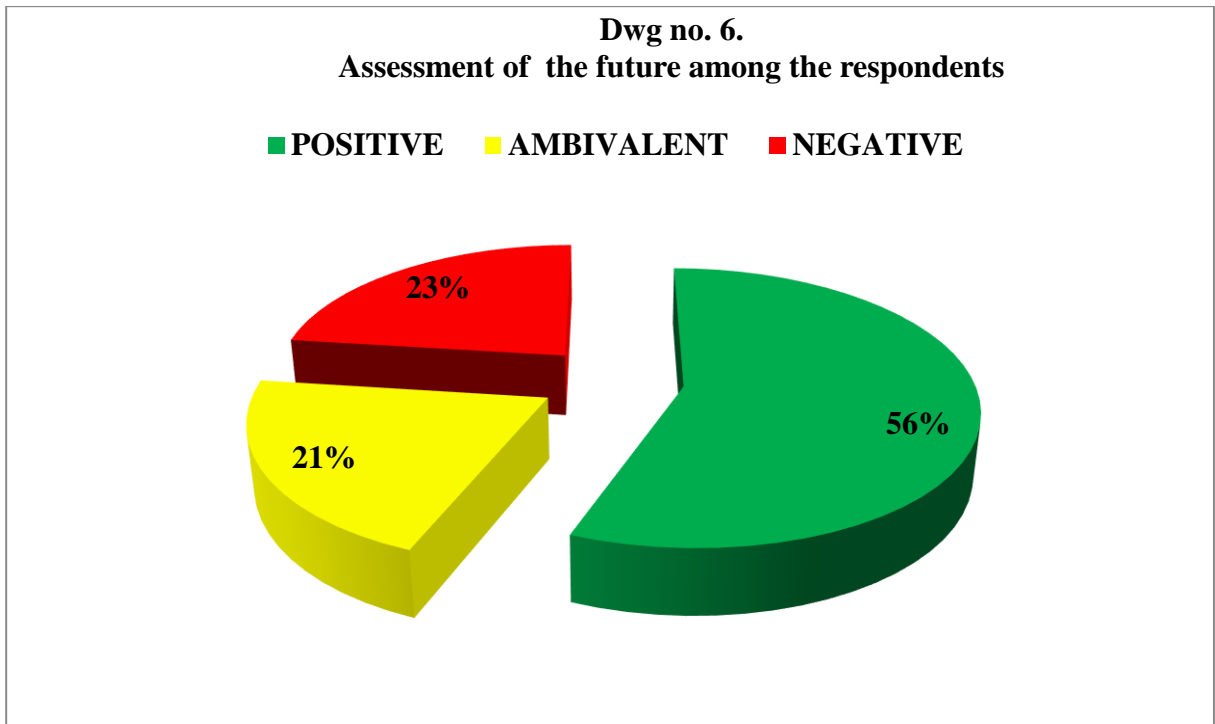


Dwg no. 5.
Sense of freedom among the respondents

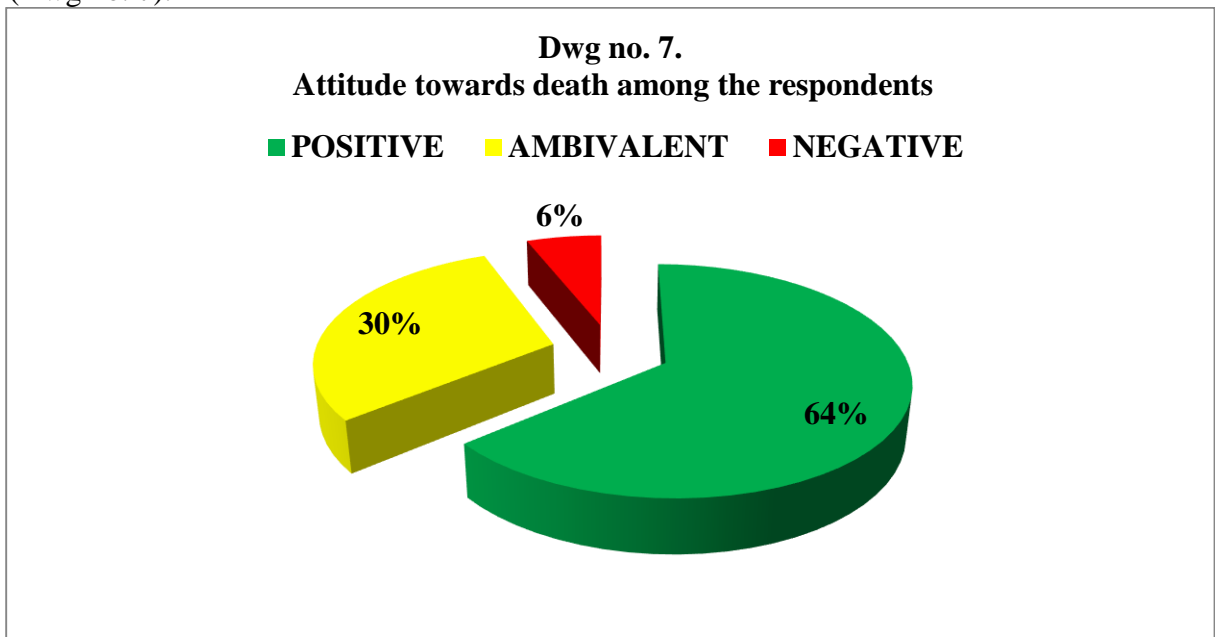
■ POSITIVE ■ AMBIVALENT ■ NEGATIVE



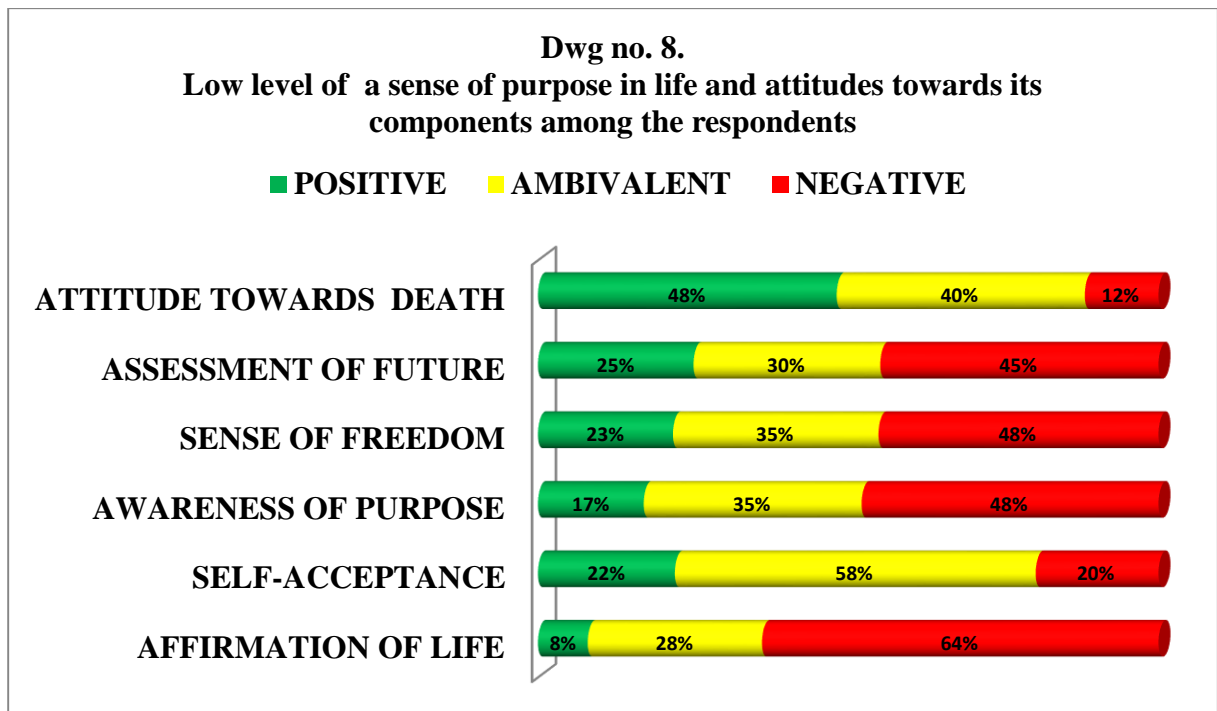
Research results show that a positive attitude towards a **sense of freedom** dominates among the respondents – 54%. Next, there is the ambivalent stance – 23% and the negative stance – 23% (Dwg no. 5). The study shows that a positive **attitude towards the future** dominates among the respondents – 56%, followed by the negative attitude – 23% and the ambivalent attitude – 21% (Dwg no. 6).



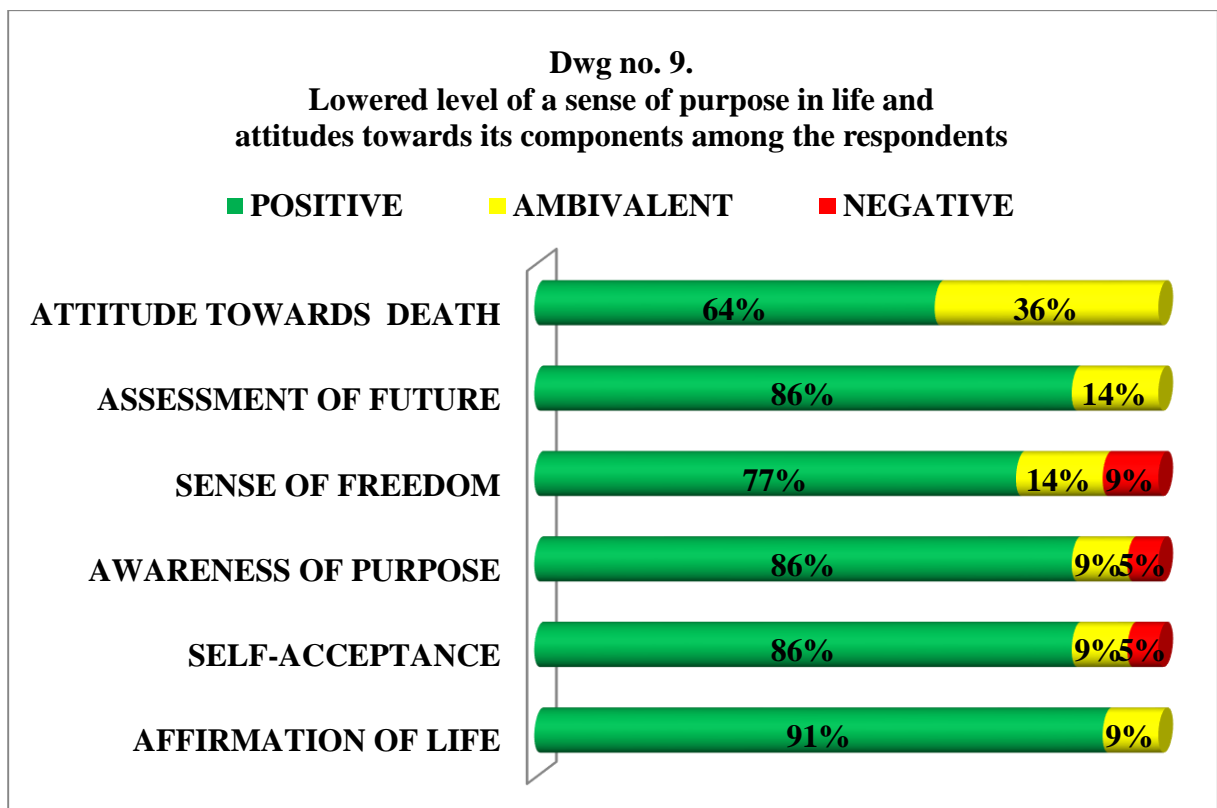
Research results show the positive **attitude towards death** dominates among the respondents – 64%, followed by the ambivalent attitude – 30%, and the negative attitude – 6% (Dwg no. 7).



The research results reveal that respondents with a low level of purpose in life have a negative attitude to: the affirmation of life - 64%, the awareness of purpose as well as the sense of freedom –48 % each, and the assessment of future – 45%. Negative attitudes can also be observed towards self-acceptance – 20% and death – 12% of respondents. (dwg no. 8).



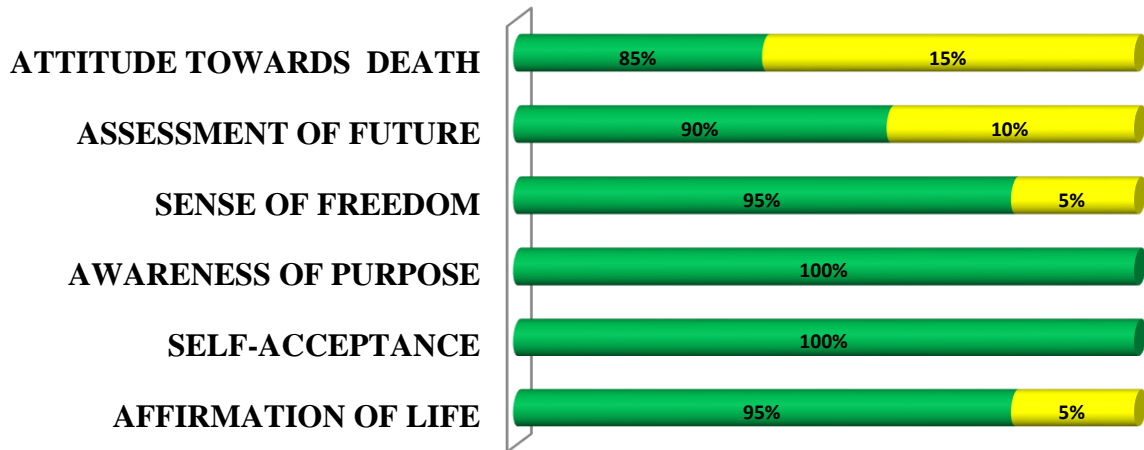
Among the respondents who show the lowered level of a sense of purpose in life, positive attitudes towards all its components are dominant (dwdg 9.). Negative attitudes concern the sense of freedom - 9% as well as the awareness of purpose and self-acceptance –5% each.



In cases of people whose sense of purpose in life is high and very high, positive attitudes towards its components are dominant, and there are no people who show negative attitudes (dwgs no.10. and 11).

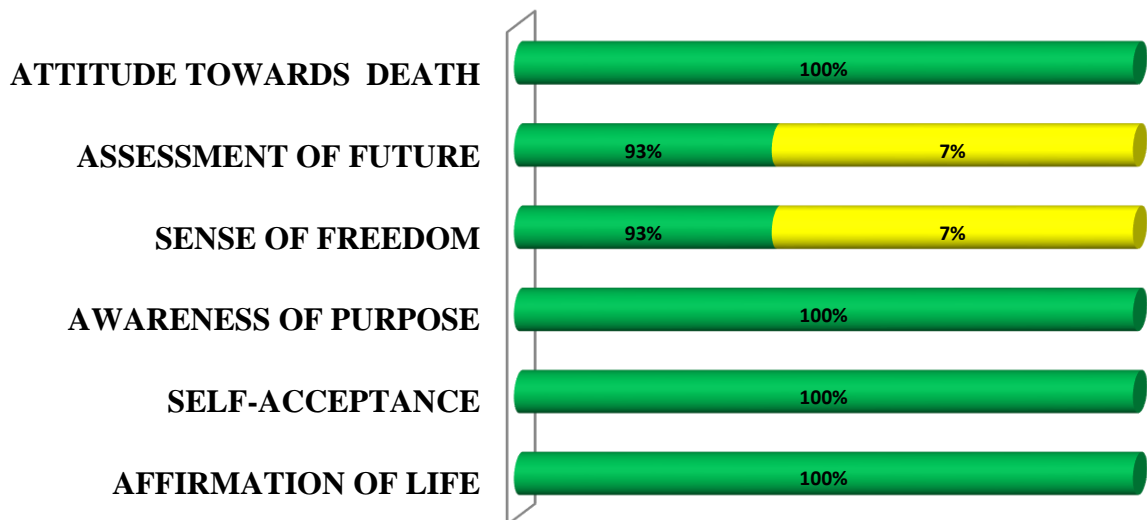
Dwg no. 10.
High level of a sense of life and attitudes towards its components
among the respondents

■ POSITIVE ■ AMBIVALENT ■ NEGATIVE



Dwg no. 11.
Very high level of a sense of purpose in life and attitudes towards its
components among the respondents

■ POSITIVE ■ AMBIVALENT ■ NEGATIVE



- ATTITUDE TOWARDS DEATH
- ASSESSMENT OF FUTURE
- SENSE OF FREEDOM
- AWARENESS OF PURPOSE
- SELF-ACCEPTANCE
- AFFIRMATION OF LIFE

3. The care for care home residents in the context of the author's own test results

When working with residents of aid institutions, the relation with a carer, a therapist and a social worker is very important. Protective activities have the quality of care when they include the following features: care for needs, responsibility, competencies and the ability to accept the care (Philips 2009). Those who take advantage of institutional forms of care are mainly people in difficult life situations. They often feel helpless, hopeless, hurt, weak, lonely, rejected, unwanted and ill. The care provided for them in the psychological-spiritual dimension is related to creating conditions which will rebuild their self-esteem and inner reintegration, help them find the purpose and meaning in life and foster positive thinking concerning the future. Assisting in showing strengths and weaknesses, teaching communication competence, encouraging someone to discover their own skills and gifts and getting involved in their fulfillment are some displays of care in these professions.

In the context of the author's own research results, when working with care home residents, it is necessary to undertake activities which favour building a sense of meaningfulness. The participants of the research are largely characterized by a low level of fulfilling the need for the affirmation of life, the sense of freedom and the assessment of the future. Negative attitudes in these areas are generally accompanied by concerns related to life or purpose in life, which manifests itself in the lack of joy of life and self-esteem, a sense of boredom as well as the lack of recognition of a care home as 'their' place on Earth.

Finding the purpose in life is associated with reading 'the real sense' of one's own current situation and giving it a meaning. This means adopting a 'certain' attitude towards the concern related to the question about the meaning of existence⁵³ ('I am here – but what *should* result from it? What do I need to do today to make my life a meaningful unity? Do I participate in the life of bigger communities (including religious ones), in which I am not the only person concerned? What do I live for?') (Langle 2003).

The care for care home residents means providing welfare of people in difficult life situations. The founder of the theory of well-being, Seligman points out five elements that make up well-being: 1) positive emotions, 2) engagement, 3) meaning, 4) positive relationship 5) achievement (Seligman 2011, p. 33). Care is therefore a special attitude by which the aid recipient is given the information that they are a value themselves, have the sense of dignity, and are respected as people. These messages are of special significance for building a positive image because they contain the information that the person is socially accepted, which can foster positive thinking and give hope. Besides, it translates into a person's sense of being able to control their own activity and effectiveness, which enhances co-responsibility for their own life, persistence in motivating themselves to undertake action aimed at overcoming difficulties. Care that is based on sympathy can favour building bonds because it stimulates the recipient of the care to respond to this gift and return it in the form of gratitude, showing enjoyment and relief (Turner, Stets 2009).

References

- EISENBERG, N. 2005 Empatia i współczucie, in M. Lewis, J.M. Haviland-Jones, *Psychologia emocji*. Gdańsk: GWP.
- EISENBERG, N., VALIENTE, C., CHAMPION, C. 2008 Reakcje pokrewne empatii, in A. MILLER, G. *Dobro i zło. Z perspektywy psychologii społecznej*. Kraków: Wyd. WAM.
- FRANKL, V.E. *Wola sensu. Założenia i zastosowanie logo terapii*, op. cit.

⁵³ See Frankl V.E. 2010 *Wola sensu. Założenia i zastosowanie logo terapii*. Warszawa: Wyd. Czarna Owca.

- GAJEWSKA, B., PAWLUS, M. 2011 *Słownik synonimów i antonimów*. Warsaw-Bielsko-Biała wydawnictwo Szkolne and PWN, p. 222.
- GRZEGORCZYK, A. 2003 *Psychiczna osobliwość człowieka* . Warsaw: Wyd. nauk. SCHOLAR.
- HOFFMAN, M.L. 2006 *Empatia i rozwój moralny*. Gdańsk: GWP, 2006.
- LANGLE, A. 2003 *Analiza egzystencjalna – poszukiwanie zgody na życie*, In: Psychoterapia, nr 2.
- PHILIPS, J. 2009 *Troska, Sic!* Warsaw, 2009.
- PODLAWSKA, D., ŚWIATEK-BRZEZIŃSKA, M. 2011 *Słownik poprawnej polszczyzny*. Warsaw-Bielsko-Biała: Wydawnictwo Szkolne and PWN, p. 513.
- RYŚ, E. Troska o człowieka psychicznie chorego w zawodach z misją społeczną, typescript.
- SELIGMAN, M.E.P. 2011 *Pełnia życia. Nowe spojrzenie na kwestie szczęścia i dobrego życia*. Poznań: Media Rodzina, p. 33.
- TURNER, J.H., Stets, J.E. 2009 *Socjologia emocji*. Warsaw: PWN, p. 73.

Kontakt:
rys.ewa@op.pl

Praca socjalna z rodziną wieloproblemową

Bogusław Uljasz (PL)

Abstract: *Praca socjalna jest jedną z klasycznych form pomocy rodzinie. Pracownicy socjalni podejmujący działania na rzecz rodzin wieloproblemowych stają przed poważnymi wyzwaniami. Specyfika tej pracy polega na zmierzeniu się z różnorodnymi aspektami dysfunkcyjności, z wieloma poważnymi problemami. Najważniejsze cele i zadania pracy socjalnej określa ustawa o pomocy społecznej z 2004 roku. Badacze problemu zwracają uwagę na wielowymiarowość tej pomocy w przypadku rodzin wieloproblemowych. Rozpoczynając od profesjonalnej diagnozy sytuacji, pracownik socjalny podejmuje szereg działań wspierających, takich jak: doradztwo, terapia, współpraca z innymi specjalistami, instytucjami. Od jego kompetencji i zaangażowania zależy otwartość na pomoc ze strony danej rodziny, a w dalszej konsekwencji wydobyć jej z sytuacji kryzysowej.*

Tematem artykułu jest specyfika pracy socjalnej z rodziną wieloproblemową.

Słowa kluczowe: *rodzina wieloproblemowa, praca socjalna, pomoc rodzinie dysfunkcyjnej.*

Abstract: *Social Work is one of the classic forms of assistance to the family . Social workers taking action to help the families more troubled to face major challenges . The specificity of this work is to measure various aspects of malfunction, with many serious problems. The main objectives and tasks of social work specified in the Act on social assistance in 2004. The researchers draw attention to the problem of multidimensionality of the aid for families more troubled. Starting from a professional diagnosis of the situation , a social worker undertakes a number of activities to support , such as counseling, therapy , collaboration with other professionals, institutions . Since its competence and commitment of openness depends on the help of the family , in consequence of its production of a crisis situation.*

The theme of the article is the specificity of social work with family more troubled.

Keywords: *family more troubled , social work , dysfunctional family help.*

Rodzina jako podstawowa grupa społeczna jest najważniejszym adresatem i zarazem beneficjentem pomocy społecznej, której głównym zadaniem jest podejmowanie działań wspierających tych, którzy znajdują się w trudnych sytuacjach. Rodzina stanowi podstawowe środowisko człowieka, oddziałujące w istotny sposób na rozwój i wychowanie młodego pokolenia. Jest wspólnotą osób i jednocześnie instytucją ogólnoludzką, spotykaną we wszystkich epokach i kulturach (L. Dyczewski, 1995, s. 23). Jedną z klasycznych form pomocy rodzinie jest praca socjalna.

Pracownicy socjalni spotykając się ze złożonymi sytuacjami rodzin sformułowali określenie rodziny wieloproblemowej. Wpływa to bowiem na równoległe podejmowanie wieloaspektowych działań wspierających takie rodziny. Są to rodziny, które borykają się z wieloma trudnościami, nakładającymi się na siebie nawzajem i dotykające wszystkich członków. Pojęcie rodziny z wieloma problemami stosuje się zamiennie w literaturze przedmiotu z takimi określeniami, jak rodziny dysfunkcyjne, patologiczne. Pracownicy socjalni zajmujący się takimi rodzinami muszą zmierzyć się z bardzo poważnymi problemami, a zarazem zadaniami trudnymi do zrealizowania. Nie tylko bowiem organizują pomoc finansową, ale też wspierają rodzinę w przezwyciężeniu sytuacji kryzysowej.

Słowa kluczowe: *rodzina, praca socjalna, wsparcie, pomoc, problemy*

Rodzina wieloproblemowa jako teren działania pracownika socjalnego

Rodziny, z którymi spotykają się w swej pracy socjalnej pracownicy pomocy społecznej znajdują się w trudnej sytuacji z różnorodnych powodów. Coraz częściej jednak problemy te są sprzężone, a praca z nimi wymaga intensywnych i różnorodnych działań wspierających. Na złożoność problemów wpływa także aktualna sytuacja społeczna, ekonomiczna i gospodarcza naszego kraju. Jak podaje literatura przedmiotu, zjawisko dysfunkcyjności może zachodzić zarówno wewnątrz rodziny, jak i może występować dysfunkcjonalność zewnętrzna. Czynnikiem dysfunkcjonalności może być bowiem np. alkoholizm rodziców, sprzeczne wymagania rodziców wobec dzieci, rozbitcie więzi rodzinnych, niedostateczny poziom opieki nad dziećmi. W tym aspekcie, jak pisze S. Kawula, dysfunkcjonalność wiąże się z niewypełnianiem przez rodzinę jej podstawowych funkcji (biologiczno-opiekuńczych, ekonomicznych, kulturalnych i wychowawczych) na rzecz jej członków. Natomiast zjawisko dysfunkcjonalności zewnętrznej rodziny zachodzi w relacji pomiędzy rodziną a społeczeństwem. Pojawia się konflikt pomiędzy tzw. mikrosystemem wychowawczym, a makrosystemem wychowawczym. Wynika to z istnienia różnych podkultur, w tym wiejskich, regionalnych, klasowych, wyznaniowych itd. Nie zawsze bowiem wiążą się one z ogólnospołecznym systemem wychowania. Jeśli np. rodzina funkcjonuje właściwie jako mikrosystem wychowawczy, ale tylko ze względu na własne, wewnętrzne cele, to nie stanowi jeszcze integralnej całości z globalnym systemem wychowawczym, a także z systemem środowiskowym, ze względu na zadania ogólnospołeczne. Przykładem jest praca podejmowana przez małoletnich, która jest korzystna dla funkcjonowania ekonomicznego rodzin, ale powoduje konflikt z wypełnianiem przez dzieci obowiązku szkolnego (por. S. Kawula, J. Brągiel, A. W. Janke, 1998, s. 65-66). Bywa również, jak pisze dalej S. Kawula, że „rodzice wychowują swoje dzieci jedynie dla własnych potrzeb, dla dobra domowego ogniska. Dziecko „dobre” dla rodziców i rodziny nie musi ich zdaniem być równocześnie „dobre” dla społeczeństwa. Jednostka wychowana w takiej rodzinie, w której rodzice kochają swoje dzieci, cieszą się z obcowania z nimi, są z nich dumni, stroją je itp., często zapominają o odpowiedzialności za to, jacy wyrosną z nich obywatele, wychowuje się w atmosferze swoistego „egoizmu rodzinnego”. Dziecko wychowane w ten sposób będzie związane tylko w obrębie rodziny, ale będzie mu brakowało właściwego uspołecznienia poza nią. Oddziaływanie wychowawcze w rodzinie - aczkolwiek zamierzone, ale zorientowane tylko na swoje wewnętrzne cele - może doprowadzić do podtrzymywania dualizmu pomiędzy wychowaniem rodzinnym i ogólnospołecznym” (S. Kawula, J. Brągiel, A. W. Janke, 1998, s. 66).

Natomiast rodziny wieloproblemowe, to te które mają w określonym czasie poważne problemy z różnorodnych powodów takich, jak np.: bezrobocie, bieda, ubóstwo, choroba, niepełnosprawność. Oprócz tego widoczna jest w takich rodzinach także niezaradność życiowa, nieumiejętność gospodarowania, uzależnienia, niewydolność wychowawcza. Szczególne trudności przeżywają rodziny wielodzietne, czy też niepełne doświadczające samotnego macierzyństwa lub ojcostwa oraz te, w których występuje przemoc domowa. Jak wynika z analizy literatury przedmiotu, często zachodzi taka sytuacja, że zasadnicze problemy rodziny mogą obracać się wokół budżetu, jakim ona dysponuje. Odbijają się w nim wszystkie najważniejsze problemy związane np. z zapobiegliwością lub jej brakiem, z rozrzutnością w gospodarowaniu. Pokazuje on, czy w rodzinie jest brak pracy i ubóstwo, czy dostatek. Analiza budżetu powinna być brana pod uwagę jako centralny punkt monografii rodzin (J. Szczepański, 1961, s. 91-92).

Należy zauważyć, że współcześnie w życiu rodzinnym jest „szereg takich zachowań, które są zaliczane do stanów patologicznych np. rodziny rozbite, rodziny podwyższonego ryzyka, rodziny zdeintegrowane, zdeorganizowane, dysfunkcjonalne lub rodziny o skumulowanych cechach patogennych. Innym istotnym składnikiem stanów w funkcjonowaniu rodziny jest

ich destrukcyjny, deprywacyjny charakter w odniesieniu do poszczególnych członków (rodziców i dzieci). Dotyczy to zwłaszcza ujemnych, destruktywnych na poziomie rozwoju osobowości skutków - często socjo- i psychopatii, degradację ról zawodowych, towarzyskich itd., prowadzących do izolacji psychicznej i społecznej. Do tego rodzaju zachowań rodzinnych zaliczyć można różne przejawy nałogowych sposobów regulacji własnego i rodzinnego życia (niekiedy podejmowanie ważnych decyzji pod wpływem używek, jak: ślub, płodzenie dzieci); zorganizowaną przestępczość, rozboje, kradzieże, wymuszanie okupu; przemoc i maltretowanie; kazirodztwo, dzieciobójstwo, pedofilstwo itd” (S. Kawula, 1998 , s.120).

Wśród innych czynników niekorzystnie wpływających na rodzinę, w tym na wychowanie dzieci należy wymienić drastyczne sytuacje konfliktowe często połączone z biciem słabszych, złe warunki materialno – bytowe itp. Występuje splot negatywnych cech statusu ekonomicznego, społecznego i kulturalnego w funkcjonowaniu konkretnej rodziny. „W takim przypadku trudnej sytuacji bytowej rodziny towarzyszy na ogół wielodzietność, niski poziom wykształcenia rodziców i ich patologiczne zachowania wobec innych osób - zwłaszcza wobec własnych dzieci. Powoduje to na ogół sytuację "zamkniętego kręgu", bez wyjścia prowadzącą jej członków do degradacji indywidualnej kolejnych ciągów rodzinnych. Dzieci nie znajdują w takiej rodzinie innych wzorów zachowań, tylko patologiczne, które w dorosłym życiu na ogół powtarzają” (S. Kawula, 1998 , s.120).

W rodzinie dysfunkcyjnej zatem nieprawidłowe funkcjonowanie rodziców, wpływa na nieprawidłowe zachowania dzieci, ponieważ nie są one odpowiednio wspierane. S. Kawula opiera się na badaniach Marii Jarosz, z których wynika, że dzieci i młodzież wywodząca się z rodzin zdeorganizowanych tylko w 1/3 wypadków zachowywała się zgodnie z obowiązującym systemem norm etyczno – obyczajowych i prawnych. Literatura przedmiotu zwraca uwagę, że brak więzi uczuciowych, poczucie wyobcowania i odrzucenia może być czynnikiem znacznie bardziej patogennym niż niedostatek (S. Kawula, 1998, s. 122). Jak podkreślają badacze problemu, obecnie w Polsce jest bardzo wiele rodzin, które potrzebują pomocy i wsparcia ze strony państwa i samorządów lokalnych. Opisując formy pomocy rodzinie w wypełnianiu funkcji opiekuńczo – wychowawczej, S. Kawula podkreśla najważniejsze cele, jakimi są:

- kształtowanie odpowiednich tj. na miarę możliwości gospodarczych, warunków pracy i bytu ludności,
- kształtowanie prorozwojowych struktur społecznych,
- kształtowanie sprawiedliwych stosunków międzyludzkich (por. 1998, s.118).

Specyfika pracy socjalnej z rodziną wieloproblemową

Według międzynarodowej definicji praca socjalna jest to zawód, który promuje społeczne zmiany, rozwiązywanie problemów we wzajemnych ludzkich relacjach oraz wzmocnienie i wyzwolenie ludzi dla osiągnięcia przez nich dobrostanu. Korzystając z teorii ludzkich zachowań i systemów społecznych, praca socjalna ingeruje dokładnie tam, gdzie dochodzi do wzajemnego oddziaływania ludzi z ich środowiskiem. Zasady praw człowieka i społecznej sprawiedliwości są fundamentalne dla pracy socjalnej. Taka definicja pracy socjalnej została przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Międzynarodowej Federacji Pracowników Socjalnych (IFSW) w Montrealu w Kanadzie, w lipcu 2000 r.

Praca socjalna w jej różnych formach odnosi się do wielostronnych, złożonych transakcji zachodzących między ludźmi a ich środowiskami. Jej misją jest umożliwianie wszystkim ludziom rozwoju ich pełnego potencjału, wzbogacanie ich życia i zapobieganie dysfunkcjom. Profesjonalna praca socjalna skupia się na rozwiązywaniu problemów i zmianie. Helena Radlińska twierdziła, że praca socjalna „polega na wydobywaniu i pomnażaniu sił ludzkich, na ich usprawnianiu i organizacji wspólnego działania dla dobra ludzi” (1961, s. 355).

W ujęciu nauk społecznych praca socjalna to różne zorganizowane metody propagowania ludzkiego dobrobytu przez zapobieganie cierpieniu i jego zmniejszanie. Praca socjalna – stanowiąca integralny element systemu pomocy społecznej – jest traktowana jako główne narzędzie polityki społecznej, która służy rozwiązywaniu problemów, kompensowaniu deficytów, aktywizacji jednostek i grup oraz organizowaniu wsparcia społecznego i samopomocy w środowisku lokalnym. Praca ta jest definiowana w literaturze przedmiotu jako działalność profesjonalna ukierunkowana na pracę środowiskową, wzmacnianie kapitału ludzkiego i skuteczne wydobywanie, uruchamianie, aktywizowanie potencjału tkwiącego w środowiskach lokalnych i jego mieszkańcach. Zwraca się uwagę na indywidualizację pomocy. W ustawie o pomocy społecznej z 2004 roku pracę socjalną sprecyzowano jako „działalność zawodową, mającą na celu pomoc dzieciom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi” (Art. 6, Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej).

Celem pracy pracownika socjalnego jest przezwyciężanie trudności, z powodu, których członkowie rodzin korzystają ze wsparcia pomocy społecznej. Pracownik socjalny pomaga członkom rodziny w rozwiązaniu problemów stojących na przeszkodzie do samodzielności ekonomicznej, aktywizacji zawodowej oraz integracji rodzinnej, a także społecznej. Wsparcie udzielane w pracy socjalnej zasadniczo polega na udzielaniu pomocy w samodzielnym rozwiązywaniu problemów, a następnie prawidłowym funkcjonowaniu. Z praktyki pracy socjalnej wynika często, że rodziny wieloprotymowe korzystają z pomocy społecznej przez wiele lat. Od 1999 roku w Polsce rozpoczęły działania Centra Pomocy Rodzinie. Są one obok ośrodków pomocy społecznej najważniejszym miejscem pracy pracowników socjalnych. Oprócz tego są oni zatrudniani w różnych zarówno publicznych, jak i niepublicznych placówkach wsparcia, takich jak np.: noclegownie, domy dla samotnych matek, hostele dla osób doświadczających przemocy ze strony domowników itp.

Odólne zasady postępowania w przypadku rodzin dotkniętych kryzysem przedstawił S. Kawula:

„1. Podejście historyczne, które upatruje źródło problemów rodzinnych leży w stosunkach generacyjnych. W ramach tego typu terapii rodziny mamy do czynienia z podejściem psychodynamicznym i wielopokoleniowym. Kładziony jest tu nacisk na odkrycie długotrwałych konfliktów rodzinnych bądź jednostkowych. Terapie te są bardziej skuteczne wobec rodzin z istniejącym aktualnie lub od jakiegoś czasu konfliktem (konflikt zadawniony, konflikt ukryty).

2. Podejście strukturalno-procesowe:

W terapiach tego typu podkreśla się aktualne interakcje w rodzinie i ich związek z zaburzonym zachowaniem jej członków. Przykładami mogą być: terapia behawioralna, interwencja strategiczna. Większość terapii tego typu nastawia się na uczenie porozumiewania się w obrębie rodziny, jest więc użyteczna dla rodzin w konflikcie, zajmuje się podstawową strukturą rodziny, hierarchią władzy oraz długotrwałymi konfliktami i ich rozwiązywaniem.

3. Terapia polegająca na przeżyciu doświadczenia

Zwiększają one świadomość pojedynczych członków rodziny, skupiając się na subiektywnych przeżyciach i indywidualnym rozwoju, należą do nich terapia Gestalt i terapia skoncentrowana na kliencie. Główna zasada terapii Gestalt: "Weź odpowiedzialność za swoje czyny, uczucia, myśli" (...).

4. Podejście psychoedukacyjne

Podejście takie służy rodzinom z zaburzoną strukturą i funkcjonowaniem, chronicznie chorą lub uzależnioną osobą. Rodzinę wspiera się w radzeniu sobie z problemami poprzez grupy wsparcia i spotkania psychoedukacyjne oraz socjo-edukacyjne.

5. Podejście interwencyjne:

Rodzinna interwencja kryzysowa wykorzystuje wizytę domową terapeuty oraz kilka spotkań w ciągu trzech tygodni, w czasie których identyfikuje się kryzys, definiuje się go jako problem rodziny oraz podejmuje działania zmierzające do jego złagodzenia. Od pomocy doraźnej, poprzez wsparcie do samodzielnego działania. Odmianą terapii kryzysowej rodziny jest tzw. terapia wielorakiego wpływu oraz terapia punktów zwrotnych F. S. Pittmana. W terapii wielorakiego wpływu zespół terapeutów spędza z rodziną kilka dni na wielu spotkaniach w różnych konfiguracjach. W terapii punktów zwrotnych kładzie się nacisk na ocenę i modyfikację tych aspektów funkcjonowania rodziny, które opierają się zmianom i utrudniają przejście przez kryzys. Te ostatnie terapie są właściwe w przypadku, gdy indywidualny kryzys członka rodziny odbija się na układzie rodzinnym, a rodzina jako całość nie radzi sobie z nową sytuacją (...). Sytuacje takie pojawiły się u nas wśród części rodzin dotkniętych skutkami powodzi” (S. Kawula, 1998, s. 149).

W większości przypadków rodzin z wieloma problemami świadczona jest pomoc materialna, finansowa oraz psychologiczna. Z założenia praca pracownika socjalnego powinna przynieść określone rezultaty. Pracownik socjalny powinien współtowarzyszyć podopiecznym, poznawać ich potrzeby, wzmacniać funkcjonowanie rodziny i współdecydować o dalszych działaniach. W przypadku rodziny dysfunkcyjnej, aby usunąć określoną dysfunkcję któregoś z członków rodziny, czy całej rodziny, konieczna jest reorganizacja całego systemu rodzinnego.

Badania diagnostyczne z 2011 roku ujawniły, że pracownicy socjalni w praktyce pracy z rodzinami problemowymi najczęściej udzielają pomocy finansowej (czyni tak ponad 60 % pracowników socjalnych), pracę socjalną stosuje ponad 50 % pracowników, poradnictwo specjalistyczne (rodzinne) już tylko 25 % terapię rodzinną (psychologiczną, pedagogiczną) zaledwie 15 %. Świetlice, najbardziej typową placówkę wsparcia dziennego, prowadzi 21 % Ośrodków Pracy Socjalnej, a w swojej pracy wykorzystuje je tylko 4 % pracowników socjalnych (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, 2013, s. 24-25).

D. Trawkowska pisze, że: „z perspektywy organizowania pomocy rodzinom wieloprotblemowym, zadania pomocy społecznej dotyczą trzech komplementarnych obszarów/zakresów jej aktywności, obejmujących: przygotowanie rodzin do przyjęcia pomocy, sprawny transfer świadczeń, w tym specjalistycznej usługi - pracy socjalnej, budowanie zintegrowanego systemu wsparcia dla rodzin w lokalnych społecznościach, w ich środowisku zamieszkania” (por. 2010, s. 39). Autorka ta zwraca uwagę na istotny aspekt pracy socjalnej jakim jest postawa ze strony pracownika socjalnego wobec rodziny wieloprotblemowej. Warunkiem prowadzenia skutecznych działań jest bowiem życzliwość i akceptacja dla tej rodziny i jej problemów. Podkreśla również, że podstawowym warunkiem profesjonalnych działań w pracy socjalnej z rodziną jest rzetelna diagnoza rodziny. Ten etap wymaga zwykle wsparcia pracownika socjalnego przez innych specjalistów: psychologów, prawników, pedagogów, lekarzy, kuratorów sądowych i innych (D. Trawkowska, 2010, s. 40).

Rozpatrując złożoność problemów w rodzinach, uwidacznia się doniosłość roli pracowników socjalnych, którzy w sposób bezpośredni biorą udział w sytuacjach kryzysowych. „Działalność zawodowa pracownika socjalnego wymaga stosunkowo szerokiego zestawu czynności specjalistycznych. Rozszerzanie się obszarów pracy socjalnej i systematyczne powiększanie zakresu zadań pomocy społecznej powoduje, że pracownicy socjalni są zobowiązani do realizacji coraz bardziej profesjonalnych działań, wymagających opanowania obszernego katalogu umiejętności zawodowych, jakie stanowią standard oczekiwanych kompetencji zawodowych. Szeroka skala problemów społecznych w środowiskach, w których działają pracownicy socjalni, wymaga od nich zarówno dużego zasobu wiedzy,

rozpoznawania potrzeb drugiej osoby, nawiązania relacji z podopiecznym, jak i umiejętności traktowania go podmiotowo i w sposób zindywidualizowany” (M. Rymsza, 2012, s. 110).

Natomiast Art. 45. wspomianej już ustawy szczegółowo reguluje kwestie pracy socjalnej i jej cele. Praca socjalna świadczona jest na rzecz poprawy funkcjonowania osób i rodzin w ich środowisku społecznym. Prowadzona jest:

- 1) z osobami i rodzinami w celu rozwinięcia lub wzmocnienia ich aktywności i samodzielności życiowej;
- 2) ze społecznością lokalną w celu zapewnienia współpracy i koordynacji działań instytucji i organizacji istotnych dla zaspokojenia potrzeb członków społeczności

Przepis art. 45 odwołuje się również do metod i technik właściwych dla pracy socjalnej, zwracając uwagę na to, że:

- 1) Praca socjalna może być prowadzona w oparciu o kontrakt socjalny (ustawodawca usankcjonował tu dawno oczekiwaną technikę pracy socjalnej – technikę kontraktu);
- 2) W pracy socjalnej wykorzystuje się właściwe tej działalności metody i techniki, stosowane z poszanowaniem godności osoby i jej prawa do samostanowienia (Art. 45 Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej).

Szczególne znaczenie pracy socjalnej podkreśla art. 36 i 119 ustawy, gdzie na pierwszych miejscach spośród świadczeń niepieniężnych i zadań pracownika socjalnego wymienia pracę socjalną. Podstawowe zadania pracownika socjalnego ustawa o pomocy społecznej określa w następujący sposób:

1. „prowadzenie/świadczenie pracy socjalnej;
2. dokonywanie analizy i oceny zjawisk, które powodują zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej oraz kwalifikowanie do uzyskania tych świadczeń;
3. udzielanie informacji, wskazówek i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osób, które dzięki tej pomocy będą zdolne samodzielnie rozwiązywać problemy będące przyczyną trudnej sytuacji życiowej; skuteczne posługiwanie się przepisami prawa w realizacji tych zadań;
4. pomoc w uzyskaniu dla osób będących w trudnej sytuacji życiowej poradnictwa dotyczącego możliwości rozwiązywania problemów i udzielania pomocy przez właściwe instytucje państwowe, samorządowe i organizacje pozarządowe oraz wspieranie w uzyskiwaniu pomocy;
5. w sytuacjach szczególnych, m.in. zagrożenia życia i zdrowia, podejmowanie działań interwencyjnych z uwzględnieniem prawa do samostanowienia i prawa do intymności życia rodzinnego;
6. udzielanie pomocy oraz postępowanie zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
7. pobudzanie społecznej aktywności i inspirowanie działań samopomocowych i wolontarystycznych w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób, rodzin, grup i środowisk społecznych;
8. współpraca i współdziałanie z innymi specjalistami w celu przeciwdziałania i ograniczania patologii i skutków negatywnych zjawisk społecznych, łagodzenie skutków ubóstwa;
9. inicjowanie nowych form pomocy osobom i rodzinom mającym trudną sytuację życiową oraz inspirowanie powołania instytucji świadczących usługi służące poprawie sytuacji takich osób i rodzin;
10. współuczestniczenie w inspirowaniu, opracowaniu, wdrożeniu oraz rozwijaniu regionalnych i lokalnych programów pomocy społecznej ukierunkowanych na podniesienie jakości życia” (Art. 119 Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej).

Warto zwrócić uwagę na rolę dobrze przeprowadzonej diagnozy w celu skutecznej pracy z rodziną wieloprotblemową. Pracownik socjalny musi bowiem uwzględniać wiele aspektów środowiska rodzinnego. Do najważniejszych należą:

- niewydolność materialna, objawiająca się niskimi dochodami rodziny lub ich brakiem, wynikająca z utraty pracy, małej operatywności ekonomicznej rodziców, wielodzietności, chorób itd.
- trudne warunki mieszkaniowe.
- patologia społeczna w rodzinie – alkoholizm, występowanie innych uzależnień, zaburzenia psychiczne, przestępczość, agresja słowna, fizyczna, psychiczna;
- niska dojrzałość społeczno-emocjonalna rodziców – niska świadomość pedagogiczna, wadliwe postawy wobec dziecka, brak zainteresowania rozwojem dziecka i jego potrzebami;
- samotne rodzicielstwo – rozwód, separacja, utrata jednego z małżonków, pobyt w zakładzie karnym, długotrwały wyjazd, panna samotnie wychowująca dziecko;
- brak pomocy oraz wsparcia ze strony rodziny, środowiska lokalnego, instytucji socjalno-wychowawczych (por. E. Kantowicz, 2001, s. 183-184).

Jak wynika z ustawy, pracownik socjalny podejmuje działalność diagnostyczną, animacyjną, kooperacyjną z innymi specjalistami, innowacyjną i inspiratorską. Celem pracy socjalnej jest rodzina pojmowana jako system, a nie zachowania poszczególnych jej członków. Jak podaje literatura przedmiotu, występujący w rodzinie „problem” często kryje się w sposobach interakcji zachodzących pomiędzy niektórymi lub wszystkimi jej członkami. Poszczególni członkowie rodziny mogą przybierać rolę kozłów ofiarnych dla innych, albo rolę osób, od których najczęściej oczekuje się rozwiązywania problemów, lub szczególnej opieki. Takie wzorce rodzina stara się narzucić pracownikowi socjalnemu, zwłaszcza wzorce patologiczne. Zadaniem pracownika jest rozpoznanie takich intencji. Może też nastąpić sytuacja, kiedy rodzina chce, aby pracownik nawiązał bliższe interakcje tylko z jednym lub z wybranymi członkami. Pracownik powinien tymczasem dążyć do kontaktów ze wszystkimi członkami rodziny (Ch. D. Garvin, B. A. Seabury, 1998, s. 207-208).

Z rozważań tych wynika, że pracownicy socjalni szczególną uwagę powinni poświęcać sposobom budowania relacji z rodziną. Ich zadaniem jest odnalezienie sposobu na właściwą komunikację z poszczególnymi członkami rodziny, także z dziećmi. Głównym zadaniem jest motywowanie do poprawy funkcjonowania całej rodziny. Pracownik socjalny towarzyszy również w realizacji wyznaczonych celów oraz wspiera w rodzinę w podejmowaniu działań. W literaturze przedmiotu podkreślany jest fakt, że rodziny wieloprotblemowe doświadczają biedy. Często zatem nie wystarcza tylko praca socjalno - wychowawcza, socjalno - terapeutyczna, czy terapia rodzin. Doświadczenia pomocy społecznej wskazują na konieczność synchronizacji działań animujących społeczność z metodami pracy socjalnej. Obok pracy z jednostką, pracy zespołowej, z rodziną, jest to właściwa droga umożliwiająca odzyskanie przez rodzinę kontroli nad swoim życiem. Pracownik socjalny oprócz rutynowych działań wspierających, które przywiązują osoby i rodziny do pomocy społecznej, powinien podejmować również różnorodne działania konsultacyjno – wzmacniające i edukacyjno – informujące. Mają one większy wpływ na usamodzielnienie się rodzin (Ch. D. Garvin, Brett A. Seabury, 1999, s. 41-42).

Pracownik socjalny w toku postępowania w czasie pracy socjalnej z rodziną wieloprotblemową powinien przede wszystkim dokładnie zapoznać się z aktualną sytuacją oraz oczekiwaniami i życzeniami osób objętych pomocą. Jest to niezbędne do postawienia właściwej diagnozy oraz określenia celów pracy i, co za tym idzie, ustalenia planu działania. Ważne jest niezmiernie indywidualne podejście do każdej z rodzin. Badacze problemu podkreślają rolę różnorodnej infrastruktury pomocowej, z której pracownik socjalny powinien korzystać. Należą do niej instytucje i organizacje pozarządowe, wspierające rodzinę. Pracownik socjalny powinien oprócz tego rozeznaczyć jakie są zasoby rodzinne, czyli

możliwości skorzystania z pomocy zarówno materialnej, jak i z innego rodzaju wsparcia ze strony krewnych. Ważne jest także rozpoznanie możliwości pomocy i wsparcia bezpośrednio w środowisku zamieszkania ze strony sąsiadów. Jak już wspomniano, najczęściej w pracy socjalnej z rodzinami udzielana jest pomoc finansowa. Jednak dla poprawy funkcjonowania rodziny kluczowe znaczenie ma poradnictwo rodzinne i terapia rodzinna.

Współcześnie praca socjalna jest integralną częścią społeczeństwa, które podejmuje różnorodne działania. Charakteryzuje ją różnorodność adresatów, metod, form organizacyjnych. Praca socjalna jako profesjonalna działalność skupia się nie tylko na rozwiązywaniu problemów społecznych, ale także na zmianie w społecznościach, w życiu indywidualnych osób, rodzin poprzez włączanie ludzi do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym. Rodzinom, zwłaszcza tym z wieloma problemami pozwala na opanowanie kryzysowej sytuacji i znalezienie rozwiązań.

Jak wynika z założeń praca socjalna z rodzinami wieloproblemowymi ma na celu wzmocnienie ich potencjału, aby mogły przezwyciężyć trudną sytuację życiową. Biorąc pod uwagę położenie i ogólną sytuację tych rodzin, nie jest to proste zadanie. Wiele zależy od umiejętności i podejścia pracownika oraz od nastawienia danej rodziny i gotowości do przyjęcia pomocy. Należy podkreślić, że efekty pracy socjalnej uzależnione są również od ogólnej sytuacji społeczno – ekonomicznej panującej w danym czasie, od perspektyw, które można zaoferować rodzinom z problemami.

Literatura:

GARVIN D. H., SEABURY B. A. (1998) *Działania interpersonalne w pracy socjalnej*, Katowice: Śląsk. ISBN 83-7164-114-1.

KANTOWICZ E. (2001) *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*, Olsztyn: Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. ISBN 83-7299-082-4

KAWULA S., BRAGIEL J., JANKE A. W. (1998) *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek. ISBN 83-7174-111-1

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (2013) *Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji*, Warszawa.

RADLIŃSKA H. (1961) *Pedagogika społeczna*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.

RYMSZA M. (red.) (2012), *Pracownicy socjalni i praca socjalna w Polsce. Między służbą społeczną a urzędem*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa. ISBN 978-83-7689-051-7.

SZCZEPAŃSKI J. (1961) *Socjologia. Rozwój problematyki i metod*, Warszawa: PWN.

TRAWKOWSKA D. (2010), *Dokąd zmierzamy? Socjologiczna analiza działań, podejmowanych wobec rodzin wieloproblemowych przez pomoc społeczną, teologia i moralność*, tom 7.

Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. z 2004 r., Nr 64, poz. 593 ze zm.).

Kontakt

ULJASZ Bogusław doktor nauk prawnych, absolwent i pracownik naukowy Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Nízká úroveň smyslu života jako rizikový faktor účasti dospívajících na kyberšikaně

Michal Panáček (ČR), Eva Žiaková (SR)

Abstrakt: *Príspevek se zabývá přiblížením problematiky pojetí smyslu života a jeho zdrojů. Zmiňuje především hodnoty, jako jeden z nejdůležitějších zdrojů. V následující kapitole příspěvek upozorňuje na důležitost kyberprostoru pro kyberšikanu, virtuální Já jako projev reálného Já v kyberprostoru a vlastní pojetí kyberšikanu. Poslední kapitola se věnuje prezentaci vybraných výsledků výzkumu, ze kterých vyplývá, že protagonisté kyberšikanu dosahují především nízké úrovně smyslu života.*

Klíčová slova: *smysl života, dospívání, hodnoty, kyberprostor, kyberšikanu.*

Abstract: *This paper deals with the issue of approaching the concept of the meaning of life and its resources. He mentions in particular the values of one of the most important resources. The following section highlights the importance of the contribution of cyberbullying cyberspace, virtual I like real speech in cyberspace and I own concept of cyberbullying. The last chapter is devoted to the presentation of selected research results, which show that the protagonists of cyberbullying found mainly low levels of meaning in life.*

Keywords: *meaning of life, adolescence, values, cyberspace, cyber-bullying.*

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 „*Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie*“

Úvod

Smysl života je jedním z důležitých aspektů spokojeného a úspěšného života jedince. Jedinec si jej vytváří od útlého věku na základě socializačního působení rodičů, společnosti, později vrstevnických skupin, přátel, kamarádů, partnerů. Setkává se tak s množstvím podnětů, které musí během tvorby svého vlastního smyslu života integrovat, zpracovat a uzavřít. Jedinec získává především od rodičů základní normy a hodnoty vyznávané rodiči a společností, které by měli usnadnit jeho vstup do společnosti. Mimo to jsou předkládané a zvnitřnělé normy a hodnoty považovány za základ pro utváření si smysluplného životního cíle a smyslu v životě.

V dnešní době, především v období dospívání, působí mnoho proměnných, které ovlivňují jak vývoj jedince, tak také jeho socializaci a v neposlední řadě také tvorbu smyslu života. Vezmeme-li v úvahu školu a vrstevnické skupiny, jde o silný vliv v rámci vztahů v daných skupinách (ve školní třídě, partě kamarádů apod.). Mimo to v období dospívání bývá jedinec více či méně vystaven působení sociálně patologickým jevům jako je experimentace s návykovými látkami (ať už alkoholem nebo nikotinem či nebezpečnějšími látkami jako je marihuana a další drogy), vystavení šikaně, případně v dnešní době kyberšikaně.

Dnešní doba, charakteristická jako doba informační, technologická, virtuální, přináší nové možnosti, ale také ohrožení v oblasti vývoje dospívajícího. Jako příležitosti můžeme spatřovat usnadnění učení, získávání informací, snazší komunikaci na delší vzdálenosti, přeshraniční komunikaci a další možnosti, které přináší informační a komunikační technologie (ICT z anglického Information and Communication Technologies). Avšak je nutné vnímat také ohrožující a nebezpečné jevy, které s sebou ICT přináší. Jde především o sociálně patologické jevy šířené těmito moderními technologiemi jako je sexting (zasílání elektronických zpráv, fotografií nebo videa se sexuálním podtextem nebo tématikou),

cybergrooming (agrese dospělého jedince vůči dítěti nebo dospívajícímu; vydávání se za jinou osobu a snaha o osobní kontakt s dítětem nebo dospívajícím s cílem ublížit, zneužít či jinak poškodit), cyberstalking (pronásledování, sledování, vydírání a obtěžování pomocí ICT) anebo také cyberbullying (kyberšikana).

Právě úroveň smyslu života může hrát jednu z významných rolí a predikovat, zda se dospívající stane jedním z protagonistů kyberšikany (obětí nebo agresorem).

Smysl života a jeho pojetí

Smysl života můžeme pojímat jako určitý životní cíl, zaměření života, nejvyšší životní hodnotu (Frankl, 1992) nebo jako určitou vůli ke smyslu v životě, směřování aktivit k vytyčenému cíli. G. T. Reker (In: Halama, 2000, str. 220) uvažuje o smyslu života v intencích vnímání směru života k určitému životnímu cíli, pořádku v životě a v intenci existencionálního důvodu proč žít. Spolu s P. T. P. Wongem (1988, In: Křivohlavý, 2006) vytvořili jednu z prvních definic smysluplnosti života. Ta je dle výše uvedených autorů výrazem určité hodnoty, kterou přisuzujeme prožitým událostem a průběhu života, včetně významu, který přisuzujeme vlastní existenci – tedy svému životu.

Podobně smýšlí o smyslu života také R. F. Baumeister, vycházející z kognitivní psychologie, který vnímá smysl života jako „mentální reprezentaci souvislostí mezi věcmi, událostmi a vztahy“ (Panáček, 2010, s. 32).

Za smysluplnost života je pojímána také cílesměrnost života, stanovená nejvyšší životní hodnota nebo také chování, jehož cílem je dosažení určitého cíle, který pomáhá překonávat krize identity (Erikson, 1968, In: Bronka, Hillb, Lapsleyb, Taliba, Fincha, 2009).

Zajímavé pojetí smysluplnosti života přináší C. Ryff (2000, In: Kazdin, 2000), který vnímá smysluplnost života jako aktivizační prvek v rozvoji zdrojů člověka. Jde o rozšíření základní zdrojové základny jedince (rodina, sekundární sociální skupina apod.) o optimální lidské fungování. Toto fungování má za cíl umožnit jedinci překonávat jak překážky ve vývoji, tak také ve společnosti. Pokud je smysl života oslaben, může docházet k více či méně závažným selháním v problémových oblastech. Může jít např. o mezilidské vztahy, kdy v důsledku selhávání můžeme identifikovat sociálně patologické jevy vzniklé na základě obranných strategií (útok – agrese, únik – pasivita).

Hodnoty – jeden z významných zdrojů smyslu života (sources of meaning)

Zabýváme-li se smyslem života, můžeme k jeho zkoumání přistupovat ze dvou směrů. Prvním směrem je analýza úrovně smyslu života u jedinců nebo skupin a druhý směr se zabývá spíše tím, co je pro jedince smysluplné a jaká je obsahová stránka smyslu života = tzv. zdroje smyslu života. Za zdroje smyslu života můžeme považovat vše, z čeho jedinec může určitým způsobem získávat pocit smysluplnosti a to, co mu pomáhá naplňovat jeho život jako smysluplný.

Jedním z nejvýznamnějších zdrojů smyslu života jsou dle V. E. Frankla hodnoty. Hodnoty hrají při tvorbě smyslu života zásadní roli. Proto V. E. Frankl nazýval ty hodnoty vztahující se ke smyslu života tzv. smyslovými univerzáliemi. Hodnoty jako významné prvky smyslu života vnímá také K. Popielski (1994), avšak spíše z hlediska noetického. Jeho pojetí vychází z aspektů sociální psychologie a vnímání jedince jako společenského tvora. Jedinec však funguje i jako individuálně existující subjekt a aktivně si sám volí a vybírá hodnoty, které jsou pro něj významné. Tento model zdůrazňuje působnost vnějších vlivů z prostředí, vnitřních potřeb jedince a také aktivní činnost jedince ve výběru hodnot a v utváření vlastního hodnotového systému.

Hodnoty je nutné chápat interdisciplinárně (zkoumáním se zabývá více vědních disciplín) a komplexně, kdy v sobě snoubí kognitivní složku (M. Rokeach), motivační složku (S. H.

Schwartz), pojetí míry (posuzování a hodnocení dané hodnoty) a pojetí významu hodnoty (čeho chce jedinec dosáhnout) (P. Halama).

Důležitým prvkem v pojetí hodnot a jejich vztahu ke smyslu života je jejich transcendentálnost, na niž upozorňuje P. Tavel (2007). Stejně jako je transcendentální smysl života je i transcendentální hodnota – a to vzhledem k aktu, který k ní směřuje. Hodnoty jako takové právě regulují a usměrňují chování člověka ve vztahu k dosažení daných hodnot a cílů. Jsou vyjádřením orientace dospívajícího na cíl, který si vytýčil, na to, co považuje za důležité a významné. (Boroš, 2000, In: Panáček, 2012)

Z pohledu V. E. Frankla (1992) je důležité vnímat hodnoty ve vztahu k pojmu logos – k objektivnímu duchovnímu světu smyslu a hodnot. Sám rozlišuje tvůrčí, zážitkové a postojevé hodnoty, prostřednictvím nichž je možné dojít k naplnění života smyslem.

V období dospívání, které úzce souvisí s tvorbou smyslu života a také s vlivy sociálně patologickými, dospívající své hodnoty konfrontují s hodnotami vrstevnických skupin, rodičů, učitelů, společnosti a to v procesu socializace. Hodnoty se mohou měnit a formovat dle aktuálního osobnostního nastavení dospívajícího i v důsledku střetnutí se s negativními jevy. Právě negativní jevy a nevyzrálost osobnosti dospívajícího mohou mít vliv na restrukturalizaci hodnotového žebříčku dospívajícího a tím pádem na snížení úrovně smyslu života. Snížená úroveň smyslu života a hledání životní cesty může dospívajícího vést k experimentaci se svou osobností a k hledání ukotvení ve světě. Dnes tomuto hledání výrazně přispívají informační a komunikační technologie, které umožňují získávat množství více či méně pravdivých informací, komunikovat na velké vzdálenosti, umožňují dospívajícímu uniknout mimo realitu do virtuálního světa (do prostředí her či sociálních sítí) nebo sdílet své pocity a nálady s neznámými lidmi. Všechny tyto činnosti mohou dospívajícímu přinášet uspokojení a pocit sounáleženosti s ostatními, s vidinou ukotvení a nalezení smyslu života, ale také mohou mít za následek setkání se s patologickým chováním. Jedná se především o nejrozšířenější sociálně patologický jev šířený prostřednictvím ICT a to kyberšikanou.

Kyberšikana – projev sociálně patologického chování v kyberprostoru

Pro veškeré sociálně patologické jevy vzniklé na základě rozšiřování a modernizace informačních a komunikačních technologií je primárním prostorem, ve kterém se vyskytují, kyberprostor (cyberspace). Ten můžeme definovat jako virtuální svět (prostor) bez hranic tvořený technologií jako je internet, mobilní síť a mobilní telefony, sociální síť apod. Kyberprostor je dle W. Gibonse (In: Robins, 2003, s. 1) „konsenzuální halucinace“, která vytváří určitou představu, která se odchyluje od reálného světa (real space). Právě v tomto „digitálním světě bez uzavřených hranic, ve kterém adolescent může využívat celou řadu technologií“ (Panáček, 2012, s. 48), vznikají a šíří se jevy jako je kyberšikana, sexting, cybergrooming a další výše zmíněné sociálně patologické jevy.

Kyberprostor působí na dospívající, kteří hledají nové možnosti v osamostatnění se a odlišení se od rodičů či jiných autorit, lákavě a poutavě, právě díky vytvoření takové virtuální reality, která dospívajícímu může přinášet uspokojení.

Pro přístup do kyberprostoru je nutné vytvořit si určitou virtuální identitu. Ta je odrazem skutečného Já v reálném světě, avšak určitým způsobem modifikovaná podle norem a hodnot virtuálního prostoru. Virtuální Já umožňuje reálné osobě zbavit se zábran, modifikovat své skutečné vlastnosti a dovednosti do podoby, která je společností přijímána nebo vysoce hodnocena a tak získat uspokojení v potřebách jako je sociální komunikace, obdiv, začlenění se do komunity. Někteří dospívající mohou při tvorbě virtuálního Já úplně odhlédnout od svého reálného Já a vytvořit si novou virtuální identitu, která se v ničem neshoduje s reálným Já (např. chlapec si vytvoří dívčí profil na sociální síti). S touto proměnou se však můžeme setkat málo, spíše převažuje tzv. glorifikace skutečného Já. Glorifikované skutečné Já se

vyznačuje umístěním některé reálné informace o jedinci na internet (sociální sítě, seznamky apod.) a pak umístění dalších informací, které daného jedince povýší nad ostatní, ať už jde o vlastnosti, schopnosti, dovednosti nebo vlastnictví nových médií nebo o vzhled (Giles, 2012). Rozvoj sociálně patologických jevů v kyberprostoru souvisí s rozvojem, rozšiřováním a snadnou dostupností ICT (mobilní telefony, notebooky, tablety, WIFI připojení k internetu, samotný internet apod.) a se zvyšující se potřebou interakce mezi dospívajícími, která je přenesena do kyberprostoru. Právě díky rozšiřování ICT a vzniku především kyberšikany vyvstala v odborných kruzích potřeba pro revizi definice tradiční šikany a to právě ve vztahu k přesunu agrese do virtuálního prostoru (Akbulut, Sahin, Eristi, 2010).

Na kyberšikanu pohlíží odborná veřejnost buď jako na rozšíření tradiční šikany či její transformaci do kyberprostoru nebo jako na nový jev, který určitým způsobem souvisí s tradiční šikanou, ale je vnímán samostatně. První kategorii autorů zastává např. T. Beran a Q. Li (2005), kteří považují kyberšikanu za novou formu tradiční šikany a obsahuje záměrné obtěžování oběti prostřednictvím ICT. Podobně k problematice kyberšikany přistupuje S. A. Hemphill (et. al., 2012), který popisuje kyberšikanu jako nástavbu tradiční šikany s určitými podobnými rysy jako má tradiční šikana.

Kyberšikanu jako samostatný jev můžeme charakterizovat jako agresivní, úmyslný čin prováděný jedincem nebo skupinou proti oběti, která nemá dispozice se bránit a za použití elektronických forem kontaktu (Smith, Mandavi, Carvalho, Tippett, 2005, In Topcu, Erdur-Baker, 2010). J. J. Dooley (et al., 2010), definuje kyberšikanu jako využívání internetu, mobilního telefonu nebo jiné komunikační technologie pro to, aby jedinec záměrně a někdy opakovaně ublížil jiné osobě nebo skupině osob.

Zaměříme-li se na prostředky, které jsou pro kyberšikanu využívány, pak jsou to tyto: emailové zprávy, diskusní fóra, publikování fotografií a videí na webových stránkách, SMS a MMS zprávy, chaty, sociální sítě, počítačové pirátství (získávání osobních údajů oběti a jejich zneužívání) včetně dalších prostředků komunikace. Záměrem kyberšikany je poškodit, ublížit, pohrozit, ponižovat a vyvolat strach a bezmoc v oběti kyberšikany (Strom, 2005, In Bhat, 2008) a bývá považována za „temnou stranu“ technologií. (Campbell, 2005, In Bhat, 2008).

Díky tomu může kyberšikana ovlivňovat hodnoty a normy dospívajícího, má vliv na jeho tvorbu životní smysluplnosti a díky tomu, že se dospívající účastní procesu kyberšikany, může svůj život pocítovat jako bezsmyslný, prázdný. Při dlouhodobějším neuspokojování naplňování života smyslem může dojít až k tzv. existencionální frustraci, jejímž následkem může být suicidální chování.

Úroveň smyslu života u protagonistů kyberšikany

Zkoumání kyberšikany a její prevalence je v dnešní době velmi rozšířeno. Krom prevalence je nutné sledovat další proměnné, které mohou do této problematiky vstupovat. Ať už je to problematika osobnostních dispozic, sociálních vztahů, kulturních rozdílů, dostupnosti ICT nebo dalších proměnných jako je výchova, rodinné vztahy, noetický rozměr či smysluplnost života. Proto jsme se zaměřili na vztah úrovně smyslu života a účasti dospívajících na kyberšikaně.

Výzkum probíhal v roce 2013 na populaci studentů prvních ročníků středních škol v Moravskoslezském (Česká republika) a Košickém kraji (Slovensko). Výběr výzkumného vzorku probíhal plošnou metodou, kdy byly osloveny všechny školy zabývající se středoškolským vzděláváním jakékoli formy s nabídkou možnosti zapojit se do tohoto mezinárodního výzkumu. Pro sběr dat byla využita dotazníková baterie sležená z Purpose in Life Test (PIL – Dotazník smyslu života) autorů J. C. Crumbaughta a J. L. Maholicka (1964) a Ostravský dotazník ke kybernetické šikaně autorského kolektivu pod vedením M. Vašutové (2010).

Celkově se výzkumu zúčastnilo 18 škol s celkem 1 483 respondenty. Z hlediska pohlaví byla výrazná převaha žen (838, 63,3 %) nad muži (545, 36,7 %) a z hlediska státní příslušnosti byla převaha respondentů z České republiky (1 225, 82,6 %) nad respondenty ze Slovenska (258, 17,4 %).

Podíváme-li se na zastoupení účastníků kyberšikany obětí se stalo 98 respondentů (6,6 %), 58 respondentů (3,9 %) si není jisto, zda se náhodou nestali oběťmi kyberšikany, svědky kyberšikany se stalo 400 respondentů (27,0 %) a za agresory kyberšikany se označilo 84 respondentů (5,7 %).

Úroveň smyslu života u jednotlivých protagonistů vychází z Dotazníku smyslu života, který pracuje s celkovým skóre (max. 140 bodů) dosaženým v dotazníku a dle něj zařazuje respondenta do jednotlivých úrovní. Stanovené úrovně jsou nízká (max. 100 bodů), nižší (101 – 110 bodů), vysoká (111 – 120 bodů) a velmi vysoká (121 – 140 bodů).

Svědkové kyberšikany dosahují v průměru 100,29 bodů v celkovém skóre smyslu života. Studenti, kteří se nestali svědky kyberšikany dosahují 103,18 bodů. Rozdíl mezi svědky kyberšikany a těmi, kteří se svědky nestali, není statisticky významný (T-test, signifikace = 0,076). Pokud se zaměříme na jednotlivé úrovně, pak nejvíce svědků kyberšikany dosahují nízké úrovně smyslu života (177 svědků, 44,2 %), následuje nižší úroveň zastoupena 101 svědky (25,2 %), vysoká úroveň (77, 19,2 %) a velmi vysoká úroveň smyslu života (45, 11,2 %). Zjištěné výsledky mohou indikovat vyšší senzitivitu respondentů s nízkou úrovní smyslu života k tomuto sociálně patologickému jevu.

Oběti kyberšikany dosahují průměrného skóre 96,35 bodů. Respondenti, kteří se nestali obětí kyberšikany dosahují skóre vyššího a to 103,19 bodů. Respondentům jsme také poskytli možnost odpovědi ve tvaru „nevím, jestli mě někdo kyberšikanuje“. Tuto odpověď jsme zařadili z důvodu toho, že kyberšikana probíhající v kyberprostoru nemusí být pro oběť zřejmá a může vystoupit po určité době. Avšak tato odpověď vyjadřuje určitou nejistotu a dala by se interpretovat tak, že ti, kteří ji zvolili, mohou být potencionálními oběťmi ve vztahu k některým jejich projevům. Ti, co označili odpověď nevím, dosáhli horšího skóre než oběti kyberšikany a to 95,4 bodů. Tato skutečnost může být projevem určitých obav. Dospívající ve vztahu k nízké úrovni smyslu života nemá dotvořeny vhodné hodnoty a postoje, jeho chování může být v rámci sociálních vztahů špatně čitelné a tak se může dostávat do vztahových problémů. V důsledku toho pak mohou trpět obavami, zda je někdo nekyberšikanuje. Studenti, kteří se nestali oběťmi kyberšikany dosáhli nejvyššího skóre a to 103,19 bodů. Porovnáme-li rozdíly mezi obětí kyberšikany a studenty, kteří se obětí kyberšikany nestali, zjistíme statisticky významný rozdíl na 1% hladině významnosti (T-test, signifikace = 0,008). Tento výsledek znamená, že oběti kyberšikany dosahují významně nižšího skóre smyslu života než dospívající, kteří se oběťmi nestali. Statisticky významný rozdíl se však neprokázal mezi respondenty, kteří označili možnost nevím a těmi, kteří se nestali obětí kyberšikany (T-test, signifikace = 0,456).

Ve vztahu k jednotlivým úrovním smyslu života více než 50 % obětí kyberšikany dosahuje nízké úrovně smyslu života (53, 54,1 % obětí). Následují oběti dosahující nižší úrovně (18, 18,4 %), vysoké úrovně (16, 16,3 %) a velmi vysoké úrovně (11, 11,2 %).

Respondenti, kteří odpověděli, že neví, zda se stali obětí kyberšikany dosahují v nejvyšším počtu nízké úrovně smyslu života (30, 51,7 %), nižší úrovně (18, 31,0 %), vysoké úrovně (7, 12,1 %) a nejméně je zastoupeno respondentů ve velmi vysoké úrovni smyslu života (3, 5,2 %).

Agresoři kyberšikany dosáhli v průměru smyslu života 97,02 bodů. Respondenti, kteří se neoznačili za agresory kyberšikany dosáhli vyššího skóre a to 102,77 bodů. Zjištěné rozdíly

však nejsou statisticky významné (T-test, signifikance = 0,206). Z hlediska úrovně smyslu života nejvíce agresorů kyberšikany spadá do nízké úrovně smyslu života (41, 48,8 %), následně do nižší úrovně (23, 27,4 %), vysoké úrovně (16, 19,0 %) a nejméně agresorů do velmi vysoké úrovně (4, 4,8 %).

Závěr

Z výše uvedených výsledků je zřejmé, že jak svědci, oběti tak i agresori kyberšikany dosahují v největším počtu nízké úrovně smyslu života. Svědkové kyberšikany dosáhli v průměru 100,29 bodů, oběti pak 96,35 bodů a agresori průměrně 97,2 bodů. Ze závěrů jiných výzkumů vyplývá, že určité rizikové skupiny, např. alkoholici, dosahují průměrného skóre kolem 95 bodů. Ze zjištěných výsledků je možné usuzovat na skutečnost, že pro účast dospívajících na kyberšikaně ve formě oběti a agresora může být kritická hranice přibližně 98 bodů v celkovém skóre smyslu života. V tomto případě bychom mohli dospívající se skóre 98 bodů a méně považovat za rizikovou skupinu pro vznik kyberšikany. Proto je nutné věnovat se při tomto skóre funkčnosti dospívajícího i v oblastech mezilidských vztahů, komunikace a akceptace dospívajícího jeho okolím.

Literatura

- AKBULUT, Y., SAHIN, Y. L., ERISTI, B. 2010 *Cyberbullying Victimization among Turkish Online Social Utility Members*. Educational Technology and Society, 13/4, s. 192 – 201.
- BERAN, T., Li, Q. 2005 *Cyber-harassment: a study of new method for an old behavior*. Journal of Educational Computing Research, 32/3, s. 265 – 277.
- BHAT, Ch. S. 2008 *Cyber Bullying: Overview and Strategies for School Counsellors, Guidance Officers, and All School Personnel*. Australian Journal of Guidance & Counselling, 18/1, s. 53 – 66.
- BRONKA, K. C., HILLB, P. L., LAPBSLEYB D. K., TALIBA, T. L., FINCHA, H. 2009 *Purpose, hope, and life satisfaction in three age groups*. The Journal of Positive Psychology, 4/6, s. 500 – 510.
- DOOLEY, J., J. et al. 2010 *Cyber-Victimization: The Association between Help-Seeking Behaviours and Self-Reported Emotional Symptoms in Australia and Austria*. Australian Journal of Guidance and Counselling, 20/2, s. 194 – 209.
- FRANKL, V. E. 1992 *Man's search for meaning: an introduction to logotherapy*. USA: Beacon Press, 189 s., ISBN 978-0-8070-1426-4.
- FRANKL, V. E. 2006 *A přesto říci životu ano*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 176 s., ISBN 80-7192-848-8.
- GILES, D. 2012 *Psychologie médií*. Praha: Grada, 185 s., ISBN 978-80-247-3921-2.
- HALAMA, P. 2000 *Zvládanie existencionálnej úzkosti adolescentov pomocou utvárania zmyslu života*. Psychologie a patopsychologie dítěte, 35/3, s. 222 – 232.
- HEMPHIL, S., A. et al. 2012 *Longitudinal Predictors of Cyber and Traditional Bullying Perpetration in Australian Secondary School Student*. Journal of Adolescent Health, 51/1, s. 59 – 65.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2006 *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada, 204 s., ISBN 80-247-1370-5.
- PANÁČEK, M. 2010 *Adjustační problémy ve vztahu ke smyslu života u vysokoškolských studentů*. Diplomová práce. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě.
- PANÁČEK, M. 2012 *Vybrané komponenty životní smysluplnosti u protagonistů kyberšikany na ostravských středních školách*. Rigorózní práce. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě.
- POPIELSKI, K. 1994 *Noetyczny wymiar osobowoscy: psychologiczna analiza poczucia sensu zycia*. Lublin: KUL, 444 s., ISBN 83-228-0288-9.

ROBINS, K. *Kyberprostor a svět, ve kterém žijeme*. Revue pro média č. 5: Média a digitalizace. Brno: Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, 2003. [online] Dostupné na internete: http://rpm.fss.muni.cz/Revue/Revue05/preklad_robins_rpm5.pdf, citováno dne 15.2.2013.

RYFF, C. 2000 Meaning of life. In: Kazdin, A. E. (ed.) 2000 *Encyclopedia of psychology*. Washington DC: New York, Oxford University Press, 5, s. 132 – 135.

TAVEL, P. 2007 *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla. Potřeba smyslu života. Přínos Viktora E. Frankla k otázce smyslu života*. Praha/Kroměříž: TRITON, 303 s., ISBN 80-7254-915-4

TOPCU, C., ERDUR-BAKER, Ö. 2010 *The Revised Cyber Bullying Inventory (RCBI): validity and reliability studies*. Procedia Social and Behavioral Sciences, 5, s. 660 – 664.

Kontakt:

PhDr. Michal Panáček, Lumírova 28, Ostrava, 700 30,
panacekmichal@seznam.cz

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

Etická dilemata a jejich řešení při práci s týranými a zneužívanými dětmi

Markéta Elichová, Eliška Fousková (ČR)

Abstrakt: *Text představuje 9 dilemat, která definovali pomáhající pracovníci, kteří se během výkonu své profese setkávají se skupinou týraných a zneužívaných dětí, a zabývá se otázkou, jak mohou být etická dilemata hodnocena a řešena pomocí jednotlivých etických teorií a etických kodexů. Text je ukončen kapitolou o navrhovaných řešeních.*

Klíčová slova: *pomáhající profese, etické teorie, etický kodex, týrání, zneužívání, dítě, dilema*

Abstract: *Text representing 9 dilemmas defined assisting workers who, during the exercise of their profession meet the group of abused and exploited children, and addresses the question of how ethical dilemmas can be evaluated and addressed through various ethical theories and ethical codes. Text is completed with a chapter on the proposed solutions.*

Keywords: *helping profession, ethical theory, code of ethics, abuse, misuse, child dilemma*

1 Úvod

V každodenním životě jsme všichni zvyklí rozhodovat, volit mezi možnostmi. Stejně to je i při výkonu pomáhající profese, jejímž posláním je být nápomocný lidem, kteří si neví rady, kteří potřebují profesionální pomoc (ŠINANSKÁ, 2011, s. 246), protože vlastními silami svou situaci nevyřeší, nebo nemají potřebné prostředky k tomu, aby tak učinili. V oblasti pomáhajících profesí je toto rozhodování složitější a problematičtější především v tom, že se dané rozhodnutí netýká osoby, která rozhoduje, ale následky rozhodnutí se vždy promítnou do životů druhých lidí.

Tyto děti jsou velmi citlivou skupinou a práce s nimi by tedy měla mít velmi etický rozměr. Jak ale bude ukázáno v průběhu textu, pracovníci jsou nuceni vyrovnávat se s mnoha překážkami. Jaké tyto překážky jsou, před jaké dilematické situace jsou pracovníci postaveni, jak se na ně dívají etické teorie a zda by mohla větší znalost těchto teorií pomoci při řešení dilemat, bude hlavním cílem textu. Studie dále poukáže na možné nedostatky v etických kodexech pracovníků.

2 Metodika

Pro ilustraci a zjištění konkrétních dilemat z praxe byla zvolena metoda polo-strukturovaného hloubkového rozhovoru a metoda dotazníkového šetření. Šetření a sběr dat probíhalo v zařízeních zřizovaných státem, neziskových organizacích, volnočasových centrech, na Policii ČR, v nemocnicích i soukromých zdravotnických praxích. Zeměpisně zejména v Praze, na Ústecku, Českobudějovicku a Frýdeckomístecku. Rozhovory probíhaly na jednotlivých pracovištích respondentů, vždy jen v přítomnosti respondenta a tazatele. Do vzorku bylo zahrnuto celkem 30 lidí - 14 sociálních pracovníků, 8 pedagogických pracovníků, 5 zdravotníků a 3 zástupci policie. Z toho bylo 23 žen a 7 mužů. Respondenti byli ve věku 19 až 53 let. Jednalo se o pracovníky jak z vedoucích pozic, tak řadové pracovníky s rozmanitou pracovní náplní.

3 Týrané a zneužívané dítě

V současné společnosti platí, že vše, co se týká dítěte, je velmi citlivé. Veškerá péče by měla být zaměřena hlavně na blaho dětí a mělo by být jednáno v jejich nejlepším zájmu (Convention on the Rights of the Child). Není to nic divného, protože děti jsou v každé společnosti to hlavní, v čem je možno vidět budoucnost společnosti (DOMINELLI, 2009, s.

29). Ovšem narůstající socioekonomický stres v soudobé společnosti může negativně ovlivňovat harmonické fungování rodin jako místa primární socializace nejmladší generace (KOČIŠOVÁ, 2011). Týrání a zneužívání dětí podle Giddense dokonce patří k běžným jevům rodinného života. Historické výzkumy poukazují na skutečnost, že problém týrání dětí (ve všech možných typech) existuje už celá staletí, přestože se vynakládalo velké úsilí, aby tomu bylo zabráněno (SCOTT, 2009, s. 76). Situaci jistě komplikuje fakt, že soukromá sféra se tradičně chápe jako nedotknutelná pro vnější svět, proto je těžké veřejně hovořit o násilí v párových vztazích, tedy i o násilí vůči dětem (ŠLOSÁR, 2009, s. 273).

Matoušek definuje vážné formy týrání a zanedbávání jako ty, které by za takové posuzovala většina všech lidí tvořících určitou společnost. Jde o úmyslné chování pečující osoby, které se neshoduje se společenskými normami a ohrožuje dítě (MATOUŠEK, 2005, s. 27- 28). Jako týrání lze tedy chápat veškeré formy ubližování dítěti, ale také nezabránění tomuto jednání, které bylo vědomé (MATOUŠEK, 2003, s. 272). Všechno týrání dětí by se dalo vyložit stručně jako nedostatek nebo absence lásky vůči dítěti. Všechny formy násilí jsou totiž ve zřejmém rozporu s Frommovým tvrzením, že „lásky je aktivní péče o život a růst toho, co milujeme“ (2010, s. 32).

4 Etická dilemata

V souvislosti s výkonem pomáhajících profesí se objevuje velká řada obtíží. Jankovský tuto skutečnost vysvětluje tím, že pomáhající vkládají do své práce své osobní dispozice nebo „ochotu přinášet oběti“ (JANKOVSKÝ, 2003, s. 157). Úlehla toto tvrzení doplňuje ještě o nutnost reflexe při výkonu pomáhání (2007, s. 107), kdy je nutné se z nadhledu podívat nejen na své jednání, ale také sám na sebe, a uvědomit si, co děláme a proč. Člověk si je tak nucen pokládat další a další otázky a i on se pro sebe stává otázkou, na kterou je třeba odpovídat (JANKOVSKÝ, 2003, s. 43). Člověk si jakoby s nově nabytými možnostmi a svobodou neví rady a stále více se objevuje otázka „Jak máme žít?“. Dané tvrzení lze potvrdit i narůstajícím množstvím kodexů, návodů, manuálů, které za nás problémy nevyřeší, ale bereme je jako oporu (SOKOL, 2010, s. 12; 49-50).

Abychom došli určité pravdy ve svém rozhodování, je třeba porozumět nejen vnějším okolnostem, ale také našemu vnitřnímu světu, který se na našem rozhodování podílel (HÁJEK, 2007, s. 45). Z výše uvedeného je zřejmé, že situaci a dané jednání může vždy nejlépe posoudit jen ta osoba, které se to přímo týká. „Pátrání po pravdě začíná s každým případem znova, neboť každá živoucí pravda je individuální a nelze ji odvodit z nějakých obecných a předem daných formulek“ (JUNG, 1995, s. 159).

Hlavní spolupráce etiky a pomáhajících profesí by měla být zejména ve formování souboru principů, které by mohly ovlivnit výkon pomáhání a pomoci se zdůvodněním nebo ospravedlněním určitých druhů jednání. Jejich vzájemná spolupráce by měla vycházet ze skutečnosti, že teoretické zázemí etiky a praktické problémy z praxe jsou velmi úzce propleteny (POPKIN, 2005, s. 78).

Z rozhovorů a dotazníků vyplynulo těchto 9 dilemat:

4.1 Zájem společnosti nebo zájem jedince

Etika může vycházet ze dvou hlavních zdrojů. Buď může mít původ v momentě, kdy provádí mravní volbu jedinec, nebo může reagovat na potřeby celé společnosti (THOMPSON, 2004, s. 25). Tento spor se výrazně projevuje i v práci s týranými dětmi. Nejvýrazněji zejména v situaci, kdy se dostanou do rozporu potřeby dítěte a potřeby dospělého, což je v daných případech většinou. Pomáhající musí v této oblasti mít velmi vytríbený cit na to, aby poznal nejlepší zájem dítěte, který je za ideálních okolností veden dvěma požadavky, a to podporou dobrého žití dítěte a ochranou před poškozením a újmou (DOMINELLI, 2009, s. 25).

K dilematu, zda jednat ve prospěch společnosti nebo jedince, se vyjadřují kodexy všech zmíněných pracovníků. U policistů je v tomto dilematu poukazováno především na svobodu jedince a dodržování jeho lidských práv. Pokud by se tedy nejednalo o ohrožení společnosti nebo nešlo o kriminální čin, mělo by v této situaci přednost jednání ve prospěch jedince. U zdravotnických pracovníků je primárním požadavkem poskytnutí péče, je tedy zřejmé, že i u této skupiny pomáhajících by šlo o jednání ve prospěch jedince. U jedinců zaměstnaných v pedagogické sféře je hlavní důraz kladen na rozvoj žáka a jeho osobnosti a jedinečnosti. Je vysloven požadavek nevystavovat dítě žádnému nebezpečí a hájit jeho zájmy. Obdobně je tomu i u skupiny sociálních pracovníků. U všech čtyř skupin hraje velkou roli osobnost jedince a důraz na jeho individualitu. Je ale zapotřebí zmínit, že přesto platí u všech skupin povinnost upozorňovat na možné porušení zákonů – tedy upřednostnit blaho společnosti na úkor jedince.

Cílem našeho rozhodování by tedy měl být zájem jedince, který je součástí společnosti.

4.2 Zasáhnout nebo nechat být

Výkon pomáhajících profesí s týranými dětmi je velmi často propojen s nejasností, kdy zasáhnout nebo nezasáhnout do rodiny. Při posuzování vhodného zásahu nebo dané situace je nutné vzít v úvahu mnoho faktorů. Je třeba zvážit věk a vyspělost dítěte, četnost a závažnost týrání, případně intenzitu zanedbávání. Důležitým faktorem se může stát i kulturní příslušnost, jestliže je dítě a rodina příslušníky jiné kulturní nebo etnické skupiny (MATOUŠEK, 2005, s. 28–29).

Nic se nesmí opomenout nebo zanedbat. „Úsilí, které pracovník obětuje, aby se vyvaroval jedné chyby, ale vede ke zvýšení pravděpodobnosti chyby druhé“ (MUSIL, 2004, s. 137). Poctivá a důsledná analýza o možném pochybení je ale možná jen v situacích, kdy má pracovník dostatek času, případně může své stanovisko projednat s dalšími pomáhajícími odborníky. To je ale bohužel ve většině případů, z časového hlediska, neproveditelné. Např. u distančního poradenství vystupuje ještě jiný problém - kontakt s dítětem je totiž ochuzen o vizuální stránku (LOVAŠOVÁ, 2012).

Podle Musila je v praxi nejlepší zasáhnout vždy. Tento postoj totiž sníží riziko, že by se na existující problém vůbec nereagovalo (2004, s. 138). Dle nařízení úřadů ale často není možné zasáhnout dříve, pokud nejde o výrazné zanedbávání nebo týrání. Laan vidí uvážené rozhodnutí pracovníka jako postup „který při práci s klientem aplikuje široké pojetí racionality, snaží se s ním vést dialogický rozhovor a dokáže se vyvarovat jak nesprávného zásahu, tak nesprávného nezasáhnutí“ (MUSIL, 2004, s. 146).

V situaci, kdy pracovníci zasáhnou a zabrání rodičům v pokračování násilného jednání, je dítě v závažných případech odebráno. Bez rodiny pak ale velmi snadno zakouší pocit izolace a ohrožení. Přestože sama rodina, která dítěti ubližovala, je z dosahu svého vlivu na dítě, dítě se cítí v nejistotě a v nebezpečí. Proto je lepší skutečně důkladně zvážit nutnost odebrání. Rodina je základní buňkou společnosti a je tedy nezbytné ji podporovat i v situacích, kdy nefunguje zcela podle našich představ (MACHULA in ŠRAJER, 2008, s. 28).

Z etických kodexů se k danému dilematu vyjadřují dva - kodex učitelů a sociálních pracovníků. V případě učitelů se jedná o zmínku, že by se pedagog měl snažit odhalit a případně zastavit jakýkoli projev netolerance vůči dítěti. U sociálních pracovníků je povinnost zasáhnout vystihnuta v tvrzení, že je třeba chránit práva a důstojnost člověka, zachovávat mlčenlivost, ale jen to té míry, dokud není ohrožena další osoba.

4.3 Profesionální nebo spontánní přístup

Správnost profesionálního jednání je ošetřena zákony. Ty stanovují pracovníkům přesný postup, jak je profesionálně dobré se zachovat a kdy. Taková pomoc tedy zahrnuje okamžitou psychologickou nebo sociální pomoc, ambulantní nebo azylovou, a následně obětem zajišťuje poskytnutí následné pomoci dle potřeby (lékařskou, sociální, právní). V zákoně je explicitně vyjádřena nutnost spolupráce všech zúčastněných orgánů. Tento zákon ale mluví jen o vzájemné informovanosti mezi nimi, nezmiňuje se již o tom, že se v praxi můžeme setkat s problémem, že postupy a způsoby práce mohou být v rozporu, nebo na mnoha místech tvoří mezery, kterým se nikdo nevěnuje.

Ve všech kodexech je na podporu profesionalizace daného pomáhání vyjádřen požadavek soustavného vzdělávání a osvojování si nových metod a technik pro lepší a profesionálnější práci. Také je zmiňována spolupráce s dalšími organizacemi a institucemi pro lepší služby lidem a zároveň odpovědnost za profesionální služby poskytnuté jejich konkrétní organizací. Z dilematu na pozadí etických přístupů vyplynulo, že je eticky správnější vykonávat profesionální práci, která je podpořena i v kodexech pomáhajících. Zároveň je ale nutné opustit pomáhání na úrovni přesného dodržování předpisů. Profesionální pomáhání by se mělo v této oblasti soustředit také na oblast naslouchání, poradenství a měl by se klást důraz na sjednocení postupů různých institucí.

4.4 Neutralita nebo favoritismus

Toto dilema souvisí s rozhodováním, zda ke všem dětem přistupovat stejně, nebo zda mezi nimi dělat rozdíly, například podle jejich vlastností, a tak odlišovat i přístup k nim (MUSIL, 2004, s. 77). Každé dítě je samozřejmě naprosto jiné, jediné, co je většinou spojuje, jsou týrající rodiče nebo okolí.

Sice je pro člověka naprosto přirozené, že k lidem okolo sebe nezaujímá neutrální postoj, ale v pomáhajících profesích by toto hodnocení a rozdělování nemělo být do takové míry, aby ovlivnilo práci s klientem. Předpoklad je v těchto profesích často chápán jako „selhání odborníka, který by se měl rozhodovat na základě ověřených domněnek a ne na základě neověřených stereotypů“ (MUSIL, 2004, s. 46). Předpoklady vůči klientům mohou vyplývat z několika zdrojů. Mohou být způsobeny sympatiemi nebo antipatiemi pracovníků, nebo také z přesvědčení či ze zkušenosti, že určitá skupina klientů bude na spolupráci a řešení situace reagovat lépe než jiná. Pracovníci mají také velmi často tendenci být vnímavější k dětem než k dospělým (MUSIL, 2004, s. 79).

Přestože víme, jaká je ideální situace, k rozlišování mezi klienty dochází. Děje se tak z několika důvodů. Pracovníci jsou povinni, nebo se to od nich alespoň očekává, že budou reagovat flexibilně a kreativně na potřeby každého klienta a každý případ budou řešit individuálním přístupem (MUSIL, 2004, s. 77). S tím ale souvisí skutečnost, že stejně jako se bude lišit přístup pracovníka, i jednotlivé děti nebo jejich rodiny budou na pomoc, nebo pracovníkův zásah reagovat odlišně, s různými emocemi, s různým přístupem a ochotou změnit svou situaci. To ale způsobuje, že je vlastně nemožné, neproveditelné, aby pracovník jednal se všemi stejně. Jestliže je některá rodina ochotná více spolupracovat a podílet se na své změně, bude postup pracovníka odlišný než v rodině, která bude zavřená. Rozdílné jednání s různými skupinami klientů může také pracovníkovi umožnit, aby lépe zvládal pracovní stres a těžkosti, které mu práce pomáhajícího přináší (Tamtéž, s. 78).

K tématu neutrality se všechny kodexy vyjadřují jasně a v její prospěch. Kodex policistů vznáší požadavek na nestrannost a korektní přístup ke všem, kodex učitelů to doplňuje o požadavek, aby nikdo nebyl znevýhodněn a aby nedocházelo k protekci. Kodex sociální práce tato tvrzení ještě upřesňuje a odůvodňuje jedinečností každého člověka a favoritismu brání požadavkem, aby každému bylo pomáháno stejným úsilím.

Při řešení zmíněného dilematu je dle rozboru za pomoci etických teorií většinou vhodné řídit se vlastním úsudkem. S klientem by měl pracovník jednat s respektem k jeho osobnosti a v případě, že by byl v situaci, kdy by bylo nutné výrazně upřednostnit určitého klienta, by to mělo být na základě objektivních faktorů. Jestliže je totiž každý jedinec morálním činitelem, který má svou vlastní důstojnost, jsou pak takoví všichni lidé, včetně pracovníků, a takové jednání by se mělo řídit etikou založenou na úctě k člověku (LINVILLE, 2003, s. 48-49).

4.5 Akceptace nebo vedení klienta

Další dilema vyplývá ze vztahu, který mezi sebou pracovník a klient zaujmou. V tomto dilematu řeší pracovník zejména rozpor mezi tím, zda klienta usměrňovat podle svých vlastních představ, nebo zda jednat na základě klientových požadavků a přání. Nabízí se jasná odpověď, že jestliže má klient svou vlastní důstojnost a je svéprávný, má právo se rozhodovat o svém životě. Praxe ale ukazuje, že vztah mezi klientem a pracovníkem může probíhat na širokém rozmezí mezi jednostranným ovlivňováním pracovníkem, které zahrnuje monolog autoritativního pracovníka o tom, co by se mělo, a je doprovázeno kontrolou, až po symetrický vztah, kam patří vzájemný dialog a podpora klientova počínání (MUSIL, 2004, s. 90). Práce s lidmi je velmi křehká především proto, že je celá založena na vztazích mezi nimi. O kvalitě těchto vztahů a tím pádem i následně o úspěšnosti pomoci rozhoduje subjektivní prožitek (ZEMAN in ŠRAJER, 2008, s. 41).

Etický kodex policistů o vztahu ke klientovi nehovoří. Je to vysvětlitelné zejména z jejich pozic dané zákonem, kdy je od nich většinou požadováno, aby jednali, samozřejmě v mezích zákona, z pozice moci. I tento postoj ale může být pro pomáhající profese přínosem, zejména v situacích, kdy nelze předpokládat, že by rovnocenné postavení obou stran bylo přínosné, nebo by dokonce mohlo dojít k ohrožení někoho ze zúčastněných. Kodex zdravotníků se k symetrickému vztahu vyjadřuje požadavkem, aby byl respektován život a důstojnost každého člověka a že je třeba brát v úvahu jejich zájmy a hodnoty. Velkou roli zde hraje také důvěra, kterou je potřeba vybudovat a na které by měl být založen vztah mezi pacientem a zdravotníkem. Vzájemná důvěra je klíčovým bodem také v sociální práci, kdy je třeba nezapomínat, že každý má právo na realizaci a poskytnutí služeb. Klient by ale nikdy neměl být do spolupráce nucen, opět záleží na jeho přesvědčení a rozhodnutí. Člověk by měl být brán jako celostní bytost a jako s takovou by s ním mělo být jednáno (samozřejmě v mezích stanovených zákonem).

Když je dítě vystaveno kontrole, může to silně nepříznivě ovlivnit jeho spolupráci. Jestliže dítě bylo vystaveno dlouhodobému nátlaku a násilnému jednání, je nutné, aby se tento přístup změnil více do podoby partnerské komunikace. Často je totiž v práci s těmito dětmi nutné provést změny, které děti ani jejich rodiny nechtějí. Úspěšnost těchto změn je ale lépe proveditelná po vzájemné konzultaci (MUSIL, 2004, s.92). Dialog je ale v některých případech nemožné provést.

4.6 Dodržování pravidel nebo pomoc na míru

Všechny instituce lidských společností jsou ohraničeny a vymezeny určitými pravidly. Lidská svoboda může totiž existovat právě a jen v rámci určitých norem. Bez alespoň minimálně akceptovaných pravidel jednání, bez jakéhokoli étosu by lidská společnost a sociální instituce přestaly fungovat a plnit své funkce (ANZENBACHER, 2001, s. 107). Takováto pravidla jsou obvyklá a nezbytně nutná také v organizacích a zařízeních provozující pomáhající profese. Je ale důležité také říci, že stejně jak jsou tato pravidla potřebná, tak stejně tak mohou být při výkonu pomáhání pracovníkům na obtíž, poněvadž v každém jednotlivém případě je potřeba jiný postup, s každým dítětem je nutné pracovat jinak, protože si prošlo rozdílnými starostmi a zkušenostmi.

Podle etických kodexů pomáhajících pracovníků je zřejmé, že na dodržování pravidel organizace je kladen velký důraz. Ve všech oblastech je zdůrazněn požadavek mlčenlivosti, což se do rozporu s vykonáváním pomáhání nedostává. U sociálních pracovníků je konkrétně uvedeno, že pracovník je povinen dodržovat a plnit závazky, které vyplývají od zaměstnavatele.

Problém s pravidly organizace je patrně nejvhodnější vyřešit jejich následováním a dodržováním. Požadavek na jejich dodržování je umístěn jak v kodexech, které tvoří pro pracovníky nejdůležitější mantinel, tak vyplývá i z kantovské pozice. Abychom toto jednání ale mohli hodnotit jako morální, je třeba, aby pracovník jednal podle pravidel na základě svého vlastního uvážení a rozumu.

4.7 Odpovědnost za dítě jako pracovník nebo rodič

Dítě si může z rodiny přenášet hodnoty a zvyky, které nejsou pro většinu pracovníků obvyklé a které jsou často překážkou. Pracovník se pak velmi často dostává do situace, kdy by se mohlo zdát, že bude lepší, když za klienta rozhodne on sám. V oblasti týraných dětí je tato situace ještě komplikovanější v tom, že se velmi často jedná o malé děti a pracovník je tím, kdo by měl pomoci dítěti s návratem do společnosti, kdo by měl být alespoň chvíli jeho „náhradním rodičem“, když jeho skuteční rodiče svou zodpovědnost za dítě nezvládli. Je to ale eticky správné a možné?

I děti mají právo a možnost se rozhodnout. Problém nastává v situacích, kdy si dítě plně neuvědomuje následky svého případného setrvání v rodině. Velký problém je často v myšlení sociálních pracovníků, kteří za dítě mají zodpovědnost a na kterých často záleží, co s dítětem bude. Tím se pak dostávají ohledně budoucnosti dítěte do velkého tlaku nejen okolí a médií, ale také velkých starostí a úzkostí. Svým přístupem pak mohou dítě od rodiny zcela odtrhnout a rodiče nemusí dostat šanci na řešení nebo zlepšení situace (BAJER, 2006, s. 5).

Z pohledu etických kodexů je problém s odpovědností vcelku jasný. Nikde se totiž nezmiňují o tom, že by mohl pracovník přebírat odpovědnost za svého klienta. V tom je možno vidět nedostatek. Kodexy uvádí jen hlavní oblasti, o které by měli pracovníci svou odpovědnost opírat. Jde hlavně o dokumenty o lidských právech, Listinu práv dítěte. Odpovědnost by měla vyplývat z dodržování zásad demokracie a sociální spravedlnosti. Celá práce s klientem by tedy měla směřovat k podpoře odpovědnosti jeho vlastní.

Při řešení tohoto dilematu je víc jak u jiných potřeba uvážit nejen etické důsledky našeho jednání a naše motivy, ale také naše vlastní schopnosti a dovednosti. Obě řešení, jak přebrání, tak ponechání odpovědnosti by se dala podle etických teorií za určitých okolností hodnotit jako mravně správná. Vzhledem k tomu, co říkají jednotlivé kodexy, je zřejmé, že člověk má svou vlastní odpovědnost a tu je třeba ctít. Pokud ji ale člověk z různých důvodů nemá, nebo k ní nenašel cestu, je na pracovníkovi, aby mu s hledáním vlastní odpovědnosti pomohl, byť by to znamenalo, že na chvíli převezme starost na sebe.

4.8 Přijímání hranic pravomocí nebo jejich ohýbání

Zmiňovaným problémem se stal nedostatek pravomocí pomáhajících. Z vybrané skupiny pomáhajících mají samozřejmě největší možnosti policisté, ale i tam je striktní omezení zákony. Když například zjistí zdravotník, že dochází k týrání, nemá žádnou pravomoc, jak zakročit. Musí situaci jen oznámit na příslušný úřad a tím pro něj případ končí. Nebo je nucen sociální pracovník v některých závažných případech jednat proti vůli klienta a prosazovat opatření, která jsou správná. Jestliže ale chybí možnosti, jak je prosadit, pracovník je bezmocný (GUGGENBÜHL, 2007, s. 9).

Na pravomoci jednotlivých skupin pomáhajících se dívají rozdílně i jejich etické kodexy. Velká část dostupných pravomocí je limitována zákony (zejména u Policie ČR). U ostatních profesí vyplývají využitelné pravomoci z jiných zdrojů. U zdravotníků jejich pravomoc

striktně souvisí s jejich odbornými schopnostmi a znalostmi a na to navazujícími dostupnými možnostmi. U sociálních pracovníků je kladen důraz na to, aby si pracovník byl plně vědom nejen pravidel organizace, ale také svých odborných a profesních omezení. V případě takového omezení je třeba spolupráci s klientem ukončit a doporučit mu jinou službu.

Podle etických přístupů (utilitarismus, deontologie) by pracovník podobné dilema ani řešit neměl, vždy by měl jednat v rámci svých pravomocí a možností. Rozdílný by byl jen postup, jak ke svému rozhodnutí došel. Na stejném řešení problému se shodují i etické kodexy pomáhajících. V tomto konkrétním problému by mohly etické teorie i kodexy být nápomocny a problém by jim pomohly rozhodnout nebo ospravedlnit.

4.9 Profesionální specialista nebo byrokratický administrátor

V současnosti dochází ve světě k velkému propojení nejen všech služeb, ale také k propojení těchto služeb s politickými a ekonomickými institucemi. A každý je ve svém jednání někomu odpovědný. Přibývá tedy požadavků vůči organizacím, jak mají svou práci vykonávat a na co je třeba se zaměřit. Vzniká tak mnohem více byrokratických překážek, které mohou bránit ve výkonu pomáhající práce, jak možná nepřímo dokládá Halachová a Žiaková (2011, s. 135), které konstatují, že do sociálního kapitálu týraných a zneužívaných dětí patří jen úzký okruh lidí a nenajde se tam žádný z odborníků z pomáhajících profesí. Toto dilema pak vzniká velmi často v důsledku objednávek politiků nebo představitelů krajů a měst, kteří mají možnost svými rozhodnutími ovlivnit především finanční stránku pomáhající organizace (a následně často i její fungování). Tím ale dochází k tomu, že větší propojování politické a ekonomické stránky se sociální má za následek úpadek profesionální pomoci, protože se pomáhající pracovníci musejí soustředit nejen na svou vlastní, potřebnou práci, ale také na vykazování činnosti vůči jiným institucím (MUSIL, 2004, s. 111). V oblasti týraných dětí se to nejvíce projevuje zejména v tom, že díky nařízením „shora“ mají pracovníci často svázané ruce a nemohou vykonávat potřebnou práci kvůli administraci. Od pracovníka se v těchto případech očekává, že se bude řídit oficiálními návody a ne že se k situaci postaví jako specialista. To je v této různorodé oblasti týraných dětí velký problém, protože ke každému případu je potřeba přistupovat velmi individuálně a dle konkrétních požadavků a potřeb.

Pracovník tak nemůže jednat s klienty, jak by považoval za správné (MUSIL, 2004, s. 45; 62). S nárůstem povinností mimo přímou práci souvisí také snižování vnímavosti k potřebám klienta. Pracovník vidí svého klienta jen jako kolonku v šanonu a osobní přístup se vytrácí (MUSIL, 2004, s. 110). U této konkrétní skupiny dětí jde o problém, protože většinu problémů je třeba zjišťovat během rozvíjející se spolupráce a důvěry, neboť týrané dítě jen málo prozradí samo.

K oblasti byrokracie se žádný z etických kodexů přímo nevyjadřuje. V současné praxi tedy platí, že jsou dané postupy a klasifikace, kterými se pracovníci musí řídit, a je vlastně i na základě rozboru z pohledu utilitarismu a kategorického imperativu dobré se jimi řídit. Je ale také vhodné zvažovat, v souvislosti s vlastním přesvědčením, kdy tyto postupy dodržovat více a kdy méně, protože se při výkonu pomáhání této skupině setkáváme s množstvím rozdílných problémů, na které by pracovník měl reagovat individuálnější formou (MUSIL, 2004, s. 113).

5 Navrhovaná řešení

Jediným aspektem, který bohužel nelze rozřešit žádnou etickou teorií, je neustálý nedostatek financí, se kterým se všechny pomáhající profese musí setkávat. Peníze jsou oblastí, o které se zmínila většina respondentů. Odborná veřejnost by měla začít pracovat na osvětě mezi širší veřejností, aby se peníze dostaly právě tam, kde je jich potřeba.

Již ze souvislosti s uvedenými dilematy a s dalšími výpověďmi respondentů vyplývají některá další možná řešení nebo návrhy. Ať už člověk bude ve svém rozhodování brát v úvahu jakoukoli teorii nebo kodex, je nezbytné, aby tak činil z toho důvodu, aby rozvíjel svůj rozum

a našel harmonii (FROMM, 2010, s. 15). Veškeré jeho rozhodování by se mělo zakládat na určité oprávněnosti, kterou zpravidla svému rozhodnutí zajistíme dostatečným a důsledným promyšlením i do širších souvislostí. Pak teprve můžeme objevit jiné významy než ty, které se zdály jednoznačné, a naše rozhodnutí může dostat nový směr (HÁJEK, 2007, s. 44).

Naše jednání nikdy nesmí být hodnoceno jen z hlediska toho, zda odpovídá nebo neodpovídá určitému pravidlu či normě. Celý proces rozhodování a následného jednání je mnohem složitější. To je třeba mít při hodnocení svých činů i činů druhých vždy na paměti. Obecně je možno říci, že je nutné, abychom při rozhodování brali v úvahu i vliv objektivních skutečností a co je asi nejdůležitější, rozhodovali se dobrovolně a svobodně. Veškeré naše rozhodování je ovlivněno kulturními faktory. Ty mají vliv na interpretaci nejlepšího zájmu dítěte, a následně tak na naše rozhodování. Když se rozhodujeme, co je pro dítě nejlepší, je nutné brát v úvahu nejen etické aspekty a náš vlastní postoj, ale také možnou separaci dítěte od rodičů a genderový aspekt ve výchově (KURKI, 2000, s. 183-185).

O problematice těchto dětí se velmi často mluví a zapojuje se do ní mnoho oblastí a veřejných sfér. Přínosné by tedy bylo, aby se rozšířilo povědomí i těchto zainteresovaných jedinců, a to nejen o oblasti týrání a pomáhání, ale také o oblasti právě etické. Některá řešení a dilemata, jak se ukázalo, mnohdy souvisí právě s nástrahami, které jsou pomáhajícím stavěny do cesty. Je třeba, aby pravda a správný směr byl ukázán nejen ve slovech, ale také v jejich jednání (PESCHKE, 1999, s. 319). Jedním z hlavních řešení by tak měla být snaha o změnu přístupu veřejnosti k této problematice. Lidé v okolí jsou vůči sobě velmi lhostejní, nebo o těchto případech mají velmi zkreslené nebo nedostačující informace. Práce odborné veřejnosti by se v jednotlivých komunitách měla zaměřovat na rozvoj informovanosti lidí a na šíření prevence. Vhodně zacílená osvěta by v této situaci mohla zlepšení práce a odstranění některých dilemat zajistit pomocí. Podpora veřejnosti by se také měla zaměřit na podporu tradičních rodin. Státem a společností je z velké míry podporována skupina rodin znevýhodněných, s jedním rodičem, nebo s hendikepovaným dítětem. Tato podpora by se ale měla rozšířit také na normální rodiny, které potřebují utvrdit ve své správné existenci a fungování. Tyto rodiny velmi často nevědí, jak spolu v současné době vycházet, jak trávit volný čas. Vzato do důsledků se právě tyto „zdravé rodiny“ mohou stát potenciálními aktéry v týrání a zneužívání. Je nepředstavitelné, aby se celá pomáhající oblast řídila jen etickými přístupy. Je nutné, aby byla udržena určitá profesionální úroveň pomáhajících profesí a její techniky a přístupy byly nadále rozvíjeny. Stejně tak je ale potřebné, aby celý proces pomáhání byl přístupný etickým teoriím a ty se dostaly více do povědomí pracovníků a promítaly se do jejich praktické činnosti. Přestože většina těchto teorií vznikla jako reakce na problémy v dobách dávno minulých, bezesporu mají co říct i k současným, nejen každodenním dilematům. I dnes je vhodné je aplikovat na problémy naší doby, protože nám mohou poskytnout nový pohled (DENISE, 2008, s. 355). Bylo by tedy vhodné rozšiřovat jejich vzdělávání v etické oblasti, aby mohli svoje rozhodování opřít o znalosti etických přístupů, které často na správné jednání poukazují. Etika by se tak měla šanci stát užší součástí pomáhajících profesí a odtud by se měla rozšířit k širším skupinám lidí a do společnosti.

Řešení dilemat na pozadí etických přístupů je přínosné také proto, že poukazuje na fakt, jak velkou roli v rozhodování hraje především svobodná volba. Rozhodování pracovníků je ovlivněno také jejich zkušenostmi, vědomostmi, nebo se může objevovat vliv minulých zkušeností. To vše pozitivně působí na jejich volbu. Jedinec by tak měl mít částečně uvolněné pole působnosti, aby jeho rozhodování mohlo být motivováno svobodně. Tím pádem by došlo k odstranění některých dilemat a pracovník by jednal mravně správně.

S etickou oblastí také úzce souvisí především důvěra sám v sebe a také v druhé. To je další z oblastí, ze kterých je možno v pomáhajících profesích čerpat. Práce ve prospěch dítěte je samozřejmě velmi důležitá a měl by na ni být kladen velký důraz. Každý člověk je vzácný a jedinečný (KRÁLOVÁ, 2002, s. 55). Stejně tak je ale důležitý i sám pracovník. Je stejně

hodnotný a proto nikdy nesmí zapomenout sám na sebe a svůj vlastní rozvoj. Všechna jeho rozhodnutí vychází jen z něj a nikdy by neměl sám sebe chápat jen jako stroj pro výkon pomáhání. Náš život sice závisí na nás samých, ale jsme součástí společnosti a i ostatní je nutno brát jako sebe sama. Etické přístupy také mohou naučit lidi budovat nejen důvěru v sám sebe, ale také schopnost akceptovat ostatní. Stejně jako my neseme odpovědnost za své jednání, mají tuto odpovědnost také ti, s jejichž jednáním nesouhlasíme, a nikdo nemá právo jim ji brát.

Změna by také měla nastat v etických kodexech pracovníků. K některým uvedeným dilematům se kodexy ani nevyjadřují nebo zastávají stanovisko, které pro pracovníka není možné splnit nebo dodržet. Bylo by tedy vhodné, jak pro pracovníky, tak pro samotný výsledek jejich práce, aby kodexy byly otevřené změně a bylo s nimi možno pracovat v závislosti na dané skupině klientů a na daných změnách společnosti.

Etické teorie jsou pro pomáhající profese důležitým zdrojem a měly by být úzce propojeny. Je třeba rozšiřovat vzdělání pracovníků v této oblasti a stejně tak otevřít etiku praktickým problémům současné doby. Pracovník by nikdy neměl být pevně rozhodnutý pro jednu formu jednání. Měl by být schopen aplikovat jednotlivé teorie a přístupy, jak etické, tak sociální, takovým způsobem, aby se prolínaly a ovlivňovaly nejen mezi sebou, ale se současnou společností a osobností konkrétního pracovníka.

6 Závěr

Dotazníky a rozhovory s pracovníky poukázaly na devět hlavních problematických situací, které se v praxi s danou skupinou dětí objevují. Ve všech se ukázalo, že jejich řešení může být eticky správné i nesprávné. Záleží jen na tom, jak se dané dilema uchopí, jak se s problémem pracuje. Správné fungování ve společnosti totiž stejně jako komunikace mezi lidmi je zcela mimo dobro a zlo. Může sloužit obojímu (PLAŇAVA, 2005, s. 75). Všechna dilemata vychází z každodenního života a jako taková je třeba je chápat. Záleží totiž jen na kontextu, v jakém probíhá, a na prostředcích, jakých je využito. Jde tu právě o etický rozměr, bez něž by se lidské jednání nikdy nemělo obejít.

Literatura:

- ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: Academia, 2001. ISBN 80-200-0917-5.
- BAJER, P., V posouzení životní situace dítěte se upřednostňují materiální podmínky před hodnotou rodiny. *Sociální práce/ Sociálna práca*, 2006, č. 1, str. 3-5.
- Convention on the Rights of the Child. Dostupné na [www: <http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/crc.pdf>](http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/crc.pdf).
- DENISE, T. C., WHITE, N. P., PETERFREUND, S. P. *Great Traditions in Ethics*. Belmont: Thompson Wadsworth, 2008. ISBN 978-0-495-09498-2.
- DOMINELLI, L. *Introducing Social Work*. Cambridge: Polity Press, 2009. ISBN 978-0-7456-4087-7.
- FROMM, E. *Umění milovat*. Praha: Český klub, 2010. ISBN 978-80-86922-32-4.
- GUGGENBÜHL-CRAIG, A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-302-4.
- HALACHOVÁ, M. ŽIAKOVÁ, E. Sociálny kapitál týraných a zneužívaných adolescentov In Žiaková, E. a kol. *Sociálna práca. Teoretické východiská a praktické kontexty*. Košice : UPJŠ v Košiciach, 2011. ISBN 978-80-7097-870-2. s. 128-137.
- HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-346-8.
- JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- JUNG, C.G. *Člověk a duše*. Praha: Academia, 1995. ISBN 80-200-0543-9.

- KRÁLOVÁ, J. *Speciální techniky sociální práce*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-86568-16-4.
- KOČIŠOVÁ, A. Význam komplexnej multiodborovej prevencie sociálnej deviácie a sociálnej patológie mládeže – preventívne programy v zahraničí i u nás. In Šlosár, D. (ed). *Prevencia sociálnej patológie v prostredí stredných škôl Košického samosprávneho kraja*. Košice: KSK. 2011. ISBN 978-80-970978-9-9. s. 154-159.
- KURKI-SUONIO, K., Joint Custody as an Interpretation of the Best Interests of the Child in Critical and Comparative Perspective. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 2000, č.14, str. 183-205.
- LINVILLE, M. D. *Je vše dovoleno?* Praha: Návrat domů, 2003. ISBN 80-7255-081-0.
- LOVAŠOVÁ, S. Etické otázky v dištančnom poradenstve. In Výzvy a trendy vo vzdelávaní v sociálnej práci. Prešov: PU v Prešove, 2012. ISBN 978-80-555-0613-5, s. 230-237.
- MARTÍNEK, M. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Jabok, 2008. ISBN 978-80-904137-2-6.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*, Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MUSIL, L. „*Ráda bych Vám pomohla, ale...*“. *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9.
- PESCHKE, K. H. *Křesťanská etika*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-331-0.
- POPKIN, R.H., STROLL, A. *Filosofie pro každého*. Praha: Ivo Železný, 2005. ISBN 80-237-3942-5.
- SCOTT, J., MARSHALL, G. A. *Dictionary of Sociology*. New York: Oxford University Press, 2009. ISBN 978-0-19-953300-8.
- SOKOL, J. *Etika a život. Pokus o praktickou filosofii*. Praha: Vyšehrad. 2010. ISBN 978-80-7429-063-3.
- ŠIŇANSKÁ, K. Prevencia v sociálnej práci a jej význam pre prax sociálneho pracovníka. In Žiaková, E. a kol. *Sociálna práca. Teoretické východiská a praktické kontexty*. Košice: UPJŠ v Košiciach, 2011. ISBN 978-80-7097-870-2.
- ŠLOSÁR, D. Manželstvo a rozvodovosť. In Lyko, M. a kol. *Ludský kapitál u marginalizovaných Rómov z aspektu edukácie a potrieb znalosti trhu práce*. Nitra: UKF v Nitre, 2009. ISBN 978-80-8094-538-1.
- ŠRAJER, J., MUSIL, L. Etické kontexty sociální práce s rodinou. Boskovice: Albert, 2008. ISBN 978-80-7326-145-0.
- THOMPSON, M. *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-806-6.
- ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: Slon, 2007. ISBN 978-80-86429-36-6.

Adresa:

Mgr. Markéta Elichová, Ph.D.
 TF JU, Kněžská 8, 37001 Č. Budějovice, ČR
 Tel.: +420389033526, e-mail: elichova@tf.jcu.cz

Klientske skupiny a dôsledky sociálnej práce na zmysel ich života

Iveta Kurčáková, Monika Takáčová (SR)

Abstrakt: Príspevok sa zaoberá problematikou dopadu sociálnej práce na život prijímateľov sociálnych služieb umiestnených v zariadení ARCUS - Špecializované zariadenie a zariadenie pre seniorov v Košiciach, ktorí trpia Alzheimerovým ochorením. Charakterizuje túto skupinu prijímateľov sociálnych služieb ako jednu z cieľových skupín sociálnej práce a popisuje, akým spôsobom môže práca sociálneho pracovníka a inštruktora sociálnej rehabilitácie pôsobiť na zlepšenie kvality života, a tým aj na ich zmysel života. V príspevku uvádzame prehľad vybraných terapeutických nefarmakologických prístupov k ľuďom, ktorí trpia uvedeným ochorením. Zároveň ponúkame jeden z najčastejších a osvedčených terapeutických prístupov zariadenia ARCUS - SZ a ZpS, ktorý sa nám pri práci s cieľovou skupinou osvedčil najviac a ponúka nielen nám ako sociálnym pracovníkom, ale aj samotným prijímateľom sociálnej služby nachádzať zmysel života v ich zdravotnom ochorení.

Kľúčové slová: Sociálna práca. Sociálny pracovník. Alzheimerova choroba. Terapeutický nefarmakologický prístup. Reminiscencia.

Abstract: This paper deals with the impact of social work on the lives of beneficiaries of social services housed in the establishment ARCUS - Specialized equipment and facilities for seniors in Kosice, who has Alzheimer's disease. Characterizes this group of recipients of social services as one of the target groups of social work and describes how it can work social worker and instructor social rehabilitation work to improve the quality of life, and thus their purpose in life. In this paper we present an overview of selected non-pharmacological therapeutic approaches for people suffering from this disease. We also offer one of the most common therapeutic approaches and best equipment ARCUS - NW and ZPS, which we are working with the target group and offers the most proven not only to us as social workers, but also the actual beneficiaries of social services find the meaning of life in their health conditions.

Keywords: Social work. Social worker. Alzheimer's disease. Non-pharmacological therapeutic approach. Reminiscence

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 „Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie“

Úvod

„Skúste zatvoriť oči a predstaviť si, ako stojíte uprostred miestnosti. Neviete, ako ste sa tu ocitli, koľko je hodín a ani aké je ročné obdobie. Obrazy na stenách, koberec na zemi, nábytok, lampa..., to všetko je Vám cudzie. Nikdy predtým ste tu neboli.

Sadáte si na stoličku a prehlíadate si všetko naokolo, ako by ste tu boli prvýkrát. Zaujímú Vás dvere v rohu. Asi ste nimi pred chvíľou vstúpili, ale momentálne už neviete, kam vlastne vedú. Prichádzajú nejakí ľudia a oslovujú Vás. Cítite, žeby ste ich mali poznať. Ale jednoducho si nespomeniete, ako sa volajú a ani kto vlastne sú. Hlavou sa Vám prehánajú neprijemné myšlienky: „Čo tu vlastne chcú?“, „Nie sú nebezpeční?“ „Ešte aby tak niečo vzali.“ „Alebo mi chcú ublížiť?“ S napätím čakáte, čo bude.

Vy o tom neviete, ale ste v byte, v ktorom žijete viac ako štyridsať rokov. Dvere vedú do kuchyne, denne nimi prejdete možno stokrát. Títo ľudia sú Vaše deti...“

Úvodný citát vystihuje každodenný stav osoby s Alzheimerovou chorobou. Práve uvedené ochorenie sa v súčasnosti vyskytuje čoraz častejšie. Alzheimerova choroba sa objavuje u človeka predovšetkým vo veku od 65 rokov. S rastúcim vekom sa riziko vzniku choroby výrazne zvyšuje. Vzhľadom na to, že neúprosne dochádza k starnutiu populácie, teda k zvyšovaniu počtu osôb vyššieho veku v populácii, je pravdepodobné, že bude pribúdať aj počet osôb trpiacich Alzheimerovou chorobou.

Bohužiaľ, aj napriek významným pokrokom medicíny stále neexistuje liek, ktorý by dokázal uvedené ochorenie vyliečiť. Sú ale zrejme typické príznaky ochorenia, pri ktorých je možné využívať aspoň liečbu symptomatologickú, ktorá dokáže zmierniť príznaky Alzheimerovej choroby. Veľký pokrok v starostlivosti o ľudí s Alzheimerovou chorobou však nastal vďaka odborníkom, ktorí ochorenie dôkladne poznajú a dokážu využívať mnoho dostupných metód a prístupov, ktoré môžu obohatiť a spríjemniť život osôb s Alzheimerovým ochorením.

Je potrebné si uvedomiť, že väčšina ľudí s týmto ochorením žije vo svojich domácnostiach alebo v domácnostiach svojich príbuzných, ktorí sa o nich starajú.

Vzhľadom k progresívnej povahe ochorenia je starostlivosť o osoby trpiace spomínaným ochorením, pre ich príbuzných čím ďalej, tým viac náročná. Osoba, ktorá sa stará o takto chorého človeka môže pociťovať zmiešané pocity hnevu, viny, osamelosti a bezmocnosti.

S ľuďmi, ktorí trpia Alzheimerovým ochorením sa môžeme stretnúť v nemocnici na ktoromkoľvek oddelení – neurológie, internom oddelení, ale aj na chirurgii. Práve na chirurgii – traumatológii sú títo ľudia častými pacientmi z dôvodu zlomenín, pretože sú oveľa častejšie ohrození pádmi. Náročnosť práce a starostlivosti o tohto pacienta je značná. Pacient s Alzheimerovou chorobou potrebuje veľkú pomoc pri všetkých úkonoch starostlivosti o svoju osobu. Preto je stále viac týchto pacientov odkázaných na starostlivosť a sociálne služby inštitúcií. Poniektorí z nich v súčasnosti žijú v špecializovaných zariadeniach pre klientov s Alzheimerovou chorobou. Práve sociálne služby sú najčastejšou formou pomoci týmto ľuďom. Poskytujú ich zariadenia sociálnych služieb zriadené štátom i neziskovým sektorom.

1 Alzheimerova choroba

Nežiaducim aspektom predlžujúceho sa ľudského života sú neznáme choroby, ktorých frekvencia v posledných rokoch veľmi rýchlo narastá. Príkladom môže byť aj degenerácia mozgu, čoho výsledkom je vznik demencie.

Prevažnú časť demencií v starobe tvorí Alzheimerova demencia, ktorá prezentuje 50 – 60% postihnutých dementným syndrómom. Alzheimerova choroba je degeneratívne postihnutie mozgu a jeho tzv. kognitívnych funkcií. Typicky sa prejavuje rozvojom demencie. Zhoršenie myslenia a mentálnych funkcií vo vysokom veku života človeka pozná ľudstvo už dávno. S popisom takýchto stavov sa stretávame už v starých letopisoch. Obvykle sa takéto prejavy považovali za prirodzenú súčasť starnutia. So zlepšujúcimi sa životnými podmienkami, rozvojom medicíny a predlžujúcim sa vekom, však začali byť poruchy kognitívnych funkcií nápadnejšie.

Podľa dostupných zdrojov sa najčastejšie vývoj Alzheimerovho ochorenia počíta od roku 1906, kedy Alois Alzheimer predniesol na konferencii v Tübingene prípad svojej pacientky, pani Augusty D., u ktorej bola diagnostikovaná ťažká demencia. Pacientka trpela zvláštnou formou demencie, prejavujúcou sa poruchami pamäti, neschopnosťou orientovať sa v čase a priestore, problémami s čítaním a písaním. Na jednoduché otázky odpovedala s veľkými ťažkosťami. Nedokázala si spomenúť na dátum a miesto narodenia, manžela oslovovala svojím vlastným menom, neorientovala sa v mesiacoch ani v abecede.

Sám Alzheimer považoval v tom čase svoje pozorovanie za atypický prípad bežnej senilnej demencie. Alois Alzheimer sa stal uznávanou autoritou v oblasti stareckých demencií. Po

piatich rokoch usilovného bádania publikoval prácu s názvom „O zvláštnej chorobe mozgovej kôry“, v ktorej popísal prípad pani Augusty D., prijatej na psychiatrickú kliniku v novembri 1901. Po jej smrti urobil Alzheimer dôkladnú analýzu poškodeného mozgu. (F. Koukolík a kol., 1998) Mozgová kôra pacientky bola výrazne tenšia oproti zdravým jedincom. Na mikroskopických rezoch objavil obrovské množstvo zvláštnych vláknitých útvarov nachádzajúcich sa na miestach, kde sa predtým vyskytovali neuronálne bunky. V okolí postihnutých oblastí sa v prítomnosti špecifických farieb objavovali okrúhle škvrny rôznych veľkostí. Boli roztrúsené nepravidelne a ich hustota prevažovala v šedej mozgovej hmote. Popísané zmeny objavil aj u svojho druhého pacienta Johana F., ktorý bol hospitalizovaný na psychiatrickej klinike v Mníchove. Práve tieto dva prípady sa stali dôležitým míľnikom v chápaní novej, dovtedy neznámej formy demencie. (R. Jiráček a kol., 2004)

Podľa WHO patrí Alzheimerova choroba medzi desiatku hlavných smrteľných ochorení. Aj napriek tomu sa venuje malá pozornosť jej vplyvu nielen na jednotlivca, ale na celú rodinu a taktiež aj na spoločnosť. Je treba povedať, že demencia je choroba, a že byť starý neznamená byť dementný. (L. Vavrušová, 2010)

V súčasnosti podľa hrubých odhadov postihuje Alzheimerova choroba celosvetovo 18 – 25 miliónov ľudí. Vyhliadky do budúcnosti pritom nevyzerajú optimisticky. Počet trpiacich týmto ochorením v súvislosti so starnutím populácie narastá. V nasledujúcich 20 rokoch by sa mal počet zdvojnásobiť. (Tabuľka 1)

Tabuľka 1 Výskyt demencie v Európe u mužov a žien.

Vek mužov	Výskyt demencie v %	Vek žien	Výskyt demencie v %
30-59		30-59	
60-64	0.2%	60-64	0.9%
65-69	1.8%	65-69	1.4%
70-74	3.2%	70-74	3.8%
75-79	7.0%	75-79	7.6%
80-84	14.5%	80-84	16.4%
85-89	20.9%	85-89	28.5%
90-94	29.2%	90-94	44.4%
nad 95	32.4%	nad 95	48.8%

Zdroj: <http://alzheimerioistaigos.lt/en/prevalence-of-dementia-in-europe-2009.html>

Je ťažké nájsť presnú definíciu Alzheimerovej choroby. Niektoré publikácie sa pozerajú na charakteristiku tohoto ochorenia z jednej strany, ďalšie zasa z druhej strany. Záleží na tom, čo si vyberieme, aká definícia či popis nám stačí a vyhovuje. Na základe preštudovaných materiálov je možné Alzheimerovu chorobu charakterizovať ako závažné ochorenie postihujúce kognitívne funkcie, považované za najčastejšiu príčinu demencie a jej počiatky sú nenápadné a ťažko rozpoznateľné.

„Alzheimerova choroba je spravidla charakterizovaná poruchou pamäti, ktorá dominuje v klinickom obraze. Po nej sa spravidla rozvíjajú poruchy ostatných kognitívnych funkcií a ďalšie symptomatologické príznaky demencie. Toto ochorenie začína nenápadne. Ľudia sa často sťažujú na poruchy sústredenia, pamäti, myslenia.“ (I. Holmerová a kol., 2007, s. 39)

Podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) je Alzheimerova choroba charakterizovaná nasledovne: *„Ide o postupné zhoršenie pamäti a myslenia, ktoré následne narušujú sebestačnosť v aktivitách denného života. Pamäť je narušená vo všetkých zložkách a k jej poruchám patria neoddeliteľne aj poruchy správania a myslenia. Typický priebeh ochorenia: nenápadný začiatok, pozvoľný progres a zhoršovanie kognitívnych funkcií, neprítomnosť klinických ani laboratórných známk iného ochorenia, ktoré by mohlo*

spôsobovať demenciu, neprítomnosť náhlych známk neurologického poškodenia mozgu či mozgového poranenia.“ (R. Jiráková a kol., 2004, s. 139)

„Príčiny a spúšťače tohto ochorenia sú stále nejasné. Vieme, čo sa v mozgu deje, ale nevieme presne prečo. Mnohí odborníci považujú za kľúčový krok vo vývoji ochorenia chorobné zmeny odohrávajúce sa vo vnútri nervových buniek. Rozsahom nezvratného postihnutia a hĺbkou zmien pre jedinca a okolie je možné Alzheimerovo ochorenie označiť za prahové ochorenie, pri ktorom sa určité zmeny postupne kumulujú až do takého stavu, ktorý neskôr vedie ku kvalitatívnemu zvratu. Preruší sa pacientovo spojenie s okolím, s jeho blízkymi, s jeho minulosťou i prítomnosťou, stráca sa nie len svojmu bezprostrednému okoliu, ale nakoniec aj sám sebe. (P. Hrušová, 2005, s. 15 - 20)

I. Holmerová a kol. (2004) upozorňuje na prvé varovné príznaky, ktorých výskyt by sa mal konzultovať s lekárom. Ide o zhoršenie pamäti spojené so zabúdaním nedávnych udalostí a mien, o ďalšie zhoršovanie pamäti prejavujúcej sa neschopnosťou vybaviť si dátumy alebo nájsť cestu domov, o stále náročnejšie rozhodovanie sa a o pokles záujmu o svoje zamestnanie a koníčky.

Iný pohľad na prvotné symptómy Alzheimerovej choroby ponúka zdroj www.alz.co.uk/alzheimers, ktorý uvádza nasledovné symptómy:

- *Zhoršenie alebo strata pamäti: dochádza k ochabovaniu pamäti – zvlášť pamäti krátkodobej. Ľudia s demenciou nielen, že zabudnú na meno svojho suseda, ale zabudnú taktiež na to, že daná osoba je ich susedom.*
- *Ťažkosti so zvládaním dôverne známych – každodenných činností: človek s demenciou zabudne postup pri obliekaní či príprave jedla.*
- *Problémy s rečou: časté zabúdanie jednoduchých slov alebo ich zamieňanie za iné, vytváranie nezrozumiteľných a nelogických viet.*
- *Dezorientácia v čase a v priestore: ľudia s demenciou sa strácajú na im známych miestach, napríklad na ulici, na ktorej žijú. Nevedia, na akom sú mieste, ako sa sem dostali a ako sa dostanú naspäť. Môžu si zamieňať deň za noc.*
- *Zlé posúdenie situácie: dementní ľudia strácajú vnímanie pre situáciu – môžu sa napríklad obliecť neprimerane situácii (oblečú si zimné oblečenie v deň, keď je vonku letné počasie).*
- *Problémy s abstraktným myslením: pre človeka s touto chorobou je ťažké uvedomiť si, čo znamenajú čísla na šeku či účte. Nevie, čo dané čísla znamenajú a aký majú zmysel.*
- *Premiestňovanie vecí na netradičné či neobvyklé miesta: napríklad žehlička v chladničke, či hodinky v cukorničke. Po určitej dobe už vôbec nevedia, že by daný predmet držali v ruke.*
- *Zmeny v nálade a v správaní: ich nálady môžu byť neprimerané situácii a veľmi rýchlo sa môžu meniť. Ich reakcia môže byť odlišná od tej, akou reagovali skôr.*
- *Zmeny v osobnosti: samy seba vnímajú odlišným spôsobom. Môžu sa stať podozrievavými, podráždenými, depresívnymi, apatickými.*
- *Strata iniciatívy: napriek tomu, že skôr títo ľudia viedli aktívny život, môžu byť tentokrát pasívni. Strata záujmu o svoje koníčky a záľuby, niekoľkohodinové pozeranie sa na televíziu, spánok v inú dobu než obvykle – to môžu byť ich nové prejavy.*

Nástup Alzheimerovej choroby je pozvoľný a nenápadný. Blízki si u chorého niečo všimnú často až vo chvíli, kedy závažne zlyhá v bežnom živote. Rýchlosť zhoršovania príznakov je u každého iná. U každého človeka sa teda Alzheimerova choroba vyvíja inak. Nie každý má všetky symptómy. Tie sa môžu vyskytnúť v rozličnom čase u rozličných ľudí. Skutočné prvé príznaky demencie spolu s pribúdajúcim vekom je len veľmi ťažké odlišiť od príznakov bežného starnutia. (I. Holmerová a kol., 2007)

V súčasnej dobe nie je k dispozícii vyšetrenie, ktoré by presvedčivo diagnostikovalo Alzheimerovo ochorenie v jej počiatocnom štádiu. Diagnostiku tohto ochorenia tvorí kombinácia metód. Bazálnym krokom je stanovenie syndrómu demencie, zhodnotenie anamnestických údajov a klinického obrazu. Dôležité sú výsledky pomocných vyšetrení – nešpecifických testov, zobrazovacích metód. Ďalším krokom je následne určenie etiológie demencie. Na diagnostike Alzheimerovej choroby sa podieľa praktický lekár, psychiater, psychológ, neurológ, opatrovateľ a v neposlednom rade rodina a samotný chorý. Pacient trpiaci demenciou si často svoj problém neuvedomuje alebo si ho nepripúšťa. Objektívne zhodnotenie druhej osoby veľmi napomôže k celkovému zhodnoteniu. Po vykonaní anamnézy nasleduje orientačné vyšetrenie poznávacích funkcií, ktoré sa vykonáva pomocou testov. Samotné testy nestanovujú diagnózu, ale sú dôležitou zložkou vyšetrenia. Test je pre pacienta náročný a je vhodná dobrá príprava a vysvetlenie testu. V rámci demencie sa testuje pamäť, reč a poznávacie funkcie. (J. Hort a kol., 2007)

Pri liečbe Alzheimerovej choroby rozlišujeme dve formy:

1. farmakologickú,
2. nefarmakologickú.

Alzheimerova choroba je v súčasnej dobe nevyliciteľná, ale včasnou diagnostikou a skorým začatím liečby je možné ju spomaliť. Má komplexný charakter a jej cieľom je zachovať čo najväčšiu mieru samostatnosti a nezávislosti. „*Liečbou predovšetkým predlžujeme obdobie sebestačnosti chorého, predlžujeme dobu jeho funkčných schopností, a tým znižujeme potrebu a náročnosť ošetrovateľskej starostlivosti a rovnako tak zaťaženosť príbuzných.*“ (J. Hort a kol., 2007, s. 252)

V liečbe Alzheimerovej choroby sa okrem spomínanej farmakoterapie využívajú niektoré nefarmakologické postupy. Ide o terapie a postupy zamerané na udržiavanie zostávajúcich kognitívnych funkcií, fyzickej zdatnosti a sebestačnosti.

Medzi najčastejšie zaužívané moderné nefarmakologické postupy podľa I. Holmerovej (2002) patrí terapia orientovaná na realitu a validačná terapia. Obidva tieto postupy sú zamerané na uľahčenie komunikácie s vlastným utrpením a lepším pochopením samotnej choroby.

– *Orientácia v realite*

Pri strednej pokročilosti s narastaním chýb a s vypadávaním niektorých bežných znalostí (postupy pri varení, zaobchádzanie s bežnými nástrojmi) sa doporučuje precvičovať „*orientáciu v realite*“ (ako sa čo volá, čo sa načo používa).

– *Validácia*

Pri validácii je dôraz kladený na zachovanie a posilnenie ľudskej dôstojnosti chorého, prijatie pacientovej témy a práce s ním, jeho počúvanie a empatia k nemu. Validovať znamená dávať hodnotu každému prejavu seniora. Rešpektovať seniora v jeho pôvodných spoločenských rolách. Komunikovať s ním o jeho téme a nevnučovať mu inú. Orientovať sa spolu s ním v jeho svete, prijímať jeho čas, zážitky, emócie, prostredie – nie je nutná orientácia v realite. Medzi techniky validačného rozhovoru patrí jasná, mierna a láskyplná reč. Komunikovať takýmto štýlom reči a viesť takéto rozhovory má často u ľudí s demenciou úspech, dementní sa rozepamätajú na obľúbeného človeka a odbúravajú pritom stres. (N. Feil, 2007). Do techník validácie patria aj dotyky.

– *Bazálna stimulácia*

„*Bazálna stimulácia je koncept, ktorý podporuje v najzákladnejšej (bazálnej) rovine ľudske vnímanie. Každý človek vníma pomocou zmyslov, zmyslových orgánov, ktoré vznikajú a vyvíjajú sa už v embryonálnej fáze a majú od narodenia až do smrti nenahraditeľný význam. Vďaka zmyslom teda môžeme vnímať sami seba a okolitý svet. Vďaka schopnostiam vnímať, sme sa naučili pohybovať a komunikovať. Pohyb, vnímanie a komunikácia sa vzájomne ovplyvňujú. Vnímanie umožňuje pohyb a naopak komunikácia je umožnená vďaka pohybu a vnímaniu.*“ (K. Friedlová, 2006) Bazálna stimulácia je založená na empatickom vzťahu

s pacientom. Dôležitá je taktiež spolupráca s rodinnými príslušníkmi v snahe poznať život pacienta, jeho rodinu, to čo má i nemá rád. S tým súvisí prostredie, ktorým sa bazálna stimulácia zaoberá. Malo by to byť čo najpokojnejšie prostredie, ktoré má v klientovi evokovať milé spomienky a udalosti.

– *Expresívne terapie*

Ide o metódy, pri ktorých sa klient verbálne i neverbálne prostredníctvom špecifického výrazového umeleckého média, ktorý môže byť svojou povahou hudobný, dramatický, literárny alebo pohybový, dokáže prejavovať. Podľa charakteru tohto média sa tak nazývajú jednotlivé terapeutické odbory:

- *Arteterapia* - liečba výtvarným umením,

- *Ergoterapia* - liečba prácou, „*Ergoterapia - je profesia, ktorá sa prostredníctvom zmysluplného zamestnávania usiluje o zachovanie a využívanie schopností jedinca potrebných pre zvládnutie bežných denných, pracovných, záujmových a rekreačných činností u osôb akéhokoľvek veku s rôznym typom postihnutia (fyzickým, zmyslovým, psychickým, mentálnym alebo sociálnym znevýhodnením). Podporuje maximálnu možnú mieru participácie jedinca v bežnom živote, pričom rešpektuje plne jeho osobnosť a možnosti. Pojmom „zamestnávanie“ sú myslené rôzne činnosti, ktoré človek vykonáva v priebehu života a sú vnímané ako súčasť identity.*“ (Dostupné na: <http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageID=1>)

- *Muzikoterapia* je terapeutický prístup, ktorý pracuje s výrazovými umeleckými prostriedkami hudobnej povahy. „*Muzikoterapia je použitie hudby alebo hudobných elementov (zvuk, rytmus, melódia, harmónia) kvalifikovaným muzikoterapeutom pre klienta alebo skupinu v procese, ktorého účelom je uľahčiť a rozvinúť komunikáciu, vzťahy, učenie, pohyblivosť, sebavyjadrovanie, organizáciu a iné relevantné terapeutické zámery za účelom naplnenia telesných, emocionálnych, mentálnych, sociálnych a kognitívnych potrieb.*“ (J. Kantor a kol., 2009, s. 27)

- *Tanečná terapia* ... „*psychoterapeutické využitie pohybu v procese, ktorý pôsobí na zlepšenie emočnej, kognitívnej, sociálnej i fyzickej integrácie človeka*“ (P. Veleta, 2007) Tanec je v tanečnej terapii vnímaný ako terapeutický pohyb.

- *Petoterapia* - terapia za pomoci zvierat. I. Holmerová a kol. (2007) charakterizuje túto terapiu pri dementných pacientoch ako liečbu pomocou zvieracích miláčikov. K terapii je možné využívať viacero druhov zvierat. Medzi najznámejšie typy tejto terapie patrí canisterapia (pes), felinoterapia (mačka), hipoterapia (kôň), delfinoterapia (delfín), lamaterapia (lama) a ornitoterapia (vtáctvo).

Aromaterapia je terapeutické ošetrenie, ktoré podporuje zdravie, uľavuje pri záťaži a strese, posilňuje imunitu organizmu a harmonizuje telesné a duševné pochody. Využíva vlastnosti prírodných éterických olejov a pôsobí preventívne a pri akútnych stavoch. (Dostupné na: <http://www.aromaterapie.cz/index.php?/pages/aromaterapie.html>) U jedincov s Alzheimerovou chorobou vychádza aromaterapia z poznatkov, že príjemné vône, arómy a esencie ovplyvňujú v mozgu určité látky, ktoré pôsobia povzbudivo alebo majú upokojujúci účinok na psychiku chorých.

– *Zmyslová stimulácia* – ide o cvičenia, ktoré sú zamerané na jednotlivé zmyslové orgány s vylúčením ostatných. Cvičenia sú zamerané na päť zmyslov.

– *Biblioterapia* umožňuje stimuláciu verbálnych schopností a dlhodobej pamäti, schopnosti formulovať a vyjadriť vlastné myšlienky, podporuje sebedovetomie. Nie je náročná na prípravu a môže byť postavená aj na samotných klientoch, ktorí si dobre pamätajú básne z mladosti, aj svojho produktívneho obdobia života.

– *Kognitívny tréning* – *cvičenia pamäti*, „*hry s pamäťou*“ – zahŕňa cvičenia na podporu koncentrácie a schopnosť vytvárania asociácií. Kognitívny tréning uskutočňujú v rôznych formách, individuálne alebo v malých skupinách, ústne, písomne. Je

využitelný aj u klientov, ktorí nemajú funkčné zmysly sluch alebo zrak, prípadne stratili schopnosť písať. Využívať sa dajú cvičenia, ktoré stimulujú sémantickú pamäť napr. vedomostné kvízy, epizodickú pamäť napr. dôležité životné momenty (svadba, narodenie detí). (M. Čunderlíková a kol., 2008)

– *Reminiscencia*

Je aktivizačná metóda, ktorá využíva spomienky a ich vybavovanie prostredníctvom rôznych podnetov. Reminiscencia vychádza zo skutočnosti, že aj keď v pokročilom štádiu demencie býva postihnutá krátkodobá pamäť, tak dlhodobá pamäť je stále pomerne zachovaná. Ľudia s demenciou často spomínajú na udalosti z detstva, ktoré pre nich majú emočný význam. Veľmi dôležitá je spolupráca s rodinou, ktorá môže poskytnúť mnoho dôležitých informácií o živote klienta, ale môže taktiež doniesť predmety či fotografie, ktoré evokujú spomienky na staré časy klienta. Dôležité je taktiež vytváranie vhodného prostredia a hľadanie najvhodnejšieho spôsobu komunikácie s klientom. (I. Holmerová a kol., 2007)

2 Sociálna práca v starostlivosti o ľudí s Alzheimerovou chorobou v podmienkach zariadenia sociálnych služieb ARCUS

Sociálna práca vychádza z chápania zdravia ako stavu úplnej bio - psycho- spirituálno-sociálnej pohody. Skúma a pomáha riešiť narušené vzťahy, ktoré vznikli v živote človeka ako dôsledok choroby, chyby, úrazu, škodlivých návykov. Sociálna práca si vyžaduje diferencovaný prístup k ľuďom, pochopenie, zdvorilosť a spolupítenie, ktoré nesmie prechádzať do nemiestnej zdvorilosti. Je službou klientom (jednotlivcom, rodinám, skupinám, komunitám), ktorú je možné charakterizovať pojmami POMOC, PODPORA a SPREVÁDZANIE.

Prostredníctvom dostupných metód, techník a postupov sociálnej práce sa vytvára snaha pomôcť prijímateľom sociálnej služby dosiahnuť čo najvyššiu mieru socializácie akou je adaptácia a integrácia. Individuálnym prístupom ich pripravovať na maximálnu možnú samostatnosť v prirodzenom prostredí a stimulovať ich potenciálne schopnosti. Na tento účel je využívané základné sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, ošetrovateľská starostlivosť a pracovná terapia. S ohľadom na potrebu sebarealizácie, ktorá im poskytuje vnútorné uspokojenie sa prijímateľom sociálnej služby podľa ich záujmov, možností a schopností umožňuje primerané uplatnenie v záujmovej a pracovnej činnosti.

Cieľom sociálnej práce je profesionálna aktivita, ktorá umožňuje jednotlivcovi, skupinám a komunitám identifikovať, eliminovať a riešiť alebo aspoň zmierniť osobné, skupinové sociálne problémy, alebo vplyvy prostredia, ktoré na nich vplývajú negatívne.

Ďalším cieľom sociálnej práce je vytvorenie optimálneho prostredia, v ktorom prijímateľ sociálnej služby žije. Ide tak nielen o poskytovanie hmotného komfortu, ale aj o vytvorenie priestoru k životu, možnosť udržania si sebaúcty a funkčnosti i pri fyzických stratách.

Umenie jednat' s človekom si vyžaduje nielen znalosť praktických metód, ale aj prirodzený talent a etický záujem, pretože jednáme s človekom, ktorý je v spoločnosti nejako znevýhodnený či hendikepovaný. Človek ako objekt sociálnej práce a sociálnej starostlivosti je človekom so svojou individuálnou históriou, svojimi problémami a starosťami a ako taký si vyžaduje individuálny prístup a čo najhlbšie skúmanie jeho problémov. (Interný materiál zariadenia ARCUS - SZ, ZpS a DSS, 2011)

Individuálny prístup k prijímateľovi sociálnej služby sa snažíme zachovávať aj v podmienkach zariadenia ARCUS v každej oblasti poskytovania sociálnej služby. Jednou zo zákonom stanovených činností je aj zabezpečenie pracovnej terapie a záujmovej činnosti. Vzhľadom na to, že zariadenie ARCUS sa špecializovaným zariadením pre ľudí s uvedeným Alzheimerovým ochorením stalo v roku 2010, muselo pozmeniť doteraz zaužívaný prístup k svojim klientom. Od doteraz poskytovanej starostlivosti pre osoby vyššieho veku, začína poskytovanie sociálnych služieb pre klientelu ľudí so psychiatrickou diagnózou. Zmenil sa

postup v práci, v starostlivosti, v realizácii záujmových aktivít. Pracovníci zariadenia absolvovali odborné školenia, aby ich prístup ku klientom bol čo najodbornejší.

V rámci záujmových aktivít pre ľudí s Alzheimerovou chorobou sa nám najviac osvedčila reminiscenčná terapia, ktorá sa stala jednou z najčastejšie realizovaných terapií. Prostredníctvom tejto terapie sa snažíme spolu s klientmi "opäť si zaspomínať" na ich detstvo, mladosť, život pred ich ochorením... Je potrebné ale povedať, že reminiscencia nie je vhodná pre každého seniora, nakoľko môže byť aktivitou povzbudzujúcou a upokojujúcou, ale pre niektorých seniorov môže byť aj niečím, čo vyvoláva obavy. Spomínanie ich obťažuje, spája sa s ľútosťou až depresiou.

3 Reminiscenčné stretnutia

Reminiscenčný prístup v starostlivosti o ľudí s demenciou zdôrazňuje význam osobnej životnej histórie starých ľudí. Spoznanie minulosti - osobnej histórie človeka je kľúčom k pochopeniu jeho osobnosti. (M. Čunderlíková a kol., 2012)

Spomienky a spomínanie sú prirodzenou psychickou aktivitou človeka. Pri spomínaní si vybavujeme staré pamäťové stopy, a to v rôznych súvislostiach a v priebehu celého života. Možno povedať, že:

- spomienky sú základom identity človeka, zaisťujú celistvosť a kontinuitu života,
- spomienky sú cestou k pochopeniu zmyslu vlastného života a dosiahnutiu životnej integrity,
- spomínanie je spôsobom adaptácie na zmeny spojené so starnutím,
- spomínanie priaznivo ovplyvňuje začlenenie starých ľudí do spoločnosti,
- spomínanie je súčasťou tzv. zdravého starnutia. (D. Petrufová a kol., 2012)

Ku podstate reminiscencie - práce so spomienkami sa zariadenie ARCUS dostalo vďaka zapojeniu sa do Medzinárodného projektu "Remembering yesterday, caring today training", ktorý finančne podporila Slovenská akademická asociácia pre medzinárodnú spoluprácu - Národná agentúra Programu celoživotného vzdelávania. Projekt bol zameraný na oboznámenie sa s metódou reminiscencie v starostlivosti o ľudí s demenciou, ktorá im napomôže k zlepšeniu kvality ich života.

Ako prvou organizáciou zapojenou do uvedeného projektu bolo občianske združenie Terapeutika, ktoré zastrešuje profesionálov pracujúcich v oblasti starostlivosti o ľudí, najviac seniorov. OZ ponúka zariadeniam a jednotlivcom rôzne vzdelávacie programy, ktoré realizuje za podpory projektov, no okrem toho poskytuje aj lektorské a poradenské služby. Je priamym partnerom tohto projektu. Terapeutika oslovila do projektu reminiscenčných stretnutí zariadenie ARCUS, na pôde ktorého sa cyklus reminiscenčných stretnutí uskutočnil. Tento projekt sa stal výzvou, pretože prvýkrát sa realizácia reminiscencie uskutočnila so seniormi, ktorí sú ubytovaní v zariadení sociálnych služieb po celý rok, nebývajú už vo svojom domácom prostredí, ale poväčšine ich rodina navštevuje.

Pred začatím reminiscenčných stretnutí účastníci absolvovali dvojdnový vzdelávací seminár a ukážku reminiscenčného stretnutia. Mali možnosť mnohému sa naučiť - ako komunikovať s človekom s demenciou, pozorovať správanie sa ľudí s demenciou pri spomínaní, pozorovať kvalitu väzieb medzi rodinnými príslušníkmi a pod. Následne po získaní potrebných informácií a názorných ukážok, boli stanovené témy a frekvencie stretnutí naplánovanej reminiscenčnej aktivity. Frekvencia stretnutí bola 1 x za týždeň v pravidelnom čase v trvaní cca 2 hodín.

Uskutočnili sme cyklus 7 stretnutí, ktorého sa zúčastnilo 9 seniorov zariadenia ARCUS s diagnózou Alzheimerovej choroby, 5 rodinných príslušníkov, 3 profesionáli pracujúci v iných organizáciách, 2 členovia občianskeho združenia Terapeutika, 1 výtvarníčka a 2 sociálne pracovníčky zariadenia.

Témy reminiscenčných stretnutí boli vopred dohodnuté a chronologicky zoradené nasledovne:

1. Môj rodný dom - miesto, kde som sa narodil, moja primárna rodina
2. Detstvo - hry, hračky, činnosti a priatelia
3. Školské časy
4. Móda a odievanie v mladosti
5. Zakladanie vlastnej rodiny
6. Môj pracovný život
7. Tvorba výsledných produktov

Na každé reminiscenčné stretnutie bol účastník - senior a rodinný príslušník pozvaný osobne, prijal písomnú pozvánku s témou a dátumom pripravovaného reminiscenčného stretnutia. Pred každým reminiscenčným stretnutím bolo potrebné vybrať a upraviť vhodné prostredie, pripraviť spomienkové podnety (tzv. spúšťače spomienok - fotky, dobové predmety, hudobné nahrávky, piesne, básne...). Rôzne spomienkové predmety si na stretnutie mohli doniesť aj samotní seniori, čo sa stretlo s pozitívnym ohlasom.

Štruktúra reminiscenčných stretnutí bola nasledovná:

ÚVOD

- každého účastníka osobitne s oslovením mena sme privítali v kruhu, vzhľadom k tomu, aby boli eliminované komunikačné bariéry a aby sme zorientovali ostatných účastníkov,
- participant, ktorý bol garantom daného stretnutia pripomenul tému stretnutia,
- pri príprave zážitkovej aktivity, bolo prostredie pripravené tak, aby sme účastníkov vtiahli priamo do deja.

JADRO

- pokračovali sme s nosnou aktivitou, ktorú sme v rámci témy pripravili.

ZÁVER

- ponúkli sme účastníkom pripravené občerstvenie,
- zhodnotili sme celé stretnutie,
- garant stretnutia všetkým poďakoval za účasť, rozdal pozvánky s témou a dátumom budúceho stretnutia.

Výsledným produktom realizovaného cyklu reminiscenčných stretnutí bola tvorba reminiscenčnej šatky. Tú pomohla vytvoriť mladá výtvarníčka, ktorá patrila medzi participujúcich členov projektu. Keďže vo svojej práci so seniormi mala už skúsenosti, na poslednom stretnutí spolu s nimi pomáhala šatku dotvoriť. Reminiscenčná šatka obsahovala fotografie, ktoré seniori prinášali postupne na jednotlivé stretnutia. Z nich si vybrali pre nich tú najvzácnejšiu. O to vzácnejšia je skutočnosť, že reminiscenčná šatka sa stala súčasťou ich každodenného života, nakoľko ju seniori majú umiestnenú na viditeľnom mieste vo svojej izbe, príp. reminiscenčná šatka je spomienkovým predmetom pre rodinu, ktorá si tak môže zaspomínať na jednotlivé obdobia v živote svojho otca a mamy, ktorí už nie sú medzi nami, ale patrili do ich života.

Mladá výtvarníčka nám pomohla aj s vytvorením videozáznamov z jednotlivých reminiscenčných stretnutí, z ktorých vznikol krátky dokumentárny film. Záujem o túto aktivitu reminiscencie prejavila aj miestna televízia, ktorá odvysielala reportáž o reminiscenčných aktivitách a projekte Grundtvig.

Reminiscenčné stretnutia priniesli pozitívny ohlas nielen u samotných seniorov, ale aj ich rodinných príslušníkov. Väčšina participantov sa vyjadrila, že reminiscencia je prirodzeným, nenásilným a príjemným spôsobom aktivizácie seniora, ktorý pomáha adaptovať sa seniorovi na nové alebo zmenené prostredie. Najdôležitejším aspektom tejto metódy je, že prináša radosť, priestor pre vyjadrenie pocitov, možnosť zdieľať svoje dojmy a zážitky s ostatnými, a tak podporovať hodnotu človeka. Okrem týchto podmetov sme zaznamenali čiastkové výsledky stretnutí, akými boli aktivizácia seniorov, zmysluplné využitie voľného času,

skvalitnenie života seniorov v zariadení, posilnenie vzájomných vzťahov - senior - rodina - personál, prirodzené budovanie úcty k starším v kontexte starostlivosti o nich.

Skúsenosti a zážitky nadobudnuté týmito reminiscenčnými stretnutiami z pôdy zariadenia ARCUS boli následne prezentované na medzinárodnom stretnutí vo Francúzsku, kde Slovenskú republiku zastupovalo práve zariadenie ARCUS - SZ a ZpS Skladná 4, Košice. Všetkým zúčastneným krajinám boli prezentované získané výsledky a názornú ukážku jednotlivých stretnutí a výsledných produktov reminiscenčnej terapie si mohli prezrieť v krátkom 20 minútovom filme, ktorý zanechal vo všetkých prítomných pozitívne ohlasy.

Záver

Alzheimerova choroba je „choroba storočia“. Jedna z najobávanejších diagnóz súčasnosti. Patrí do štvorice najčastejšie sa vyskytujúcich ochorení (po ochoreniach srdca, nádorových ochoreniach a chorobách centrálného nervového systému). S predlžovaním ľudského veku jej výskyt neustále rastie. Je preto zákonité, že podnietila obrovský záujem vo vedeckých a odborných kruhoch.

Hoci dnes ešte neexistuje kauzálna liečba, osud postihnutého nemusí byť beznádejný. Úlohou lekára je začať liečbu umožňujúcu postihnutému viesť s rodinou znesiteľný život v rámci možností určenej diagnózy. Zo strany príbuzných i všetkých starajúcich sa si to žiada veľké pochopenie i trpezlivosť. V chorom treba vidieť vždy človeka a starať sa oňho podľa najlepšieho vedomia a svedomia. (Nadácia Memory, 1998)

Vzhľadom na to, že problematika Alzheimerovho ochorenia sa výrazne dostáva aj do popredia samotnej sociálnej práce a práce sociálneho pracovníka, rozhodli sme sa na ňu poukázať.

Možno každý z nás si niekedy predstavuje svoju starobu. Niektorí ju vidia ako úsek životnej cesty, ktorý nám dáva priestor pre zaslúžený oddych po celoživotnej práci. Pre iných je to čas vychutnania si súdržnej rodinnej atmosféry, keď na kolenách nám sedia vnúčatá a deti nám vracajú s láskou to, čo sme im my zo seba po celý život dávali. Niektorí sa vidia na cestách a miestach, ktoré celý život túžil navštíviť. Tieto krásne predstavy majú niečo spoločné. Je to možnosť výberu „svojej“ staroby, „svojej“ obľúbenej aktivity, nezameniteľný pocit potrebnosti i zastúpenia v spoločnosti. Staroba čaká na každého z nás. Prichádza tak pomaly, že si ju niektorí uvedomia až v poslednej chvíli...

No na nešťastie, život nie je počítačový program, ktorý nám pribalí aj s návodom na použitie. Život prináša náhle zmeny, ktoré môžu zasiahnuť rodinu, oslabiť naše zdravie, sebestačnosť, a tak aj plány do budúcnosti. Práve tieto zmeny sú podnetom pre osobu vyššieho veku, aby požiadala o poskytnutie starostlivosti v zariadení ako je naše. Je teda na mieste, že ľudia, nech už sú v akomkoľvek veku, ktorí z nejakého dôvodu stratili sebestačnosť, odchádzajú žiť do zariadenia pre seniorov či podobného zariadenia. Tam by mali nájsť nový, bezpečný domov, kde budú môcť spokojne žiť. Nový domov by mal poskytovať nielen dôstojné bývanie a nutnú zdravotnú starostlivosť, ale taktiež modernú prevenciu patologického chátrania, a to tak fyzického ako aj duševného. Mal by poskytovať radosť a motiváciu k životu, ktorému by vrátil zmysel a hodnotu. Mal by pomáhať ľuďom žiť, baviť sa, mať sa na čo a z čoho tešiť. Mal by napomáhať vyplňovať dlhé dni, ktoré trávi senior v mnohých zariadeniach nehybne, bez slova, odovzdaný svojmu osudu.

V zariadení ARCUS sa snažíme o to, aby občania mohli dôstojne stráviť svoju jeseň života. Je ale neskutočne ťažké počúvať srdce starého človeka a aj bez lekárskeho diplomu rozoznať kedy plače, kedy sa raduje. To nedokáže každý...

Táto práca si vyžaduje celú osobnosť toho, kto starostlivosť ponúka, pretože je potrebné si uvedomiť, že máme v našich rukách mamu, otca, starú mamu, starého otca..., ktorých nám do starostlivosti zverili ich príbuzní, aby ich život mal ešte nejaký zmysel a aby bol prežívaný v úcte, láske a v spokojnosti blízkych. Snažíme sa v zariadení vytvoriť podnetné prostredie,

skutočný druhý domov pre našich obyvateľov, aby cítili, že nielen my, ale aj spoločnosť má o nich záujem a chce im vytvoriť podmienky na dôstojné prežitie rokov staroby aj napriek ich chorobe.

Zariadenie ARCUS patrí k jednému z veľkokapacitných zariadení, v ktorom sa poskytuje sociálna služba 200 obyvateľom, ktorí trpia najmä Alzheimerovou, Parkinsonovou chorobou a rôznymi psychickými poruchami. Ten, kto pracuje s touto cieľovou skupinou vie pochopiť, čo uvedené ochorenia so sebou prinášajú. Častokrát sa z osoby starého človeka stáva pod vplyvom spomenutej zdravotnej diagnózy osoba malého dieťaťa, žiaka, ktorý sa učí od znova rátať, spoznávať a rozoznávať farby a písmená, spoznávať svojich príbuzných, svoje deti.... Tieto prejavy našich seniorov sú často veľmi veľkou bolesťou a ťažkou úlohou na zmierenie sa s touto skutočnosťou, najmä pre rodiny týchto ľudí. Vidieť svoju mamu či otca, ktorý kedysi bol úplne zdravým človekom a dnes sa dokáže tešiť ako malé dieťa napríklad z kúska čokolády či sladkého cukríka, nie je veľmi príjemným pohľadom. Nie každý dokáže prijať tento fakt, stáva sa nám, že rodina na svojho rodiča automaticky zabudne a zanevrie, len čo ho do zariadenia umiestni.

Každý z týchto dvesto našich „starých mám a starých otcov“ má svoj životný príbeh, svoju minulosť. Prostredníctvom reminiscenčnej aktivity sa snažíme spoznávať životný príbeh seniorov a pochopiť tak ich správanie a konanie. Uvedomujeme si, že za demenciou a zmätenosťou je osobnosť so svojou životnou históriou a mnohými spomienkami a príbehmi na rozprávanie. Metóda reminiscencie nám dopomáha k tomu, aby sme prostredníctvom jej realizácie udržali kvalitu života seniora a dopomohli k znovu nájdeniu ich strateného zmyslu života.

Zoznam použitej literatúry:

1. ČUNDERLIKOVÁ, M., a kol. 2008. *Komplexná starostlivosť o ľudí s Alzheimerovou chorobou v centre Memory n.o.* In: Geriatria. Bratislava: Slovenska gerontologická a geriatrická spoločnosť, 2008, roč. 14, č. 1, s. 37 – 45. ISSN 1335-1850.
2. ČUNDERLIKOVÁ, M., a kol. 2012. *Spomínajme spoločne.* Centrum Memory, n.o. Bratislava. 2012. s. 35. ISBN 978-80-970355-8-7.
3. FEIL, N. 2007. *Validation in Anwendung und Beispielen.* München: Reinhardt, 2007. 264 s. ISBN 978-3-497-01914-4.
4. FRIEDLOVÁ, K. 2006. *Bazální stimulace v ošetrovateľské péči, Skripta pro certifikovaný kurz Bazální stimulace.* Frýdek-Místek: Kleinwächter, 2006. 129 s.
5. HOLMEROVÁ, I. 2002. *Jde o Alzheimerovu chorobu?* 1. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2002. s. 24. ISBN 80-86541-06-01.
6. HOLMEROVÁ, I. a kol. 2004. *Alzheimerova choroba v rodině.* Aktuální vydání 5/2004. Praha : Pfizer. 2004. 96 s.
7. HOLMEROVÁ, I. a kol. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou.* Praha : EV public relations, 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
8. HOLMEROVÁ, I. a kol. 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou.* 2. vyd. Praha : EV public relations, 2009. 301 s. ISBN 978-80-86541-28-0.
9. HORT, J. a kol. 2007. *Paměť a její poruchy : paměť z hlediska neurovědního a klinického.* 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2007. 422 s. ISBN 978-80-7345-004-5.
10. HRUŠOVÁ, P. 2005. *Čeští senioři s Alzheimerovou chorobou v pečovatelských institucích.* Dostupné na World Wide Web: <<http://www.pecujici.cz/prirucky.shtml?x=221193>>.
11. Interný materiál zariadenia ARCUS: 2001. *Sociálna práca v podmienkach zariadenia ARCUS - SZ, ZpS a DSS.*
12. JIRÁK, R. a kol. 2004. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie.* Praha : Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.

13. JIRAK, R. a kol. 2004. *Demence*. Praha: Galen, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.
14. KANTOR, J. a kol. 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80247-2846-9.
15. KOUKOLIK, F. a kol. 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada Publishing, 1998. 229 s. ISBN 80-7169-615-3.
16. NADÁCIA MEMORY, 1998. *Alzheimerova choroba. Ako žiť ďalej?*. Lundbeck Slovensko s.r.o., 1998. 31. s.
17. PETRUFOVÁ, D. a kol. 2012. *Reminiscencia - využitie spomienok v práci so seniormi*. Prešov. 2012. s.8.
18. VAVRUŠOVÁ, L. 2010. *Alzheimerova demencia – páľčivý problém našej generácie*. In: *Kompedium medicíny*. 4. roč. 2010. s. 38 – 43. ISSN 1336-4871.
19. VELETA, P. 2007. In HOLMEROVÁ, I. et al. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha : EV public relations, 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
20. <http://alzheimeroistaigos.lt/en/prevalence-of-dementia-in-europe-2009.html>
21. <http://www.alz.co.uk/alzheimers/symptoms.html>
22. <http://www.aromaterapie.cz/index.php?/pages/aromaterapie.html>
23. <http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageID=1>
24. http://www.motolska.cz/forum/86/1388/St%C3%A1%C5%99%C3%AD.Alzheimerova-choroba?message_quote_form=1388&pag

Kontakt:

Mgr. Iveta Kurčáková, ARCUS - ŠZ a ZpS Skladná 4, 040 01 Košice
kurcakova@arcuskosice.sk

Mgr. Monika Takáčová, ARCUS - ŠZ a ZpS Skladná 4, 040 01 Košice
takacova@arcuskosice.sk

Integrácia problematiky spirituality a religiozity do supervízie v sociálnej práci

Integration of issues of spirituality and religiosity into supervision in social work

Denisa Šoltésová (SR)

Abstrakt: *Cieľom príspevku je poukázať na aktuálnosť problematiky spirituality a religiozity v sociálnej práci, zvlášť v supervízii v sociálnej práci. Zmysel života ako jeden zo zásadných domén kvality života, je rozhodne predmetom záujmu sociálnych pracovníkov a pracovníčok, rovnako však supervízorov, supervízoriek. Autorka v príspevku stručne popisuje vybraný model integrácie otázok spirituality a religiozity do supervízie v sociálnej práci (vývinový model spirituálneho a religiózneho vývinu supervidovaného) a ponúka niekoľko odporúčaní pre realizáciu supervízie v tomto kontexte.*

Kľúčové slová: *supervízia, sociálna práca, spiritualita, religiozita.*

Abstract: *The aim of the contribution is to highlight the relevance of the issue of spirituality and religiosity in social work, especially in supervision in social work. The meaning of life as one of the fundamental domains of quality of life is definitely subject of interest for social workers as well as for supervisors. The author of this paper briefly describes the selected model of spiritual and religious integration into the supervision in social work (developmental model of the religious and spiritual development of supervisees) and, she offers some recommendations for the implementation of supervision in this context.*

Key words: *supervision, social work, spirituality, religiosity.*

1 SPIRITUALITA V SOCIÁLNEJ PRÁCI

V praxi sa sociálni pracovníci a pracovníčky nevyhnutne stretávajú s klientelou v náročných, niekedy až hraničných životných situáciách. V takýchto situáciách sa do popredia prirodzene dostávajú aj otázky zmyslu života, v širšom kontexte spirituality (a religiozity) ako takej, ako zdroja či významnej podpory pri zvládaní týchto situácií. Mnoho klientov, klientok sociálnej práce v rámci poradenstva či terapie teda nevyhnutne potrebuje riešiť aj spirituálne a religiózne otázky. Aj napriek tomu, mnoho sociálnych pracovníkov a pracovníčok sa vo vlastnej praxi týmto otázkam vyhýba, príp. im neprisuduje dostatočný význam (Ripley et al., 2007; Holloway, Moss, 2010; Gilham, 2012 a i.). Tento fakt môže viesť k podstatnému obmedzeniu pri identifikácii dôležitých zdrojov a otázok, ktoré by inak mohli byť pre proces poradenstva či terapie kľúčové.

Aj vzhľadom k značnému zastúpeniu veriacich v populácii sa problematika spirituality a religiozity stáva v pomáhajúcich profesiách vysoko aktuálnou. Záujem o túto špecifickú oblasť rastie najmä od 80-tych rokov minulého storočia, zvlášť však v poslednom desaťročí, a to okrem vyššie uvedeného aj v súvislosti s globalizačnými tendenciami a nevyhnutnosťou rozvoja multikulturality ako zásadného princípu v pomáhajúcich profesiách.

Hoci sa v praxi tieto otázky ukazujú niekedy ako zásadné, v predraguálnej príprave či ďalšom vzdelávaní sa predmetná problematika prezentuje len zriedka a skôr okrajovo. Ako jedno z východísk sa javí integrácia daných otázok do supervízie. Supervízia je vo všeobecnosti

považovaná za nenahraditeľnú, centrálnu súčasť praxe sociálnej práce. Je oceňovaná ako principiálny prostriedok transferu teoretických vedomostí a zručností do efektívnej praxe. Cieľom supervízie je pomôcť kreovať profesionálnu osobnosť kompetentného sociálneho pracovníka či sociálnej pracovníčky a pomôcť im rozvíjať profesionálne zručnosti a schopnosť reflexie osobných, interpersonálnych a environmentálnych situácií. Nosným účelom je však prostredníctvom zvýšenia kvality výkonu sociálnej práce v konečnom dôsledku zvýšiť kvalitu života klientely sociálnej práce. Jednou z významných domén kvality života je nepochybne aj spiritualita.

Zväčša sa odborná literatúra v predmetnej oblasti venuje najmä metodologickým a koncepcným východiskám supervízie v sociálnej práci, zvlášť aspektom profesionálnej zodpovednosti, administratívnym a manažérskym otázkam, etickým aspektom a pod. Zahnutie problematiky spirituality a religiozity do supervízie v sociálnej práci je multifaktoriálne determinované. V súčasnosti viacerí autori a autorky, diskutujúc predmetnú tému, navrhli niekoľko modelov integrácie otázok spirituality a religiozity do supervízie v sociálnej práci (bližšie napr. Tan, 2009 a i.). Výraznou inšpiráciou v danej problematike môže byť napr. kresťanský svetonázor a filozofické základy pre klinickú supervíziu (Bufford, 2007), vývinový model spirituálneho a religiózneho vývinu supervidovaného (Ripley, Johnson, Tatum, Davis, 2007), kresťanská vzťahová a vývinová perspektíva pri tvorbe zdravého prostredia supervízie (Butman, Kruse, 2007), konceptuálneho rámca pre integráciu kresťanstva v klinickej supervízii (Aten, Boyer, Tucker, 2007), integrácie kresťanstva do supervízneho procesu (Campbell, 2007), integrácia viery do klinickej praxe (Gingrich, Worthington, 2007) a ďalšie.

Jedným z východísk efektívnej supervízie v tejto oblasti môže byť aj porozumenie úrovni vývinu supervidovaného a prispôbenie obsahu i procesu supervízie tomuto kontextu (tu sa otvára otázka pripravenosti a otvorenosti supervidovaného, supervidovanej riešiť predmetné otázky, ale i spôsobov, ako s týmito otázkami pracovať).

2 INTEGRÁCIA SPIRITUALITY A RELIGIOZITY V RÁMCI vývinového modelu supervízie podľa Jenifer S. Ripley et al.

Vývinové modely v supervízii sú orientované na popis procesu progresu supervidovaných v rámci ich profesionálneho rastu. Napomáhajú vedeniu supervízie v kontexte reflexie aktuálnych potrieb supervidovaných v príslušných vývinových fázach. Popisujú charakteristiky supervidovaných, ich správanie, prežívanie a potreby v súvislosti s ich vývinovou úrovňou a získanými praktickými skúsenosťami. Takto môžu supervízori a supervízorky prispôbovať vlastný prístup vzhľadom k individuálnym špecifikám konkrétnych supervidovaných a ich meniacich sa požiadaviek v súvislosti s ich profesionálnym rastom.

Prezentovaný model predstavuje konceptuálny rámec pre zahrnutie otázok religiozity a spirituality do supervízie. Tento model je dostatočne kompatibilný s ostatnými vývinovými modelmi supervízie a zároveň ponúka konštruktívne usmernenia pre jej realizáciu. J. S. Ripley et al. (2007) si ako východisko pre vývinový model supervízie s integrovanými otázkami religiozity a spirituality zvolili koncepty Lawrencea Kohlberga (teória morálneho vývinu⁵⁴) a Jamesa Fowlera (teória vývinu spirituality a religiozity⁵⁵). Na základe analýzy

⁵⁴ Teória morálneho vývinu Lawrencea Kohlberga popisuje tri úrovne morálneho usudzovania a v ich rámci šesť fáz: predkonvenčná úroveň (pozostáva z fázy Orientácia na trest a poslušnosť a z fázy Orientácia na odmenu), konvenčná úroveň (rovnako pozostáva z dvoch fáz, a to fázy Orientácie na to byť „dobrým chlapcom“ či „dobrým dievčaťom“ a z fázy Orientácie na dodržiavanie pravidiel), postkonvenčná úroveň (kde autor odlišil fázu Orientácie na spoločenskú zmluvu a individuálne práva a fázu Orientácie na všeobecné etické princípy) (bližšie napr. H. Heidbrink (1997), P. Vacek (2005) a i.).

⁵⁵ James W. Fowler je autorom teórie vývinu viery, ako rámca pre porozumenie vývinu konceptualizácie viery a jej vplyvu na formovanie hodnôt a zmyslu života vychádzajúc z presvedčenia, že viera a jej všeobecné

týchto konceptov navrhli J. S. Ripley et al. (2007) nasledujúce etapy vo vývine supervidovaných z aspektu integrácie otázok spirituality a religiozity.

V **prvej fáze** profesionáli a profesionálky hodnotia správnosť či nesprávnosť vlastného konania v rámci praxe najmä vzhľadom k súladu s pravidlami a očakávanej odmeny (príp. trestu). Rozhodovanie v praxi je teda závislé od očakávaných dôsledkov. Aj tento spôsob uvažovania (obavy z „potrestania“) zvyšuje neistotu supervidovaných a ich úzkosť, tak zo supervízie (Borders, Brown, 2005, in: Ripley et al., 2007), ako aj zo samotnej integrácie otázok spirituality a religiozity do vlastnej praxe. Podľa J. Fowlersa (1981), J. Flowersa a M. L. Dell (2006) je v prvej fáze typická vysoká závislosť od významných figúr autority (v tomto prípade figúry supervízora, supervízorky). Typická je nízka schopnosť pre komplexné vnímanie perspektívy v predmetnej oblasti, pre pochopenie a vyjadrenie otázok religiozity a spirituality. J. S. Ripley et al. (2007) teda usudzujú, že supervidovaní a supervidované sa v prvej fáze supervízie budú obávať riešiť problematiku religiozity a spirituality. Ak sa k tejto problematike priblížia (v samotnej práci s klientelou, ale rovnako aj v supervízii), ich predstavy, očakávania i spôsoby konania budú s veľkou pravdepodobnosťou vysoko závislé od názorov a návrhov supervízora. Od neho budú očakávať jasné a konkrétne návody, ako riešiť tieto špecifické otázky (Loganbill, Hardy, Delworth, 1982, in: Ripley et al., 2007). Teda aj ich spôsoby reakcií a intervencií v týchto kontextoch budú s vysokou pravdepodobnosťou vysoko rigidné, sledujúc jasné návody autority. Ako ukazujú aj iné vývinové modely v supervízii, v tejto fáze sú supervidovaní charakteristickí určitým egocentrizmom pri posudzovaní vlastných silných, ale najmä slabých stránok. Supervízia by teda, v rámci tejto vývinovej fázy, mala byť zameraná na poskytovanie komplexných poznatkov v predmetnej oblasti, zároveň by mala vytvárať dostatočný priestor pre preskúmavanie vlastných silných a slabších stránok v podpornom vzťahu (špecificky aj v otázkach religiozity a spirituality) a poskytovať priame vedenie k riešeniu týchto otázok v praxi (aj direktívnejšiu spätnú väzbu). Dôležitou rolou samotného supervízora či supervízorky je v tejto fáze rola modelu, pretože práve napodobňovanie je významnou formou učenia supervidovaných.

V **druhej fáze** je typické správanie sa v súlade s pravidlami smerom k dosiahnutiu pozitívnych výsledkov. Aj v oblasti religiozity a spirituality sa riadia supervidovaní najmä vlastnými záujmami. Stále sa však spoliehajú na vedenie autoritou. Postupne sa formuje schopnosť pre interpretáciu a hľadanie zmyslu, avšak pretrváva „čierno-biele“ videnie problematiky. Pri kontakte s klientmi a klientkami supervidovaným chýba výraznejšie sebavedomie a schopnosť plne porozumieť postojom klientov a klientok v týchto aspektoch. Stále sú stratégie a intervencie vo vzťahu ku klientele ovplyvňované najmä vedením autoritou. S veľkou pravdepodobnosťou však profesionáli a profesionálky budú mať problémy pri práci s takými klientkami a klientmi, ktorí zastávajú odlišné názory či postoje (Fowlers, 1981, Fowler, Dell, 2006). Práve táto odlišnosť ich môže v práci s klientmi výrazne limitovať. Vo vzťahu k supervízorovi, supervízorke je pravdepodobné, že sa vyvinie konflikt medzi závislosťou a autonómiou, čo zosilní neistotu supervidovaných v supervízii aj v ich praxi. Aj na základe uvedeného je dôležité sa v supervízii výrazne orientovať intervencie podporujúce samostatnosť a viesť supervidovaných k aktívnemu zameraniu a sústredeniu na reálne potreby klientov či klientok (teda aj potreby v oblasti religiozity a spirituality) (Ripley et al., 2007).

V **tretej fáze** sa rozvíja schopnosť rozhodovať sa na základe toho, ako je správanie schvaľované / neschvaľované okolím. Nosnou potrebou je začlenenie a výrazným zameraním

chápanie sa javí ako fundamentálna pre spoločenské vzťahy, osobnú identitu a formulovanie osobných a kultúrnych významov. Podľa autora aj vo vývine viery je možné rozpoznať určité fázy vývoja. Rozlišuje nasledujúcich šesť fáz: intuitívno-projektívnu, mýticko-dogmatickú, synteticko-konvenčnú, individuálno-reflektívnu, jednotnú a zovšeobecnenú (univerzalizovanú) vieru (bližšie J. W. Fowler (1981); J. W. Fowler, M. L. Dell (2006); J. S. Ripley et al. (2007) a i.).

v tejto fáze je vzťahový kontext (Fowlers, 1981, Fowler, Dell, 2006). Supervidovaní sú vzhľadom k motívom ostatných hodnotiaci a v správaní tendujú k tomu, aby „nesklamali“ ostatných, čo sa prejavuje napr. prílišnou starostlivosťou o klientov, snahou o získanie ich náklonnosti a pod. Vytvárajú si však vlastnú profesionálnu religióznu a spirituálnu identitu, tá je však do veľkej miery konštituovaná prostredníctvom ich medziľudských vzťahov. Do popredia vystupuje potreba konformity a snaha byť názorovo i správaním konzistentným s presvedčeniami skupiny (pracovného tímu či širšej komunity). V samotnej supervízii majú snahu o upevnenie profesionálnej identity, pričom sa však v otázkach religiozity a spirituality silne pridriavajú určitého teoretického rámca, aj keď si začínajú uvedomovať rôzne perspektívy. Aj napriek tomu, v týchto otázkach budú pri práci s klientmi často pociťovať úzkosť v situáciách, ak ich postoje budú odlišné. Efektívna supervízia by sa tak mala orientovať najmä na oblasť profesionálnej konsolidácie smerom k autonómii a prijímaniu odlišných perspektív. Direktívnejšia spätná väzba tak stráca význam, do popredia vystupuje najmä reflexia a dialogická explorácia (Ripley et al., 2007).

Vo **štvrtnej fáze** sa supervidovaní orientujú na základe sociálne definovaných pravidiel správania, snažia sa pracovať na základe predpísaných noriem (Fowlers, 1981, Fowler, Dell, 2006). Zvyšuje sa ich citlivosť na vzťahové zložky poradenstva či terapie a rozširuje schopnosť presnejšieho zamerania na potreby klientov a klientok. Postoj k religiozite a spiritualite sa individualizuje, supervidovaní kriticky preskúmavajú teoretické a konceptuálne rámce religiozity a spirituality, systém viery, hodnôt, symbolov, ktoré predtým preberali od významných osôb viac-menej nekriticky. Prehodnocujú aj predtým prijímané stanoviská supervízora a formujú si vlastnú perspektívu na riešenie týchto otázok v poradenstve či terapii. V oblasti religiozity a spirituality sa začínajú skutočne orientovať na potreby klientov, klientok (Ripley et al., 2007).

V poslednej, **piatej fáze** sú supervidovaní v profesionálnom rozhodovaní vedení záujmom o vyššie sociálne potreby a univerzálne sociálne hodnoty. Rozvíjajú schopnosť žiť s paradoxmi a zložitou v oblastiach religiozity a spirituality. Sú k týmto otázkam vnímaví, citlivo reagujú aj na rozporuplnosť (aj v súvislosti so zvyčajnými ľudskými skúsenosťami). V praxi rozvíjajú schopnosť viesť nedefenzívny, vážny dialóg aj s tradíciami odlišnými od ich vlastných. Prehlbuje sa vlastná religiozita a spiritualita, v ktorej nachádzajú spôsob vzťahovania sa k sebe, ostatným ľuďom i Bohu. V komunikácii s klientmi i so supervízorom nepociťujú neistotu, chcú sa dozvedieť viac aj o odlišných názoroch (Ripley et al., 2007). Ako uvádza J. Fowler (1981), túto fázu dosahuje v praxi len málo profesionálov a profesionálok.

J. S. Ripley et al. (2007) zastávajú názor, že pochopenie úrovne vývinu morálky supervidovaných, úrovne vývinu v oblasti spirituality a religiozity a úrovne ich klinického vývinu je pre učenie v rámci supervízie rozhodujúce. Ako ukázal ich výskum, práve vývinový stav supervidovaných má úzky vzťah k ich otvorenosti či pripravenosti riešiť v rámci supervízie (ale rovnako aj v ich vlastnej praxi) aj otázky spirituality a religiozity. Takto môže ich model poskytovať dôležitý konceptuálny rámec pre integráciu predmetných otázok do vlastnej praxe.

3 APLIKÁCIA PROBLEMATIKY SPIRITUALITY A RELIGIOZITY DO SUPERVÍZNEJ PRAXE

Ak sociálny pracovník, pracovníčka rešpektujú hodnoty a presvedčenie klienta či klientky, môžu práve prostredníctvom nich dosiahnuť významné terapeutické či poradenské benefity. V poslednej dekáde bolo formulovaných viacero odporúčaní pre efektívnu integráciu otázok spirituality a religiozity do pomáhajúcej praxe: napr. byť si vedomý vlastných predsudkov v tejto oblasti, zohľadňovať vplyv protiprenosových pocitov, porozumenie väčšinovým náboženstvám sveta, porozumenie rôznym modelom spirituálneho a religiózneho vývinu, dostatočná informovanosť o otázkach náboženských presvedčení a hodnotových systémov

klientov a klientok, informovanosť o rôznych prístupoch k diagnostike atď. (Munson, 2002; Ripley et al., 2007; Campbell, 2007; Tan, 2009; Holloway, Moss, 2010 a i.).

Súčasnú supervízorku a supervízora by mali byť pripravení integrovať tieto otázky do vlastnej praxe a zároveň efektívne viesť v tejto oblasti aj supervidovaných. Avšak, ako uvádza J.J.M. Gilhan (2012), v praxi sa však prístupy výrazne odlišujú a, aj vzhľadom k aktuálnosti problematiky, len zriedka zatiaľ vychádzajú z empiricky kvalitne overenej argumentácie, a preto diskutujú konkrétne odporúčania pre prax supervízie:

1. sám supervízor či supervízorka by mali reflektovať vlastné osobné presvedčenia (aj predsudky a stereotypy), rovnako ako so spiritualitou a religiozitou pracuje so supervidovanými. Lepšie porozumenie variabilným presvedčeniam, náhľad a reflexia vlastných hodnôt, kultúrnych a religióznych presvedčení je zároveň požiadavkou vyplývajúcou z *Etického kódexu NASW (National Association of Social Workers, 2008)*. *Etický kódex* zároveň zdôrazňuje nevyhnutnosť uvedomovať si dôsledky svojho rozhodovania (bez ktorého nie je možné prax sociálneho pracovníka či pracovníčky považovať za kultúrne kompetentnú). Ako upozorňuje J.J.M. Gilhan (2012), vysoko rizikovými sú situácie, kedy spirituálne predstavy a presvedčenia klientov, klientok a sociálnych pracovníkov, pracovníčok (v prípade supervízie vo vzťahu supervízorov a supervidovaných) sú v rozpore, ale rovnako aj situácie, kedy pomáhajúci profesionáli a profesionálky vo svojej praxi s klientelou vychádzajú z presvedčenia, že ich predstavy sú totožné s predstavami klientov a klientok;
2. supervízor, supervízorka by mali monitorovať ochotu a pripravenosť supervidovaných prijať perspektívu konkrétneho klienta či klientky (zvlášť, ako je vyššie uvedené, ak ich názory sú v rozpore). Aj uvedené odporúčanie sa opiera o etické princípy (*National Association of Social Workers, 2008*), zdôrazňujúce nevyhnutnosť rešpektovať a podporovať klientov a klientky a ich právo na sebaurčenie. ;
3. supervízia by mala supervidovaným vytvárať príležitosť pre získanie náhľadu na vplyv svetonázorov a presvedčení klientov a klientok na poradenskú či terapeutickú prácu pomáhajúcich profesionálov, profesionálok. Podľa D. R. Bishopsa (1995, in: Gilhan, 2012) by sociálni pracovníci a pracovníčky mali nielen akceptovať, ale v praxi otvorene komunikovať význam spirituálnych a religióznych presvedčení klientov pre poradenskú/terapeutický proces. Supervízia by teda mala napomáhať supervidovaným v oblasti reflexie viery klientov a klientok a minimalizovať odsudzovanie hodnôt a životného štýlu klientov. Zároveň je dôležité podporovať supervidovaných v úsilí o poznanie a porozumenie variabilite v tejto oblasti;
4. v supervízii je nevyhnutné vytvárať vzťah bezpečia a dôvery, ktorý umožní otvárať a diskutovať ideologické a filozofické otázky či problémy, ktoré by mohli narúšať tento vzájomný vzťah pracovnej aliancie (napr. kresťanský svetonázor môže výrazne ovplyvňovať uvažovanie o motívoch a rozhodovanie o prostriedkoch a cieľoch supervízie);
5. úlohou supervízora, supervízorky je tiež ochrana klientov a klientok tým, že v rámci supervízie vytvorí priestor pre otázky prenášania hodnôt supervidovaných na ich klientelu. Uvedené nachádza oporu aj v *Etickom kódexe (National Association of Social Workers, 2008)*, ktorý vníma rešpekt voči právu klientov a klientok na autonómiu a sebaurčenie ako vyšší princíp sociálnej práce a očakáva, že pomáhajúci budú v tomto kontexte podporovať a posilňovať. V týchto súvislostiach J.J.M. Gilhan (2012) zdôrazňuje tiež nevyhnutnosť plného uvedomenia vlastných limitov a neprekročovania profesionálnych hraníc (a v špecifických prípadoch prioritizovať distribúciu k iným profesionálom, kvalitnejšie pripravených pre riešenie problémov klientov a klientok v oblasti spirituality či religiozity);

6. supervízia by teda mala pracovať so zreteľom na snahu o pomoc supervidovaným pri úspešnej integrácii otázok spirituality a religiozity do ich praxe, čo zdôrazňuje aj *Etický kódex (National Association of Social Workers, 2008)* v princípoch citlivosti, nediskriminujúceho a individualizovaného prístupu ku klientom a klientkám. Intervencie v tomto kontexte by mali byť realizované so súhlasom klientov, klientok a s plným vedomím ich potenciálneho ovplyvnenia (špecificky u vulnerabilnej klientely) a proces zmien v presvedčeníach a hodnotách by mal byť permanentne monitorovaný a reflektovaný (tak v supervízii, ako i v poradenstve/terapii).

ZÁVER

Otázky zmyslu života v kontexte širšieho konceptu spirituality a religiozity sú nevyhnutnou súčasťou praxe sociálnej práce. Pojmy spiritualita a religiozita sa v pomáhajúcich profesiách používajú bežne. Ako profesia je sociálna práca ukotvená na rešpekte k ľudskej rozmanitosti a z uvedeného jednoznačne vyplýva, že je nevyhnutné rozvíjať prístup založený na spirituálne citlivej praxi, ktorá zohľadňuje variabilné formy spirituality. Sociálni pracovníci a pracovníčky pre efektívnu prax nevyhnutne potrebujú reflektovať vlastnú spiritualitu, zahŕňajúcu otázky zmyslu života a morálneho života a medziľudských vzťahov. Spiritualita je, popri biologickom, psychickom a sociálnom, zásadným aspektom ľudskej existencie.

Ukazuje sa, že tejto špecifickej téme je nevyhnutné venovať intenzívnejšiu pozornosť. Uvedené sa týka tak predgraduálnej prípravy v sociálnej práci, ako i v rámci ďalšieho vzdelávania pomáhajúcich profesionálov a profesionálok a v ich poradenskej, terapeutickej či supervíznej praxi. NASW proklamuje, že poslaním sociálnej práce je podporovať sebarealizáciu klientov a klientok vychádzajúc z princípov sociálnej spravodlivosti. Z pohľadu spirituálne citlivej sociálnej práce, podporou autonómie, sebaurčenia a sebarealizácie klientov je možné potencovať zdravšie fungovanie v sociálnom prostredí. V tomto kontexte práve rozvoj sebarealizácie a podpora sebaurčenia môže významne napomôcť klientom a klientkam sociálnej práce rozvíjať vlastnú identitu a osobnostnú integritu

L. R. Sorenson et al. (2004, in: Tan, 2009) zastávajú názor, že optimálnym spôsobom, ako sa pomáhajúci môžu učiť integrovať problematiku spirituality a religiozity do vlastnej praxe je práve prostredníctvom vzťahu so supervízorom, supevizorkou, vystupujúcimi ako modely. Supervízia tak môže plniť rozhodujúcu, základnú rolu v procese učenia sa a rozvoja integračných zručností supervidovaných v týchto kontextoch.

V súčasnosti by supervízori a supervízorky v sociálnej práci, avšak aj v iných pomáhajúcich profesiách, mali byť pripravení viesť supervidovaných k integrácii spirituality do praxe. Ich úlohou je posilniť vedomosti, hodnoty a zručnosti pri monitorovaní a hodnotení práce supervidovaných. Zdôrazňuje sa dôverný vzťah, pretože supervidovaní sa viac učia z interakcie samotnej, ako z obsahu supervízie (interakcia vedie supervidovaného k tomu, ako by mal modelovať svoje profesionálne vzťahy s klientmi) (Munson, 2002). Supervízia, ako uvádza S. Y. Tan (2009), nie je len fundamentálnou metódou učenia sa klinickým zručnostiam, ale je tiež nosnou práve pri riešení otázok spirituality a religiozity vo všeobecnosti v príprave pomáhajúcich profesionálov a profesionálok, ak je však realizovaná systematickým a koherentným spôsobom.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ABIDDIN, Norhasni Zainal. 2008. Exploring Clinical Supervision to Facilitate the Creative Process of Supervision. In *The Journal Of International Social Research*, ISSN 1307-9581, Vol. 1, No. 3, spring 2008, p 13 – 33.
- ATEN, Jamie D., BOYER, Michele C., TUCKER, Brent T. 2007. Christian Integration in Clinical Supervision: A Conceptual Framework. In *Journal of Psychology and Christianity*, ISSN 0733-4273, Vol. 26, No. 4, p. 313-320.

- BUFFORD, Rodger K. 2007. Philosophical Foundations for Clinical Supervision within a Christian Worldview. In *Journal of Psychology and Christianity*, ISSN 0733-4273, Vol. 26, No. 4, p. 293-297.
- BUTMAN, Richard E., KRUSE, Sandra J. 2007. On Creating a Healthy Supervisory Environment: A Christian Relational and Developmental Perspective. In *Journal of Psychology and Christianity*, ISSN 0733-4273, Vol. 26, No. 4, p. 307-312.
- CAMPBELL, Clark D. 2007. Integrating Christianity Across the Supervisory Process. In *Journal of Psychology and Christianity*, ISSN 0733-4273, Vol. 26, No. 4, p. 321-327.
- CANDA, Edward R. 1997. Spirituality. In EDWARDS, Richard L. (ed.). 1997. *Encyclopedia of Social Work (19th ed.)*. Washington, DC : NASW Press, ISBN 978-0871012777, pp. 299 – 310.
- DAVIS, Rebecca T. 2010. Constructing a Profession of Social Work: The Role of Social Work Supervision. In *Social Work Review / Revista de Asistentă Socială*, ISSN 1583-0608, Vol. IX, No. 1, p. 20 – 30.
- FOWLER, James W. 1981. *Stages of faith: The psychology of human development and the quest for meaning*. San Francisco: Harper Collins, 352 pp., ISBN 978-0060628666.
- FOWLER, James W., Dell, Marry L. 2006. Stages of faith from infancy through adolescence: Reflections on three decades of faith development theory. In Roehlkepartain, Eugene C., King, Pamela E., Wagener, Linda, Benson, Peter L. (eds.). 2006. *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, ISBN 9780761930785, pp. 34 – 45.
- FURMAN, Leona D., BENSON, Perry W., GRIMWOOD, Cordelia, CANDA, Edward. 2004. Religion and Spirituality in Social Work Education and Direct Practice at the Millennium: A Survey of UK Social Workers. In *The British Journal of Social Work*, ISSN 0045-3102, Vol. 34, No. 6, p. 767-792.
- GILHAM, Jerry Jo M. 2012. The Ethical Use of Supervision to Facilitate the Integration of Spirituality. In *Social Work & Christianity*, ISSN 0737-5778, Vol. 39, No. 3, p. 255-272.
- GINGRICH, Fred, WORTHINGTON, Everett L. 2007. Supervision and Integration of Faith into Clinical Practice: Research Considerations. In *Journal of Psychology and Christianity*, ISSN 0733-4273, Vol. 26, No. 4, p. 342-355.
- HEIDBRINK, Horst. 1997. *Psychologie morálního vývoje*. Praha : Portál, 175 s., ISBN 9788071781547.
- HOLLOWAY, Margaret, MOSS, Bernard H. 2010. *Spirituality and Social Work*. New York: Palgrave Macmillan, 224 p., ISBN 978-0-230-21924-3.
- ITZHAKY, Haya, LIPSCHITZ-ELHAWI, Rachel. 2004. Hope as a Strategy in Supervising Social Workers of Terminally Ill Patients. In *Health & Social Work*, ISSN 0360-7283, Vol. 29, No. 1, p. 46 - 54.
- MUNSON, Carlton E. 2002. *Handbook of Clinical Social Work Supervision*. New York, NY: The Haworth Social Work Practice Press, 635 p., ISBN 9780789010780.
- National Association of Social Workers. 2008 [online]. *Code of Ethics*. [cit. 2014-01-01]. Dostupné na: <<http://www.socialworkers.org/pubs/code/code.asp>>.
- RIPLEY, Jenifer S., JACKSON, LaTrelle D., TATUM, Rhonda L., DAVIS, Edward B. 2007. A Developmental Model of Supervisee Religious and Spiritual Development. In *Journal of Psychology and Christianity*, ISSN 0733-4273, Vol. 26, No. 4, p. 298-306.
- TAN, Siang-Yang. 2009. Developing Integration Skills: The Role of Clinical Supervision. In *Journal of Psychology and Theology*, ISSN 0091-6471 , Vol. 37, No. 1, p. 54-61.
- VACEK, Pavel. 2005. *Průhledy do psychologie morálky*. Hradec Králové : Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové, 123 s., ISBN 9788070412237.

WEIS OGDEN, Karen R., SIAS, Shari M. 2010 [online]. An Integrative Spiritual Development Model of Supervision for Counselors-in-Training. [cit. 2014-01-01]. Dostupné na: <http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article_44.pdf>.

Autorka:

PhDr. Denisa Šoltésová, PhD.

Katedra sociálnej práce Inštitútu edukológie a sociálnej práce

Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove

Ul. 17. novembra 1, 080 01 Prešov

e-mail: soltesova.denisa@gmail.com

Zmysel života abstinujúcich alkoholikov

Ján Kahan (SR)

Abstrakt: *Predkladaná stručná teoretická analýza má za cieľ poskytnúť určitý vhl'ad do života abstinujúcich alkoholikov s pokusom o priblíženie a načrtnutie koncepcie pojmu abstinencia v intenciách logoterapie. V tomto kontexte abstinencia nie je chápaná len ako „jednoduché“ nekonzumovanie alkoholu, ale ide o celkovú reštrukturalizáciu osobnosti alkoholika vo všetkých dimenziách ľudského bytia, kde abstinencia ponúka možnosť na nový plnohodnotnejší a zmysluplný život.*

Kľúčové slová: *Alkoholizmus. Abstinencia. Zmysel života.*

Abstract: *The aim of the brief theoretical analysis submitted is to offer a particular insight into the life of abstaining alcoholics trying to outline and bring closer a concept of abstinence from the point of view of logotherapy. The abstinence in this context is not seen only as a “simple” non-consumption of alcohol, it is an entire restructuring of a personality of an alcoholic in all dimensions of a human being where the abstinence offers a chance for a new more full-valued and meaningful life.*

Keywords: *Alcoholism. Abstinence. Sense of Life.*

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 „*Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie*“

Úvod

Komplexné chápanie človeka ako bio-psycho-socio-spirituálnej bytosti je v súlade s ponímaním človeka podľa zákona dimenzionálnej ontológie, čo V. E. Frankl (In Navrátil, 2013) označuje ako rozmanitosť v jednote, kde človek nemôže byť redukovaný na akúkoľvek z jeho dimenzií a je nevyhnutné naň nazerať cez holistickú prizmu. Taktiež aj biblické syntetické chápanie ľudskej existencie je vyjadrením rozličných aspektov človeka, tu však v jeho jednote s Bohom ako najvyšším vzťahným princípom (Dufour a kol. 1990; Kašparů, 2003). V tomto kontexte je potrebné vidieť aj človeka závislého na alkohole a to v chápaní príčin vzniku závislosti, ako aj pri jeho liečbe. Začiatok závislosti nie je príliš dramatický a môže trvať aj niekoľko rokov pokiaľ sa vytvorí závislosť na alkohole, no po prekročení pomyslenej hranice medzi konzumáciou a závislosťou začína alkoholik vo výraznejšej miere a so stupňujúcou tendenciou devastovať seba ako celého človeka i svoje okolie (Křivohlavý, 2009; Nešpor, 2011; Vágnerová, 2012). Za najzávažnejšie negatívne dôsledky alkoholizmu možno považovať deformáciu a decimovanie vlastnej osoby, najbližších ľudí a sociálnych vzťahov, vychádzajúc aj z náročnosti celej liečby a doliečovania závislého, ako i celého terapeutického procesu pri obnovovaní fungovania rodinného systému so spoluzávislými členmi, s dôrazom na neredukovateľnosť dimenzií ľudského bytia (Alcoholics Anonymous, 2001; Kalina, 2008; Navrátil, 2013; Nešpor, 2011; Satir, 2007; Vágnerová, 2012).

Alkoholizmus

Syndróm závislosti je definovaný podľa MKCH-10 (In Nešpor, 2011; Okruhlica, 1998; Vágnerová, 2012) ako skupina psychických a somatických fenoménov, ktoré sú spôsobené opakovaným užívaním niektorej psychoaktívnej látky alebo triedy látok, ktorých užívanie sa stalo v živote jedinca dominantnou životnou prioritou. Diagnóza závislosti by sa mala

stanoviť iba ak počas jedného roka dôjde k prejavu troch, alebo viacerých z nasledujúcich javov:

1. silná túžba alebo pocit potreby užívať látku,
2. strata sebakontroly pri užívaní látky,
3. abstinenčný syndróm,
4. rast tolerancie k účinku látky,
5. progresívne zanedbávanie iných záujmov v prospech návykovej látky,
6. pokračovanie v užívaní látky aj napriek zjavným negatívnym dôsledkom v oblasti somatickej i psychickej.

Na vzniku závislosti od psychoaktívnej látky sa podieľa viacero faktorov, ako je samotné zloženie psychoaktívnej látky, genetické predispozície, biologický základ spracovania psychoaktívnej látky v organizme, psychické faktory a sociokultúrne faktory (Vágnerová, 2012). C. G. Jung (In Nešpor, 2011) bol presvedčený, že jednou z príčin závislosti je nenaplnenie duchovných potrieb, čo je podľa V. E. Frankla (In Navrátil, 2013) noetická dimenzia človeka. V. E. Frankl (2011) priamo naráža na fenomény 20. storočia vrátane závislosti na návykových látkach a ktoré sa nedajú pochopiť, pokiaľ v nich nerozpoznáme existenciálne vákuum, ktoré ich podnecuje. J. Skála (In Nočiar, 1991) označuje abúzus alkoholu a závislosť ako za deformovanú podobu ľudského sebahľadania, ktoré V. E. Frankl (2009) označuje ako útek pred pocitom nezmyselnosti, kde v subjektívnom zážitku opojenia človeku uniká pravý zmysel vonkajšieho sveta. Existenciálne vákuum s hlbokým pocitom prázdnoty bolo diagnostikované u takmer sto percent ľudí prepadajúcim alkoholu a drogám (Křivohlavý, 2010). Taktiež Annemarie von Forstmayer (In Frankl, 2010) zistila v deväťdesiatich percentách ťažkých alkoholikov pocit hlbokkej nezmyselnosti vlastného života a teda existenciálneho vákuu. V prípade závislosti existenciálne vákuum a existenciálna frustrácia nadobúdajú patologický charakter, vyplývajúc zo samotnej patológie závislosti, no V. E. Frankl (2011) zdôrazňuje, že existenčná frustrácia nie je vo svojej podstate patogénna. Vnútorne napätie, ktoré vzniká v bipolárnom poli, kde jedna strana reprezentuje zmysel, ktorý má byť naplnený a druhá strana človeka hľadajúceho zmysel, ktorý ho má naplniť označuje V. E. Frankl (2011) ako noodynamiku, teda existenčnú dynamiku. Toto vnútorné napätie, existenciálne ťažkosti a existenciálna kríza sú nevyhnutným predpokladom duševného zdravia človeka, lebo nie každý vnútorný konflikt má nevyhnutne neurotickú povahu a určitá miera intrapsychického rozporu je prirodzená a zdravá. Existenciálna kríza, ak je zvládnutá väčšinou predchádza duševnému rozvoju a osobnostnému rastu. Avšak V. E. Frankl (2011) rozhodne odmieta, že by existenciálna frustrácia nevyhnutne vychádzala z nejakej choroby, alebo že nejakú chorobu spôsobuje, no je nesporné jej možné vyústenie do neurózy, čo tretia viedenská škola psychoterapie označuje ako noogenickú neurózu. Ale taktiež platí, že zmysel života a teda triumfálne východisko z existenciálnej frustrácie možno nájsť aj prostredníctvom transformácie vlastného utrpenia, spôsobeného napríklad chorobou. Paralelne s noetickou dimenziou človeka Anonymní alkoholici (Alcoholics Anonymous, 2001) hovoria o „spiritual experience“ a „spiritual awakening“, t.j. o duchovnej skúsenosti a duchovnom prebudení. Celá vzájomná pomoc Anonymných alkoholikov stojí na otvorení sa duchovnej stránke (podľa V. E. Frankla noetickej dimenzii) života skrz viery v Boha, ktorá dáva životu človeka závislého na alkohole cieľ, smerovanie a teda zmysel žitia. Anonymní alkoholici sú otvorení akémukoľvek ponímaniu Boha v zmysle Vyššej sily, t.j. že človek na ceste k uzdraveniu sa musí nevyhnutne otvoriť duchovnému konceptu, zodpovedajúcemu jeho chápaniu. Anonymní alkoholici identifikujú vlastný jedinečný vnútorný zdroj s Vyššou silou, čo V. E. Frankl (In Navrátil, 2013; Tavel, 2004) označuje ako transsubjektivitu zmyslu, to znamená že každý zmysel má svoj subjektívny a nevyhnutný objektívny rozmer. Intrinsická viera, podľa toho ako ju definoval v prvej polovici 20. storočia profesor Gordon Allport, vychádza z hĺbky vnútra človeka ako bytostné presvedčenie, ktorému verí a podľa ktorého

žije. Intrinsická viera má nesporný pozitívny vplyv na zmysel života, kvalitu života, dĺžku života a ďalšie somatické a psychické ochorenia, o čom bolo podané množstvo signifikantných štatistických zistení (Křivohlavý, 2009; Tavel, 2004). P. D. Desmond a F. J. Medux (In Křivohlavý, 2009) vo výskume zameranom na vzťah medzi vierou a liečbou závislosti na heroíne zistili, že respondenti, ktorí absolvovali liečbu v cirkevnom zariadení sa osem krát častejšie dostali zo závislosti ako tí, ktorí boli liečení v sekularizovaných ústavoch. V rozhovore medzi V. E. Franklom a Pinchasom Lapidom sa V. E. Frankl vyjadril, že človek je vo svojom podvedomí ďaleko nábožnejší, než vo svojom vedomí tuší (Frankl, Lapide, 2011). Chápanie noetickej dimenzie ako i celého človeka podľa V. E. Frankla je bezpochýb blízke kresťanstvu, skrz ktorého Anonymní alkoholicy od svojho vzniku v roku 1935 pomohli miliónom závislým, ich rodinám a blízkym na celom svete (Alcoholics Anonymous, 2001; Tavel, 2004).

Abstinencia - zmysel života

Rozvoj závislosti má presné diagnostické kritéria vymedzené Svetovou zdravotníckou organizáciou. Naproti tomu definovať čo je abstinencia nie je vôbec jednoduché, ale je možné uplatniť eklektickú prizmu a operacionálne vychádzať zo samotnej patológie závislosti, salutogenézy v rámci psychológie zdravia, existenciálnej analýzy ľudského bytia, systémovej teórie v kontexte rodinného systému, náboženskej viery a v neposlednom rade z chápania abstinencie podľa Anonymných alkoholikov. Induktívno-deduktívnym usudzovaním, s prihliadaním na somatickú, psychickú, sociálnu a spirituálnu dimenziu človeka sa možno dopracovať k náčrtu definície abstinencie ako ju chápu tí, pre ktorých sa stala jediným východiskom zo závislosti pri zachovaní si života a zdravia. Určitú definíciu stavu abstinencie z medicínskeho hľadiska ponúka L. Okruhlica (1998). Abstinenciu vyčleňuje v troch kvalitatívnych úrovniach:

1. neplnohodnotná abstinencia - za ktorú sa považuje stav:
 - ak je jedinec v takzvanom chránenom prostredí,
 - ak má prejavy abstinenčného syndrómu,
 - ak abstínuje od určitej látky, ale naproti tomu užíva inú psychoaktívnu látku,
 - alebo ak užíva akúkoľvek psychoaktívnu látku čo i len rekreačne,
2. abstinencia po prekonanej závislosti - ide o vynútené neužívanie návykovej látky, kde pri recidíve hrozí intenzívnejší a vážnejší relaps,
3. abstinencia bez predchádzajúcej závislosti.

Abstinenciu bez predchádzajúcej závislosti označuje L. Okruhlica (1998) za kvalitatívne najhodnotnejšiu, čo však nemusí byť úplne správne tvrdenie vzhľadom na to, že ak človek v tejto úrovni abstinencie užije látku, nejedná sa o recidívu alebo relaps. V tomto prípade nie je vážne ohrozené jeho zdravie alebo život. Človek je v tomto smere úplne slobodný a jeho život nie je viazaný na abstinenciu v žiadnom smere. Z výsledkov longitúdneho výskumu J. Kredátus (2002) okrem iného vyvodzuje závery, že abstínujúci alkoholicy odvíjajú celý svoj ďalší život a život svojich rodín od abstinencie a cez abstinenciu. Z tohto pohľadu sa zdá byť práve abstinencia po prekonanej závislosti tou kvalitatívne najvyššou vzhľadom na to, že na nej stojí nielen celý budúci život samotného závislého, ale i fungovanie rodinného systému. Pri vzniku a rozvoji závislosti na alkohole je postupne deformovaná celá osobnosť človeka vo všetkých jeho dimenziách. Z hľadiska psychológie zdravia je alkohol jednoznačne patogénny faktor (aj keď boli podané štatisticky signifikantné zistenia o pozitívnom vplyve príjmu malého množstva alkoholu na znižovanie kardiovaskulárnej mortality), ktorý deštruuje somatickú i psychickú stránku jedinca, postupne dezintegruje človeka v oblasti sociálnej a nakoniec alkohol zaujme dominantné postavenie aj v hodnotovom rebríčku, kde sa droga stáva jediným zmyslom života (Okruhlica, 1998; Křivohlavý, 2009; Vágnerová, 2012). C. R. Rogers, K. Goldstein, A. H. Maslow, V. E. Frankl a ďalší veria, že všetci ľudia sú vo svojej

podstate dobrí a každý človek v sebe obsahuje sebaaktualizačnú tendenciu, ktorá sa skrz závislosti na alkohole deformovala, pokrivila a tak sa človek stal neslobodným, nezodpovedným, nedisciplinovaným, bez úcty k životu, bez pokory, bez lásky, riadený len jedinou sebauspokojujúcou potrebou spočinúť v alkoholovom opojení. Človek zotročený závislosťou sa tak postupne pripravuje o posvätný drahocenný dar, ktorý mu bol zverený Bohom, aby ho spravoval a tým je život. Na sctí, na ktorom sa ocitol je alkohol ako uctievaná modla, ktorej človek hriešne slúži, ale Boh človeku ostáva stále verný a nalieha naň, aby sa vrátil. A práve tu má človek možnosť voľby po tom, čo Anonymní alkoholici nazývajú „dosiahnutie dna“, respektíve totálna prehra s alkoholom, čo možno chápať aj ako medznú životnú situáciu, kde samotný život prostredníctvom abstinencie sa stáva výzvou, má alkoholik šancu na „uzdravenie“ prostredníctvom askézy a disciplíny, obsiahnutej aj v programe a princípoch Anonymných alkoholikov. Pravda lieči a tak prvým a nevyhnutným krokom k „uzdraveniu“ je siahnutie až na hlboké dno duše a prijatie diagnózy závislosti na alkohole. Skrz tohto prijatia alkoholik urobí prvý krok ku slobode cez zodpovednosť, ktorú reprezentuje táto pokora. Od tohto momentu bude alkoholik opätovne, nevyhnutne, neustále načierať do svojho vnútra a prostredníctvom konkrétnych skutkov naplňať asketický plán, ktorého súčasťou je modlitba, podporovanie a podnecovanie nového správania, návykov, postojov, nových túžob, a ktoré sú súčasne zdrojom jeho novej sily (Alcoholics Anonymous, 2011; Cencini, 2005; Dufour a kol. 2003; Hall, Linzdey, 1997; Jankovský, 2003; Kašparů, 2003; Okruhlica, 1998; Rogers, 1999; Tavel, 2004).

Abstinencia je nádej na nový plnohodnotnejší život a zároveň i jeho zárukou. Hlboký zmysel života ako posvätného daru je zachytený vo všetkých jeho formách v celej Biblii. Prostredníctvom viery v Boha Anonymní alkoholici vytvoril prepracovaný program a princípy, ktoré sú overené dlhodobou tradíciou. Ak život je najväčší a posvätný dar a abstinencia je cesta pokory k prijatiu zodpovednosti (oslobodenia sa od svojvôle) za tento dar, tak abstinencia naberá u abstinujúcich alkoholikov noetický rozmer (Cencini, 2005; Dufour a kol. 2003; Tavel, 2004). Pri reflexnej analýze abstinencie podľa štrukturálnych komponentov ako uvádza K. Popielski (In Halama, 2007) sa možno prepracovať k záveru, že abstinencia bude nadobúdať u abstinujúcich alkoholikov hodnotu s vysokou, ak nie najvyššou váhou. Jedná sa o koncept pozostávajúci z nasledujúcich komponentov:

1. intelektuálny komponent - súvisí s poznaním hodnoty a prirodzenosti ľudského života, sociokultúrneho prostredia a v rámci toho naväzuje na poznávanie samého seba a vlastných cieľov (Popielski In Halama, 2007); ľudský život je posvätný dar s dôrazom na hodnotu každého človeka ako obrazu Božieho, so slobodnou možnosťou voľby odpovedať na Božie úmysly, a tak človek nesie zodpovednosť za svoje skutky, kde abstinencia je voľba, ktorá predstavuje zodpovednosť za vlastný život, čo sa odráža v dôstojnosti človeka vyplývajúcej z ľudskej prirodzenosti (Dufour, 2003; Machula, 2013),

2. emocionálno-citový komponent - vypovedá o tom, ako človek reaguje na životom nastolené výzvy v zmysle využívania vlastného potenciálu, ako reflektuje hodnoty životom ponúkané a ako v tomto kontexte prežíva osobné prehry alebo úspechy (Popielski In Halama, 2007); priznanie si bezmocnosti nad alkoholom a prijatie tejto prehry s následnou morálnou a kontinuálnou inventúrou seba samého je obsahom pravidiel Anonymných alkoholikov, kde prostredníctvom aj ďalších pravidiel a princípov má človek možnosť zakúšať samého seba, a tak reflektovať výzvu života (Alcoholics Anonymous, 2011),

3. vôľovo-slahový komponent - obsahuje schopnosť človeka selektovať ciele a zastávať tie postoje, ktoré mu zaručia dosiahnutie vybraných cieľov a naplnenie hodnôt, o ktoré usiluje (Popielski In Halama, 2007); pri nedostatku zmyslu života, alebo jeho úplnej absencii sa objavujú pseudozmysly, tak aj alkoholové opojenie u závislého je pseudozmyslom, no ak si za cieľ závislý človek vyberie život v abstinencii, tak sám život sa stáva zmyslom, kde pri ťažkom deň po dni nepití, cez malé krôčiky sa môže chorý človek

tvrdou disciplínou dopracovať k šťastiu, radosti, ktoré sa dostavia ako vedľajší produkt abstinencie, ale ak sa závislý človek prioritne sústreďí na šťastie, radosť alebo vynahradenie všetkého o čo rodinu pripravil s vyslovením „už nikdy nebudem piť“, je to najlepšia cesta v stratení sa v nedozierných dialavách, ktoré predstavujú recidívu a relaps (Alcoholics Anonymous, 2011; Křivohlavý, 2010; Tavel, 2004),

4. existenciálno-činnostný komponent - „je výrazom osobného „áno“ povedaného konkrétnemu životu, ako aj angažovanie sa v jeho rozvíjaní“ (Popielski In Halama, 2007, s. 48); pokorné prijatie zodpovednosti za diagnózu závislosti je výrazom osobného „áno“ povedaného životu a abstinencia s nevyhnutným aktívnym doliečovaním je angažovaním sa v jeho rozvíjaní.

Tvrdenie Henryho Forda (In Alcoholics Anonymous, 2011, p. 124) „*experience is the thing of supreme value in life*“, t.j. že skúsenosť je najväčšou hodnotou v živote, môže byť platné iba vtedy ak alkoholik zaujme nový pokorný postoj k životu, kde trpká, bolestivá a často tragická minulosť sa stáva novým a neobmedzeným zdrojom vnútornej sily. Táto inkongruentná zmena postojov k životu a transformácia osobnej tragédie na aktíva je v súlade so zmyslom utrpenia podľa V. E. Frankla (2011). Anonymní alkoholici nikdy neostávajú sami vo svojom prežívaní, ale zdieľajú osobné zážitky spolu s inými abstinujúcimi alkoholikmi, ktorí poskytujú medzi sebou pocit bezpečia, kde každý je sám sebou. Zdieľaním vlastných pádov, slabostí a nedokonalostí sa abstinujúci alkoholici stávajú autentickjšími, skromnejšími a silnejšími ako jednotlivci tak i skupina. Abstinujúci alkoholici sú autentickí, empatickí, akceptujúci so schopnosťou získať si dôveru iného alkoholika a tak pomôcť tam, kde iní zlyhali. Vidieť, ako sa rúcajú staré chabé múry života alkoholika, ako sa v bezpečí prijatia skupiny otvára, hovorí o svojich starostiach, bolestiach, vine a krivde, ako sa postupne zaceľujú rany, vznikajú nové priateľstvá, kde strach nahradila nádej, má človek prirodzenú tendenciu sa uzdravovať a meniť samého seba. Stať pri tomto zrode „nového“ človeka a byť mu nápomocný nadobúda nový zmysel života abstinujúcich alkoholikov (Alcoholics Anonymous, 2011; Zonták, Stanček, 1998).

Záver

Pri chápaní človeka závislého na alkohole, ale aj pri iných závislostiach (látkových alebo nelátkových) sa sociálny pracovník musí bezpodmienečne vyvarovať akémukoľvek redukcionizmu v záujme pomoci klientovi. Pri závislostiach sa len ťažko možno vyhnúť medikamentóznej podpore klienta v začiatkoch liečby a úzka spolupráca sociálneho pracovníka, psychológa, psychiatra a psychoterapeuta je nevyhnutnou podmienkou úspešnej intervencie. Tak ako je nevyhnutná spolupráca odborníkov pri práci so závislými, tak je nevyhnutná vhodná kombinácia jednotlivých terapeutických metód s nastavbou, ktorú ponúka logoterapia a človekom centrovanej prístup, samozrejme s prihliadaním na odborné kompetencie a osobnostné predpoklady odborníka i individualitu klienta. V rámci komplexnosti liečby, doliečovania a prevencie je nevyhnutné klienta vnímať aj ako súčasť rodinného systému. Len tak možno porozumieť človeku v jeho celostnosti, čo je jeden z predpokladov úspechu celej liečby a pomoci. Ďalšími predpokladmi úspechu abstinencie sú nápomocné vzťahy vytvorené medzi klientom a facilitujúcimi odborníkmi, v rámci ktorých je klient motivovaný a podporovaný k slobode i zodpovednosti, k zmene chápania samého seba, k zmene postojov a tým celkového obnovenia a podporovania osobnostného rastu. Dôležitou, ak nie kľúčovou súčasťou na ceste abstinencie je vzájomná pomoc abstinujúcich alkoholikov v rámci svojpomocných skupín, ktorých opodstatnenosť je nesporná a overená aj dlhodobou tradíciou Anonymných alkoholikov (Alcoholics Anonymous, 2011; Frankl, 2010; Navrátil, 2013; Rogers, 1999; Vágnerová, 2012).

Zoznam použitej literatúry:

- ALCOHOLICS ANONYMOUS, W. S. 2001. *Alcoholics Anonymous - Big Book*. 4th ed. New York : Alcoholics Anonymous World Services, Inc. 575 p. ISBN 978-1-893007-16-1.
- CENCINI, A. 2005. *Askéza - cesta krásy*. Bratislava : DON BOSCO. 71s. ISBN 80-8074-024-0.
- DUFOUR, X. L. a kol. 2003. *Slovník biblickej teológie*. Bratislava : Dobrá kniha. 584 s. ISBN 80-7141-414 X.
- FRANKL, V. E. 2009. *Psychoterapia pre laika*. Bratislava : LÚČ. 176 s. ISBN 978-80-7114-690-2.
- FRANKL, V. E. 2010. *Vôľa k zmyslu*. Bratislava : LÚČ. 288 s. ISBN 978-80-7114-799-2.
- FRANKL, V. E. 2011. *Hľadanie zmyslu života*. Bratislava : Eastone Books. 133 s. ISBN 978-80-8109-159-9.
- FRANKL, V. E. - LAPIDE, P. 2011. *Bůh a člověk hledající smysl*. Brno : Cesta. 112 s. ISBN 978-80-7295-137-6.
- HALAMA, P. 2007. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava : Slovak Academic Press. 223 s. ISBN 978-80-8095-023-1.
- HALL, C. S. - LINDZEY, G. 1997. *Psychológia osobnosti*. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo. 510 s. ISBN 80-08-00994-2.
- JANKOVSKÝ, J. 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha : Triton. 223 s. ISBN 80-7254-329.
- KAŠPARŮ, M. 2003. *Malý kompas viery*. Bratislava : LÚČ. 104 s. ISBN 80-7114-414-2.
- KREDÁTUS, J. 2002. Od funkčnej k disfunkčnej rodine, od kvality k nekvalite života. In *Kvalita života a ľudské práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých*. Prešov : Filozofická fakulta prešovskej univerzity. ISBN 80-8068-088-4, s. 196-203.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2010. *Mat' pre čo žiť*. Bratislava : Karmelitánske nakladateľstvo. 136 s. ISBN 978-80-89231-23-2.
- MACHULA, T. 2013. Důstojnost. In Matoušek, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha : Portál. ISBN 978-80-262-0366-7, s. 204-206.
- NAVRÁTIL, P. 2013. Existenciální teorie. In Matoušek, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha : Portál. ISBN 978-80-262-0366-7, s. 21-26.
- NEŠPOR, K. 2011. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. Praha : Portál. 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NOČIAR, A. 1991. *Alkohol a osobnosť*. Bratislava : Veda. 204 s. ISBN 80-224-0281-8.
- OKRUHLICA, Ľ. 1998. Základné pojmy a princípy. In Okruhlica, Ľ. a kol. *Ako sa prakticky orientovať v závislostiach*. Bratislava : Centrum pre liečbu drogových závislostí: Inštitút drogových závislostí. ISBN 80-968111-1-8, s. 13-39.
- ROGERS, C. R. 1999. *Spôsob bytia*. Modra : Persona, 1999. 265 s. ISBN 80-967832-0-3.
- TAVEL, P. 2004. *Zmysel života podľa V. E. Frankla*. Bratislava : Iris. 270 s. ISBN 80-89018-81.
- VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha : Portál. 872 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
- ZONTÁK, S. - STANČEK, Ľ. 1998. Duchovné vedenie rodín. Spišská Kapitula : Kňazský seminár biskupa Jána Vojtaššáka. ISBN 80-7142-062-X, s. 32-53.

Inštitúcia alebo komunita? – pre ľudí s ťažkým duševným postihnutím

Jaroslav Hura, Jana Hurová (SR)

Abstrakt: *Ludia s duševným postihnutím patria do skupiny osôb so zdravotným postihnutím, ktorá tvorí významnú skupinu našej spoločnosti. Organizácia spojených národov odhaduje, že vo svete žije 650 miliónov osôb so zdravotným postihnutím. Osoby s duševným postihnutím sú, narozdiel od ostatných, prevažne telesných, postihnutí, často izolovaní od spoločnosti a žijú istú časť svojho života v rôznych zdravotníckych a sociálnych inštitúciách. Kvôli svojmu postihnutiu zostávajú na okraji spoločnosti.*

Kľúčové slová: *Duševné zdravie, duševné postihnutie, sociálna práca, ľudské práva, komunita, svojpomoc*

Abstract: *People with mental disabilities are a group of people with disabilities, which constitutes an important group of our society. The United Nations estimates that worldwide 650 million people living with disabilities. People with mental disabilities are, unlike the others, mostly physical, disability, often isolated from society and live in a certain part of his life in different health and social institutions. Because of disabilities remain marginalized.*

Keywords: *Mental health, mental disability, social work, human rights, community self-help*

Význam duševného zdravia

Ľudia s duševným postihnutím patria do skupiny osôb so zdravotným postihnutím, ktorá tvorí významnú skupinu našej spoločnosti. Organizácia spojených národov (ďalej OSN) odhaduje, že vo svete žije 650 miliónov osôb so zdravotným postihnutím, z nich cca 80% žije v rozvojových krajinách. Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím v Článku 1 (ďalej Dohovor OSN) definuje osoby so zdravotným postihnutím ako „osoby s dlhodobými telesnými, duševnými, intelektuálnymi alebo zmyslovými postihnutiami, ktoré v súčinnosti s rôznymi prekážkami môžu brániť ich plnému a účinnému zapojeniu do života spoločnosti na rovnakom základe s ostatnými“. Značný podiel na týchto postihnutiach majú postihnutia duševné.

Správa „Duševné poruchy vo svete“ (WHO, 2000) uvádza, že priebehu života sa duševné poruchy manifestujú u 20 až 25 % ľudí, t. j. zo štyroch až piatich jedincov jeden trpí duševnou poruchou. V súčasnosti vo svete trpí duševnými poruchami asi 450 miliónov ľudí, čím sa duševné poruchy dostali na popredné miesto chorobnosti a invalidity. Napríklad na depresiu trpí vo svete asi 121 miliónov ľudí, závislých od alkoholu je 70 miliónov ľudí, so schizofréniou 24 miliónov. Depresia a schizofrénia sú zodpovedné za asi 60 % dokonaných samovrážd.

Svetová zdravotnícka organizácia (ďalej WHO) definuje zdravie ako stav kompletnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody a nielen ako stav neprítomnosti choroby a slabosti. Podľa tejto definície tvorí 70 – 95 % populácie nezdravá populácia. Duševné zdravie potom WHO definuje ako stav pohody, v ktorom jednotlivец môže uskutočniť svoje schopnosti, vie zdolať stresové situácie bežného života, vie produktívne pracovať a vie prispievať do života spoločnosti.

Osoby s duševným postihnutím sú, narozdiel od ostatných, prevažne telesných, postihnutí, často izolovaní od spoločnosti a žijú istú časť svojho života v rôznych zdravotníckych a sociálnych inštitúciách. Práca s nimi vyžaduje isté špecifiká. Kvôli svojmu postihnutiu zostávajú na okraji spoločnosti a ich ľudské práva sú často porušované. Dôvodom je to, že mnohé spoločnosti sa boja a ľutujú ľudí s duševnými chorobami. Strach a ľútosť vedú

k stigme, stigma k diskriminácii a diskriminácia k zneužívaniu. Niekedy sa stigma, diskriminácia a zneužívanie pevne zakotvia, a vedie to k odporu voči reformám.

Duševné zdravie a duševná porucha sú pojmy podmienené kultúrou a názormi, ich obsah je premenlivý a nie je všeobecne zhodný. V minulosti sa pre duševné poruchy používalo označenie duševná choroba, od ktorého sa však postupne upúšťa a do popredia sa dostáva pojem osoba s problémami duševného zdravia.

Duševné zdravie predstavuje schopnosť prispôbiť sa situáciám a reagovať na ne. Stále viac autorít uznáva, že duševné zdravie má byť jednou z priorít spoločnosti. Podľa existujúcich štatistík má však výskyt duševných porúch vzrastajúcu tendenciu. Najúčinnjším prostriedkom ako predísť naplneniu prognózy WHO, že duševné poruchy budú krízou 21. storočia, je podpora a prevencia. „Ak ľudia vedia, že zdravie nie je plnohodnotné bez duševného zdravia, budú sa viac zaujímať o to, čo môžu sami urobiť, aby žili zdravo, užitočne a zmysluplne“ (Nawka, 2004 s. 10).

Práva osôb s duševným postihnutím

Vzhľadom k tomu, že osoby s duševným postihnutím vo veľkej miere žijú v rôznych inštitúciách, kde sú segregovaní od bežnej populácie a práca s nimi vyžaduje isté špecifiká, môžu byť vystavovaní širokému rozsahu porušovania ľudských práv. Európska koalícia komunitného bývania definuje inštitúciu ako akékoľvek miesto, v ktorom ľudia nemajú, alebo nie je im dovolené vykonávať kontrolu nad svojimi životmi a ich dennodennými rozhodnutiami. Inštitúcia pritom nie je definovaná iba jeho veľkosťou. Tu môže dochádzať k porušovaniu týchto práv daných Dohovorom OSN:

- 1) Prístup k spravodlivosti (Čl. 13 Dohovoru OSN) – osoba so zdravotným záznamom od psychiatria je považovaná za „menejcennú“.
- 2) Sloboda a osobná bezpečnosť (Čl. 14 Dohovoru OSN) – zbavovanie spôsobilosti na právne úkony, zbavenie slobody umiestnením v inštitúcii.
- 3) Ochrana pred mučením alebo krutým, neľudským či ponižujúcim zaobchádzaním alebo trestaním (Čl. 15 Dohovoru OSN) – fyzické a farmakologické obmedzovanie.
- 4) Ochrana pred vykorisťovaním, násilím a zneužívaním (Čl. 16 Dohovoru OSN) – zneužívanie svojho postavenia voči osobám s duševným postihnutím, ktorí sú často dôverčivejší a majú problém rozhodovať sa pod tlakom, čo mnohí zneužívajú.
- 5) Ochrana integrity osobnosti (Čl. 17 Dohovoru OSN) – stigmatizácia, výsmech.
- 6) Nezávislý spôsob života a začlenenie sa do spoločnosti (Čl. 19 Dohovoru OSN) – právo zvoliť si miesto pobytu, ako aj to, kde a s kým chcú žiť, na rozdiel od ostatných s otatnými. Komunitné služby.
- 7) Rešpektovanie súkromia (Čl. 22 Dohovoru OSN) – obmedzovanie súkromia v inštitúciách.
- 8) Rešpektovanie domova a rodiny (Čl. 23 Dohovoru OSN) – partnerské vzťahy, vlastná rodina.
- 9) Vzdelávanie (Čl. 24 Dohovoru OSN) – možnosť individuálnych vzdelávacích plánov akceptujúcich postihnutie.
- 10) Zdravie (Čl. 25 Dohovoru OSN) – nedobrovoľné umiestnenie do inštitúcií, informovaný súhlas.
- 11) Habilitácia a rehabilitácia (Čl. 26 Dohovoru OSN) – multidisciplinárne posúdenie individuálnych potrieb a predností.
- 12) Práca a zamestnanie (Čl. 27 Dohovoru OSN) – osoby s duševným postihnutím vyžadujú určité špecifiká na pracovisku.
- 13) Primeraná životná úroveň a sociálna ochrana (Čl. 28 Dohovoru OSN) - obmedzenia alebo zákaz komunikovať s ostatnými a s vonkajším svetom, vrátane cenzúry korešpondencie.

V období rokov 2008 – 2010 sa Slovensko, prostredníctvom organizácie Integra, o. z. – Združenie pre duševné zdravie, Michalovce, zúčastnilo európskeho projektu s názvom Inštitucionálna liečba, ľudské práva a všeobecná starostlivosť (Institutional Treatment, Human Rights and Care Assessment). Projekt bol koordinovaný Psychiatrickým inštitútom King's College, Londýn z Veľkej Británie. Ďalšími kľúčovými partnermi boli: Inštitút Ludwiga Boltzmana (Rakúsko), STAKES (Fínsko), Advokačné centrum pre duševné postihnutia – MDAC (Maďarsko) a Univerzita vo Verone (Taliansko). Do projektu bolo zapojených spolu 16 organizácií zo 16 krajín Európy za účelom asistencie a rozvoja projektu v jednotlivých krajinách.

Metodika monitoringu

Cieľom projektu bolo vytvoriť systematické hodnotenie psychiatrických zariadení. Hodnotenie prebiehalo vytvorením a testovaním monitorovacieho nástroja, ktorý bude používaný v zariadeniach ubytovacieho charakteru pre osoby so zdravotným postihnutím v celej Európe.

Monitoring prebiehal súčasne v 16 európskych krajinách. Výskumný tím v každej z krajín bol zložený z rôznych odborníkov, a to z oblasti psychiatrie, sociálnej práce, pracovnej terapie, práva a z osôb, ktorí mali skúsenosť s liečbou a pobytom v psychiatrických ubytovacích zariadeniach.

V prvotnej fáze projektu boli výskumníci zapojení do tvorby manuálu na realizáciu monitoringu psychiatrických inštitúcií. Následne bol tento manuál testovaný v piatich inštitúciách vo vybraných krajinách (Veľká Británie, Maďarsko, Fínsko, Rakúsko, Taliansko). Neskôr bol rozšírený do ďalších 11 krajín. V každej krajine sa do výskumu zapojilo šesť inštitúcií, ktoré boli monitorované, t. j. spolu 96 inštitúcií.

Spracovaný manuál je založený na Dohovore OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (2006). Obsahuje informácie o monitorovacích praktikách, vysvetľuje popisované primerané ľudské práva a popisuje priebeh návštevy v inštitúcii. Monitoring v inštitúcii realizovali členovia monitorovacieho tímu po preškolení, ktorí pozorovali fyzické podmienky a kvalitu starostlivosti o pacientov (klientov), uskutočnili rozhovory s pacientmi (klientmi), personálom a vedením (riaditeľom) zariadenia a skúmali potrebnú dokumentáciu. Jeden štruktúrovaný rozhovor trval cca 20 – 30 minút a bol súčasťou jednodňovej návštevy inštitúcie. Rozhovoru sa zúčastnili v každom zariadení minimálne 1 riaditeľ/manažér, 2 osoby z personálu (lekár, sestra, zdravotný alebo sociálny pracovník), 3 osoby z obyvateľov (pacientov, klientov).

Dáta zozbierané z týchto návštev boli skompilované do správ na všetkých úrovniach, od užívateľov služieb a ich rodinných príslušníkov, cez personál ku vládnym predstaviteľom. Poznatky z tohto monitoringu sú využívané v lokálnych a medzinárodných advokačných skupinách ako dôkaz pre lobbying a iniciatívnu zmenu v rámci systémov, ktoré porušujú ľudské práva.

Výsledky monitoringu na Slovensku

Na Slovensku bolo celkom monitorovaných šesť psychiatrických inštitúcií v priebehu roka 2009. Výsledkom monitorovania bolo spracovanie správ za jednotlivé navštívené inštitúcie a spracovanie súhrnnej správy za Slovensko.

V rámci zberu informácií boli za začiatku monitoringu analyzované existujúce právne predpisy a dokumenty súvisiace s osobami s duševným postihnutím. Na Slovensku existujú tieto platné právne normy, ktoré obsahujú legislatívu pre oblasť súvisiacu s problematikou duševného zdravia:

- 1) Národný program duševného zdravia SR (ďalej NPDZ) - V roku 2002 vláda SR prijala uznesenie, ktorým uložila Ministerstvu zdravotníctva SR vypracovať NPDZ. V júni 2003

- bol vykonaný audit WHO v organizáciách pracujúcich v oblasti duševného zdravia v SR. V roku 2004 bol vládou SR schválený NPDZ ako ideový zámer, ktorý na rokovanie vlády predkladal minister zdravotníctva. S cieľom dosiahnutia vysokej odbornosti, kvalitnej spolupráce medzi jednotlivými rezortmi, inštitúciami, organizáciami, príslušnými občianskymi združeniami v rámci plnenia úloh NPDZ bola v roku 2005 Ministerstvom zdravotníctva SR zriadená Rada duševného zdravia (ďalej len „rada“), ktorá funguje aj v súčasnosti. Členov a predsedu Rady menuje minister zdravotníctva. Aktívnym členom rady je aj Integra, o. z..
- 2) Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov - novelou v roku 2005 sa umožnilo Ministerstvu spravodlivosti SR po dohode s Ministerstvom zdravotníctva SR zriadiť etickú komisiu na posudzovanie etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti osobám, ktorým sa poskytuje zdravotná starostlivosť v zdravotníckych zariadeniach Zboru väzenskej a justičnej stráže.
 - 3) Zákon č. 99/1963 Zb., Občiansky súdny poriadok v znení neskorších predpisov – konanie o spôsobilosti na právne úkony, kontrola opatrovníka. Súd sústavne sleduje spôsob výkonu funkcie poručníka, prípadne opatrovníka, a najmenej dvakrát do roka ho hodnotí v súčinnosti s obcou a orgánom sociálnoprávnej ochrany. Zákon rozlišuje zákonnosť prevzatia do ústavu zdravotníckej starostlivosti a držanie v ústave zdravotníckej starostlivosti. Konanie o vyslovenie prípustnosti prevzatia do ústavu začne súd z úradnej povinnosti do piatich dní odo dňa, keď došlo k prevzatiu alebo držaniu osoby v ústave. Konanie o vyslovenie prípustnosti ďalšieho držania chorého v ústave, prichádza do úvahy vtedy, ak umiestnený je obmedzený alebo vylúčený zo styku s vonkajším svetom. Dôležitú úlohu tu zohráva vyjadrenie znalca. Súd je povinný vo veci rozhodnúť najneskôr do troch mesiacov od vyhlásenia výroku o prípustnosti prevzatia do ústavu.
 - 4) Občiansky zákonník – nadväzuje na Občiansky súdny poriadok, ak fyzická osoba pre duševnú poruchu, ktorá nie je len prechodná, nie je vôbec schopná robiť právne úkony, súd ju pozbaví spôsobilosti na právne úkony.

V rámci štruktúrovaných rozhovorov a pozorovania boli monitorované tieto oblasti: informácie o inštitúcii, štandardy a podmienky ubytovania, nedobrovoľné umiestnenie do inštitúcie, nezávislý život a návrat do komunity, účasť na kultúrnom živote, oddychu a športe, účasť na politickom a verejnom živote, vzdelávanie a zamestnanie, sloboda vierovyznania, korešpondencia a návštevy, rodina a právo na súkromie, sloboda slova a názorov, prístup k informáciám, ochrana pred mučením, nevhodným zaobchádzaním, týraním a zanedbávaním, súhlas s liečbou, obmedzovanie pohybu a izolácia, habilitácia a rehabilitácia, právo na zdravie, prístup k všeobecnej zdravotnej starostlivosti, prístup k psychiatrom, prístup k zdravotným sestram, prístup k psychológovi, zdravotné záznamy, prevencia, lieky, prijatie, diagnóza, elektrokonvulzívna liečba, životný štýl, autonómia, súhlas s účasťou na výskume. Hlavné problémy starostlivosti o ľudí s duševnými chorobami súvisia predovšetkým s nevyhovujúcou úrovňou materiálno-technického vybavenia zdravotníckych zariadení poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť. Na zabezpečenie poskytovania kvalitnej psychiatrickej starostlivosti je nevyhnutné reprofilovať a zmodernizovať sieť psychiatrických zariadení s dôrazom na ich kvalitu a vytvárať komunitné zariadenia, nielen zdravotnícke ale aj sociálne.

Tri zo šiestich zariadení pre osoby s duševným postihnutím sú uzavreté (uzamknuté), v troch je voľný pohyb bývajúcich. V štyroch zariadeniach sa vykonáva elektrokonvulzívna terapia (ECT), v prípadoch, že sa zdravotný stav po použití medikamentózneho liečby nezlepšuje. Realizuje sa so súhlasom pacienta, a v prípade, že hrozí riziko ťažkej depresie alebo suicídií.

Vo dvoch inštitúciách sa liečba ECT vôbec neuskutočňuje. Liečbu ECT nariaďuje ošetrojúci lekár. Vykona sa v súlade s morálnym a etickým kódexom. Details o každej ECT liečbe sú zaznamenávané, použitie prístrojov je v súlade s bezpečnostnými pravidlami. Liečba ECT sa realizuje v úplnej narkóze pacienta.

Sieťové postele v monitorovaných inštitúciách nie sú používané. Postele s koženými popruhmi sa používajú v štyroch monitorovaných zariadeniach, a to v prípade nevyhnutnosti (cca desaťkrát mesačne). Posteľ s koženými popruhmi je používaná len v najakútnejších oddeleniach, a to v prípade, že je pacient agresívny, je v delíriu alebo dostáva infúziu a mohol by si svojim správaním ublížiť. Použitie obmedzovacích prostriedkov, kedy a na ako dlho, nariaďuje lekár. Pacienti obmedzení koženými popruhmi môžu opustiť posteľ počas obeda, alebo pri použití toalety. Zvyčajne každých 30 minút u ľudí so schizofróniou sú pacienti kontrolovaní personálom, u pacientov s delíriom každých 15 minút. V monitorovaných inštitúciách sú niekedy ako obmedzovací prostriedok používané lieky. Je to z dôvodu nedostatku personálu v týchto inštitúciách na celom Slovensku.

Vo dvoch zariadeniach majú obyvatelia možnosť používať počas celého pobytu neobmedzene mobilné telefóny alebo telefónny automat, a tak udržiavať nepretržitý kontakt s rodinou. Obyvatelia inštitúcií sa počas dňa zúčastňujú rôznych terapeutických a rehabilitačných aktivít. Sú oboznámení so svojou diagnózou, liečbou a plánom liečby počas stretnutia s ošetrojúcim lekárom. Počas monitorovacích návštev v týchto šiestich inštitúciách neboli zistené žiadne znaky mučenia, zlého zaobchádzania, zneužívania a zanedbávania.

V monitorovaných inštitúciách boli stanovené tieto odporúčania: navýšiť počet odborného personálu adekvátne k počtu lôžok a obloženosti, dbať na podpisovanie súhlasu s liečbou prijímateľom do inštitúcie tak, aby o tom vedel, rovnako i dbať na väčšiu informovanosť bývajúcich o priebehu liečby, práce s ním, umiestňovať rôzne duševné choroby osobitne, dobudovať inštitúcie tak, aby boli dostupné i ľuďom s telesným postihnutím, zlepšiť informovanosť bývajúcich i personálu o existujúcich možnostiach pokračovania starostlivosti mimo inštitúcií (okolité MVO, kluby a p.), zriadiť priestor pre bývajúceho a jeho návštevu s dostatočným súkromím.

Údaje z celkového počtu 96 zariadení z 16 krajín Európy tak poskytli obraz o podmienkach starostlivosti o osoby s duševným postihnutím. Výskumníci zapojení v tejto štúdií identifikovali prebiehajúce procesy a aktivity, ktoré vedú k pozitívnym terapeutickým skúsenostiam a tiež identifikovali oblasti pre zlepšenie. Výsledky štúdie poskytli odporúčania pre inštitúcie a vlády a identifikovali zneužívania v inštitucionálnej starostlivosti. Viac o projekte a výsledkoch je možné nájsť na stránke projektu: www.ithaca-study.eu.

Inštitúcia alebo komunita?

Osoba s problémami duševného zdravia potrebuje k zlepšeniu svojho života podporu a pomoc okolia, lebo len tak je schopná sa začleniť do spoločnosti a byť pre ňu prínosom. S takýmto účelom bolo v roku 1994 založené občianske združenie Integra, o. z. v Michalovciach, ktoré využíva pri svojich aktivitách model tetralógu. Ide o vzájomnú komunikáciu štyroch relevantných strán – osoba s problémami duševného zdravia – jej príbuzní a priatelia – profesionáli – verejnosť. Poslaním Integry v Michalovciach je podpora ľudí s duševnými ochoreniami dôstojne žiť a nachádzať možnosti seberealizácie v spoločnosti.

Poskytuje prepojenie sociálnej a zdravotnej starostlivosti osobám s duševným postihnutím. V rámci sociálnych služieb ide o zariadenie podporovaného bývania (podľa § 34 Zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách) pre 21 osôb vo dvoch zariadeniach a rehabilitačné stredisko (podľa § 37 Zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách) a v rámci zdravotných služieb ide o špecializovanú psychiatrickú ambulanciu. Okrem týchto činností sa Integra venuje preventívnym programom na školách, práci v svojpomocných skupinách, voľnočasovým a športovým aktivitám, tvorbe filmov a článkov, destigmatizácii, každoročne

organizuje maškarné plesy a spoločné pobyty v prírode pre osoby s duševným postihnutím. Osoby s duševnou poruchou potrebujú pomoc nielen zo strany zdravotníckych služieb - psychiatra, psychológa, a zo strany sociálnych služieb – sociálneho pracovníka, terapeuta, no predovšetkým aj od samých seba. Z potrieb osôb s duševným postihnutím v Integre, o. z. sa vytvorila tzv. svojpomocná skupina s názvom „Svojpomoc a vzájomná pomoc“. Ide o neformálne zoskupenie niekoľkých osôb, ktoré spája podobný osud a životné situácie. Predstavuje otvorenú skupinu pozostávajúcu z 15 – 20 prijímateľov sociálnych zariadení Integry, o. z., no je otvorená i ďalším osobám. Jej cieľom je zvládnutie alebo zlepšenie svojej osobnej situácie a rozšírenie sociálnych schopností jednotlivých členov. Ľudia s duševným ochorením sa v svojpomocnej skupine učia prijímať svoje ochorenie, učia sa s ním žiť, získavajú novú kvalitu života. Účasť a aktivita v tejto svojpomocnej skupine sprostredkuje účastníkovi dôležitú skúsenosť – nebyť sám so svojimi ťažkosťami. Ľudom trpiacim duševnou poruchou nestačí mať slobodu. Ak budú ponechaní sami na seba, budú sa cítiť opustení a preťažení, ovládaní strachom. Aby sa oslobodili od závislosti druhých potrebujú štruktúrovanú podporu. Vhodnou formou sú komunitné zariadenia, v ktorých si môžu vytvárať vlastné individuálne plány vychádzajúce z ich potrieb a tak s podporou a pomocou iných hľadať zmysel života.

Záver

Osoby s duševným postihnutím tvoria významnú časť našej spoločnosti. Väčšina bežných občanov má dojem, že duševne chorý človek je iný ako zdravý človek a tiež iný ako človek s telesným postihnutím. Predstavuje si ho ako človeka s chybami povahy, že je slabý, neschopný, nespoľahlivý, hlúpy a nebezpečný. Ak si predstavíme človeka s telesným postihnutím a človeka s duševným postihnutím, prejavy sú iné. U telesných postihnutí je porucha funkcie nejakého orgánu zrozumiteľná a jasne ohraničená a často viditeľná, u duševne postihnutého nie je takého ohraničenie zreteľné. Zmena v správaní a prežívaní sa na rozdiel od príznakov telesných chorôb vyskytuje i bez spojenia s chorobou. Všetci môžeme niekedy bojovať s vtieravými myšlienkami, prežívať smútok, zle spať, strácať chuť k jedlu a pociťovať smútok. Vieme to však prekonať. Aj na osoby s duševným postihnutím je potrebné sa pozeráť ako na rovnocenných občanov, ktorí sú súčasťou spoločnosti.

Literatúra:

Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol Agreed by UN December 13th 2006. Asociácia organizácií zdravotne postihnutých občanov SR. 2008. 39 s.
<http://www.ithaca-study.eu>
MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR. 2005. Národný program duševného zdravia na obdobie rokov 2005 – 2015. 2005. 43 s.
NAWKA, P. a kol. 2004. Zborník prác z medzinárodnej konferencie Transformácia na integrovaný systém starostlivosti o duševné zdravie a Regionálny plán integrovanej starostlivosti o duševné zdravie. Michalovce: Integra. 186 s. ISBN 80-969163-4-3
<http://www.who.org>
Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti,
Zákon SNR č. 99/1963 Zb. - Občiansky súdny poriadok
Zákon NR SR 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.

Adresa autorov:

Ing. Jaroslav Hura
INTEGRA, o. z. – Združenie pre duševné zdravie,

Pri mlyne 1430, 071 01 Michalovce,
056/6421714, integrami@gmail.com, www.integradz.sk
Ing. Jana Hurová, PhD.
INTEGRA, o. z. – Združenie pre duševné zdravie,
Pri mlyne 1430, 071 01 Michalovce,
056/6421714, integrami@gmail.com, www.integradz.sk

Zmysel života a sociálna opora bezdomovcov

Dana Rosová¹, Oľga Orosová², Eva Žiaková¹

Abstrakt: Cieľom štúdie bolo skúmať zmysel života bezdomovcov, študovať rozdiely v zmysloch ich životov, a to v dvoch dimenziách (aktuálny zmysel života, dlhodobé hľadanie zmyslu života) vo vzťahu k rodu a k miere spokojnosti so sociálnou oporou, ktorú mu okolie poskytuje. Výskumu sa zúčastnilo 104 bezdomovcov z Inštitútu Krista Veľkňaza (IKV) v Žakovciach. 38% výberu tvorili ženy priemerný vek výberovej skupiny bol 42,6, SD = 10,21. Vo výskume bol subjektom predložený dotazník o zmysle života (Steger, Frazier, Oishi, S. et al., 2006) a pociťovaná úroveň sociálnej opory so strany okolia bola sledovaná otázkou „Na koľko percent ste spokojný s množstvom ľudí, na ktorých sa môžete v ťažkostiach obrátiť?.....%“. Vyššia úroveň plánovania budúcnosti bola zaznamenaná medzi bezdomovcami mužského pohlavia. Bezdomovci s vyššou úrovňou spokojnosti so sociálnou oporou poskytovanou svojim okolím uvádzali aj zvýšenú mieru súčasného zmyslu života, ako aj dlhodobého hľadania celkového zmyslu života, než bezdomovci s nižšou a strednou úrovňou spokojnosti so sociálnou oporou zo strany svojho okolia. Výsledky naznačujú dôležitosť zohľadňovania rodových zvláštností pri meraní osobnej spokojnosti so životnými podmienkami a potrebu poskytovania sociálnej opory v rámci sociálnej práce s bezdomovcami.

Kľúčové slová: zmysel života, sociálna opora, rod, bezdomovci

Abstract: The aim of this research study was to examine the meaning of life of displaced people, look through the differences in the meaning of their lives in two dimensions (the actual sense of life, and the long-term searching for a comprehensive meaning of life) in relation to their gender and degree of individuals' satisfaction with social support which their surroundings provided them. Research was participated by 104 homeless persons from the Institute of Christ the High Priest (CHP) in Žakovce. 38% of the sample group were women, the average age of the sample group equaled 42.6, SD equaled 10.21. During the research the human subjects were presented a survey questionnaire on the meaning of life (Steger, Frazier, Oishi, S. et al., 2006). The perceived level of surroundings' social support was monitored by question „At how many percent are you satisfied with the number of persons whom you can rely on in times of trouble?%“. A distinctively higher level of planning for the future was observed among homeless males. Individuals who declared greater satisfaction with social support which they received from their surroundings also reported increased levels of temporary sense of life as well as of long-term search for comprehensive meaning in life than the subjects reporting lower and medium levels of satisfaction with perceived social support. The results suggest the importance of considering gender traits in measuring personal life satisfaction and demand for providing social support in social work with displaced people.

Key words: meaning of life, social support, gender, displaced people

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 „Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie“

Bezdomovectvo

Absolútna chudoba predstavuje jeden z vážnych globálnych problémov ľudstva, pričom kľúčovou charakteristikou absolútnej chudoby je boj o každodenné prežitie. Túto jej formu predstavuje bezdomovectvo, ktoré patrí medzi problémy postmodernej spoločnosti v mnohých štátoch sveta. Aj na Slovensku sa bezdomovectvo stalo súčasťou našej spoločnosti. Bezdomovectvo zaraďujeme medzi sociálno-patologické javy. Sociálna patológia definuje tieto javy ako deštruktívne, alebo autodeštruktívne správanie ľudí. Patrí sem patologické správanie, patogénne podmienky, spoločenské, kultúrne podmienky a procesy vyvolávajúce, alebo zapríčiňujúce patologické správanie (Balogová et al., 2003). „*Bezdomovcom môže byť ktokoľvek. Muž, žena, dieťa, celé rodiny, mladý, starý, chorý, zdravý, zamestnaný, nezamestnaný, závislý alebo abstinent, bývalý väzeň, týraná žena či mladík z detského domova*“ (Beňová, 2008, s. 10). Giddens (1999) upozorňuje na skutočnosť, že v posledných rokoch bol pojem bezdomovec prenesený na kategóriu tých ľudí, ktorí vôbec nemajú kde spať a preto prespávajú na uliciach, alebo v schátraných, opustených ubytovniach, alebo nachádzajú dočasné útočisko v charitatívnych útulkoch.

V EÚ sa za bezdomovcov nepovažujú len ľudia, ktorí sú priamo viditeľní na ulici alebo v útulkoch, ale aj skrytí, potulujúci sa z ubytovne na ubytovňu, alebo prespávajúci pod mostami a na iných miestach. Za potenciálnych bezdomovcov sa považujú aj ľudia, ktorým hrozí strata prístrešku, či nezamestnaní, obe domáceho násillia, ktoré nie sú schopné platiť nájomné (Beňová, 2008). Hradecká, Hradecký (1996) sa zmieňujú v súvislosti s ľuďmi bez domova o extrémnom vylúčení. Bezdomovci sú väčšinou nezamestnaní. Pri hľadaní zamestnania majú problém pre zanedbaný vzhľad, nevhodné oblečenie, zlý zdravotný stav, ktoré ovplyvňujú zamestnávateľa pri výbere svojich zamestnancov.

Bezdomovci sú sociálne vylúčená skupina ľudí. Vágnerová (1998) konštatuje, že bezdomovci majú väčšinou neuspokojené potreby a pod vplyvom nepriaznivých skúseností často rezignujú, už nič od života nečakajú, následkom čoho u mnohých dominuje postoj rezignácie, apatie a fatalizmu.

Zmysel života

Zmysel života podľa slovníka sociálneho pracovníka je regulatívny pojem, upravujú a odôvodňujú sa ním sociálne normy, podľa vzoru ktorých má človek konať. Tajomstvo bytia indivídua, čiže zmysel života sa odvíja od jeho vlastného hodnotového systému s konfrontáciou so spoločenskými normami (Strieženec, 1996). Porozumenie zmyslu života predstavuje hlavný bod v chápaní seba samého. Ak hovoríme o zmysle života, nemusí ísť vždy iba o jeden zmysel, čiže môžeme hovoriť o tzv. pluralite zmyslov. Každé sfére svojho života totiž prikladáme iný zmysel. Tieto zmysly sa môžu navzájom umocňovať (ak dosiahnem jeden zmysel, umožní mi to realizovať ďalší), alebo sa môžu aj vylučovať, vtedy však hovoríme o patológii zmyslu našej existencie (Šulavíková, Sejčová, 2008).

Existujú dva druhy otázok, ktoré rozlišujeme keď sa zaoberáme zmyslupnosťou našej existencie z pohľadu psychológie. Prvou je využitie chápania zmyslupnosti a druhou je tvorba zmyslu. Vytváranie chápania zmyslu života môžeme chápať ako proces. Ľudia v tomto procese posudzujú, prehodnocujú a preverujú význam udalostí pri objavovaní zmyslu života. Taylorová svojimi zisteniami tvrdí, že zvýšená požiadavka nachádzať zmysel v tom, čo sa deje, nastáva hlavne v situácii, ktorá pre človeka predstavuje veľké trápenie. Tvorba zmyslu je vysvetľovaná ako niečo, čo je najpotrebnejšie, či najviac dôležité v tej danej situácii. Viacerí autori usudzujú, že dispozícia nachádzať zmysel je niečo, čo je človeku vrodené. Vytváranie tohto zmyslu je pre človeka nesmierne dôležité, pretože mu napomáha vytvoriť si presnejšiu podobu svojej vlastnej identity, tak isto mu napovie o jeho hodnote (Křivohlavý, 2006). Život človeka je potencionálne zmyslupný bez ohľadu na situáciu, v ktorej sa človek nachádza. Podľa P. Maceka (2003) v našej kultúre snaha nebyť niekým iným, len samým sebou, byť si

vedomý svojej hodnoty a zamýšľať sa nad výhľadom do budúcnosti, patrí k vrcholu hierarchie hodnôt a záujmov človeka. Niektorí naši autori Orosová, Zelina, Kováč, Komárik, Halama, pristupujú k zmyslu života jedinca, cez analýzu úlohy zmyslu života, uvádzaním komponentov a dimenzií zmysluplnosti, v ktorých sa zmysel života môže prežívať a rozvíjať. Konkrétne ide o potvrdenie prítomnosti relevantných a významných cieľov, hodnôt, presvedčení, životných aspirácií, plánov v živote človeka. Životné ciele, ktoré sýtia život zmyslom, sú výsledkom fungovania presvedčení, a sú s nimi natoľko zviazané, že ich nemožno oddeliť. Životné plánovanie a životné ciele sú reálne faktory podieľajúce sa na regulácii ľudského správania. Výskumy potvrdzujú (Orosová, 1991), že prostredníctvom ich analýzy možno usudzovať, nakoľko preferované osobné hodnoty, nachádzajú svoj skutočne kognitívny odraz na úrovni zmysluplnosti a životných cieľov človeka. Systém uvedených presvedčení má poskytovať jedincovi kontext, určitú formu poznávania vonkajšieho sveta a uvedomovanie si zmysluplnosti sveta a vlastného života. Nie je statický, zároveň v sebe obsahuje potenciú eliminovať negatívne javy v prežívaní s následnými existenciálnymi skutočnosťami. Funkciou systému presvedčení je taktiež poskytovanie určitých kritérií správania. Zmysel života vo svojej obsahovej stránke predstavuje súbor cieľov, hodnôt a presvedčení, ktoré dávajú človeku pocit hodnoty a účelnosti jeho života.

Sociálna opora

Systém sociálnej opory je chápaný ako určitý nárazníkový, či tlmiaci systém, ktorý chráni ľudí proti potenciónnemu škodlivému vplyvu stresových situácií. S týmto tvrdením sa zhoduje mnoho našich i zahraničných autorov. Tí jedinci, ktorí disponujú takýmto silným systémom sociálnej opory, sa preto javia lepšie vybavení k zvládaniu závažných životných zmien i každodenných mrzutostí (Cohen, Wills, In Křivohlavý, 2001). Sociálnou oporou v širšom zmysle slova rozumieme pomoc, ktorá je poskytovaná druhými ľuďmi človeku, ktorý sa nachádza v záťažovej situácii (Křivohlavý, 2001). Emočnou podporou a celkovým podporným pôsobením od druhých človek dostáva silu, na mobilizovanie vlastných psychických zdrojov (Pines, Aronson, 1989). Tým, že jedinec cíti za sebou niekoho, kto ho podporí, komu sa môže vyrozprávať zo svojich starostí, je schopný čerpať silu na vlastný boj so stresom a stresovými situáciami.

Je dokázané, že príjemcovia sociálnej opory sa snažia vyhnúť závislosti na svojej sociálnej sieti a požiadajú o pomoc až vo chvíli, kedy všetky copingové stratégie sa ukázali ako neúčinné (Eckenrode, Wethington, In Krause, 1995). Wethington a Kessler (1986, In Krause, 1995) tvrdia, že najlepšou oporou sú tí jedinci, ktorí pomáhajú okamžite, ale nechávajú človeka nejaký čas samého hľadať riešenia problémovej situácie. Tým zabránia vyvolávaniu pocitov závislosti a vlastnej neschopnosti príjemcu. Jedinec tak získava pocit vlastnej schopnosti uchopiť problém a možnosť nájsť eventuálne riešenia, čím posilňuje svoje sebahodnotenie a sebaúctu. Podľa Satirovej (1994) je vedomie vlastnej hodnoty cestou k nadviazaniu i udržaniu vzťahu a k vhodnému, účinnému, zodpovednému správaniu.

Inštitút Krista Veľkňaza Žakovce – charitatívny projekt

Predstavený a štatutár Inštitútu Krista Veľkňaza je Ing. Mgr. Marián Kuffa, Dr.h.c. U neho sa zrodila myšlienka vytvoriť zo starej farmy v Žakovciach v okrese Kežmarok resocializačné stredisko a útulok - dom pre bezdomovcov. V rámci komunitnej práce s bezdomovcami sa zamestnanci Inštitútu snažia vytvoriť také zázemie, ktoré by pomáhalo bezdomovcom i problémovým spoluobčanom resocializovať sa a odštartovať do štandardného života, do rodín kde by boli užitoční a tvorili hodnoty pre našu spoločnosť. Problémovým ľuďom v zariadení sa venujú 24 hodín denne a 7 dní v týždni, nielen v čase pracovnej terapie, ale aj po práci. Organizujú pre nich rôzne akcie a taktiež sa im venujú aj po večeroch pretože tí, ktorí sa starajú o ich resocializáciu, s nimi aj žijú. Bezdomovci v zariadení nie sú nečinní.

Pri resocializácii používajú zamestnanci Inštitútu 3 základné pravidlá: 1/*Zákaz alkoholu a návykových látok*; 2/*Prevencia a zákaz trestnej činnosti*; 3/*Pracovná terapia*. Bezdomovci pri resocializácii prechádzajú tromi štádiami. V tom prvom, *pri príchode do zariadenia im nezáleží na nikom a na ničom, dokonca ani na nich samotných*. V druhom štádiu *im už záleží na nich samotných* a v treťom štádiu *už nepozerajú len sami na seba, ale aj ako pomôcť ešte núdznejším, ako sú oni sami*. Pri pracovnej terapii pracujú bezdomovci pri prevádzke zariadenia, kde bývajú. Nakoľko náklady na zabezpečenie stravy sú príliš vysoké, snažia sa byť sebestační v základných potravinách a preto niektorí pracujú v poľnohospodárskej prvovýrobe (zariadenie je sebestačné v produkcii zemiakov, mlieka, vajec, mäsa, čiastočne pri produkcii zeleniny). V areály si zriadili pekáreň a sú sebestační aj v produkcii chleba. Mnohí z mužov pracujú aj v stavebnej oblasti. Dá sa povedať, že budova pre telesne postihnutých je dielom bezdomovcov a tí aj cítia, že sú užitoční, že ich niekto potrebuje, mnohí našli nový zmysel života. V budove pre telesne postihnutých niektorí našli uplatnenie ako údržbári, ošetrovatelia, kuchári, kuriči. Základom resocializácie je zmeniť človeka nie len zvonku, ale aj zvnútra /<http://www.ikv.sk/dbjs.phtm/>.

Cieľ štúdie

Cieľom štúdie bolo *skúmať zmysel života bezdomovcov, skúmať rozdiely v zmysle života, jej dvoch dimenziách (aktuálny zmysel života, hľadanie zmyslu života) vo vzťahu k rodu a spokojnosti so sociálnou oporou*.

Metóda

Výskumná vzorka: Výskumnú vzorku tvorilo 175 bezdomovcov Inštitútu Krista Veľkňaza (IKV) v Žakovciach, z toho 38% žien, priemerný vek 42,6, SD = 10,21 (Minimum: 19 rokov, maximum: 66 rokov). Do analýz boli zaradených 104 bezdomovcov s úplne vyplnenými dotazníkmi.

Procedúra

Účasť na výskume bola dobrovoľná a anonymná. Zber dát prebiehal dotazníkovou formou za plnej účasti a s inštruovaním výskumníčky, so súhlasom predstaveného, štatutára IKV v Žakovciach.

Metodiky

Meaning in life questionnaire (MLQ, Steger, Frazier, Oishi, S. et al., 2006). Dotazník pozostával z 10 položiek, dvoch dimenzií zmyslu života: 1. *Dimenzia aktuálneho zmyslu života* (nakoľko Po cítia, že ich život má zmysel), 2. *Dimenzia hľadania zmyslu života* (nakoľko sa Po usilujú nájsť zmysel a rozumieť mu v ich životoch). Po odpovedajú na každú otázku na 7 bodovej škále Likertovho typu od 1 (vôbec nesúhlasím) po 7 (úplne súhlasím). Hodnota Cronbach's Alpha pre MLQ bola 0,80.

Sociálna opora

Sociálna opora bola sledovaná otázkou „Na koľko percent ste spokojný s tým, koľko ľudí máte, na ktorých sa môžete obrátiť, keď máte problém?.....%“. *Použitím metódy Visual Binning boli vytvorené tri skupiny bezdomovcov s nižšou úrovňou ($\leq 20\%$), strednou úrovňou (21 – 40%), vyššou úrovňou (41%+)spokojnosti so sociálnou oporou*.

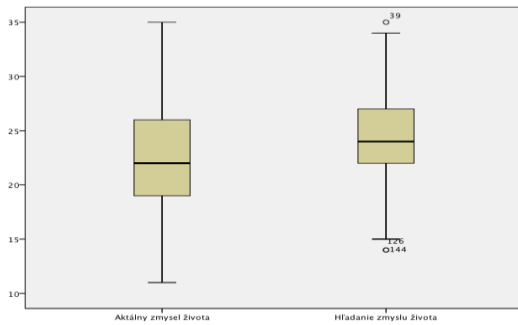
Štatistické spravovanie

Výsledky boli spracované v SPSS 20 použitím Mann-Whitney U testu a Kruskal-Wallisovho testu.

Výsledky

Zmysel života bezdomovcov

Vyššiu úroveň hľadania zmyslu života v porovnaní s aktuálnou úrovňou zmyslu života sme zistili medzi skúmanými bezdomovcami (Mdaktuálny zmysel života = 22,0, Mdhľadanie zmyslu života = 24,0, Graf 1).



Graf 1 Aktuálny zmysel života a hľadanie zmyslu života medzi bezdomovcami

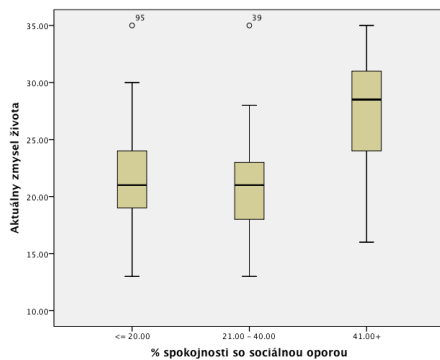
Zmysel života bezdomovcov a rod

V závislosti od rodu neboli zistené štatisticky významné rozdiely v dimenzii aktuálneho zmyslu života bezdomovcov (U test = 2,473, $z = -0,96$, $N=152$, $p = 0,336$).

Štatisticky významné rozdiely v dimenzii plánovania budúcnosti boli zistené v závislosti od rodu (U test = 2,091, $z = -2,11$, $N = 150$, $p = 0,035$, Md muži = 25,0, Md ženy = 23,5). Vyššia úroveň plánovania budúcnosti bola zistená medzi mužmi/ bezdomovcami.

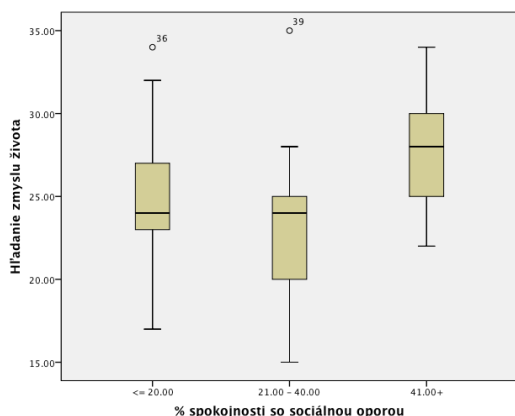
Zmysel života a spokojnosť so sociálnou oporou bezdomovcov

Štatisticky významné rozdiely v dimenzii aktuálneho zmyslu života ($\chi^2 = 22,8$, $p < 0,001$, Md nížšia úroveň spokojnosti so sociálnou oporou = 21, Md stredná úroveň spokojnosti so sociálnou oporou = 21, Md vyššia úroveň spokojnosti so sociálnou oporou = 28, 5) a v dimenzii plánovania zmyslu života ($\chi^2 = 25,5$, $p < 0,001$, Md nížšia úroveň spokojnosti so sociálnou oporou = 24, Md stredná úroveň spokojnosti so sociálnou oporou = 24, Md vyššia úroveň spokojnosti so sociálnou oporou = 28, 0) boli zistené medzi tromi skupinami bezdomovcov s nižšou, strednou a vyššou úrovňou spokojnosti so sociálnou oporou.



Graf 2 Aktuálny zmysel života bezdomovcov a spokojnosť so sociálnou oporou

Bezdomovci s vyššou úrovňou spokojnosti so sociálnou oporou (41%+) uvádzali vyššiu úroveň aktuálneho zmyslu života (Graf 2) a hľadania zmyslu života (Graf 3) než bezdomovci s nižšou ($\leq 20\%$) a strednou úrovňou (21 – 40%) spokojnosti so sociálnou oporou.



Graf 3 Hľadanie zmyslu života bezdomovcov a spokojnosť so sociálnou oporou

Záver

Je nesporné, že bezdomovecťvo má vzťah k dramatickej strate životných očakávaní (Nusselder et al., 2012). Prezentovaná štúdia nepotvrdila rodové rozdiely v dimenzii aktuálneho zmyslu života, ale vyššia úroveň plánovania budúcnosti bola zistená medzi mužmi /bezdomovcami. Uvedené výsledky korešpondujú s výskumnými výsledkami kvalitatívnej štúdie autorov Liu et al. (2009), ktorá uvádza aspirácie, nádej mužov/bezdomovcov týkajúcu sa zvládnutia, riešenia uvedenej životnej situácie.

Zistili sme, že bezdomovci s vyššou úrovňou spokojnosti so sociálnou oporou uvádzali vyššiu úroveň aktuálneho zmyslu života a hľadania zmyslu života v porovnaní s bezdomovcami s nižšou a strednou úrovňou spokojnosti so sociálnou oporou. Uvedené výsledky korešpondujú so závermi štúdií, ktoré uvádzajú, že sociálna opora je jedným z faktorov, ktorý sa podieľa na procese vedúcom k stavu bez domova, ako aj jedným z faktorov, ktorý má vzťah k životným očakávaniam bezdomovcov, pričom absencia sociálnej opory vedie bezdomovcov k zúfalstvu, k suicidálnym myšlienkam a beznádeji týkajúcej sa zvládnutia ich životnej situácie (van Wyk, van Wyk, 2011, Schutt, Meschede, Rierdan, 1994).

K základným limitom štúdie patrí motivácia bezdomovcov IKV participovať na výskume, ktorá je vo významnej miere ovplyvnená skutočnosťou, že patria k cieľovej skupine mnohých výskumov realizovaných v uvedom zariadení.

PodĎakovanie

Ďakujeme predstavenému a štatutárovi Inštitútu Krista Veľkňaza Ing. Mgr. Mariánovi Kuffovi, Dr.h.c. za umožnenie realizácie výskumu, ako aj všetkým tým, ktorí boli ochotní odpovedať na naše otázky.

Literatúra:

- BALOGOVÁ, B., et al. 2003. *Vybrané kapitoly zo sociálnej patológie*. Prešov: Pravoslávna bohoslovecká fakulta, 145 s. ISBN 808068183X.
- BALCAR, K., 1997. Logoterapie a existenciální analýza. In: Vymétal, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. 1. Vyd. Praha: Psychologické nakladatelství J. Kocourek, s. 218-236. ISBN 80-86123-02-2.
- BEŇOVÁ, N. 2008. *Bezdomovci, ľudia ako my*. Bratislava: o.z. Proti prúdu, 75 s. ISBN 978-80-969924-1-6.
- GIDENS, A. 1999. *Sociologie*. Praha: Argo, 596 s. ISBN 80-7203-124-4.
- HRADECKÁ, V., HRADECKÝ, I. 1996. *Bezdomovectví – extrémní vyloučení*. Praha: Naděje, 107 s. ISBN 80-902292-0-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2006. *Psychologie smysluplnosti existence: Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada, 204 s. ISBN 80-247-1370-5.

- LIU, W., STINSON, R., HERNANDES, J., SHEPARD, S., & HAAG, S. 2009. *A qualitative examination of masculinity, homelessness, and social class among men in a transitional shelter*. *Psychology of Men & Masculinity*, 10, 2, 131-148. doi:10.1037/a0014999
- NUSSELDER, W. J., SLOCKERS, M. T., KROL, L., SLOCKERS, C. T., LOOMAN, C. W. N., et al. 2013. *Mortality and Life Expectancy in Homeless Men and Women in Rotterdam:2001–2010*. *PLoS ONE*, 8 10: e73979. doi:10.1371/journal.pone.0073979
- OROSOVÁ, O. 1991. Smer a integratívnosť životného plánovania stredoškôľakov. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. Bratislava: VÚDPaP, 26, č. 3, s. 291-303. ISSN 0555-5574.
- STEGER, M. F., FRAZIER, P., OISHI, S., & KALER, M. 2006. *The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life*. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 80-93.
- STRIEŽENEC, Š. 1996. *Slovník sociálneho pracovníka*. 1.vyd. Trnava: AD, 255 s. ISBN 80-967589.
- SCHUTT, R. K., MESCHÉDE, T., & RIERDAN, J. 1994. *Distress, suicidal thoughts, and social support among homeless adults*. *Journal of Health and Social Behavior*, 134-142.
- ŠULAVÍKOVÁ, B., SEJČOVÁ, L. 2008. *Ideál dobrého života v osobnej perspektíve*. Bratislava: ALBUM, 253 s. ISBN 878-80-968667-9-3.
- VÁGNEROVÁ, M. 1998. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 448 s. ISBN 80-7178-214-9.
/http://www.ikv.sk/dbjs.phtm/
- Van WYK, A., & van WYK, R. (2011). *Homeles in the Fraser Valley*.
<http://www.abbotsford.ca/Assets/Abbotsford/Strategic+and+Community+Planning/Social+Planning/Homelessness/FVRD+Homeless+Report+2011.pdf>.

Autorky:

PhDr. Dana Rosová, PhD.1,Prof. PhDr. Oľga Orosová, PhD.2,Prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.1

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, SR
Filozofická fakulta
Katedra sociálnej práce1
Katedra pedagogickej psychológie a psychológie zdravia2

Wokół macierzyństwa. Nowe wyzwania dla pedagogiki i pracy socjalnej

Anna Śniegulska (PL)

Streszczenie: *W artykule podjęty zostanie problem macierzyństwa, które dla wielu kobiet staje się źródłem tożsamości i poczucia sensu życia. W wyniku aktualnie zachodzących przemian społecznych i kulturowych, zmienia się sytuacja kobiety, co wpływa na pełnienie przez nią roli matki. Macierzyństwo bywa postrzegane jako realne zagrożenie dla pracy, kariery zawodowej i aktywności w życiu publicznym. Prowadzi to w konsekwencji do odkładania przez kobiety urodzenia pierwszego dziecka na późniejszy okres życia oraz ogólnego spadku dzietności. W obliczu tych problemów ważną kwestią jest dziś wspieranie kobiety - matki pod względem społecznym, socjalnym i pedagogicznym.*

Słowa kluczowe: *macierzyństwo, rola matki, rodzicielstwo, poczucie sensu życia, pedagogika prenatalna, pomoc socjalna, pomoc pedagogiczna.*

Abstract: *This paper will be addressed motherhood, which for many women is a source of identity and a sense of meaning in life. As a result of these changes the current social and cultural situation of women is changing, which affects the performance of its role as a mother. Motherhood is sometimes seen as a real threat to jobs, careers and active in public life. This leads consequently to a deposition by female birth of the first child to a later period of life, and a general decline in fertility. In the face of these problems is an important issue today, supporting women - mothers in terms of social, welfare and educational.*

Keywords: *motherhood, the role of the mother, parenting, the meaning of life, prenatal education, social assistance, educational help.*

Uwagi wstępne

Rozważania na temat poczucia sensu życia nieodparcie prowadzą do kwestii związanych z macierzyństwem. Jedną bowiem z podstawowych ról społecznych, jakie pełni kobieta w swoim życiu, to rola matki. Gdy rola ta ulega internalizacji, staje się częścią osobowości kobiety, źródłem jej nowej tożsamości, determinując inne funkcje, jakie spełnia ona w społeczeństwie.

Macierzyństwo jako obrany cel życiowy staje się przestrzenią samorealizacji kobiety, niejednokrotnie decydując o uznaniu społecznym. Ponieważ współczesna kobieta posiada znacznie większe szanse, aniżeli kiedyś, na świadome macierzyństwo, pozwala jej ono doświadczać również własnej podmiotowości i stanowi o poczuciu sensu życia. Macierzyństwo rozpatrywane w kategoriach sensu życia staje się celem egzystencji, powodując, że trud włożony w urodzenie i wychowanie dziecka, kobieta – matka doświadcza jako wielką, niekwestionowaną wartość, będącą konstytutywnym elementem satysfakcjonującego i szczęśliwego życia.

Tytułem wprowadzenia do rozważań o macierzyństwie podkreślić należy, iż rodzina, w której najczęściej się ono realizuje, jest zjawiskiem historycznie zmiennym. Podlega wpływom sił społecznych, tzn. nakazów, zakazów i norm, które ulegają przemianom kulturowym. Wprawdzie opiera się ona na stabilnych, powstałych w toku ewolucji gatunkowej strategiach, to jednak przybiera odmienne kształty, w zależności od społeczeństw czy kręgów cywilizacyjnych, w których funkcjonuje (T. Szendlak, 2012).

Jako dynamiczny układ, podlegający wpływowi czynników społeczno – kulturowych, gospodarczych i cywilizacyjnych, zmienia się pod względem toczącego się w niej życia rodzinnego, funkcji, podziału ról społecznych jej członków, a także w zakresie opieki i

wychowania dzieci. Współcześnie bardzo wyraźnie przeobrażeniom ulegają role ojca i matki, czemu sprzyja fakt coraz większej powszechności, jak i społecznej dopuszczalności różnych form życia małżeńskiego i rodzinnego (K. Slany, 2008). Zmieniający się obraz ojcostwa i macierzyństwa jest wynikiem zarówno globalnego trendu kulturowego, jak i pewnych uwarunkowań, charakterystycznych dla kontekstu polskiego. Łącznie powodują one, że współczesne rodziny stają się coraz mniej stabilne, a tym samym nie sprzyjające realizacji ról rodzicielskich.

Józefa Brągiel zauważa, że rodzicielstwo jest dynamicznym i rozłożonym w czasie procesem, w trakcie którego jest ono modyfikowane przez doświadczenie rodziców w zakresie pełnienia tej roli. Istotny wpływ na jego oblicza mają czynniki kulturowe, społeczne, jak również doniosłe wydarzenia historyczne, samo zaś powoduje głębokie przeobrażenia w życiu i aktywności człowieka (J. Brągiel, 2012).

W sposób szczególny dotyczy to macierzyństwa, które jest czynnikiem sprawczym wielu zmian życiowych. Determinuje bowiem zmianę trybu życia, modyfikuje cele i aspiracje kobiety zwłaszcza w odniesieniu do pracy zawodowej, aktywność kulturalną i towarzyską, wymuszając również opanowanie nowych umiejętności.

Macierzyństwo na bezdrożach

W wyniku zachodzących przemian społecznych i kulturowych, zmienia się sytuacja kobiet. W rozwiniętych społeczeństwach Zachodu, w których kobiety podejmują role społeczne, zarezerwowane dotąd wyłącznie dla mężczyzn, macierzyństwo bywa postrzegane jako realne zagrożenie dla pracy, kariery zawodowej i aktywności w życiu publicznym.

W konsekwencji obserwuje się dziś zmiany wzorca płodności. Przede wszystkim chodzi o odkładanie przez kobiety urodzenia pierwszego dziecka na późniejszy okres życia (wzrasta liczba kobiet, które na pierwszy poród zdecydowały się dopiero po ukończeniu 35 roku życia) oraz ogólny spadek dzietności (Brągiel, 2012). Oba te zjawiska łączą się ze sobą, tzn. im później podejmowane są decyzje prokreacyjne, tym mniejsza jest szansa na urodzenie większej liczby dzieci (J. Halicki, 2010).

Przyczyn tzw. późnego macierzyństwa zwykle upatruje się we wzrastającym udziale młodych kobiet w edukacji na poziomie studiów wyższych (kobiety zmuszone są do inwestowania w siebie w siebie by w ogóle zaistnieć na rynku pracy) oraz wzrastających oczekiwaniach stawianych kobietom, które podejmują pracę zawodową. Z jednej strony kobiety te muszą stale podnosić kwalifikacje zawodowe, dokształcać się i często być dyspozycyjnymi, co nie jest łatwe do pogodzenia z rolą matki. Z drugiej zaś kobiety posiadające dzieci, bywają negatywnie postrzegane przez potencjalnych pracodawców, którzy obawiając się ich częstej nieobecności w związku np. z urlopem macierzyńskim, wychowawczym czy chorobą dziecka, wolą generalnie zatrudniać mężczyzn. Dziecko bywa więc postrzegane w kategoriach przeszkody na drodze do osiągnięcia stabilnej pozycji w miejscu pracy i realizowania ścieżek rozwoju zawodowego. Jeśli jednak kobieta zdecyduje się na macierzyństwo, to najczęściej rodzi jedno, maksymalnie dwoje dzieci. Powszechne też stają się małżeństwa bezdzietne z wyboru (no kidding), co prowadzi do poważnych i niebezpiecznych konsekwencji demograficznych w przyszłości (A. Śniegulska, 2013).

*„W Europie, Japonii czy USA bezdzietność przybrała rozmiary epidemii. Już co piąta kobieta w wieku 40-45 lat nie ma potomstwa – to dwukrotnie więcej niż przed dwudziestu laty. Dwukrotnie wzrosła też w tym czasie liczba mężatek nie mających dzieci (z 7% do 14%). Trzykrotnie zwiększyła się liczba bezdzietnych kobiet w grupie najlepiej wykształconych i najlepiej zarabiających (z 12% do 36%)”
(L. Kocik, 2006).*

Odwołując się do danych statystycznych, warto zauważyć, iż spadek dzietności jest problemem demograficznym wielu państw, i to problemem który zaznaczył się jeszcze w poprzednim stuleciu. Niepokojące tendencje stają się widoczne, gdy porównamy dzietność kobiet w roku 1970 i 2000. Spadkowi dzietności (tab. 1) towarzyszy również zmniejszający się odsetek kobiet, które posiadanie dzieci sytuują wśród trzech najistotniejszych kwestii życiowych – przykładowo w USA wskaźnik ten z 53% spadł do 26 (T. Szendlak, 2012)

Tab. 1. Dzietność kobiet w roku 1970 i 2000 (T. Szendlak, 2012).

Kraj	1970	2000	Kraj	1970	2000
Irlandia	3,93	1,89	Szwecja	1,92	1,54
Francja	2,47	1,89	Portugalia	3,02	1,52
Norwegia	2,50	1,85	Szwajcaria	2,10	1,50
Luksemburg	1,98	1,79	Niemcy	2,03	1,36
Dania	1,95	1,77	Austria	2,29	1,34
Finlandia	1,83	1,73	Grecja	2,39	1,29
Holandia	2,57	1,72	Hiszpania	2,88	1,24
Belgia	2,25	1,66	Włochy	2,42	1,23
Wielka Brytania	2,45	1,65			

Biorąc pod uwagę kontekst polski, zauważmy, że spadek dzietności oraz przesuwanie decyzji o posiadaniu dzieci na późniejszy wiek życia to trendy, które zaznaczyły się jeszcze przed okresem transformacji ustrojowej. Interesujące nas kwestie przedstawia tabela 2.

Tab. 2 Współczynnik dzietności i przeciętny wiek kobiet rodzących pierwsze dziecko (J. Halicki, 2010).

Lata	Współczynnik dzietności	Przeciętny wiek kobiety rodzącej pierwsze dziecko	Lata	Współczynnik dzietności	Przeciętny wiek kobiety rodzącej pierwsze dziecko
1960	2,98	25,0	2002	1,25	24,6
1970	2,20	22,8	2003	1,22	24,9
1980	2,27	23,4	2004	1,23	25,2
1983	2,41	23,7	2005	1,24	25,5
1989	2,06	23,6	2006	1,27	25,7
1990	1,99	23,5	2007	1,30	25,9
2000	1,37	24,2	2008	1,40	26,0
2001	1,31	24,3			

Według aktualnych wskazań Eurostatu, w 2060 roku Polaków będzie niespełna 33 mln (o 5,5 mln mniej, niż obecnie; według GUS pod koniec 2012 r. Polska liczyła około 38 mln 542 tys. osób). Liczba osób w wieku produkcyjnym będzie drastycznie maleć, a liczba zgonów istotnie przewyższy liczbę urodzin. W zeszłym roku pod względem wskaźnika urodzeń Polska była sklasyfikowana na 209 wśród 222 państw.

W tym roku przesunęliśmy się o kolejne dwa miejsca do tyłu. Pod względem liczby ludności nasz kraj sytuuje się obecnie na 34 pozycji wśród krajów świata oraz na 6 jeśli chodzi o państwa UE. Największy spadek ludności, do 2035 roku, zostanie zanotowany w

województwie lubelskim, świętokrzyskim i łódzkim; przyrost natomiast zanotujemy tylko w województwie mazowieckim, małopolskim oraz pomorskim.⁵⁶

Dla porównania w 2011 roku w Niemczech urodziło się 663 tysięcy dzieci, co daje najgorszy wynik w powojennej historii tego kraju. W konsekwencji w 2060 roku niemieckie społeczeństwo zmniejszy się liczebnie aż o 14 milionów osób, a jedna trzecia Niemców będzie w wieku powyżej 65 lat.

Odmierna sytuacja urodzeniowa zarysowała się w ostatnich latach w krajach skandynawskich oraz we Francji. W Norwegii, Szwecji i Danii do posiadania dzieci niewątpliwie zachęca system pomocy socjalnej. Należy jednak dodać, że o wzroście dzietności Szwedek czy Norweżek zadecydowały przede wszystkim czynniki kulturowe, socjologiczne i polityczne. Z jednej strony przstraszył Skandynawów obraz społeczeństwa zdominowanego przez imigrantów; z drugiej zaś duży wpływ odegrała kreowana moda na macierzyństwo. Zadowolający wskaźnik urodzeń, zapewniający zastępowanie pokoleń, posiada Francja. Urodzeniom sprzyja przede wszystkim to, że Francuzki, w odróżnieniu od np. Niemek, nie muszą wybierać pomiędzy macierzyństwem, a pracą zawodową. Panująca moda na dzieci powoduje, że pracujące matki nie są w społeczeństwie francuskim piętnowane. W Polsce największymi barierami na drodze do rodzicielstwa są problemy materialne rodzin, bezrobocie, brak stabilizacji i lęk o przyszłość oraz złe warunki mieszkaniowe.⁵⁷

Młode Polki nie rodzą dzieci również z uwagi na brak pomocy ze strony państwa, szczególnie w zakresie organizowania opieki żłobkowej i przedszkolnej. Brak takiej opieki, który jest wynikiem odejścia od polityki opiekuńczej państwa, bezpośrednio przekłada się na trudności w zakresie łączenia ról zawodowych i rodzinnych przez kobiety. Generalnie zatem sytuacja panująca w naszym kraju nie sprzyja macierzyństwu. Co istotne, na podobne uwarunkowania spadku dzietności zwracają uwagę nawet najlepiej sytuowani Polacy, którym trudno zrezygnować z kariery lub niektórych wydatków kosztem dziecka. Również dla tej grupy osób pomoc zapewnienie przez państwo opieki przedszkolnej, szkolnej i zdrowotnej jest ważnym argumentem przemawiającym za posiadaniem dzieci.⁵⁸

W świetle poczynionych uwag widoczna staje się pilna potrzeba podejmowania działań, które miałyby na celu stworzenie dogodniejszej sytuacji dla podejmowania roli matki przez współczesne kobiety.

Socjalno – pedagogiczne aspekty działań na rzecz wspierania macierzyństwa

Nim przejdziemy do przedstawienia działań, które wydają się być istotne z punktu widzenia wspierania macierzyństwa, warto odnieść się do wywiadu, przeprowadzonego z Mirosławą Grabowską, dyrektorem CBOS, która zwróciła uwagę na istotne kwestie związane z tym związane. Przyznała ona, że choć istnieje w Polsce „potencjał dzietności”, tzn. Polacy chcą mieć dzieci, to jednak problemem stają się bariery w jego urzeczywistnieniu.

Tutaj wymieniła Grabowska coraz bardziej wymagającą gospodarkę rynkową, niepewność losów zawodowych, niepewność na rynku pracy, dużą ruchliwość społeczną, wyzwającą poczucie osamotnienia, trudny powrót do aktywności zawodowej po urlopie macierzyńskim. Wśród strategii przewycięzania tych barier proponuje zaś dodatki na wychowanie dzieci, tworzenie sieci instytucji o charakterze opiekuńczo-wychowawczym, które byłyby dostępne

⁵⁶ M. Kwaśny, Grozi nam demograficzna katastrofa!, [online]: <http://biznes.onet.pl/grozi-nam-demograficzna-katastrofa,18490,5558266,2,news-detaj> [dostęp 10 lipca 2013].

⁵⁷ M. Kwaśny, Grozi nam demograficzna katastrofa!, [online]: <http://biznes.onet.pl/grozi-nam-demograficzna-katastrofa,18490,5558266,2,news-detaj> [dostęp 10 lipca 2013].

⁵⁸J. Czapiński, Diagnoza społeczna 2013. [online]: http://www.tokfm.pl/Tokfm/1,103085,14169241,Diagnoza_spoleczna_2013__Mamy_coraz_mniej_zwolennikow.html [dostęp 08-08-2013].

rodzicom zarówno pod względem finansowym, jak i geograficznym, oraz zagwarantowanie kobietom powrotu do pracy po urodzeniu dziecka.⁵⁹

Wspieranie kobiet w pełnieniu roli matki powinno mieć zatem charakter długofalowy i wieloaspektowy. Należy je rozpatrywać zarówno na płaszczyźnie działań edukacyjnych, jak i działań z zakresu pracy socjalnej, przy czym punktem wyjścia stać się powinno kształtowanie zachowań prokreacyjnych, wynikających z szeroko realizowanej w kraju polityki pronatalistycznej. Polityka ta przy pomocy działań wspierających rodzinę pod względem materialnym, prawnym, zdrowotnym, moralnym i edukacyjnym wiązać by się miała z kształtowaniem pozytywnych postaw wobec zwiększenia liczby dzieci w rodzinach.

Dorota Kornas – Biela zauważa, że kształtowanie pozytywnych zachowań prokreacyjnych powinno stanowić nowe wyzwanie dla współczesnej pedagogiki. Zakładając, że stawanie się rodzicem to wieloetapowy proces, dokonujący się w określonych warunkach rozwojowo – wychowawczych, tworzyć należy tzw. klimat prokreacyjny. Jest on istotny ze względu na ciągłość biologiczną narodu, ale także na zapobieganie niepożądanym warunkom rozwoju, zjawiskom oraz zachowaniom, które mogłyby go zaburzyć. Aktualnie bowiem panujące warunki rozwojowe i wychowawcze powodują deficyt pozytywnych doświadczeń i wzorów życia. Przykładowo, w rodzinach nuklearnych, małodzietych o słabych relacjach rodzinnych i sąsiedzkich, dziecko pozbawione jest wzorców zachowań osób dorosłych na poszczególnych etapach prokreacji, jak też ich funkcjonowania w roli rodzica wobec małego dziecka. W przyszłości, stając się osobą dorosłą i stając w obliczu nowych zadań rozwojowych, młodzi dorośli posiadają poczucie niekompetencji rodzicielskiej, co prowadzi do odkładania prokreacji na późniejszy okres życia lub też ograniczania liczby potomstwa. Stąd też wyłania się potrzeba organizowania różnych form edukacji prenatalnej oraz oddziaływania psychopedagogicznego, które miałyby na celu zmianę postaw wobec prokreacji. Ważną dziedziną działań jest ponadto tworzenie instytucji i form pozainstytucjonalnych, zajmujących się kompensacją braków i niedostatków wiedzy i praktycznych umiejętności w zakresie opieki pre- i perinatalnej. Generalnie zatem działania edukacyjne winny iść w kierunku permanentnego kształcenia i samokształcenia młodzieży, by przygotować do dojrzałej prokreacji w ogólnie przychylnym klimacie wobec posiadania potomstwa (D. Kornas - Biela, 2009).

Kształtowanie zachowań sprzyjających prokreacji powinno być wbudowane w działalność edukacyjną szkół, innych placówek opiekuńczo – wychowawczych, powinno także stać się przedmiotem kampanii społecznych.

Szczególne znaczenie należy do środków masowego przekazu. Aktualnie w przekazach medialnych dominują kobiety robiące karierę, pracujące zawodowo, spełniające się poza domem i rodziną. Takie przekazy sugerują, iż współczesna kobieta zajmująca się wyłącznie dzieckiem ma prawo czuć się niepełną i bezwartościową. Faktem jest, iż sprowadzanie roli kobiety jedynie do wychowywania dziecka jest krzywdzące, gdyż znacznie zubaża jej potencjał rozwojowy i wewnętrzną wartość, to jednak nie należy pomijać tego, iż pełnienie ról rodzinnych wielu kobietom daje poczucie zadowolenia i szczęścia. Prezentowanie w mediach wizerunku super kobiety, czyli kobiety uśmiechniętej, zadbanej, szczupłej, zajmującej wysoką pozycję w firmie, udzielającej się towarzysko może powodować u młodych odbiorców utratę szacunku dla pracy domowej kobiety i niewiarę, że może ona stanowić rzeczywistą płaszczyznę kształtowania poczucia własnej wartości.

Inny kierunek działań wyznaczają zadania związane z poprawą jakości funkcjonowania rodziny. Tutaj, uwzględniając czynniki socjalne, społeczne, kulturowe i wychowawcze, należy podejmować te działania, które stanowiłyby podstawę dobrego poziomu funkcjonowania pedagogicznego środowiska rodzinnego. Stanisław Kawula w tym kontekście

⁵⁹T. Królak, Rozmowa z prof. Mirosławą Grabowską, dyrektorem CBOS. [online]: <http://ekai.pl/wydarzenia/x55612/rozmowa-z-prof-mirosława-grabowska-dyrektorem-cbos/?print=1> [dostęp 26-08-2013].

zwraca uwagę przede wszystkim na zapewnienie rodzinie bezpieczeństwa socjalnego. Autor zwraca uwagę na szczególnie palące kwestie w tym obszarze działań, a mianowicie na:

- ochronę macierzyństwa;
- sytuację dzieci pochodzących z rodzin niepełnych;
- zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych każdej rodziny;
- funkcjonowanie rodzin młodych osób, które zawarły związek za zgodą sądu;
- funkcjonowanie rodzin rozbitych i pokrzywdzonych przez los;
- zasiłki dla bezrobotnych rodziców;
- wspomaganie alimentacyjne matek nieletnich;
- socjalne i opiekuńcze funkcjonowanie rodzin wielodzietnych;
- zwiększanie zasiłków rodzinnych oraz odpisów podatkowych w tym typie rodzin (S. Kawula, 2009).

Wspieranie kobiet w roli matki powinno być wbudowane w cały system działań o charakterze socjalnym, opiekuńczym i wychowawczym adresowanych do ogółu rodzin. Zwróćmy uwagę, że działania te winny opierać się na trzech zasadach. Przedstawia je poniższa tabela.

Tab. 3. Zasady programu socjalnego i pedagogicznego wspomaganie rodziny (S. Kawula, 2009).

Zasada	Charakterystyka
Egalitaryzacji w zakresie socjalnego i pedagogicznego wspierania rodziny i jej funkcji.	<ul style="list-style-type: none"> • Dążenie do równości szans, zwłaszcza dzieci i młodzieży: równości startu, warunków socjalnych, warunków socjalnych, opieki, kształcenia i wychowania, także równości kryterium awansu społecznego, kulturalnego oraz zawodowego; • zapewnienie możliwości uczestnictwa i korzystania ze źródeł społecznego wspomaganie (opieka zdrowotna, żłobkowa, przedszkolna itp.); • równość wobec zdobywcy polityki społecznej państwa – wobec pracy, nabywania dóbr materialnych i kulturowych, odżywiania, ochrony zdrowia, opieki i pomocy socjalnej, przede wszystkim dla najmłodszych dzieci.
„Dzielenia” i komplementarności w zakresie spełniania przez rodziny funkcji opiekuńczych, wychowawczych i kulturalnych.	Ponieważ przy obecnym stopniu organizacji życia rodzina nie jest w stanie samodzielnie i bez pomocy z zewnątrz pełnić swych funkcji, niezbędne jest uzupełniające, dopełniające pod względem treści, jej wspomaganie przez instytucje publiczne.
Użyteczności programu, form, metod i środków w zakresie socjalnego i pedagogicznego wspierania rodziny	Tworzenie i wdrażanie takich programów pomocy, które rzeczywiście będą realizowane i dostępne dla ogółu rodzin

Oprócz działań adresowanych do ogółu rodzin, ważnym kierunkiem działań są te, które bezpośrednio dotyczą wspierania pracujących kobiet – matek. Zasadniczą przesłanką jest fakt, iż aktywizacja zawodowa kobiet stała się dziś powszechna, rzutując na funkcjonowanie rodzin. Aktywność kobiety w sferze zawodowej i pozazawodowej, czyli tzw. dwuetatowość,

rodzi problemy natury opiekuńczo – wychowawczej w obrębie rodziny, jak i stan napięcia oraz przeciążenia rolami u samych kobiet. Taki stan rzeczy determinuje więc konieczność podejmowania działań wspierających na linii kobieta – zakład pracy.

W tym aspekcie działań proponuje się przede wszystkim:

- tworzenie odpowiednich dla kobiet miejsc pracy;
- likwidowanie i ograniczanie pracy szkodliwej dla zdrowia przyszłych matek;
- tworzenie warunków, które ułatwiałyby godzenie kariery zawodowej z obowiązkami rodzinnymi, np. rozwijanie różnorodnych form zatrudnienia, rozwijanie pomocy w zakresie usług socjalnych;
- kształtowanie środowiska pracy w taki sposób, by stało się ono stymulujące dla pełnienia różnych ról społecznych, dla awansu, satysfakcji z roli matki, podnoszenia kwalifikacji (S. Kawula, 2009).

Intensywna i wieloaspektowa pomoc powinna być przede wszystkim udzielana kobietom, które znajdują się w szczególnie trudnej sytuacji zawodowej i życiowej, tzn. kobietom samotnie wychowującym dzieci, długotrwale bezrobotnym, i tym które po urodzeniu dziecka mają problem z powrotem do pracy, kobietom bez kwalifikacji zawodowych i doświadczenia, matkom dzieci niepełnosprawnych.

Przejawem działań na rzecz rozwoju polityki prorodzinnej jest wprowadzenie w Polsce, zwanego umownie, rocznego urlopu macierzyńskiego. Zgodnie z nowymi zasadami rodzice dzieci urodzonych od początku 2013 roku otrzymywać będą 52 tygodnie płatnego urlopu, na który składać się będzie urlop macierzyński, dodatkowy i rodzicielski. Wyłącznie dla kobiet zarezerwowana jest 14 tygodniowa część urlopu macierzyńskiego, resztą urlopu mogą się dzielić oboje rodzice. Pierwsze 26 tygodni to urlop płatny w 100%, następne w wysokości 60%. Jeśli zaś matka od razu zadeklaruje, że interesuje ją roczny urlop macierzyński, to przez cały jego okres będzie uzyskiwała 80% swojego wynagrodzenia. Istotne jest, że urlop dodatkowy i rodzicielski będzie można łączyć z pracą w niepełnym wymiarze czasu, o ile pracodawca wyrazi zgodę, uwzględniając organizację i rodzaj pracy.⁶⁰

Nowe rozwiązanie ma szansę przyczynić się do usprawnienia pełnienia ról rodzicielskich. Umożliwiają bowiem elastyczne korzystanie z urlopów, zarówno przez matkę, jak i ojca dziecka. Zakłada się również, iż nowelizacja przyczyni się do poprawy sytuacji kobiet na rynku pracy.

Jak dotąd, sytuacja ta nie jest szczególnie korzystna. Kobiety bywają wręcz dyskryminowane, co przejawia się przede wszystkim w fakcie, iż zarabiają mniej od mężczyzn, nawet gdy są zatrudnione na tych samych stanowiskach. Ponadto normą jest że zajmują stanowiska niższe niż mężczyźni, mniej eksponowane, choć często są od nich lepiej wykształcone. Kobietom trudniej też znaleźć pracę, gdyż biorąc pod uwagę problemy związane z macierzyństwem, zatrudnianie mężczyzn wydaje się przedsiębiorcom znacznie bardziej bezpieczne. W tym kontekście warto postawić pytanie czy wprowadzenie dłuższych urlopów macierzyńskich rzeczywiście poprawi taki stan rzeczy? Czy przypadkiem nie popadniemy w pułapkę pomocy społecznej, gdy możliwość dłuższego pobytu na urlopie odstraszy potencjalnych zatrudniających? Gdyby tak się stało, sytuacja kobiety – matki uległaby dalszemu pogorszeniu.

Wnioski końcowe

W zakończeniu niniejszych rozważań należy zwrócić uwagę, iż dla wielu współczesnych kobiet rodzina, macierzyństwo i praca zawodowa sytuują się na szczycie hierarchii wartości. Kobiety pragną być matkami, ale również chcą realizować się poprzez pełnienie ról

⁶⁰ <http://www.gazetawroclawska.pl/artykul/918371,roczny-urlop-macierzynski-zasady-poradnik,id,t.html> [online] [dostęp 18-11-2013].

pracowniczych. Orientacja na pracę zawodową, znajdująca swe źródło w dążeniach emancypacyjnych kobiet, jest dziś wyrazem potrzeb natury osobistej kobiety (A. Szuman, 1995), szczególnie w zakresie potrzeby szacunku, osiągnięć, prestiżu i samorealizacji.

Pomiędzy tymi dwiema sferami aktywności kobiet, rodzinną i zawodową, nie musi występować kolizja. Przy właściwie realizowanej polityce prorodzinnej kraju i edukacji, odpowiednio działającym systemie pomocy i wsparcia, kobieta jest w stanie osiągnąć życiową równowagę, osiągając poczucie zadowolenia i spełnienia.

Należy jednak pamiętać, że o poczuciu wewnętrznej satysfakcji i sensu życia jako matka i pracownica, w istotnym stopniu decydują relacje między partnerami czyli rodzicami dziecka. Nie wolno zapominać, że zadowolenie matek jest zależne od chęci ojców do włączania się w sprawy opieki i wychowania, jak również w prace domowe (T. Szendlak, 2012).

Tym samym wspieranie macierzyństwa wymaga dziś przełamania fenomenu ojca nieobecnego, nowym modelem ojca aktywnie uczestniczącego w wychowaniu dziecka.

Literatura:

BRAGIEL, J. 2012 *Znaczenie przemian społecznych dla współczesnego rodzicielstwa*, [w:] *Rodzicielstwo w kontekście współczesnych przemian społecznych*, eds. J. Brągiel, B. Górnicka, Opole: UO, 451 p. ISBN 978-83-7395-505-9.

KAWULA, S. 2009 *Dziecko w rodzinie ryzyka – zagrożenia socjalne*, [w:] *Pedagogika rodziny*, eds. S. Kawula, J. Brągiel, A. W. Janke, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 466 p. ISBN 978-83-7611-325-8.

KOCIK, L. 2006 *Rodzina w obliczu wartości i wzorów życia ponowoczesnego świata*, Kraków: KSW im. F. Modrzewskiego, 412 p. ISBN 978-83-89823-71-7.

KORNAS - BIELA, D. 2009 *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu*, Lublin: KUL, 552 p. ISBN. 978-83-01-7363-931-7.

HALICKI, J. 2010 *Uwarunkowania i skutki kryzysu demograficznego w Polsce*, „Teologia i Moralność”, Tom 7, , Poznań: UAM, 222 p. ISBN 978-83-61884-10-1.

SLANY, K. 2002 *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*, Kraków: „Nomos”, 280 p. ISBN 83-88508-31-8.

SZENDLAK, T. 2012 *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*, Warszawa: PWN, 541 p. ISBN. 978-83-01-16309-9.

SZUMAN, A. 1995 *Aktywność zawodowa matek a funkcje społeczne rodziny w cyklu jej rozwoju*, Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, 228 p. ISBN 1230-6673.

ŚNIEGULSKA, A. 2013 *Refleksje nad współczesnym wychowaniem*, Rzeszów: UR, 196 p. ISBN 978-83-7338-827-7.

Autor: Anna Śniegulska, PWSZ w Sanoku,
Adres prywatny: 35-310 Rzeszów, ul. W. Świadka 7/74.
Tel.: 608754056, airsnieg@op.pl

Špecifiká sociálnej práce s klientom s duševnou poruchou

Zdenka Behunová, Dušan Šlosár (SR)

Abstrakt *Psychická porucha môže oklieštiť kvalitu života, ale v žiadnom prípade neuberá z hodnoty života samotného. Práve naopak. Mnohí duševne trpiaci ľudia našli vo svojom ochorení nový rozmer, očistený pohľad na svet, seba samého a zdroj nevyčerpatelnej inšpirácie pre svoju tvorbu. No sú aj takí, ktorí potrebujú pomoc, aby nový rozmer svojho života našli. Jedným z nástrojov pomoci je sociálny pracovník, ktorý bude dostatočne zručný v špecifikách, ktoré duševné poruchy so sebou prinášajú ako aj možnostiach liečby a formách sociálnej pomoci.*

Abstract *Mental disorder can curtail the quality of life, but in no way detracts from the value of life itself. Many people with mental disorder found in its new dimension, cleansed view of the world, ourselves and inexhaustible source of inspiration for their work. But there are those who need help to find that new dimension of life. One of the support tools is a social worker who is sufficiently skilled in the specifics of mental disorder, treatment options and forms of social services.*

Kľúčové slová: *Zmysel života. Sociálny pracovník. Psychiatria. Sieťovanie sociálnych služieb. Klinický sociálny pracovník.*

Key words: *The meaning of life. Social worker. Psychiatry. Social networking services. Clinical Social Worker.*

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 „*Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie*“

Úvod

Otázky zmyslu života sú v dnešnej technickej, rýchlej a náročnej dobe dennou témou diskusií. Nad zmyslom práce a životných rozhodnutí sa priamo alebo nepriamo zamýšľa každá bytosť. Otázky o zmysluplnosti života naberajú na vážnosti u tých jedincov, ktorí z dôvodu choroby alebo poruchy stratili možnosť plnohodnotného fungovania v osobných, rodinných a spoločenských vzťahoch.

Dôsledkom náročného životného štýlu je neustále sa zvyšujúci počet ľudí s duševnou poruchou. V januári 2005 Svetová zdravotnícka organizácia zrealizovala konferenciu pre Európskych ministrov, ktorej výsledkom bolo vytvorenie Zelenej knihy so zameraním na zlepšenie duševného zdravia obyvateľstva a vytvorenie stratégie duševného zdravia pre Európsku úniu. Hlavným zámerom tejto publikácie je podnietiť debatu v členských štátoch Európskej únie o potrebe zlepšiť verejné duševné zdravie a nutnosť chrániť ho.

Zelená kniha uvádza tri základné oblasti, ktorým je potrebné z hľadiska zlepšenia duševného zdravia venovať zvýšenú pozornosť:

1. Duševná porucha ovplyvňuje každého štvrtého občana a môže viesť k samovraždám a je príčinou príliš mnohých úmrtí.

2. Duševné poruchy zapríčiňujú výrazné straty a záťaž na ekonomický, sociálny, vzdelávací ako aj trestný a súdny systém.

3. Stigmatizácia, diskriminácia a nerešpektovanie ľudských práv a dôstojnosť duševne chorých stále existuje a ohrozuje základné európske hodnoty.⁶¹

Jednou z možností ako predchádzať k nárastu duševných porúch, zhoršovania zdravotného, sociálneho a v neposlednom rade aj ekonomického stavu spoločnosti je vytvorenie siete erudovaných a pre prax dostatočne pripravených sociálnych pracovníkov so špecializáciou na pomoc jedincom s diagnostikovanou duševnou poruchou.

1 Charakteristika sociálneho pracovníka v psychiatrii

Sociálni pracovníci na rôznych stupňoch a rôznych oblastiach práce sa priamo alebo okrajovo stretávajú s duševnými poruchami pri riešení rodinných problémov, susedských vzťahov, starostlivosti o maloleté deti. Vzhľadom k tomu, že sociálnym pracovníkom, špecializovaným na odbor psychiatrie na Slovensku zatiaľ nie je venovaná dostatočná pozornosť, považujeme za potrebné túto otázku otvoriť a venovať jej dostatočný priestor v diskusiách.

Zo zahraničnej literatúry poznáme termín *psychiatric social worker* – sociálny pracovník v psychiatrii. Collinsonov slovník⁶² charakterizuje sociálneho pracovníka v psychiatrii ako kvalifikovanú osobu, ktorá pracuje s duševne chorými ľuďmi a ich rodinnými príslušníkmi v procese liečby. Vychádzajúc z charakteristiky, dochádzame k záveru, že sociálny pracovník so špecifikáciou na riešenie problémov súvisiacich s duševnou poruchou je odborník, ktorý:

1. Je erudovaný a vyškolený na pomoc ľuďom s diagnostikovanou duševnou poruchou a tých, u ktorých je duševná porucha zjavná, ale nediagnostikovaná.

2. Nepracuje sám, ale je členom odborného tímu a vytvára sociálne siete v rámci komunity, v ktorej pôsobí.

3. Nadväzuje a rozvíja spoluprácu s členmi mikroprostredia klienta (predovšetkým s rodinnými príslušníkmi).

Korene sociálnych pracovníkov v psychiatrii majú dlhú a vplyvnú históriu služieb pre komunitu. História psychiatrickej sociálnej práce od roku 1920 do r. 1960 načrtli Adelson a Leader, vo svojej štúdii, kde oblasť sociálnej práce v psychiatrii označili ako narastajúcu, expanzívnu a stabilnú oblasť.⁶³

Sociálna práca so zameraním na psychiatriu je jednou z najzaujímavejších a zároveň najfrustrovanejších oblastí sociálnej práce. Sociálni pracovníci musia mať nielen dobré vedomosti o intervencii, ovládať základy farmakoterapie a psychoterapie, ale tiež mať senzitívny, ale hlavne efektívny prístup ku klientom a tým, ktorí sa o klientov starajú. Colin Pritchard počas dlhoročnej práce vo svojich výskumoch poukázal na kľúčové oblasti, ktoré by mali sociálni pracovníci v priamej práci s duševne chorými klientmi, mali ovládať a vedieť s nimi pracovať:

- rôznorodosť faktorov, ktoré ovplyvňujú duševné zdravie,
- bio - psychologický model praxe,
- kľúčové oblasti ovplyvňujúce vznik a priebeh duševných porúch
- oblasť hľadania a udržania zamestnania,
- základné liečebné postupy. ⁶⁴

1.1 Odbornosť sociálneho pracovníka pracujúceho v odbore psychiatria

Odborná literatúra poskytuje popisy o žiaducich vlastnostiach sociálneho pracovníka, úvahy o profesionálnej etike a úrovni sociálnej starostlivosti. Profesionál vo vzťahu k duševnej poruche však nemôže byť len ten, kto zvládne určité kvantum teórie, ale hlavne ten, kto nájde svoje miesto vo svete chorých a pracuje medzi nimi. Niekedy aj samotný sociálny pracovník

⁶¹ Komisia európskych spoločenstiev. 2005. Zelená kniha: Zlepšenie duševného zdravia obyvateľstva.

⁶² Collins, W. 2009. Collins English Dictionary - Complete & Unabridged 10th Edition.

⁶³ Silverman, W. H. 1985. The Evolving Mental Health Professions: Psychiatric Social Work.

⁶⁴ Pritchard, C. 2006. Mental Health Social Work. Evidence-Based Practice.

môže mať podobnú skúsenosť ako klient a práve autenticnosť a úprimnosť dokáže klienta povzbudiť k tomu, aby uvažoval nad inými možnosťami riešenia svojho problému.⁶⁵

Sociálny pracovník zameraný na pomoc a podporu klientov, ktorí majú osobnú skúsenosť s duševnou poruchou, má podľa nášho názoru disponovať:

- schopnosťou hodnotiť sociálne, emocionálne, interpersonálne a ekonomické potreby klienta,
- schopnosťou využívať rôzne techniky, metódy a spôsoby práce, tak aby dochádzalo k zvýšeniu klientovej komunikácie vo vzťahu k rodinným príslušníkom, lekárskemu tímu a sociálnemu prostrediu,
- schopnosťou poskytovať erudované bazálne poradenstvo o psychických poruchách,
- dostatočnou informovanosťou o dostupných a nárokovateľných sociálnych službách.

1.2 Siet'ovanie, základ sociálnej práce s klientom, ktorý má osobnú skúsenosť s duševnou poruchou

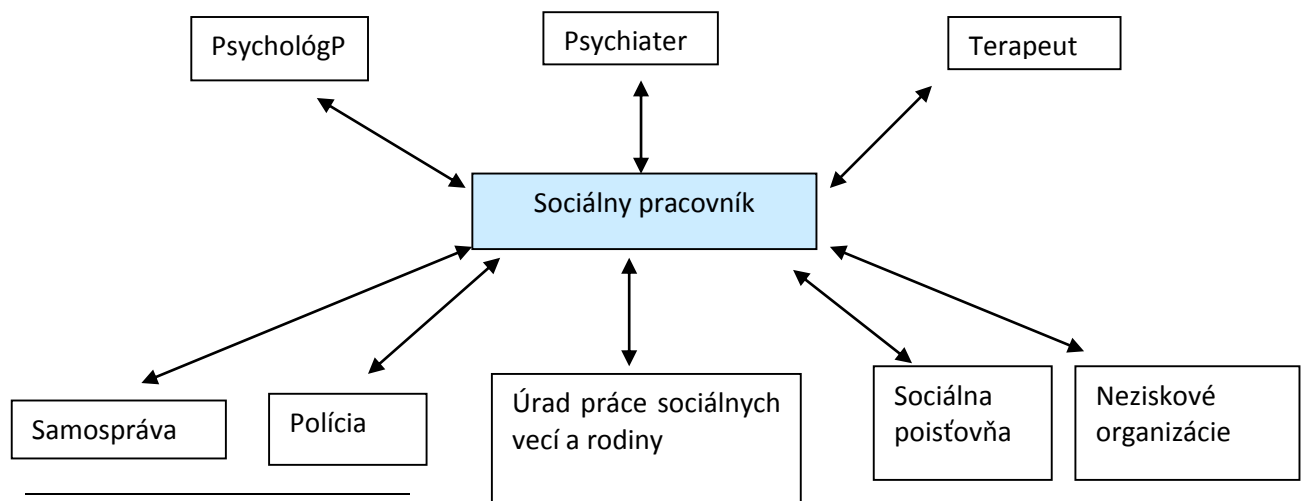
úlohou sociálneho pracovníka v psychiatrii je pracovať s jedincom, ktorého sa duševná porucha priamo dotýka. Východiskom interakcie medzi klientom a sociálnym pracovníkom je vykonanie anamnestického rozhovoru a posúdenie klientovej situácie. Zámerom posúdenia je zber informácií o poruche klienta, o jeho silných a slabých stránkach. Následne dochádza k vytvoreniu plánu práce.

Priamy kontakt s klientom tvorí podstatnú časť pracovného času sociálneho pracovníka. Je preto dôležité, aby kvalita kontaktu a očakávania oboch strán boli naplnené, pretože tým sa nielen zvyšuje efektívnosť práce s klientom, ale takisto aj kvalita poskytovaných služieb a psychická pohoda na oboch stranách.

Práca s klientelou, ktorá má osobnú skúsenosť s duševnou poruchou je náročná a sociálny pracovník by mal byť schopný odhadnúť situáciu natoľko, aby vedel klienta v pravý čas nasmerovať prípadne sprevádzať k profesionálom z odboru psychiatrie, psychológie, špecifického terapeutického smeru. Nemenej dôležité je, aby sociálny pracovník mal dostatočné informácie a prehľad o sociálnych službách, zdravotníckych zariadeniach a inštitúciách verejnej správy, či samosprávy a klientovi ich včas odporučal.

Schéma č.1 popisuje prepojenosť jednotlivých zložiek sociálnej siete.

Schéma č. 1: Siet'ovanie sociálnej práce



⁶⁵ Styx, P. 2003. O psychiatrii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi.

2 Uplatnenie a riziká sociálneho pracovníka

Sociálni pracovníci so zameraním na klientelu s duševnou poruchou, nachádzajú svoje uplatnenie v:

a) Zdravotníckych zariadeniach – oddelenia nemocníc, psychiatrické liečebne. Sociálny pracovník spolupracuje s lekárom, kontaktuje príbuzných, komunikuje s klientom. Niekedy úplne postačí stručné a jednoduché poradenstvo, inokedy čo je oveľa častejšie musia odborníci stráviť s klientom viac času, aby pochopili ich situáciu a pomohli im načrtnúť stratégiu ďalšieho postupu.

b) Sociálnych službách – ambulantné, týždenné, ročné (psychiatrický stacionár, rehabilitačné stredisko, chránená dielňa, podporované bývanie).

Svoje uplatnenie nachádzajú aj v zariadeniach a na pracoviskách, kde sociálna pomoc nie je primárne zameraná na psychiatrickú klientelu, ale sekundárne s nimi do kontaktu sociálny pracovník prichádza napr. oddelenia sociálnych vecí na obecných a miestnych úradoch, terénni sociálni pracovníci.

Sociálny pracovník v psychiatrii je nielen zamestnanie, ale predovšetkým povolanie, ktoré sa dlhodobo dá robiť len vtedy, keď ho profesionál berie ako svoje poslanie. Vo všeobecnosti je toto povolanie náročné, a preto by sociálny pracovník by mal neustále pracovať na spoznávaní svojich limitov a prostredníctvom relaxačných techník dodržiavať zásady psychohygieny.⁶⁶

Taylor a White⁶⁷ upozorňujú na zložitú rolu pomáhajúcich pracovníkov predovšetkým v oblasti starostlivosti o duševné zdravie, ich práca je spätá s vysokými požiadavkami a nárokmi. Najčastejšími rizikami sú očakávania kladené na sociálneho pracovníka. Sociálny pracovník počas intervencie poskytovanej klientovi prichádza do kontaktu s veľkým množstvom organizácií a profesií, ktoré na neho kladú rôzne nároky. Na jednej strane musí postupovať v súlade so záujmami a požiadavkami klienta, na strane druhej musí dodržiavať postupy a naplňovať ciele organizácie, ktorej je zamestnancom a dodržiavať etický kódex. Požiadavky kladené na sociálneho pracovníka Banks⁶⁸ zhrnul nasledovne:

1. Povinnosti vo vzťahu ku klientom.
2. Povinnosti vzhľadom ku členstvu profesie.
3. Povinnosti vzhľadom ku spoločnosti.
4. Morálne povinnosti, vyplývajúce z práce so špecifickými skupinami v špecifických situáciách.
5. Procedurálne povinnosti vzhľadom k organizácii, ktorá sociálneho pracovníka zamestnáva.

3 Sociálny pracovník v psychiatrii alebo klinický sociálny pracovník?

Odborná najmä zahraničná literatúra pri popise praxe a teórie sociálnej práce, ktorej základ tvorí priama práca s ľuďmi s duševnou poruchou používa pomenovanie klinická sociálna práca.

Klinická sociálna práca je profesia orientovaná na duševné zdravie, ktorej zástupcovia majú ukončené vzdelanie v sociálnej práci a pod vedením skúseného supervízora sa učia zvládať súbor vedomostí a zručností s cieľom posúdiť, diagnostikovať a zmierniť problémy, poruchy a podmienky, ktoré bránia zdravému bio – psycho - sociologickému fungovaniu ľudí.⁶⁹

⁶⁶ MATTHEWS, M. M. 2013. Becoming A Psychiatric Social Worker.

⁶⁷ Taylor, C., White, S. 2000. Practicing reflexivity in health and welfare: making knowledge.

⁶⁸ Banks S. 2006. Ethics and Values in Social Work.

Identita klinického sociálneho pracovníka závisí najmä od:

- Druhu a zamerania praxe, ktorú sociálny pracovník vykonáva.
- Teoretickej orientácie, ktorú používa, aby porozumel klientom.⁷⁰

Klinickí sociálni pracovníci diagnostikujú a liečia široké skupiny klientov, používajú rozličné liečebné techniky a stratégie s adresnosťou na emocionálne a praktické problémy.

Základná definícia pre klinickú sociálnu prácu môže byť videná ako aplikácia princípov sociálnej práce na liečbu širokého spektra duševných porúch, metodologicky prameniacych v teoretických základoch napríklad psychodynamiky, psychoanalýzy, kognitívno – behaviorálnej orientácie atď.⁹

Oblasti klinickej sociálnej práce

Klinickí sociálni pracovníci sa špecializujú na jednu z vymedzených oblastí:

1. Prípadová sociálna práca - poskytuje terapeutickú podporu chronicky duševne chorým, alebo emocionálne citlivým klientom a pomáha im zvládať základné potreby ako je napr. užívanie liekov, udržiavanie domácnosti, práca s financiami a fyzická starostlivosť.

2. Poradenstvo - má tendenciu sa zamerať na reflexie v klientovom živote špecificky denné problémy, ktorým musí čeliť vo vonkajšom svete a pomáha vytvárať špecifické stratégie na ich riešenie.

3. Psychoterapia – je orientovaná a navrhnutá tak, aby docielila u klienta vnútorné zmeny prostredníctvom skúmania minulých a prítomných skúseností a terapeutických vzťahov.⁷¹

Záver

V našich podmienkach je dostatočne podchytené vysokoškolské vzdelávanie odbore sociálna práca, ktoré na jednej strane dáva absolventovi bohatý teoretický základ pre výkon profesie, na strane druhej nie vždy kladie dostatočný dôraz na profiláciu študenta v odbore, ktorý si vyberie.

Zámerom nášho príspevku bolo poukázať na potrebu sociálnych pracovníkov vyškolených na prácu s ľuďmi, ktorí priamo alebo nepriamo prichádzajú do kontaktu s duševnou poruchou. Takto pripravená a orientovaná skupina sociálnych pracovníkov by dokázala lepšie:

- a) presadzovať legislatívne zmeny v oblasti duševného zdravia,
- b) vytvárať konkrétne programy, ktoré by cielene naplňali potreby psychicky chorých klientov,
- c) vytvárať štandardy a postupy sociálnej práce,
- d) intenzívnejšie vplývať na mikro, mezo a makro prostredie klienta.

Použitá literatúra:

BANKS, S. 200. Ethics and Values in Social Work. Houndmills: Palgrave Macmillan ISBN – 13:978-1-4039-9420-2

COLLINS, W. 2009. *Collins English Dictionary - Complete & Unabridged 10th Edition*. [online] [cit. 02.11.2013] Dostupné na:

<http://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/psychiatric-social-worker>

FRK, V., KREDÁTUS, J. *Komunikácia v personálnej a sociálnej praxi*. Prešov: Vydavateľstvo Cuper, 2002, 143 s. ISBN 80-8889-25-X

GROSHONG L. W., 2009. *Clinical social work practice and regulation*. University Press of America. ISBN: 978-0-7618-4889-9

HANGONI, T. 2009. Sociálny pracovník. In: ONDRUŠOVÁ, Z. a kol.: *Základy sociálnej*

⁷¹GROSHONG L. W., 2009. *Clinical social work practice and regulation*. University Ppress of America.

práce. Brno. ISBN 978-80-7392-109-5.

KOMISIA EURÓPKYCH SPOLOČENSTIEV. 2005. Zelená kniha: Zlepšenie duševného zdravia obyvateľstva. K stratégii duševného zdravia pre Európsku úniu. [online] [cit. 03.11.2013] Dostupné na: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/sk/com/2005/com2005_0484sk01.pdf

EURÓPKYCH SPOLOČENSTIEV. 2005. Zelená kniha: Zlepšenie duševného zdravia obyvateľstva. K stratégii duševného zdravia pre Európsku úniu. [online] [cit. 03.11.2013] Dostupné na: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/sk/com/2005/com2005_0484sk01.pdf

MATTHEWS, M. M. 2013. Becoming A Psychiatric Social Worker. [online] [cit. 27.10.2013] Dostupné na: <http://socialworklicensemap.com/becoming-a-psychiatric-social-worker/>

NEZNÍK, P.: Patočka, Leibniz a dejiny filozofie. In: Tholt, P.; Nezník, P.(eds.): Patočkova a subjektívna fenomenológia a dejiny filozofie. AFPh 3/2009. Košice : Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach, 2009. 250 s. ISBN 9788070977583 (viaz.), s. 124 - 147

PRITCHARD, C. 2006. Mental Health Social Work. Evidence-Based Practice. OXON: Routledge 2. ISBN 0-203-61931-5

SILVERMAN, W. H. 1985. THE Evolving Mental Health Professions: Psychiatric Social Work, Clinical Psychology, Psychiatry, and Psychiatric Nursing. The Journal of mental health administration. Volume 12. Issue 2, p 28 – 31. 1985. ISSN 1556-3308

STYX, P. 2003. O psychiatrii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi. Bro: Computer Press. s. 177 ISBN 80-7226-828-7

TAYLOR, C. WHITE, S. 2000. Practicing reflexivity in health and welfare: making knowledge. Buckingham, Philadelphia: Open Univerzcity Press, 2000

Kontakt:

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

doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD.
Katedra sociálnej práce
FF UPJŠ v Košiciach
dusan.slosar@upjs.sk

Príklady dobrej praxe v rámci práce terénnych sociálnych pracovníkov (TSP) vo vybranom regióne

Alena Bašistová, Miroslava Danková (SR)

Abstrakt: *Príspevok má charakter štúdie a zaoberá sa terénnou sociálnou prácou, ktorá je poskytovaná v 281 obciach v rámci národného projektu terénna sociálna práca, konkrétne v košickom, prešovskom a banskobystrickom kraji. Predovšetkým je zameraná na terénnych sociálnych pracovníkov, ktorí pracujú s klientmi priamo v ich prirodzenom prostredí a ocitli sa v nepriaznivej sociálnej situácii a nie sú schopní sami, ani za pomoci rodiny nájsť riešenie svojho problému. Skladá sa z dvoch častí. Prvá časť sa venuje terénnym sociálnym pracovníkom v rámci národného projektu terénna sociálna práca, druhá je zameraná na príklady dobrej praxe tzv. prípadové štúdie v rámci práce terénnych sociálnych pracovníkov. Poznatky sme spracovali na základe literárnej metódy a informácií získaných od regionálnych koordinátorov, terénnych pracovníkov a asistentov terénnej sociálnej práce počas práce.*

Kľúčové slová: *terénna sociálna práca, štandardy terénnej sociálnej práce, regionálny koordinátor, terénny sociálny pracovník, asistent terénneho sociálneho pracovníka*

Abstract: *This contribution is a study and deals with social field work, which is provided in 281 municipalities within the national project of social field work, specifically in the region of Košice, Prešov and Banská Bystrica. In particular, it focuses on social field workers who work directly with clients in their natural habitat and found themselves in adverse social situations unable to solve their problem by themselves or with the help of their families. It consists of two parts. The first part is devoted to social field workers in the national project of social work, the second one focuses on examples of good practice called case studies in the field of social work staff. The findings were processed on the basis of literary techniques and information obtained from the regional coordinators, field staff and social field work assistants on the job.*

Keywords: *social work, social field work standards, regional coordinator, social field worker, assistant of the social field worker*

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 „*Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie*“

Terénna sociálna práca v rámci národného projektu terénna sociálna práca

V súčasnej dobe sa na Slovensku stretávame s projektmi a spôsobmi sociálnej práce, ktoré v minulosti vôbec neexistovali. Príkladom môžu byť programy výmeny injekčných striekačiek pre drogovovo závislých, terénna práca s neorganizovanou mládežou, práca s dobrovoľníkmi. To sú príklady dynamického rozvoja projektov a služieb terénnej sociálnej práce (Klenovský, 2006).

Osobitný význam má terénna sociálna práca pre obyvateľov rómskych komunit. Nízka dostupnosť služieb, nedostatočná infraštruktúra, nevedomosť a dlhodobá nezamestnanosť často kráť spôsobujú, že obyvatelia osád nedokážu riešiť svoju sociálnu situáciu. Kumulácia sociálnych problémov v rómskych komunitách si vyžaduje dlhodobú, pravidelnú intervenciu odborníka (Rosinský a kol, 2006). V súčasnosti v rómskych komunitách poskytujú pomoc terénni sociálni pracovníci z obcí a miest, mimovládnych organizácií, charít ale aj cez

Národný projekt terénna sociálna práca (ďalej NP TSP), ktorý je financovaný v rámci operačného programu Zamestnanosť a sociálna inklúzia. Poskytovateľom je Fond sociálneho rozvoja (ďalej FSR) a prijímateľom sú obce a mestá, ktoré splnili stanovené kritériá a zapojili sa do 5 výberových kôl. Poslaním FSR je plnenie úloh Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny. Je tu možné zaradiť oblasť zamestnanosti, oblasť politiky trhu práce a sociálnej inklúzie so zameraním na znižovanie a prevenciu nezamestnanosti, sociálneho vylúčenia a chudoby, tvorba inkluzívneho trhu práce, podpora spoločenského postavenia a sociálnej inklúzie obyvateľstva, ktoré je postihnuté sociálnym vylúčením.

NP TSP zásadným spôsobom mení a skvalitňuje výkon terénnej sociálnej práce. Jednak aj z toho dôvodu, že odbreňuje obce od administratívy a znižuje náklady na ňu. Podľa najnovších informácií z webovej stránky FSR 2013 do národného projektu sa celkovo prihlásilo viac ako 330 obcí a miest, z ktorých je do projektu zapojených 273 obcí (údaj platný k novembru 2013). Najviac obcí a miest až 123 je zapojených do projektu z Prešovského kraja. Košický kraj – 64 obcí a Banskobystrický kraj – 60 obcí. Ďalšie regióny reprezentuje nižší počet obcí: Nitriansky kraj 16 obcí, Žilinský kraj 5 obcí, Trenčiansky kraj – 5 obcí a Trnavský kraj 2 obce. Realizačný tím FSR predpokladá že v zapojených obciach bude vytvorených celkovo 851 pracovných miest pre 399 terénnych sociálnych pracovníkov (TSP) a 452 asistentov terénnych sociálnych pracovníkov (ATSP), ktorí budú poskytovať služby viac ako 86 tisíc klientom. Už v prvom roku realizácie projektu poskytnú terénni sociálni pracovníci služby viac ako 40 tisíc klientom. V nasledujúcich mesiacoch sa projekt zameria predovšetkým na zvyšovanie kvality poskytovaných služieb TSP. K tomuto cieľu budú smerovať jednotlivé plánované aktivity, predovšetkým zabezpečenie supervízie a vzdelávania pre TSP a ATSP a aktualizácia štandardov terénnej sociálnej práce.

Terénny sociálny pracovník (TSP) a asistent terénnej sociálnej práce (ATSP)

Terénnu sociálnu prácu v obci by mal vykonávať kvalifikovaný TSP a ATSP, ktorý sociálnu prácu vykonáva v súlade s príslušnými sociálnymi zákonmi, odbornými poznatkami, so zákonom o správnom konaní, v súlade so svojou pracovnou náplňou. S princípmi terénnej sociálnej práce a etickými zásadami sociálneho pracovníka. Sociálni pracovníci ktorí pracujú v teréne by sa mali neustále vzdelávať a rozvíjať svoje pracovné kompetencie.

Kompetencie sú podľa Kirst-Ashmana 2010 merateľným praktickým správaním, ktoré sa skladá zo znalostí, zručností a hodnôt. Ich cieľom je efektívny výkon sociálnej práce. Profesionálne kompetentným sa stáva sociálny pracovník až v momente, keď dokáže prepojiť: nástrojovú kompetenciu – teda zvládnutie metód a techník sociálnej práce, spolu s reflexívnou kompetenciou – ktorá zahŕňa sebareflexiu myšlienkových pochodov a emócií a reflexiu ďalších účastníkov procesu a sociálnou kompetenciou- ktorá pozostáva zo schopnosti porozumieť vzniku a ďalšiemu vývoju sociálnych situácií v súvislosti so spoločenským vývojom a identifikovať tie skutočnosti, ktoré majú vplyv na vznik a priebeh sociálnych problémov klientov (Levická a kol., 2007). Podľa Regehra et al., 2012 je možné kompetencie rozdeliť na meta-kompetencie, kde radíme sebauvedomenie, súcit, motivácia a procesuálne kompetencie, kde sú zaradené pojmy ako manažérske a prezentačné schopnosti a schopnosť formulovať a realizovať ciele.

Dôležitou kompetenciou terénnych sociálnych pracovníkov, s dôrazom na prácu s vylúčenými rómskymi komunitami, ale aj mimo nich je kultúrna kompetencia. Je dôležité, aby si sociálny pracovník osvojil znalosti, ktoré sú základom hodnôt kultúry, v ktorej prostredí pôsobí. Na podporu kultúrneho porozumenia nie je nutné súhlasiť s klientovým konaním alebo presvedčením, podstatným je pochopenie kontextu, z ktorého vychádza (Teasley, Baffour, Tyson, 2005).

Cieľovou skupinou TSP sú obyvatelia z vylúčených rómskych osád. Ide o vylúčené spoločenstvo, ktoré má niekoľko znakov, ku ktorým patrí (Kozubík, 2011):

- absencia trvalého pobytu,
- nezamestnanosť,
- poberanie dávok v hmotnej núdzi minimálne šesť po sebe idúcich mesiacov,
- nízka vzdelanostná úroveň,
- nízka úroveň bývania,
- výskyt psychickej deprivácie,
- výskyt sociálno-patologických javov ako gamblerstvo, alkoholizmus, drogy, kriminalita.

Často u nich badať strach z inštitúcií, ktoré k nim pristupujú viac menej represívne vzhľadom na ich životnú situáciu. Z toho dôvodu sa kladie veľký dôraz na to aby terénni sociálni pracovníci boli bezpochybne pripravený na prácu s rómskou komunitou. Práca s vylúčenou rómskou komunitou si vyžaduje špecifické postupy. Terénny sociálny pracovník musí vo vyššej miere ako je obvyklé v bežnej komunite obce vyhľadávať svojich klientov a poskytnúť im najmä:

- poradenstvo a krízovú intervenciu v ťažkých životných situáciách,
- podporu a motiváciu k samostatnému riešeniu svojich problémov,
- posilňovať klientovo sebavedomie a zodpovednosť,
- prispievanie k prevencii násillia a dekriminalizácie skupín v komunite,
- sprostredkovať lekársku pomoc, terapiu, detoxikáciu,
- zmierňovanie procesu vyčlenenia zo spoločnosti.

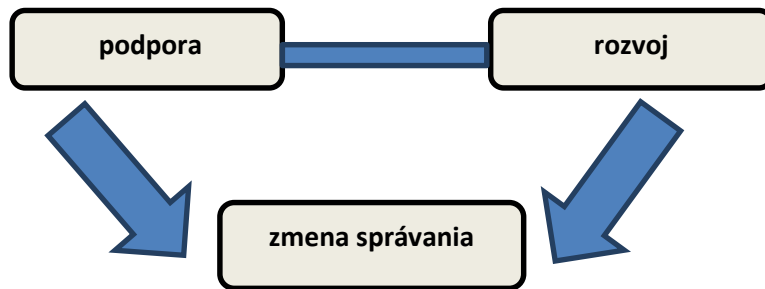
Terénny sociálny pracovník pri riešení sociálnych problémov s cieľovou skupinou podľa štandardov terénnej sociálnej práce 2013 veľmi úzko spolupracuje a koordinuje svoju činnosť aj:

- s komunitným pracovníkom, ktorý realizuje nezávislý program rozvoja komunity, čím formuje širšie sociálne prostredie v prospech klientov sociálneho pracovníka,
- s pracovníkmi zariadení komunitných služieb pre deti a mládež (nízkoprahové centrum, centrum voľného času), pre rodinu (materské centrum, centrum rodiny či stredisko osobnej hygieny a pod.) a dospelých jednotlivcov (denné stacionáre a kluby, svojpomocné skupiny, profesionálne agentúry domácich a ambulantských služieb...); podieľa sa na tvorbe ich programov, využívajúc vlastné poznatky a skúsenosti o potrebách svojich klientov vo vzťahu k týmto službám,
- v rámci obce so všeobecnými a odbornými lekármi, učiteľmi materskej a základnej školy, s políciou; vyžaduje informácie a poskytuje informácie o svojich klientoch, pokiaľ tomu nebráni zákon; konzultuje nevyhnutné predpoklady a možné dôsledky navrhovaných riešení pre klienta v daných oblastiach,
- v prípade potreby s odborníkmi špecializovaných poradní a služieb, ktoré majú regionálny charakter; zo strany sociálneho pracovníka má spolupráca charakter žiadosti, odporúčania, konzultácie, sprostredkovania alebo poskytovania informácie o klientovi, príp. charakter sprevádzania klienta k danému odborníkovi,
- s úradom práce, sociálnych vecí a rodiny, s pobočkou Sociálnej poisťovne, s úradom samosprávneho kraja, súdom...; uvedené inštitúcie na jednej strane a obec na strane druhej majú právo vzájomne a bez odplaty požadovať zákonom vymedzené údaje a administratívne úkony a môžu si vzájomne vymieňať informácie, ktoré nie sú zákonmi chránené; sociálny pracovník oprávnenej organizácie má právo požadovať údaje a informácie potrebné pre svoju prácu (na základe zmluvy s klientom), pokiaľ tomu nebráni zákon,
- regionálnou kanceláriou Úradu splnomocnenkyne vlády SR pre rómske komunity, so všetkými pracovníkmi, ktorí v danej lokalite pracujú s vylúčenou komunitou (ako napríklad terénni zdravotní asistenti, policajné zložky vo vylúčených komunitách, školskí asistenti a pod.) Dostupné na: <<http://www.fsr.gov.sk/data/files/>>.

Z vyššie uvedeného môžeme konštatovať, že práca terénnych sociálnych pracovníkov v sebe zahŕňa depistáž, nadviazovanie kontaktov, poskytovanie sociálnej pomoci, mapovanie lokality vrátane zberu, analýzy a sumarizácie získaných informácií o príčinách, charakteru a intenzite nepriaznivej sociálnej situácie cieľovej skupiny. Jej cieľom býva aj napojenie na iné špecializované služby (Matoušek, 2003).

Podľa Ambrózovej 2006 by sa nemali terénni sociálni pracovníci pri svojej práci zamerať iba na jednu z troch oblastí praktickej sociálnej práce ktorou je podpora, rozvoj a zmena správania.

Schéma 1: Oblasti praktickej sociálnej práce



Je vhodné venovať pozornosť všetkým trom z nich. Nezriedka sa stáva, že terénny sociálny pracovník sa sústreďí len na jednu oblasť tohto trojuholníka. Jedostranná podpora znamená, že budem na strane klienta, aj keď vidím, že koná neprimerane. Podpora spojená so snahou o zmenu znamená, že klienta povzbudzujeme a zároveň sa snažíme pomôcť mu meniť jeho správanie. Pokiaľ však nezačneme spoločne rozvíjať napríklad jeho komunikačné zručnosti, ďaleko sa nedostaneme. Každá z týchto oblastí je dôležitá, ale sama o sebe málo efektívna. Nemôžeme sa snažiť o zmenu správania, pokiaľ nevznikne istá úroveň dôvery medzi klientom a TSP. Trojuholník podľa A. Ambrózovej 2006 je základným východiskom sociálnej práce. Preto pri práci s klientom by mal terénny sociálny pracovník myslieť na:

- *obsah*- teda to, o čom s klientom hovoríme
- *proces*- odkiaľ a kam s klientom ideme a prečo
- *vzťah*- ktorý treba budovať počas celej spolupráce.

Opäť ani jedna časť nemôže zostať osamotená. Aj keď hovoríme o obsahu vždy tým ovplyvňujeme vzťah (môžeme to hovoriť tak, že to náš vzťah zlepši alebo aj nie; to znamená, aby sa nám lepšie spolupracovalo alebo nie), pritom rozhovor je súčasťou práce s klientom. Ten vedieme preto, aby sme klientovi v niečom pomohli, teda máme cieľ. Ak máme, cieľ mali by sme vedieť, prečo mu hovoríme toto a takto a nie niečo iné a inak. Kvalitná sociálna práca znamená zvažovať, kam sa uberá a kam sa bude uberať naša spolupráca. Hovoríme tomu proces práce s klientom (Ambrozová, 2006).

Príklady dobrej praxe

Práca TSP a ATSP spočíva prevažne v každodennej drobnej práci s ľuďmi v komunitách. Jej výsledky sa dostavia často až po dlhých rokoch. Nezriedka sa však dostanú tiež do situácií, v ktorých je potrebné reagovať pohotovo, pretože v opačnom prípade hrozí napríklad rozpad rodiny a strata strechy nad hlavou. V našom príspevku uvádzame príklad z praxe TSP a ATSP z Košíc a okolia.

„Manželský pár Gážikovcov má v pestúnskej starostlivosti štyri malé deti. Ešte donedávna žili v sociálnom byte v Košickej Novej Vsi. Po vypršaní nájomnej zmluvy však prevádzkovateľ nebol ochotný zmluvu predĺžiť a rodina bola nútená odísť. Provizórnu pomoc poskytl známi a

rodina sa presťahovala do jednoizbového domčeka v mestskej časti Košice – Džungľa. Poskytnutý dom však bol v dezolátnom stave - bez vody, kúrenia a plynu a hrozilo, že z dôvodu nevyhovujúcich podmienok budú deti z rodiny odobraté a umiestnené do detského domova. V tejto situácii sa Gážikovci obrátili o pomoc na terénne sociálne pracovníčky. Ich komunikácia s vedením zariadenia sociálne ubytovania nepriniesla žiadny výsledok, preto sa tereňáčky pokúsili rodine nájsť cenovo prijateľný prenájom. Rodina má stabilný mesačný príjem a z našetrených peňazí mohla zaplatiť aj tri mesačné splátky vopred. Keď si však nádejní prenajímatelia uvedomili, že sa jedná o rómsku rodinu, nebol nikto z nich ochotný prenajať nehnuteľnosť. Na odporúčanie svojho regionálneho koordinátora – p. Jeleňa – sa terénne sociálne pracovníčky obrátili na neziskovú organizáciu ETP Slovensko, realizujúcu projekty výstavby sociálnych domčekov. Činnosť organizácie je zameraná práve na pomoc sociálne najslabším a existovala reálna šanca, že rodina sa s mimovládou dohodne. Jednou z podmienok vstupu do ich programu je však vlastníctvo pozemku, kde by si rodina mohla svoj dom postaviť. Keďže Gážikovci nemali možnosť pozemok získať a navyše potrebovali naliehavú situáciu riešiť veľmi rýchlo, spolupráca s ETP Slovensko bohužiaľ nebola v ich prípade schodným riešením. Rodine medzitým veľa ľudí darovalo množstvo potrebných vecí predovšetkým pre deti a domácnosť prostredníctvom zbierky, ktorú tereňáčky pre rodinu zorganizovali. Na ďalší zverejnený inzerát sa ozval záujemca o odpredaj domu v obci Slovinky. Rodina potrebovala na jeho kúpu získať pomerne vysoký úver, ktorý im ale žiadna finančná inštitúcia nebola ochotná poskytnúť. Ako dôvod zhodne uvádzali, že peniaze, ktoré manželia dostávajú na pestúnsku starostlivosť, nie je z ich hľadiska možné považovať za príjem... Cenovo najprijateľnejšia ponuka prišla napokon z obce Roštár v okrese Rožňava, kde rodina dostala možnosť odkúpiť malý domček pozostávajúci z jednej izby, kuchyne a miestnosti, kde je možné zriadiť kúpeľňu. Keď majiteľ domu pri návšteve Gážikovcov spoznal akútnosť ich životnej situácie, ešte viac zľavil z ceny domu na konečných 4000€. Rodina mala veľký záujem o kúpu, v nádejnej situácii sa však prihlásil o slovo spolumahajiteľ domu, ktorý nebol ochotný pristúpiť na postupné splácanie kúpnej ceny a všetko sa opäť zdalo stratené. Nad rodinou visela akútna hrozba odobratia detí, preto terénne sociálne pracovníčky urgentne kontaktovali väčšie množstvo organizácií s vysvetlením situácie manželov Gážikovcov a so žiadosťou o pomoc. Veľmi promptne zareagoval Andrej Kiska z neziskovej organizácie Dobrý anjel a manželom formou bezúročnej pôžičky poskytol potrebné financie na kúpu domu. Navyše, po prevode peňazí pôvodný majiteľ manželom Gážikovcom daroval 400€ a poskytol im tým hotovosť na vymaľovanie a presťahovanie sa do nového bydliska. Gážikovci tak napokon získali nový domov a nemusia sa báť, že „ich“ deti budú umiestnené v detskom domove. Podobných príbehov je v praxi terénnych sociálnych pracovníkov určite veľa, v tomto konkrétnom prípade ďakujeme za ľudský prístup tereňáčkam z Košíc - Andrei Andraščíkovej a Svetlane Keltošovej, ktoré s rodinou cestovali aj do ich nového domova a v Roštári im pomohli s prvými krokmi v neznámom prostredí“.

„Tereňáčky v Beline 23. júla spolu s obecným úradom spríjemnili horúci prázdninový deň približne šesťdesiatke detí z obce športovo-zábavným popoludním. Deti od troch do pätnástich rokov mali možnosť využiť svoje výtvarné nadanie v kresbách na asfalt, papier a maľovanky. Športovo zápolili v behu, v hode lopty na cieľ, vo futbale, v stolnom tenise, či v „rýchlostnom“ skákaní vo vreci. Na deti čakalo občerstvenie, plno sladkostí a vynikajúci kotlíkový guláš“.

Záver

Z príkladu dobrej praxe môžeme na záver skonštatovať, že práca terénnych sociálnych pracovníkov vo vylúčených rómskych komunitách je pre dnešnú dobu nevyhnutne potrebná. Terénnu sociálnu prácu považujeme za jednu z reálnych možností, ktoré v teréne umožňujú preventívne riešiť konkrétne situácie v konkrétnom čase a na konkrétnom mieste. Poskytuje

odbornú pomoc ktorá je cestou ku riešeniu sociálnych problémov. Tie sú v dnešnom premenlivom svete v neustálom procese vývoja. Domnievame sme sa, že na to, aby bol terénny sociálny pracovník kompetentný poskytovať svoje služby v súlade s neustále sa meniacou situáciou v prostredí cieľových skupín, je nevyhnutné, aby priebežne aktualizoval a rozširoval oblasti svojich vedomostí a zručností.

Zoznam použitej literatúry:

- AMBRÓZOVÁ, A. a kol. *Proces terénnej sociálnej práce v sociálne vylúčenej komunite*. Bratislava: PDCS, 2006. 76 s. ISBN 80-969431-3-8.
- KLENOVSKÝ, L. *Terénna sociálna práca*. Bratislava: O.Z. Sociálna práca, 2006.97.s. ISBN 80-89185-18-5.
- KOZUBÍK, M. *Sociálne vylúčené spoločensvá v kontexte kultúrnych teórií*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, 2011. 99 s. ISBN 978-80-8094-957-0.
- KIRST-ASHMAN, K. *Introduction to Social Work and Social Welfare*. Belmont: Brooks/Cole, 2010. 477 s. ISBN 978-0-495-60168-5.
- LEVICKÁ, J. Sociálny pracovník. In LEVICKÁ, J. a kol. *Sociálna práca I*. Trnava: Oliva, 2007. 168 s. ISBN: 978-80-969454-2-9. s. 87-105.
- MATOUŠEK, O a kol. *Metódy a řízení sociální práce*. Praha: Portal, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- Príklady z praxe terénnych sociálnych pracovníkov [online]. [Cit. 2013.11.4]. Dostupné na: <<http://www.fsr.gov.sk/sk/narodny-projekt-tsp-v-obciach/priklady-z-praxe-terenakov-a-terenaciek-np-tsp-1>
- REGEHR, M. et al. Identifying Student Competencies in Macro Practice. In *Journal of Social Work Education*. ISSN 1043-7797. 2012, vol. 48, no. 2, p. 307-319.7
- ROSINSKÝ, R a kol. *Amare Roma Špecifická práce v rómskych komunitách*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre,2006. 264 s. ISBN 80-8050-990-5.
- TEASLEY, M. L. – BAFFOUR, T. D. – TYSON, E. H. Perceptions of Cultural Competence among Urban School Social Workers. In *Children & Schools*. ISSN 15328759. 2005, vol. 27, no. 4, p. 227-237.
- Úvod do štandardov terénnej sociálnej práce v obci s osobitným zreteľom na prácu s vylúčenými komunitami [online]. [Cit. 2013.11.4]. Dostupné na: Web site: http://www.fsr.gov.sk/data/files/np_tsp/P4Uvod_do_standardov_TSP.pdf.
- Základné informácie o národnom projekte terénna sociálna práca v obciach [online]. [Cit. 2013.11.4]. Dostupné na: <http://www.fsr.gov.sk/sk/narodny-projekt-tsp-v-obciach/zakladne-informacie>

Kontakt:

doc. PhDr. Mgr. Alena Bašistová, PhD.
FF UPJŠ Katedra sociálnej práce
alena.basistova@gmail.com

Mgr. Miroslava Danková
Košice 2013, n.o.
miroslava.dankova@kosice2013.sk

Kyberšikanovanie na stredných školách

Veronika Ševčíková, Magdaléna Halachová, Eva Žiaková (SR)

Abstrakt: *Autorky sa vo svojej práci zamerali na súčasný fenomén kyberšikanovania u stredoškolskej mládeže, ako rizikovej skupiny. Teoreticky vymedzili kyberšikanovanie ako novodobý sociálno- patologický jav a predstavili autorský výskum, ktorý sa zameriaval na mapovanie tohto javu. Výsledky výskumu sú spracované deskriptívnou štatistikou. Z výskumu vyplýva, že kyberšikanovanie sa najčastejšie vyskytuje v školskom prostredí, nakoľko za agresorov boli v najväčšej miere označení práve spolužiaci a najčastejšie k nemu dochádza na sociálnych sieťach. Autorky na základe výsledkov výskumu v závere vymedzujú možnosti prevencie a intervencie vo formálnom, ako aj neformálnom prostredí.*

Kľúčové slová: *Kyberšikanovanie. Šikanovanie. Adolescenti.*

Abstract: *The authors concentrated in their on the present phenomenon of cyberbullying between secondary- school youth, as risk group. Theoretically define cyberbullying as a modern social pathological phenomenon and presented author's research, which focused on the mapping of the phenomenon. The research results are processed by descriptive statistics. Research indicates that cyberbullying is most common in school environment, as per the aggressors were the greatest extent marking just classmates and most often it occurs in social networks. The authors based on the research results at the end of defining opportunities for prevention and intervention in formal and informal environment.*

Key words: *Cyberbullying, Bullying, Teenagers.*

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 „*Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie*“

Úvod

Obdobie dospievania sa javí ako obdobie vnútorných rozporov, formovania „ja“, správania plného nepokoja, túženia, smútku aj vzdoru (Končeková, 2007). Toto obdobie môžeme charakterizovať ako obdobie, kedy jedinec rieši dve dôležité úlohy- hľadanie vlastnej identity a vytváranie vzťahu k okolitému svetu.

Preto mládež v období dospievania môžeme zaradiť medzi rizikovú skupinu. Za hlavné riziká môžeme označiť sociálno- patologické javy, ktoré ovplyvňujú rozvoj osobnosti. Za významný sociálno- patologický jav, ktorý ovplyvňuje stredoškolských študentov patrí šikanovanie a v súčasnosti aj s ním sa rozvíjajúci fenomén kyberšikanovanie. Prostredníctvom neho môžu byť svedkom ponižovania dotyčného tisíce ľudí, a to za relatívne krátky čas. Tradičné šikanovanie prebieha na fyzickej úrovni, preto je pre nás neprijateľné. Treba si však uvedomiť, že kyberšikanovanie často krát nemusí prebiehať na fyzickej úrovni, ale stopy, ktoré po sebe zanechá môžu byť rovnako negatívne. Internet ešte len pred nedávnom dosiahol masové pripojenie v domácnostiach (vo vyvinutých krajinách), ale súčasná generácia detí a dospievajúcich sa už bezprostredne môže nazývať aj „digitálnou“ generáciou (Livingston, 2009). Pre dospievajúcich je významné to, že prostredníctvom internetu môžu nadväzovať nové priateľstvá, prípadne ľahšie udržiavať už existujúce priateľstvá. Na druhej strane anonymita, ktorú internet poskytuje umožňuje ľuďom vyskúšať si viacero rolí a experimentovať so svojou identitou bez strachu z negatívneho hodnotenia alebo sociálnej

sankcie. Takéto experimentovanie by si v komunikácii tvárou v tvár nemohli dovoliť (Kowalski, 2012).

V rámci prostredia internetu dochádza k tzv. „digitalizácii“ vzťahov, resp. osôb, ktorou je prostredie internetu charakteristické. Práve z tohto javu pramenia mnohé zmeny medzi virtuálnym a reálnym svetom, či správaním, ktoré často býva výrazne odlišné od správania v reálnom prostredí. Podľa Sulera (Lichner, Šlosár, 2013) medzi hlavné rozdiely patrí redukcia vnímania, pretože pri komunikácii prostredníctvom komunikačných prostriedkov chýbajú neverbálne prejavy. Ďalej tu môžeme zaradiť aj disinhibíciu, čo znamená, že ľudia vo virtuálnom svete strácajú zábrany, úzkosť strach, komplexy z vlastnej osoby a prejavujú sa otvorenejšie, uvoľnenejšie a výrečnejšie. Podľa Šmahela (Lichner, Šlosár, 2013) za negatívny aspekt disinhibície považujeme absenciu sankcií zo sociálneho okolia, ktorý by takéto správanie v reálnej komunikácii zamietli. S násilnými prejavmi na internete sa stretávame tiež preto, lebo komunikačné technológie (hlavne internet) ponúkajú používateľom anonymitu, deindividualizáciu a často dochádza k prenosu násilného a agresívneho správania do virtuálneho sveta. Prostredie internetu je vďaka svojim špecifikám otvorenou pôdou pre násilné a agresívne prejavy. Pre toto prostredie sú charakteristické emocionálne, resp. agresívne „splanutia“, nazývané i „flaming“. Ide o rýchle, často negatívne príspevky, ktoré autor napíše v závale emócií, čo spôsobuje agresívne správanie.

Komparácia tradičnej formy šikanovania s kyberšikanovaním

Vágnerová (2004, s. 798) definuje šikanovanie ako: *„násilné, ponižujúce správanie sa jednotlivca alebo skupiny voči slabšiemu jedincovi, ktorý nemôže zo situácie uniknúť a nie je schopný sa účinne brániť.“* Najčastejšie sa šikanovanie vyskytuje v školských zariadeniach a pre tento druh šikanovania používame anglické označenie „*bullying*“. V odbornej literatúre sa môžeme stretnúť aj s anglickým pojmom „*victimization*“, čiže tyranizovanie špecifickej obeti (Šimegová, 2007).

Kyberšikanovanie ako nový sociálny problém nemá ešte presné pomenovanie, preto sa tiež môžeme v literatúre stretnúť aj s označením elektronické šikanovanie, mobilné, internetové, či digitálne šikanovanie. Najčastejšie sa môžeme stretnúť s pojmom kyberšikanovanie (z angl. *cyberbullying*). Definíciu tohto sociálno-patologického javu nám ponúka Hollá (2010), ktorá pracuje s pojmom elektronické šikanovanie a tvrdí, že je to šikanovanie, pri ktorom *„dochádza k využívaniu elektronickej komunikácie prostredníctvom elektronických médií k zámernému, opakovanému alebo hromadne šírenému obsahu, ktorý vedie k emocionálnej ujme“*. Rogersová (2011) kyberšikanovanie chápe ako šikanovanie, za použitia moderných komunikačných technológií. Väčšinou ide o opakované násilné správanie v podobe urážlivých a zastrášujúcich textových správ, vytvárania webových stránok, na ktorých je obeť urážaná a ponižovaná.

Kyberšikanovanie má s klasickým psychickým šikanovaním veľa spoločného, hlavne nespôsobuje fyzickú bolesť alebo modriny, ale spôsobuje psychickú traumu. Podstata je teda rovnaká, ale predsa je kyberšikanovanie odlišné. Tradičné nepriame šikanovanie prebieha v priamom kontakte, najčastejšie v školskom prostredí. Kyberšikanovanie sa odohráva bez priameho kontaktu v tzv. kyberpriestore (je to virtuálne prostredie, ktoré je vytvárané prostredníctvom komunikačného kanála a pôsobí paralelne k reálnemu prostrediu) a často mimo školy. Oproti tradičnému nepriamemu kyberšikanovaniu využíva oveľa účinnejšie zbrane, obrazne povedané zbrane hromadného ničenia - mobil a internet. Vážnosť kyberšikanovania však spočíva aj v tom, že obeť nemá pred agresorom kam uniknúť, nekončí sa odchodom domov, obeť môže byť útokmi prenasledovaná kedykoľvek a kdekoľvek. Keďže ku kyberšikanovaniu dochádza najčastejšie prostredníctvom internetu, agresori si vedia zaistiť obrovské publikum, ktoré sa kochá nad ponižovaním obete. Komunikačné technológie si tiež vedia zaistiť anonymitu alebo predstierať falošnú identitu. Anonymita

dodáva šikanovaniu silu, zvyšuje pocit bezmocnosti, bezbrannosti a beznádeje, lebo obeť nevie pred kým sa má vlastne brániť. Ďalším vážnym dôsledkom je to, že aj jednorazový útok môže pôsobiť opakovane. Obeť je nútená sa opakovane dívať prostredníctvom ponižujúcich obrázkov alebo textu, ktoré agresor môže uložiť na internet a ďalej si s týmto obrázkom alebo videom môže robiť každý čo chce, teda dielo si žije vlastným životom (Kolář, 2011).

Rogersová (2011) tiež definuje prostriedky, prostredníctvom ktorých môže ku kyberšikanovaniu dochádzať. Ide o textové správy, telefonáty, fotografie, videá, e-maily, instant messaging (icq, skype a pod.), sociálne siete, blogy, ale tiež sem patrí aj komunikácia na herných stránkach.

K týmto prostriedkom ešte pridáva Willard (Hollá, 2010) ďalšie dva:

- posielanie škodlivých kódov, vírusov a programov s cieľom zničiť počítač obeť,
- **happy slapping**, pričom tento veľmi špecifický druh kyberšikanovania môžeme preložiť ako „fackovanie pre zábavu“. Je to pomerne nový jav, ktorý je realizovaný hlavne deťmi a tínedžermi. Skupina sa rozhodne, že zrealizuje akt voči svojej obeti a reakcie tejto obeť na nečakaný (často brutálny) čin potom zaznamenávajú fotkami alebo videom, na čo často používajú mobilné telefóny.

Mapovanie kyberšikanovania na stredných školách

Na zisťovanie výskytu kyberšikanovania na stredných školách sme uskutočnili výskum, ktorý sa zameriaval na mapovanie tohto sociálno- patologického javu. Tento výskum prebiehal začiatkom roka 2013. Za výskumnú vzorku boli zámerným výberom vybraní študenti stredných škôl. Výskum bol realizovaný na piatich stredných školách. Celkovú výskumnú vzorku tvorilo 263 stredoškolských študentov. Na metódu získavania údajov bola vybraná metóda dotazníka. Dotazník bol vyhotovený v tlačenej podobe a distribuovaný študentom priamo na strednej škole, ktorú navštevujú, pričom sa spolupracovalo s učiteľmi.

Z celkového počtu sa za obeť kyberšikanovania subjektívne označilo 12% respondentov a 8% respondentov nevie, či sa majú považovať za obeť kyberšikanovania. Skutočný počet obetí však môže byť oveľa vyšší, pretože boli aj takí respondenti, ktorí v otázke o prostriedkoch a častosti uvideli, že sa už stretli s kyberšikanovaním, no sami seba však z rôznych dôvodov ako obeť kyberšikanovania neoznačili. Preto ich do skupiny kyberšikanovaných nezaraďujeme.

Výsledky, ktoré zobrazujú prostriedky, prostredníctvom ktorých najčastejšie dochádzalo ku kyberšikanovaniu sú vyjadrené v nasledujúcej tabuľke (Tabuľka 1).

Tabuľka 1 Rozdelenie obetí kyberšikanovania podľa formy a frekvencie

Prostriedky kyberšikanovania	každý deň	často	Občas	málo	Vôbec
	%	%	%	%	%
SMS alebo MMS	0,38	0	3,04	3,04	93,54
E- mailová komunikácia	0	0,76	1,14	4,56	93,54
Chaty a diskusie na webe	2,3	1,14	2,3	13,7	80,61
Blogy a iné webové aplikácie	0,38	0,76	1,14	3,04	94,68
Krádež identity	0	0	1,52	4,2	94,3
Zneužívanie cudzieho účtu	0	0,76	1,52	8,4	89,4
Umiestnením fotografií šikanovania na webové stránky	0	0,38	0,76	10,64	88,21
Umiestnením videá šikanovania na webové stránky	0,38	0,38	0,38	2,3	96,6
Telefónny rozhovor	1,52	0,76	2,3	6,84	96,2

Sociálne siete	1,52	0,76	3,42	11,4	82,9
Iným spôsobom (napr. hry)	1,52	0,38	2,66	3,8	91,64

Z výskumu vyplynulo, že najčastejšie ku kyberšikanovaniu dochádza na chate a diskusiách na webe (13,7%). Rýchlosť expandovania sociálnych sietí možno pripodobniť na komparácii etablovania iných sietí. napr. aby menované siete dosiahli počet 150 miliónov používateľov potreboval: telefón 89 rokov; televízia 38 rokov; mobilný telefón 14 rokov; facebook 4 roky (Balogová, 2011).

V rámci mapovania kyberšikanovania sme sa snažili tiež zistiť, či obeť vedie kto bol agresorom kyberšikanovania. Tento faktor bol pre nás veľmi dôležitý, pretože pre kyberšikanovanie je typická anonymita. Respondentom sme dali na výber viacero možností, ako aj možnosť vlastného uvedenia, ak vedie kto bol agresorom. Naše zistenie je vyjadrené v tabuľke (Tabuľka 2).

Tabuľka 2 Agresori kyberšikanovania

	N	%
Spolužiak/ spolužiačka	18	33,97
Kamarát/kamarátka	16	30,2
Bývalý partner	12	22,64
Niekoľko z inej školy	12	22,64
Iný (mamin ex priateľ, sesternica, kamarát z internetu ...)	8	15,1
Sused/ susedka	6	11,32
Vyučujúci	6	11,32
Študent z nižšieho alebo vyššieho ročníka	6	11,32
Partner	4	7,55

Z výskumu vyplýva, že ku kyberšikanovaniu dochádza často práve v školskom prostredí. Až takmer 34% respondentov uviedlo, že sa stali obeťou spolužiaka alebo spolužiačky. 11,32% respondentov z celkového počtu obetí kyberšikanovania uviedlo, že agresorom bol práve študent z tej istej školy, ale navštevoval buď nižší alebo vyšší ročník. Takýmto spôsobom môžeme poukázať na fakt, že kyberšikanovanie je poväčšine iba prenesená tradičná forma šikanovania do virtuálneho sveta, a preto je veľmi dôležitá intervencia v školských zariadeniach. Túto časť výskumu môžeme porovnať s výskumom, ktorý realizoval Panáček v Českej republike, na tému „*Kyberšikana- aktuálny sociálno patologický jav v prostredí stredoškolskej mládeže*“. Výsledky tohto výskumu sme porovnávali práve v oblasti identifikácie agresora kyberšikanovania podľa obetí kyberšikanovania. Z výskumu Panáčka vyplynulo, že za agresora kyberšikanovania až 28,10% respondentov označilo spolužiaka. V našom výskume 33,97% respondentov označilo za agresora spolužiaka. V oboch výskumoch najčastejšie respondenti označovali za agresorov spolužiakov. Preto si myslíme, že je potrebné zvýšiť prevenciu práve v školských zariadeniach.

V rámci mapovania kyberšikanovania sme sa zamerali aj na prežívanie kyberšikanovania. Obete uviedli, že kyberšikanovanie prežívali veľmi intenzívne. Z celkového počtu kyberšikanovaných až 47,2 % respondentov uviedlo, že keď sa stali obeťou kyberšikanovania pociťovali hlavne zlosť. Medzi najvýraznejšie pocity tiež patrí nervozita, hanba a strach. Môže to súvisieť s tým, že respondenti zverili agresorovi také informácie, o ktoré sa teraz boja, žeby ich mohol zneužiť, prípadne obeť tým môžu byť vydierané. V súvislosti s tým, že dospievajúci trávia na internete veľa času a strápenie na sociálnej sieti môže byť pre nich

tiež veľmi bolestivé, lebo môže byť zničená ich „poveš“ súvisí údaj, že 18,9% respondentov nechcelo chodiť do školy alebo medzi kamarátov, keď sa stali obeťou kyberšikanovania.

Výsledky výskumu orientované na intervenciu kyberšikanovania

Kyberšikanovanie, ako aj iné sociálno- patologické javy potrebuje správne mierenú intervenciu, aby sa znížil výskyt tohto nežiaduceho javu, prípadne sa zmiernili následky. Z výskumu však vyplynulo, že až 46% respondentov odpovedalo, že sa nezdôverilo nikomu, resp. ani keby sa stali obeťou kyberšikanovania, nezdôverili by sa nikomu. Tieto čísla vyjadrujú to, že dospievajúci nevedia aké možnosti intervencie im môžu byť poskytnuté, kvôli malej informovanosti o tejto problematike. V nasledujúcej tabuľke (Tabuľka 3) ponúkame rozdelenie osôb na základe prejavenej dôvery, pričom respondenti si mohli vybrať z viacerých možností.

Tabuľka 3 Rozdelenie osôb na základe prejavenej dôvery

	%	N
Nikomu	46,01	120
rodičom alebo príbuzným	24,3	63
Kamarátom	22,8	57
Učiteľom	4,6	12
Spolužiakom	6,5	17
Partnerovi	10,3	27
Psychológovi	5,7	14
sociálnemu pracovníkovi	1,9	5
Polícii	7,99	21
poskytovateľovi danej služby, resp. administrátorovi	3,4	9
niekomu inému (súrodencom)	0,76	2

Výsledky nášho výskumu by sme mohli v tejto oblasti porovnať s výsledkami výskumu, ktorý realizovala Tomková z výskumného ústavu detskej psychológie a patopsychológie. V roku 2010 realizovala výskum na tému „Dospievajúci v prostredí internetu“, ktorý sa zameriaval na rizika internetu, s ktorými sa môže stretnúť slovenská mládež. Výskumnú vzorku tvorilo spolu 303 žiakov. Z tohto výskumu vyplynulo, že viac ako tretina dospievajúcich (34,6%) sa nikomu nezdôverí s tým, že sa stala obeťou kyberšikanovania a iba 8,9% respondentov by sa zdôverilo s týmto incidentom dospelému (6,9% rodičom, 2% učiteľom). Výsledok výskumu, ktorý je porovnaný s ďalším výskumom svedčí o tom, že je potrebné zvýšiť preventívne opatrenia v tejto oblasti, aby dospievajúci vedeli, čo majú robiť, ak sa stanú obeťou kyberšikanovania.

V rámci prevencie a intervencie sme tiež zisťovali, či študenti boli alebo neboli zapojení do preventívnych programov, či už v školách alebo v rámci neformálneho vzdelávania. Iba 18% respondentov uviedlo, že sa zúčastnili nejakej prednášky, ktorá bola zameraná na kyberšikanovanie. Prednášky resp. vzdelávania proti tradičnému šikanovaniu sa zúčastnilo až 46%, čo je výrazný percentuálny rozdiel.

O dôležitosti prevencie svedčí aj nasledujúci údaj. Zo všetkých respondentov sme vybrali tých, ktorí v otázke o prostriedkoch a častosti uviedli, že sa už stretli s kyberšikanovaním. Z celkového počtu týchto obetí, sa až 88,4% obetí nezúčastnilo žiadnej prednášky, ktorá by

bola zameraná proti kyberšikanovaniu. Počet obetí kyberšikanovania by bol pravdepodobne výraznejšie nižší, keby dospievajúci dobre poznali riziká internetu a vedeli by, akému správaniu sa majú na internete vyhýbať.

Záver

Cieľom tejto práce bolo predstaviť autorský výskum, ktorý sa zameriaval na mapovanie kyberšikanovania u stredoškolských študentov. Autorky v úvode definovali cieľovú skupinu ako rizikovú skupinu, ktorá je ovplyvňovaná sociálno- patologickými javmi, medzi ktoré patrí aj rizikové správanie pri používaní elektronických prostriedkov. Výsledky výskumu boli rozdelené do dvoch častí. V prvej časti boli rozpracované výsledky výskumu, ktoré sa zameriavali na mapovanie javu, kde boli zisťované prostriedky a frekvencia výskytu, ale tiež agresori kyberšikanovania a prežívanie kyberšikanovania. V druhej časti boli rozpracované výsledky, ktoré sa zameriavali na prevenciu a intervenciu tohto javu. Z výsledkov výskumu vyplýva, že táto problematika ešte nie je dostatočne rozpracovaná, s čím súvisí, že kyberšikanovanie sa na stredných školách vyskytuje, ale ešte nie je správne mierená intervencia, ktorá by buď zabránila rozmachu tohto javu alebo znížila dôsledky. Taktiež sú študenti málo zapájaní do preventívnych programov. Iba veľmi nízke percento dospievajúcich má informácie o tom, čo je to kyberšikanovanie, aké ma podoby a ako prebieha. Mladiství sami seba ani nevedeli subjektívne označiť, či už boli alebo neboli obeťou elektronického šikanovania.

Preto musíme jednoznačne apelovať na zvýšenie prevencie v podobe informovanosti študentov. Včasná informácia môžu častokrát pomôcť, aby sa dospievajúci nedostali do takejto situácie. Preventívne opatrenia môžu prebiehať vo formálnom prostredí formou prednášok v školách, môžu byť zaradené do vyučovacích osnov (napr. na informatike-netiketa, ako bezpečne pracovať s internetom), ale tak isto môžu prebiehať prostredníctvom neformálneho vzdelávania pod vedením sociálnych pracovníkov (napr. v rámci neziskových organizácií), ktoré môžu spolupracovať so školami alebo realizovať vlastné workshopy na miestach, kde sa zdržiava veľa dospievajúcich. Pri neformálnom učení ide o definovanie procesu neformálnej výchovy alebo neformálneho vzdelávania z pohľadu učiaceho sa, ktorý sa v konečnom dôsledku učí prostredníctvom nadobúdania a rozvíjania svojich zručností a vedomostí. Neformálne vzdelávanie môže byť umožňované aj prostredníctvom organizácií, ktoré boli vytvorené na doplnenie formálnych systémov vzdelávania (Prücha, Walterová, 2003). Sociálni pracovníci môžu takouto formou pracovať s dospievajúcimi a snažiť sa rozvíjať ich spôsobilosti a vedomosti ohľadom bezpečnej práce s informačno-komunikačnými technológiami, rozvíjať osobnosť dospievajúcich formou uvedomovania si vlastnej hodnoty, učenie základného zlatého pravidla morálky- nerob iným to, čo nechceš, aby iní robili tebe a v konečnom dôsledku ich naučiť akými spôsobmi môžu riešiť to, ak sa stanú obeťou kyberšikanovania.

Autorky prostredníctvom tohto príspevku poukázali na nebezpečenstvá, ktoré súvisia s nezodpovedným používaním internetu, ako aj na to, že kyberšikanovanie ako novodobý sociálno- patologický jav sa na stredných školách vyskytuje. Súčasná generácia dospievajúcich je síce právom označená za on-line generáciu, pretože každodenné používanie elektronických prostriedkov je späté s ich životom, ale riziká, ktoré vyplývajú z nezodpovedného používania ešte nemajú celkom osvojené. Tradičné šikanovanie získalo prostredníctvom médií širší rozmach a obeť už nie je v bezpečí ani doma. Obeťou kyberšikanovania sa však môže stať hocikto, dokonca aj taký jedinec, ktorý v reálnom živote šikanovaný vôbec nebol. Preto je nevyhnutné zvýšiť prevenciu, aby sa dospievajúci vedeli takýmto rizikám vyhýbať.

Použitá literatúra

- BALOGOVÁ, B. 2011. Bezpečný internet v knižnici ako prevencia proti kyberšikanovaniu a závislostiam u detí a dospelých. In *Košické dni sociálnej práce- prevencia sociálnej patológie v prostredí stredných škôl Košického samosprávneho kraja*. Košice : Technická univerzita. s. 65-71. ISBN 978-80-970978-9-9.
- GREGUSSOVÁ, M. – TOMKOVÁ, J. – BALÁTOVÁ, M. 2010. *Dospievajúci vo virtuálnom priestore* [online]. Bratislava : Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie a eSlovensko. [cit. 2013-10-27]. Dostupné na internete: <http://www.zodpovedne.sk/download/vyskumna_sprava_sk.pdf>.
- HANGONI, T. 2009. Sociálny pracovník. In: ONDRUŠOVÁ, Z. a kol.: *Základy sociálnej práce*. Brno. ISBN 978-80-7392-109-5.
- HOLLÁ, K. 2010. *Elektronické šikanovanie- nová forma agresie*, 1. vyd. Bratislava : Iris, 9 s. ISBN 978-80-89256-58-7.
- KOLÁŘ, M. 2011. *Nová cesta k léčbě šikany*. Praha : Portál, 332 s. ISBN 978-80-7367-871-5.
- KONČEKOVÁ, E. 2007. *Vývinová psychológia*. Prešov : Vaška, 311 s. ISBN 978-80-7165-614-2.
- KOWALSKI, R. 2012. *Cyberbullying- bullying in the digital age*. Oxford : Blackweel, 271 s. ISBN 978-1-4443-3480-7.
- LICHNER, V. ŠLOSÁR, D. Násilné a agresívne prejavy v prostredí internetu. In *Násilie v sociálnej práci : Zborník príspevkov z 1. medzinárodnej elektronickej vedeckej konferencie KSP FF UPJŠ s medzinárodnou účasťou konanej v rámci projektu VEGA č. 1/0332/12 Analýza vybraných rizikových faktorov klientskeho násilia v sociálnej práci s dôrazom na prevenciu klientskeho násilia a prípravu sociálnych pracovníkov - Národné zmapovanie výskytu násilia klientov voči sociálnym pracovníkom na Slovensku*. Košice : Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2013. ISBN 978-80-8152-063-1. s. 193-201.
- LIVINGSTONE, S. 2009. *Children and the internet*. Cambridge : Polity press, 272 s. ISBN 13-978-0-7456-3194-3.
- NEZNÍK, P.: Patočka, Leibniz a dejiny filozofie. In: Tholt, P.; Nezník, P.(eds.): *Patočkova a subjektívna fenomenológia a dejiny filozofie*. AFPh 3/2009. Košice : Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach, 2009. 250 s. ISBN 9788070977583 (viaz.), s. 124 - 147
- PANÁČEK, M. 2011. Kyberšikana- aktuálny sociálne patologický jav v prostredí stredoškolské mládeže. In *Košické dni sociálnej práce. Prevencia sociálnej patológie v prostredí stredných škôl Košického samosprávneho kraja. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Košice : Košický samosprávny kraj a Katedra sociálnej práce, FF, UPJŠ, ISBN 978-80-970978-9-9, s. 65-71.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. 2003. *Pedagogický slovník*. Praha : Portál, s.322. ISBN 80-7178-722-8.
- ROGERS, V. 2011. *Kyberšikana. Pracovní materiály pro učitelé, žáky i studenty*. Praha : Portál, 97 s. ISBN 978-80-7367-984-2.
- ŠIMEGOVÁ, M. 2007. *Šikanovanie v školskom prostredí*. Banská Bystrica : Univerzita M. Bela, 115 s. ISBN 978-80-8083-384-8.
- VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatológia pre pomáhajúce profesie*. Praha : Portál, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

Kontakt:

- **Prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc,**
Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach
Filozofická fakulta
Katedra sociálnej práce
eva.ziakova@upjs.sk

- **Mgr. Magdaléna Halachová**
Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach
Filozofická fakulta
Katedra sociálnej práce
magdalena.halachova@gmail.com

- **Bc. Veronika Ševčíková**
Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach
Filozofická fakulta
Katedra sociálnej práce
sevcikova412@gmail.com

Spravodlivosť ako zmysel života v sociálnej práci

Justice as the meaning of life in social work

Dušan Šlosár (SR)

Abstrakt: *Hľadanie spravodlivosti sa prejavuje v jednotlivých oblastiach sociálneho života. Hľadanie spravodlivosti, jej presadzovanie a využívanie v postojovej rovine mnohokrát sú spojené s cieľovou rovinou ľudského snaženia. Otázkou ostáva, či sa spravodlivosť môže stať zmyslom života. V akej podobe by spravodlivosť mohla naplňovať zmysel života.*

Kľúčové slová: *Spravodlivosť. Zmysel života. Život bez spravodlivosti. Spravodlivosť v sociálnej práci.*

Abstract: *The search for justice is reflected in the various fields of social life. Search for justice, the promotion and use of the attitudinal level often associated with the target plane of human endeavor. The question is whether justice can become the meaning of life. How in the sense of justice to sustain life.*

Keywords: *Justice. Meaning of life. Life without justice. Justice in Social Work.*

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 „*Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie*“

V modernej civilizácii majú zdroje a súčasné ciele sociálnej práce na najvšeobecnejšej úrovni pôvod v kresťanstve a v osvietenských liberálnych ideáloch. Každá praktická činnosť v oblasti sociálnej práce má súvislosť s hodnotami. Príklon k hodnotám je pokusom o definovanie normatívneho rámca sociálnej práce ako praktickej činnosti. Medzi proklamované hodnoty v sociálnej práci patrí:

- jedinečnosť každej ľudskej bytosti,
- nárok na slobodu,
- nárok na spravodlivosť,
- povinnosť zodpovednosti voči spoločnosti, ktorá je spojená s nárokom na spoločenskú solidaritu.

Keďže spravodlivosť patrí medzi hodnoty sociálnej práce, môžeme uvažovať nad tým, do akej miery sa spravodlivosť stáva aj zmyslom života, či jeho významným komponentom. V rámci štúdia štruktúry zmyslu života sa rozlišujú tri komponenty podľa Rekeru a Wongu (1988, in: Halama, 2003). Patrí sem:

- kognitívny komponent- týka sa životných postojov, presvedčení a interpretácií životných udalostí. Prejavom tejto schémy je vedomie zmyslu v živote, životný rámec,
- motivačný komponent- týka sa snahy a úsilia o dosahovanie cieľov, naplňovania hodnôt a realizácie zámerov. Jeho dôsledkom je prítomnosť hodnôt a cieľov v živote a zameranosť na ich dosiahnutie,
- afektívny komponent- týka sa pocitov spokojnosti, naplnenosti a šťastia, ktoré súvisia s dosahovaním cieľov, realizáciou hodnôt, ale aj s vedomím zmysluplnosti svojho života.

Súčasťou modelu troch komponentov je aj ich vzájomná súvislosť a ovplyvňovanie. Na základe tohto modelu dospeli k definícii životnej zmysluplnosti, ktorá zahŕňa všetky tri

uvedené komponenty. Podľa nich sa životná zmysluplnosť dá definovať ako „uvedomovanie si poriadku, koherencie a účelu vlastnej existencie, úsilie a dosahovanie hodnotných cieľov a pridružený pocit naplnenia“ (Reker, Wong, 1988, s. 221, in: Halama, 2002, s. 268).

Spravodlivosť je jednou z najvyšších hodnôt v konaní sociálneho pracovníka. Sociálny pracovník má mať veľký zmysel pre spravodlivosť a uplatňovať ju v osobnom a najmä v profesijnom živote. Sociálny pracovník má ponúkať sociálne služby na vysokej úrovni.

Spravodlivosť ako problém v širších spoločenských súvislostiach nachádza zdôvodnenie v sociálnych vedách, predovšetkým v etike, v právnych vedách, v teórii politiky, ale aj v právnej, sociálnej a politickej filozofii, v axiologických disciplínach, sociologických teóriách, ktoré sú zamerané na ľudské konanie. Morálny problém spravodlivosti je na jednej strane komplementárny ku právnomu a politickému. Na druhej strane problematiku spravodlivosti chápu z rozdielnych pozícií.

Ďalším zo základných normatívnych systémov pre oblasť spravodlivosti je právo. Na rozdiel od morálnych noriem sú právne vzťahy medzi štátom ako nositeľom štátnej (právnej) moci a občanmi alebo inými subjektmi práva, právnickými osobami, pôsobiacimi v rámci občianskej spoločnosti upravené právnymi normami. Právne normy sú vyjadrené v štátom stanovenej alebo uznanej forme. Právo vytvára spoločenský rámec individuálneho ale aj kolektívneho konania. Definovať spravodlivosť je veľmi náročné, pretože spravodlivosť je viacdimeziálna. Je priesečníkom etického, právneho i politického aspektu. Ľudská spravodlivosť je obmedzenou spravodlivosťou. Spôsobuje to, že sa tvorí na hranici objektívneho a subjektívneho chápania spravodlivosti ako takej.

Sokrates stotožňoval spravodlivosť s múdrosťou a poznaním. Nespravodlivosť a spravodlivosť nezávisela podľa neho od ľubovôle jednotlivca. Spravodlivosť možno merať iba rozumom, ktorý zaručuje objektívnu platnosť poznania a objektívnu správnosť konania. S problematikou spravodlivosti sa zaoberali aj Platón a Aristoteles ich chápanie práva a spravodlivosti je poznačené naturalistickým chápaním. Riešenie problému spravodlivosti Platónom a Aristotelom je zdrojom i pre jeho riešenie v súčasnosti. Problémom podstaty spravodlivosti sa zaoberal Platón v diele Ústava (Politeia), Štátnik (Politikos), Zákony (Nomoi). Platónova Ústava je považovaná za prvé systematické skúmanie, v ktorom tematizoval takmer všetky základné sociálno-filozofické otázky, predovšetkým problém spravodlivého sociálneho poriadku. Východiskom Platónovej etiky sa stalo učenie o duši. Spravodlivosť je jednotou základných občianskych cností múdrosti, statočnosti a umiernenosti.

Podstatou Platónovej spravodlivosti je vnútorná harmónia a poriadok. Svojou koncepciou vytvára model, ktorý nevytvára človek, ale sa mu prispôsobuje.

Aristoteles obohatil dovtedajšie chápanie spravodlivosti a to tým, že rozlišuje spravodlivosť v dvoch rovinách a to spravodlivosť zákonnú a spravodlivosť etickú. Spravodlivosť subjektívna je etickou, čiastočnou spravodlivosťou, ktorú stotožňuje s rovnosťou. Etickej, čiastočnej spravodlivosti a právu, ktoré jej zodpovedá priraduje dva druhy spravodlivosti. Rozdeľovacia a vyrovnávaciu spravodlivosť. Obidve sú rovnosťami. Rozdeľovacia spravodlivosť nepredpokladá predchádzajúci stav rovnosti. Preto má konštitutívny charakter. Rozdeľovacia spravodlivosť sa týka rozdeľovania pôct, peňazí alebo hodnôt, ktoré je možné rozdeliť medzi občanov štátu. Ide o tzv. občiansku alebo politickú spravodlivosť. Vyrovnávajúca spravodlivosť sa zase týka jednotlivcov a ich vzájomného styku, ktorý môže byť dobrovoľný alebo nedobrovoľný. Dobrovoľný styk sa uskutočňuje všade, kde zákon dáva ľuďom voľnú ruku, napr. pri kúpe, predaji, zakladá sa teda na zmluvnom pomere. Nedobrovoľný styk spadá pod kritéria trestného práva ako napr. krádež, lúpež, poškodenie cudzieho majetku.

Aristoteles sa venuje problému štátu, právu spravodlivosti pozornosť v Politike a v Etike Nikomachovej, jeho hlavným zámerom je analýza morálneho správania, konania človeka, ľudí v spoločnosti. Aristoteles sa zameriava predovšetkým na etickú problematiku, blaženosť

je preňho nielen obsahom, ale aj cieľom života, v dosiahnutí blaženosti vidí hlbší zmysel ako etický. Na rozdiel od blaženosti, ktorá má svoj základ v prirodzenosti celého tvorstva, cnosti spája s rozumom, účasť rozumu na každej z cností je rozdielna, podľa toho rozlišuje medzi rozumovými a mravnými cnosťami. Spravodlivosť je etickou cnosťou. Spravodlivosť nie je len vlastnosťou človeka, ale predstavuje normu spravodlivého, resp. nespravodlivého konania, je chápaná v zmysle subjektívnom i objektívnom. Objektívnu spravodlivosť stotožňuje s právom.

V období stredoveku na Platóna nadväzoval Augustín Aurélius a na Aristotela Tomáš Akvinský. V období novoveku sa problematikou spravodlivosti zaoberali napr. T. Hobbes, J. Lock a I. Kant.

T. Hobbes v Leviathanovi zastával názor, že spoločenská zmluva je výsledkom bezbrannosti jedinca. Podľa neho v spoločnosti, kde je človek človeku vlkom, je potrebná existencia moci, ktorá by dokázala zaručiť jeho prirodzené práva a uchrániť ho pred násilím iných ľudí. Ľudia uzavierajú spoločenskú zmluvu o vytvorení štátu, ktorý im zabezpečí a ochráni ich práva.

J. Lock o spravodlivom používaní bohatstva uvažuje až vtedy, keď sa vytvoril mechanizmus, ktorý zaručoval výkon vlastníckych práv. Právo a spravodlivosť sú ohrozované zvnútra, ak sa jednotlivci pokúšajú prekročiť zákon, ale aj zvonku, v súvislosti s bezzákonnosťou v medzinárodnom spoločenstve. Zárukou spravodlivosti je štát, existencia ktorého je výsledkom spoločenskej zmluvy.

Pre liberalizmus 17. storočia sú charakteristické rôznorodé spoločenské a politické koncepcie. Ucelenejšiu podobu nadobúda liberalizmus 18. a 19. storočia. Princíp utility je základným predpokladom morálky, zákonodarstva a práva. Utilitarizmus predstavuje ako etickú, tak aj právo-politickú pozíciu, v ktorej sa morálna obhajoba činov orientuje na prospech užitočnosti. Konanie ľudí sa hodnotí na základe dôsledkov, ku ktorým vedú.

Spravodlivosť ako princíp sociálnej politiky patrí k rozhodujúcim a základným princípom. Vnímanie sociálnej spravodlivosti širokými vrstvami spoločnosti je čisto subjektívne. Je vystavené silným tlakom vonkajších vplyvov a záujmov. Spravodlivosť má svoje objektívne stanovené hranice prostredníctvom myšlienok humanizmu.

Pojem sociálnej solidarity je viacrozmerový. Obyčajne sa spravodlivosť stavia proti nespravodlivosti /krivde, bezpráviu/. Pokladá sa za mravnú a náboženskú hodnotu a meriame ňou medziľudské vzťahy. Solidarita vyžaduje solidárne správanie každého so všetkými.

Spravodlivosť sa vo všeobecnosti uvádza buď ako právna alebo sociálna. Právna súvisí s právnymi normami a sociálna s pravidlami, na základe ktorých sa v spoločnosti rozdeľujú a prerozdeľujú predpoklady a prostriedky verejného blahobytu medzi jednotlivé subjekty.

Sociálna starostlivosť sa nedá absolútne kategoricky vymedziť. Pri jej vymedzení pomáhajú čiastkové princípy ako princíp výkonový, princíp rovnosti, súladu medzi vstupmi a výstupmi, rovnakých príležitostí, či princíp potrebnosti.

Od konkrétnej sociálnej situácie závisí, ktorý z uvedených čiastkových princípov je závažnejší. V súčasnej etape transformácie je jednoznačné, že prioritu má výkonový princíp /zásluhovosť/. Slabá sociálna situácia veľkej časti obyvateľstva nás ale núti nezabúdať na princíp potrebnosti.

Ako vidíme, pri princípe sociálnej spravodlivosti je vhodná kombinácia rôznych čiastkových princípov v rôznych odboroch sociálnej politiky. Podľa konkrétnej situácie môže uprednostňovať s určitým časovým obmedzením určitý čiastkový princíp.

Princípy zamerané na sociálnu prácu v praxi vyjadrujú vzťah sociálnych pracovníkov ku klientovi. Tieto princípy vyjadrujú spravodlivosť, ktorú sociálni pracovníci uplatňujú vo svojej práci voči všetkým klientom, ale aj ďalším ľuďom. Ide o tieto princípy:

1. Vedomosti, zručnosti a skúsenosti musia byť pozitívne používané na prospech všetkých častí obce a komunity.
2. Vážiť si klientov ako individuálne osobnosti a chrániť ich dôstojnosť a práva.

3. Meniť predsudky a netolerovať predsudky ostatných pre pôvod, rasu, spoločenské postavenie a status, pohlavie, sexuálnu orientáciu, vek, zdravotné postihnutie, vieru alebo preto, akým prínosom je pre spoločnosť.
4. Ponechať plnú moc klientom, aby sa zúčastňovali na rozhodovaní a stanovení potrebných služieb.
5. Prejavovať trvalý záujem o klienta, ktorému môžu byť oporou, i keď nie je možné mu pomôcť alebo kde je nutné, aby sa bránil sám.
6. Profesionálna zodpovednosť má prednosť pred osobným záujmom.
7. Zodpovednosť za štandardnú úroveň služieb a za ďalšie vzdelávanie a výcvik.
8. Spolupracovať s ostatnými v záujme klientov.
9. Objasňovať verejnosti, či sa jedná v osobnom záujme klienta alebo organizácie.
10. Podporovať potrebné etnické a kultúrne odlišnosti v službách (v ich forme a organizácii).
11. Dodržiavať dôvernosť informácií a zverejniť ich len so súhlasom klienta alebo výnimočne ako dôkaz vážneho nebezpečenstva.

12. Snažiť sa o také podmienky v zamestnaní, ktoré by umožnili dodržiavať tieto princípy.

V tomto rozsahu sa spravodlivosť stáva súčasťou života sociálnych pracovníkov. Pre naplnenie poslania sociálnej práce je potrebné ich znútornenie a zaradenie do základnej výbavy. Do akej miery sa takto nastavená spravodlivosť stane aj zmyslom života, závisí od prepojenia sociálneho pracovníka so systémom pomoci a jeho obsahovými prvkami. Teda rozdiel medzi chápaním sociálnej práce ako profesie a jej formálnym plnením.

Vo vyspelých krajinách sa sociálna spravodlivosť chápe ako výsledok usilovnosti jednotlivca. Súčasne aj ako jeho vôľa pomôcť slabším, chorým, nezamestnaným, sociálne odkázaným. Princíp sociálnej spravodlivosti treba chápať ako relatívny, na ktorý pozeráme z viacerých hľadísk.

Použitá literatúra

- BALOGOVÁ, Beáta .2005. Vybrané kapitoly zo sociológie pre sociálnych a charitatívnych pracovníkov a pracovníčky. Prešov : PBF. 75 s. ISBN 80-8068-395-6.
- BARTOŠ, R. 2012. *Sociálne prostredie delikventnej mládeže*. Ružomberok: PF KU, 165 s.
- BAŠISTOVÁ, A. – STANKOVIČ, L. 2012. Vybrané kapitoly z manažmentu pre sociálnu prácu. Košice, VÚSI, spol. s r.o., Vydanie prvé. 2012. 120s. ISBN 978-80-89383-19-1.
- FABIAN, A. - KUBUŠOVÁ, B. Zmysel života a identita adolescentov v súvislosti s religiozitou a spiritualitou. In ŽIAKOVÁ, E. - ŠLOSÁR, D. (eds.). *Sociálna práca - cesta k zmyslu života. Košické dni sociálnej práce : zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 06.12.2012 v Košiciach*. Košice : Katedra sociálnej práce FF UPJŠ Košice, 2013. ISBN 978-80-8152-012-9. s. 42 - 50.
- FRK, V., KREDÁTUS, J. *Komunikácia v personálnej a sociálnej praxi*. Prešov: Vydavateľstvo Cuper, 2002, 143 s. ISBN 80-8889-25-X
- HALACHOVÁ, M. - ŽIAKOVÁ, E. 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, 2010. ISBN 978-80-970543-1-1. s. 128-137.
- HANGONI, T. 2009. Sociálny pracovník. In: ONDRUŠOVÁ, Z. a kol.: *Základy sociálnej práce*. Brno. ISBN 978-80-7392-109-5.
- KOČIŠOVÁ Agnesa, KRÁLIKOVÁ Viera, ŠIŇANSKÁ Katarína. 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.

LEVICKÁ, Jana. 2003. *Metódy sociálnej práce*. Trnava : TU, 122 s. ISBN 80-8907438-3

LICHNER, V. – ŽIAKOVÁ, E. Internet-mediated Communication as a Modern Social Phenomenon. In *QUAERE 2013 : recenzovaný zborník príspevků vědecké interdisciplinární mezinárodní vědecké konference doktorandů a odborných asistentů* [CD-ROM]. Hradec Králové : MAGNANIMITAS, 2013, s. 1493-1502. ISBN 978-80-905243-7-8.

LOVAŠOVÁ Soňa. 2009. Násilie v práci s.94-99 In: *Drogová prevencia v sociálnej práci*. Košice : KSK, 141 s., ISBN 978-80-970251-8-2.

LUKÁČ, Marek. 2001. Negramotnosť a gramotnosť v meniacom sa svete. In *Vzdelávanie dospelých*, roč. VI, č. 1. ISSN 1335-2350.

MATOUŠEK, O.: *Metódy a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 352. ISBN-80-7178-548-2.

NEZNÍK, P.: Patočka, Leibniz a dejiny filozofie. In: Tholt, P.; Nezník, P.(eds.): *Patočkova a subjektívna fenomenológia a dejiny filozofie*. AFPh 3/2009. Košice : Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach, 2009. 250 s. ISBN 9788070977583 (viaz.), s. 124 - 147

STRIEŽENEC, Š.: *Úvod do sociálnej práce*. Trnava: AD, 1999. ISBN 80-967589-6-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3

ŽIAKOVÁ, E. et al. 2005. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. Prešov : Akcent Print. ISBN 80-969274-2-6.

Kontakt:

Dušan Šlosár, Doc., JUDr., Mgr., PhD.
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ Košice
E-mail: dusan.slosar@upjs.sk

Przestrzeń do refleksji - superwizja pracy socjalnej

Sylwia Drozd 1 (PL)

Streszczenie *Superwizja w polskiej pracy socjalnej jest zjawiskiem nowym. Pierwszą inicjatywę wprowadzenia superwizji do programów doskonalenia kadr pomocy społecznej podjęli pracownicy Departamentu Szkolenia Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej w roku 1993. Dotychczas wdrożono ją sporadycznie, najczęściej w dużych Ośrodkach Pomocy Społecznej, a związane to było najczęściej z ograniczonymi możliwościami finansowymi. Powyższy stan rzeczy związany był również z brakiem regulacji prawnych w tym zakresie, które gwarantowałyby pracownikom socjalnym prawo do korzystania z poradnictwa superwizora pracy socjalnej. Sytuacja zmieniła się wraz z wejściem w życie Ustawy z dnia 18 marca 2011r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zmiana ustawy wprowadziła regulacje w zakresie korzystania przez pracowników z wsparcia w formie superwizji.*

Superwizja w pomocy społecznej jest rozumiana jako wyższego stopnia forma poradnictwa dla pracownika socjalnego, która ma na celu zachowanie i wzmocnienie kompetencji zawodowych, utrzymanie wysokiego poziomu świadczenia usług oraz przeciwdziałanie zjawisku wypalenia zawodowego. Artykuł jest próbą określenia stanu wiedzy i oczekiwań pracowników systemu pomocy społecznej w zakresie superwizji na podstawie analizy badań prezentowanych w literaturze przedmiotu.

Słowa kluczowe: *superwizja w pracy socjalnej, superwizor, praca socjalna, pomoc społeczna*

Abstract: *Summary of Polish Supervision in social work is a new phenomenon . The first initiative to introduce supervision to staff development programs, social welfare workers took the Training Department of the Ministry of Labour and Social Policy in 1993. So far it has been implemented sporadically , usually in large Centres for Social Welfare , and this was associated most often with limited financial resources. This state of affairs was also associated with a lack of regulation in this area , which would ensure social workers the right to use the counseling supervisor of social work . The situation changed with the entry into force of the Act of 18 March 2011. Act on social assistance and the Act on healthcare services financed from public funds. Change Act introduced regulations for the use by workers of support in the form of supervision.*

Supervision in social assistance is understood as a form of higher degree of guidance for social workers , which aims to preserve and strengthen the professional competence to maintain a high level of performance and to counteract the phenomenon of burnout . This article is an attempt to determine the state of knowledge and expectations of employees welfare system in the field of supervision on the basis of studies presented in the literature.

Keywords: *supervision in social work supervisor , social work , social assistance*

Cel

Artykuł jest próbą określenia stanu wiedzy i oczekiwań pracowników systemu pomocy społecznej w zakresie superwizji. Zwrócenia uwagi na nowe inicjatywy podnoszenia kompetencji zawodowych jak również określenia przydatności superwizji w profesjonalizacji kadr instytucji pomocy i integracji społecznej. Praca powstała w oparciu o analizę wyników badań prezentowanych w literaturze przedmiotu.

Definicje, funkcje i formy superwizji w pracy socjalnej

System socjalny powinien redystrybuować zasoby materialne i pozamaterialne wśród

jednostek i grup społecznie i ekonomicznie najsłabszych, tak aby wyrównywać szanse życiowe każdego obywatela. Działalność tego systemu powinna opierać się na zasadzie solidarności państwa, części społeczeństwa z tymi jednostkami i grupami, które są w gorszym położeniu. (Frączek 2012)

Praca w obszarze pomagania drugiemu człowiekowi stanowi źródło satysfakcji zawsze wtedy, kiedy osiąga się cele zakładane w procesie pomagania. Osoba pomagająca – terapeuta, pracownik socjalny, pedagog, wychowawca itp. – czerpie wtedy zadowolenie i ma poczucie sensu swoich zawodowych poczynań. Jednakże każdej osobie pomagającej zdarzają się trudni pacjenci/klienci oraz trudne sytuacje z nimi związane. Superwizja to wzajemna wymiana doświadczeń, przemyśleń, rozważań nad źródłami trudności w pracy z rodziną, szukaniem istoty problemu, odkrywaniem nowych rozwiązań. „Superwizja w kontekście pracy socjalnej określana jest jako szczególna metoda usprawniania realizacji celów instytucji pomocy społecznej i profesjonalnego doskonalenia pracowników socjalnych” (Szmagalski, 2005).

W myśl art. 121a Ustawy z dnia 18 marca 2011r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2011r., poz.440)z dniem 01 stycznia 2014 roku pracownicy socjalni nabędą prawo do korzystania z usług wybranego przez siebie superwizora. Choć na gruncie prawa materialnego zapis ten swój byt rozpocznie dopiero 31 grudnia 2013r., to wydaje się celowe, by już teraz krótką refleksją objąć kwestię superwizji pracy socjalnej.

W polskiej literaturze nie ma zbyt wielu publikacji na ten temat, a istniejące odwołują się najczęściej do koncepcji superwizji przedstawianej przez Alfreda Kadushina z lat siedemdziesiątych oraz Brigid Proctor, która wydała liczne publikacje z tej tematyki. Badanie dokumentów źródłowych pokazuje jednak, że sama praca socjalna jak i jej superwizja rodziły się niemal jednocześnie. Korzenie sięgają 1878 roku, kiedy to podczas zjazdu Stowarzyszeń Organizacji Charytatywnych (Charity Organization Societies – COS) w Buffalo w Stanach Zjednoczonych, po raz pierwszy

przedstawiono pola koncepcji superwizji (Tsui Ming-sum, 2004, s.1-4) można by je opisać jako, administracyjne, edukacyjne i wspierające.

Mimo upływu lat podobne funkcje superwizji w pracy socjalnej przedstawiają Kadushin (Kadushin, Larkness, 2002) i Proktor (Proctor,1987)

Tabela nr 1 Funkcje superwizji wg. Kadushin i Proctor

Alfred Kadushin 1976	Brigid Proktor 1987
Superwizja administracyjna (menedżerską): uczestnictwo w opracowaniu polityki i procedur wspierających działanie placówki, koordynacja działań pracowników w placówce oraz w środowisku	Superwizja normatywna: utrzymanie standardów zawodowych i zarządczych
Superwizja wspierająca/wspomagająca: pomoc pracownikowi w radzeniu sobie ze stresem, traumatycznymi przeżyciami, obciążeniem w pracy (za: Szmagalski, 2005).	Superwizja wzmacniająca: wsparcie i zmniejszenie stresu

Superwizja edukacyjna: doskonalenie kadry poprzez szkolenie dostosowane do potrzeb i problemów danego pracownika	Superwizja formalna: rozwój, wiedzy, postaw i umiejętności niezbędnych do pracy
---	--

Źródło: opracowanie własne

Obaj autorzy zwracają uwagę, że w praktyce mogą wystąpić trudności w pogodzeniu przez superwizora wymienionych tu funkcji (np. administracyjnej i wspierającej).

Nieco inną klasyfikację funkcji superwizji zaproponowali P. Hawkins i R. Shohet. Wyróżnili oni funkcję:

- menedżerską – gdzie superwizor staje się bezpośrednim zwierzchnikiem superwizanta,
- autorską – superwizor w roli indywidualnego opiekuna nad procesem rozwoju kształcenia pracownika,
- szkoleniową – superwizor jest odpowiedzialny za przebieg i rezultaty kształcenia praktycznego pracownika,
- autorską – superwizor w roli indywidualnego opiekuna w procesie rozwoju kształcenia pracownika,

Niemal po dzień dzisiejszy trwają dyskusje nad tym, który z wymienionych obszarów powinien dominować w procesie superwizyjnym obejmującym pracę socjalną.

Obecnie superwizja to „doradztwo dla jednostek, grup i zespołów funkcjonujących w środowisku pracy. Służy ona usprawnianiu kompetencji zawodowych i osobistych oraz optymalizuje jakość pracy zawodowej” (Szmagałski, 2005, s.13). Bardziej szczegółowa definicja wskazuje, że superwizja „...jest metodą szkolenia i wzbogacania kompetencji w zawodach i funkcjach polegających na pracy z ludźmi, w których metodyczne działanie w interakcjach pomiędzy jednostkami jest ważnym aspektem wykonywania zadań zawodowych. Główne zadanie superwizji polega na uczeniu analizy problemów” (Szmagałski, 2005, s.13). Odnosząc te definicje do pracownika socjalnego i pracy socjalnej należy przyjąć, iż na gruncie praktyki socjalnej superwizję należy traktować jako: metodę zwiększania efektywności działań pracowników socjalnych oraz metodę doskonalenia zawodowego. Celem superwizji jest pomoc pracownikowi socjalnemu w przyjrzeniu się jego własnemu doświadczeniu w pracy z rodziną, ewentualnym przeszkodom w kontakcie w nią, jak również zapewnienie wysokiej jakości świadczonej pracy socjalnej.

Analiza badań przeprowadzonych w latach 2012-2013 przez Wyższą Szkołę Pedagogiczną TWP w Warszawie, realizującą projekt *Stworzenie standardu „Superwizja pracy socjalnej”* na zlecenie Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich z inicjatywy Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej i przy wykorzystaniu środków z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Tabela nr. 2 Metoda, techniki i obszar badań

W badaniu udział wzięło 2050 pracowników zatrudnionych w różnych podmiotach pomocy społecznej z terenu całej Polski Feminizacja zawodu i próby: 1817 kobiet (88,6% próby) oraz 233 mężczyzn (11,4% próby). Wysoki poziom wykształcenia: 1526 osób (74,4%) legitymuje się wyższym wykształceniem (licencjat i magisterium).	Metoda sondażu diagnostycznego, technika ankiety wspomaganą internetowo (CAWI) i narzędzie w postaci kwestionariusza ankiety, uwzględniającego 44 pytania.
--	--

Jedynie 48 osób (2,3%) legitymuje się zakończeniem edukacji po szkole średniej (z maturą).	
badaniu wzięło udział 222 kierowników jednostek pomocy społecznej z terenu całej Polski	

Źródło: opracowanie własne

Wśród ankietowanych instytucji dominowały gminne ośrodki pomocy społecznej. Stanowiły one nieco ponad 44% wszystkich badanych instytucji. Niespełna 25% to miejskie ośrodki pomocy społecznej, ponad 18% miejsko-gminne ośrodki oraz niespełna 9% to inne (takie jak: CIS, KIS, DPS).

Tabela nr 4. Typ ośrodka/instytucji, objęty badaniem

Czy w twojej instytucji realizowana jest superwizja pracy socjalnej	Rodzaj ośrodka			
	GOPS	MOPS	MGOPS	PCPR
TAK	9,3 %	35,2 %	12,5 %	15,8 %
NIE	90,7 %	64,8 %	87,5 %	84,2 %
RAZEM	100 %	100 %	100 %	100 %

Źródło: Niesporek (2013)

Superwizja pracy socjalnej prowadzona jest w 18 % badanych instytucji. Jest prowadzona przede wszystkim w Miejskich Ośrodkach (35,2%). Najrzadziej prowadzi się ją w GOPS-ach.

Wiedza, doświadczenia i przekonania pracowników socjalnych na temat superwizji na podstawie wyników badań prof. Arkadiusza Karwiackiego

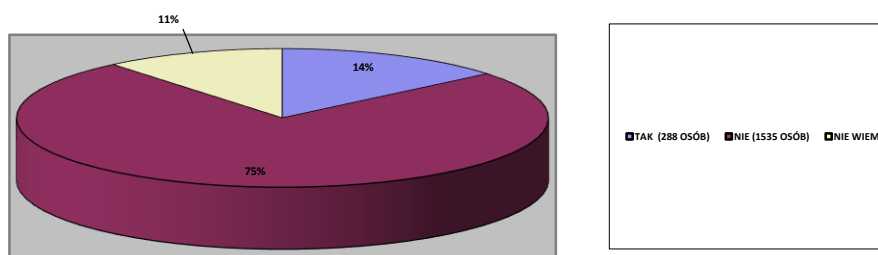
Ważnym jest, jak pojęcie superwizji definiują sami pracownicy socjalni. Ankietowanych poproszono o określenie superwizji pracy socjalnej. Poniżej odpowiedzi respondentów, które pojawiały się najczęściej:

- Superwizja jest formą, metodą doskonalenia umiejętności i kompetencji zawodowych, podnoszenia jakości świadczonych usług
- Superwizja jest relacją interpersonalną mającą na celu wsparcie poznawcze, emocjonalne, rozwój, pomoc w rozwiązywaniu problemów
- Superwizja powinna wspierać i edukować a generalnie pomagać w radzeniu sobie ze stresem zawodowym - obciążeniami w pracy pracowników socjalnych
- Kilkuosobowa debata na temat rozwiązania złożonego problemu
- Superwizja jest ważnym narzędziem zwiększania efektywności pracy i rozwoju Zawodowego pracowników pomocy społecznej. Jest to zorganizowana działalność zmierzająca do oceny przydatności pracownika do organizacji oraz duża pomoc w wykonywanej przez niego pracy
- Jako narzędzie służące pomocy a nie kontroli
- Jako pomocne narzędzie w pracy socjalnej, wzajemna wymiana poglądów, problemów, pomoc i wsparcie w prowadzeniu trudnych środowisk regularne spotkania z superwizorem mające na celu wymianę spostrzeżeń,

- To konsultacje kierownika ośrodka i pracowników socjalnych w których omawiane są sprawy związane z przebiegiem ich pracy z przypadkami i sposoby rozwiązywania trudności, które w tej pracy powstają, to także wsparcie emocjonalne i psychologiczne zapobiegające wypaleniu zawodowemu.

Pracownicy w bardzo różnorodny sposób definiują pojęcie superwizji. Są to zarówno profesjonalne działania przypisane superwizorowi jak również koleżeńską pomoc.

Wykres nr 1, Czy w Twoim Ośrodku prowadzona jest superwizja?

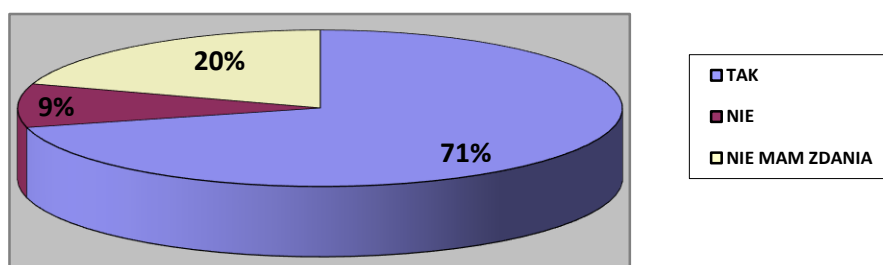


[N=2050]

Źródło: Karwacki (2013)

Tylko w 14 % OPS jest prowadzona superwizja (są to w większości: nieformalne porady, sesje indywidualne i grupowe, wsparcie psychologiczne) a 11% badanych pracowników nie posiada wiedzy na ten temat.

Wykres nr 2 Czy superwizja powinna być obecna w instytucjach pomocy i integracji społecznej? [N=2050] pracownicy odpowiedzieli odpowiednio



Źródło: Karwacki (2013)

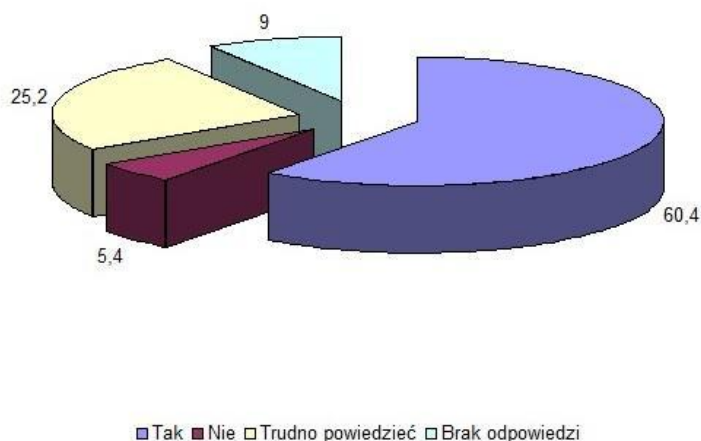
71% ankietowanych twierdzi, że superwizja powinna być wprowadzana do instytucji (1466 osób). 178 osób stanowiących niespełna 9 % badanych zdecydowanie nie chce by superwizja trafiła do OPS. Co piąta osoba nie ma na ten temat zdania. Te same osoby 56 % (1149) opowiedziały się za tym, by była dobrowolna, natomiast 16,7 % by była obowiązkowa.

Potrzebę wprowadzenia superwizji deklaruje 66,7% pracowników instytucji, w których do tej pory nie realizowano superwizji. Te same osoby wymieniają obszary dla których warto ją wprowadzić i są to odpowiednio:

- podniesienie jakości świadczonych usług
- zwiększenie efektywności pracy
- obiektywne spojrzenie na problem wsparcie w trudnych przypadkach
- profesjonalizacja
- forma podniesienia kwalifikacji
- przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu

Budujące jest jednak to, że chęć w szkoleniach z zakresu superwizji deklaruje ponad 60% respondentów, pełniących kierownicze stanowiska w instytucjach pomocy.

Wykres nr 3 Czy Państwa ośrodek/instytucja jest zainteresowana uczestnictwem w szkoleniach z zakresu wspierania kompetencji superwizyjnych pracowników pomocy i integracji społecznej? [N=222]



Źródło: Niesporek (2013)

Z badań wynika, iż zdecydowana większość pracowników socjalnych i kierowników Ośrodków pomocy społecznej nie miała wcześniej kontaktu z superwizją, ale istnieje duże zapotrzebowanie na zdobywanie wiedzy z tej dziedziny.

Wnioski

Historycznie superwizja miała charakter nadzorczo-administracyjny. Spełniała również funkcję koordynacyjną całości pracy wykonywanej przez podległą superwizorowi instytucje. Wynika z tego, że superwizorem był zwyczajowo zwierzchnik osób superwizowanych. Na początku XX wieku nastąpiła zmiana podejścia do superwizji przez co stała się ona udzielaniem merytorycznego i metodycznego wsparcia pracującym w zawodach związanych z pomaganiem. Zaczęto kłaść nacisk na kwestie relacji pomiędzy udzielającym pomocy a osobą wymagającą wsparcia. Koncentrowano się na umiejętnościach diagnozowania podopiecznego z poziomu rozumienia jego motywacji (przyczyn stanu rzeczy), jego myśli i uczuć, analizie zachowań. Porządkując rozważania terminologiczne można powiedzieć, że superwizja obecnie to metoda wspomaganie, kształcenia i kontrolowania, stosowana w służbach społecznych dla poprawy jakości ich pracy. Do jej najważniejszych zadań należą: „poszerzanie wiedzy pracowników i doskonalenie ich umiejętności zawodowych, poprawa bieżących efektów pracy (poradnictwo superwizyjne), systematyczny nadzór nad działalnością pracowników i efektami ich pracy, budowanie więzi w zespołach pracowniczych dzięki lepszemu wzajemnemu poznaniu i rozwiązywaniu konfliktów, poprawa przepływu informacji, większa skuteczność wewnętrznej komunikacji w zespole pracowników, wsparcie psychologiczne pracowników zapobiegające wypaleniu zawodowemu” (za B. Szatur-Jaworska)

Celem niniejszego tekstu była próba określenia stanu wiedzy i oczekiwań pracowników systemu pomocy społecznej w zakresie superwizji. W przededniu określenia standardów superwizji w pomocy społecznej zwrócić uwagi na nowe inicjatywy podnoszenia kompetencji zawodowych jak również określenia przydatności samej superwizji.

Analiza materiału empirycznego skazuje, iż kierownicy instytucji pomocy społecznej oraz ich pracownicy nie mają należytej wiedzy z zakresu superwizji. Ponad połowa badanych nie miała kontaktu z tą formą wsparcia. Obie grupy wskazują że superwizja jest potrzebna, potrafią wymienić jej zalety i wyrażają chęć uczestnictwa w różnego rodzaju szkoleniach z tej tematyki. Ważne, byśmy w okresie oczekiwania na opracowanie standardów superwizji w pracy socjalnej podejmowali dyskusje nad jej kształtem, celami, zasadami jednocześnie oswajając się z tą nową formą wsparcia dla „fachowych pomagaczy”.

Piśmiennictwo

1. ALONSO A. (2000), *On Being Skilled and Deskilled as a Psychotherapy Supervisor*, Journal of Psychotherapy Practice and Research.
2. ARONSON E. (1994), *Psychologia społeczna*, Warszawa
3. De ROBERTIS Ch. (1998), *Metodyka działania w pracy socjalnej*, przeł. G Karbowska, BPS Śląsk, Katowice
4. De ROBERTIS Ch., Pascal H. (1999), *Postępowanie metodyczne w pracy socjalnej z grupami i ze społecznościami*”, przeł. G Karbowska, BPS Śląsk, Katowice
5. FRACZEK P. (2012) *Pomoc społeczna na podkarpaciu*; „Praca socjalna” nr 2/2012, IRSS Warszawa
6. KADUSHIN A., Daniel Larkness, “*Supervision in Social Work*”, Columbia University Press 2002; „*Friendly Visiting among the Poor: A Handbook for Charity Worker*” Mary Ellen Richmond, New York
7. KRZYSZKOWSKI J.(1998), *Elementy organizacji i zarządzania w pomocy społecznej*, Warszawa
8. MARSZAŁKOWSKA M. (2005) *Standardy pracy socjalnej. Raport końcowy. Analiza zasobów*. Projekt realizowany w ramach grantu TF052685 Poakcesyjnego Projektu Pomocy dla Obszarów Wiejskich (PARSP) dostęp: <http://www.mpips.gov.pl/userfiles/File/mps/standardyps.pdf>
9. NECKI Z.(2000), *Komunikacja międzyludzka*”, Kraków
10. NOCUŃ A.W, SZMAGALSKI J.(1998), *Podstawowe umiejętności w pracy socjalnej i ich kształcenie. Porozumiewanie się, rozwiązywanie problemów i konfliktów*, BPS Śląsk, Katowice
11. OLEKSYN T.(2010), *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa
12. REYES Alfred, J. M. (2008). *Common space, safe place: Lived experiences of former settlement house participants from the West Town and Humboldt Park neighborhoods of Chicago* Dissertation Abstract International, 69(5);
13. POCZTOWSKI A.(2007), *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy – metody*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa
14. SZATUR-JAWORSKA B., Superwizja i kierowanie superwizyjne, dostęp: http://www.ips.uw.edu.pl/pliki/podyplomowe/podyplomoweSNoPiPS/dlastudentow/superwizja_w2-BSJaworska.pdf
15. SZMAGALSKI J.(2005) (red), *Superwizja pracy socjalnej. Zastosowania i dylematy*, Warszawa
16. TSUI Ming-sum,(2004) *Supervision context and concepts*, Sage, London
17. ZUBA R., *Po co nam superwizja* [w]: www.terapia.rubikon.pl

Mgr Sylwia Drozd

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

Email: sylwiadrozd@interia.eu

Kompetencie sociálneho pracovníka v práci s ľuďmi s mentálnym postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb

Tatiana Žiaková, Dušan Šlosár (SR)

Abstrakt *Prezentovaný článok poukazuje na problematiku životných podmienok ľudí s mentálnym postihnutím ako užívateľov sociálnych služieb. Následne po stručnom obsiahnutí problematiky, autorka sa v článku zameriava na predstavenie empirickej analýzy, ktorej cieľom je skúmanie kompetencií sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré poskytujú starostlivosť pre ľudí s mentálnym postihnutím v Košickom kraji.*

Kľúčové slová: *kompetencie sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky, ľudia s mentálnym postihnutím, socializácia, bariéry, empirická analýza.*

Abstract: *The contribution addresses the issues of living conditions of people with intellectual disabilities as users of social services. Following a brief analysis of the issue, the author of the article focuses on the introduction of empirical analysis aimed at examining competencies of social workers in social services that provide care for people with intellectual disabilities in the Kosice region.*

Key words: *competence of social worker, people with intellectual disabilities, socialization, barriers, empirical analysis.*

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 „*Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie*“

Zámerom článku je poukázať na fakt, že je tu opodstatnená potreba vypracovať analýzu o kompetenciách sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky v práci s dospelými ľuďmi s mentálnym postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb. Tento zámer sme si stanovili s jasným cieľom uľahčiť hľadanie efektívnych zásahov do životného prostredia ľudí s mentálnym postihnutím ako užívateľov daných sociálnych služieb. Pretože, pochopiť situáciu ľudí s mentálnym postihnutím aj ako užívateľov sociálnych služieb môže vylepšiť vyhliadky na odstránenie nepriaznivých bariér a ponúknuť také služby, ktoré umožnia ľuďom s mentálnym postihnutím sa socializovať a tak sa zúčastňovať na každodennom dianí v spoločnosti.

Začlenenie ľudí so zdravotným postihnutím do majoritnej spoločnosti – špeciálne osoby s mentálnym postihnutím, na ktorých sme upriamili pozornosť – a ich celková socializácia dostáva v súčasných úvahách odborníkov (Hučík, Valenta, Repková, Mandzáková, Mišová) a inak zainteresovaných občanov značný priestor. Vo všeobecnosti je socializácia spôsob, akým sa každý jedinec za pomoci a asistencie ostatných členov spoločnosti stáva sám členom určitej sociálnej skupiny, alebo viacerých skupín. Slovo asistencia je v tomto momente dôležité v tom, že poukazuje na fakt, že socializácia nie je jednostranný proces a že jedinec musí byť v tomto procese sám aktívny a následne selektívny v tom, čo si od ostatných členov sociálnej skupiny zoberie za svoje. Nové prístupy zároveň ukazujú, že socializácia v tomto ponímaní pôsobí aj tak, že mladší člen sociálnej skupiny socializuje starších členov sociálnej skupiny. Výsledkom tohto procesu je osvojenie si pravidiel, rolí, štandardov a hodnôt, ktoré pôsobia na sociálnej, emocionálnej, kognitívnej a osobnej úrovni. Je mnoho aspektov socializácie, ktoré sú očakávané, ale sú tu aj také, ktoré sú negatívne a nechcené, aj

v prípadoch socializácie do spoločensky akceptovateľných sociálnych skupín (Grusec, Hasting, 2007) Proces socializácie sa nedá obmedziť na výber iba niektorých uvedených aspektov. Napriek tomu, že jedinec s mentálnym postihnutím nie je schopný prejsť procesom socializácie v rovnakej miere a že sociálne skupiny – či už v najširšom slova zmysle ide o spoločnosť ako takú, alebo len o užšie vymedzenú sociálnu skupinu – ktoré jedinec s mentálnym postihnutím je schopný považovať za prijateľné, sa do veľkej miery líšia v porovnaní s jedincom bez mentálneho postihnutia, stále platí, že ak má jedinec s mentálnym postihnutím rozvíjať v rámci svojich možností svoju osobnosť, musí byť zahrnutý do procesu socializácie a v procese socializácie musí byť aktívny. Mentálne postihnutie a jeho sociálne dôsledky nie sú v tomto zmysle problémom týkajúcim sa len samotného jednotlivca, ale sú dôsledkom celkovej spoločenskej úrovne tolerancie, vzdelanosti, a podpory (MARY, 2007). Podmienky života ľudí s mentálnym postihnutím žijúcich v rodinách alebo v zariadeniach sociálnych služieb ovplyvňuje celý rad špecifických okolností. Svetová správa o zdravotnom postihnutí (World Report on Disability), ktorú v roku 2011 vydala Svetová zdravotnícka organizácia v spolupráci so Svetovou bankou zdôrazňuje existujúce prekážky, ktoré obmedzujú účasť ľudí s mentálnym postihnutím na dianie v spoločnosti, čo následne vedie ku segregácii. Uvádzame nasledovné existujúce nepriaznivé bariéry (In Repková, 2012):

- *Bariéry v prijímaní informácií* – problematická dostupnosť informácií o programoch, ktoré sú úspešné a môžu skvalitňovať životné podmienky ľudí s mentálnym postihnutím a ich rodín. Príkladom môže takmer úplná absencia oboznámenia rodičov s metódou *preterapiie*, ktorá sa zaoberá postupom v nadväzovaní kontaktu s ľuďmi s mentálnym postihnutím, aby neboli vylúčení z rozhodovacích procesov v otázkach, ktoré priamo ovplyvňujú ich životy.

- *Bariéry v životnom prostredí* – reálne obmedzenia, ktoré znemožňujú pohyb osôb s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorí sú imobilní. V tejto problematike nejde len o úpravy interiéru v domácnosti ale týka sa to aj mnohých budov, inštitúcií (ako aj Úrady práce, sociálnych vecí a rodiny) a dopravných systémov, ktoré sú vysoko bariérové.

- *Bariéry v medziľudských postojoch* – sprievodným problémom rodín s jedincom s mentálnym postihnutím je ich izolovanosť od spoločnosti a kladené nároky na stabilitu oboch rodičov. To je najčastejšie príčinou rezignácie buď jedného (najčastejšie otca a dieťa zostáva v opatere matky), alebo obidvoch rodičov súčasne, čo sa týka výchovy dieťaťa s mentálnym postihnutím. Rozhodnúť o tom, aby sa životné podmienky stali bezbariérové môže bezprostredne iba legislatívna úroveň, ale dôležité je aj prosociálne správanie spoločnosti k ľuďom s mentálnym postihnutím, aby sa nestala tzv. sociálne slepou.

- *Bariéry v konzultácií a zapájania sa* – mnohí ľudia s mentálnym postihnutím sú vylúčení z rozhodovacích procesov, ktoré ovplyvňujú priamo ich životy a nemajú možnosť výberu voľby, ktorá by bola podľa nich najvhodnejšia. Pracovníci zariadení sociálnych služieb alebo rodičia by mali pristupovať k plnoletému človeku s mentálnym postihnutím ako ku dospelšej osobe, z čoho vyplýva rešpektovať jeho súkromie a podporovať ho, aby našiel svoju cestu k primeranému zaobchádzaniu s realitou v rámci svojich obmedzených možností. (Matoušek, 2005)

- *Bariéry v poskytovaní služieb* – neprimerané personálne zabezpečenie ako aj slabé schopnosti personálu, čo môže ovplyvniť kvalitu ako aj primeranosť služieb pre ľudí s mentálnym postihnutím. Ďalšou prekážkou je nedostatok poskytovaných služieb pre ľudí s mentálnym postihnutím v meste či v kraji, v ktorom majú trvalý pobyt.

Poskytovanie sociálnych služieb patrí k oporným pilierom systému sociálnej ochrany ľudí s mentálnym postihnutím, keďže slúžia na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie pre túto cieľovú skupinu ľudí. V rámci SR sa v tejto súvislosti každoročne vypracuje *Správa o sociálnej situácii obyvateľstva Slovenskej republiky* za predchádzajúci kalendárny rok, ktorej

cieľom je informovať o stave a vývoji sociálnej situácie obyvateľstva na Slovensku na základe sociálno-ekonomických ukazovateľov. V Správe sa uvádza, že v roku 2011 bolo 809 zariadení sociálnych služieb, v ktorých služby boli poskytnuté 33 584 občanom odkázaným na pomoc inej fyzickej osoby. Z tohto počtu majú väčšinové zastúpenie zariadenia sociálnych služieb s celoročnou starostlivosťou, ktoré poskytujú dlhodobú starostlivosť 88,2% občanom, pričom týždenné a denné zariadenia sociálnych služieb poskytujú starostlivosť 7,5% občanom. Z celkového počtu obyvateľov zariadení sociálnych služieb bolo 69% zdravotne postihnutých a 58,4% v dôchodkovom veku (MPSVaR SR, 2013). Ako vyplýva z tejto Správy, zatiaľ na Slovensku sú preferované rozličné formy rezidenčnej starostlivosti (domovy sociálnych služieb s pobytovou formou starostlivosti), ktoré patria k tradičnej verzii sociálnych intervencií. Marginálne zastúpenie majú práve zariadenia podporovaného bývania či domovy sociálnych služieb s ambulantnou formou starostlivosti a to na regionálnej úrovni. Získané údaje dokladujú o tom, že deinštitucionalizácia sociálnych služieb s podporou zdieľanej starostlivosti o klienta so zdravotným postihnutím zatiaľ oblasť sociálnych služieb neovplyvnila. Preferovanie zdieľanej starostlivosti – reťazca sociálnej podpory (social support chain), ako prijateľného spôsobu dlhodobej starostlivosti uplatňuje kombináciu neformálnej starostlivosti spolu s formálnymi sociálnymi službami, vrátane inštitúcií. Táto synergická forma využitia laickej a odbornej starostlivosti umožňuje rodinným príslušníkom zladiť starostlivosť o človeka s mentálnym postihnutím s pracovným a rodinným životom (Janečkova, Novotná, 2013). Práve podpora rodinných väzieb a zachovanie kontaktu s rodinnými príslušníkmi klienta v zariadení sociálnych služieb predstavuje významnú súčasť kontinuity života a jeho sociálneho zakotvenia (Repková, 2010). Tento významný faktor prispieva k spokojnosti a hlavne k normalizácii života v zariadeniach sociálnych služieb. Táto skutočnosť nás podnietila k tomu vo výskume poukázať na dôležitosť spolupráce sociálneho pracovníka nielen s klientmi s mentálnym postihnutím ale aj s ich rodinnými príslušníkmi v zariadeniach sociálnych služieb.

Keďže sociálny pracovník by mal dokázať v prospech svojho klienta mobilizovať rôzne zdroje systému podpory, čím by zvyšoval nielen kvalitu života klienta ale aj kvalitu sociálnych služieb s využitím komplexnej a profesionálnej sociálnej starostlivosti. Profesionálna rola sociálneho pracovníka je charakterizovaná ako poskytovanie pomoci a podpory klientovi s tendenciou o jeho začlenenie do spoločnosti, z čoho vyplýva, že sociálny pracovník funguje ako prostredník medzi klientom a spoločnosťou. (Kutnohorská, 2011) Význam formulovania kritérií profesionálnych kompetencií sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky v preferovanej formálnej starostlivosti na Slovensku sa môže prejavovať najmä vo výkone pracovných činností, ktorými ovplyvňujú životný štýl, spôsob, program a aktivity klienta s mentálnym postihnutím v inštitucionálnom prostredí.

Zámerom našej empirickej analýzy je skúmanie kompetencií sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré poskytujú starostlivosť pre ľudí s mentálnym postihnutím v Košickom kraji. Predpokladáme, že nami identifikovaných niekoľko zistení, môže prispieť ako východisko pre budúce výskumy k jasnejšiemu definovaniu príslušných a trvalých kompetencií sociálnych pracovníkov/ sociálnych pracovníčok, ktorí pracujú s cieľovou skupinou v inštitucionálnej starostlivosti, čím sa môžu odstrániť nepriaznivé bariéry s ktorými sa stretávajú vo svojom sociálnom prostredí.

Za hlavný cieľ empirickej analýzy sme si stanovili identifikovať adjektívum kompetencií sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky v zariadeniach sociálnych služieb z pohľadu probantov – posudzovateľov kompetencií sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky. Ako čiastkové ciele sme si určili:

- Identifikovať adjektívum kompetencií sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky v zariadeniach sociálnych služieb na úrovni plánovania.

- Identifikovať adjektívum kompetencií sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky v zariadeniach sociálnych služieb na úrovni poradenstva.
- Identifikovať adjektívum kompetencií sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky v zariadeniach sociálnych služieb na úrovni konzultácií.
- Identifikovať adjektívum kompetencií sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky v zariadeniach sociálnych služieb na úrovni koordinovania.
- Identifikovať adjektívum kompetencií sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky v zariadeniach sociálnych služieb na úrovni hodnotenia a posudzovania.
- Identifikovať adjektívum kompetencií sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky v zariadeniach sociálnych služieb na úrovni rozvoja sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky.

Vzhľadom k stanovenému cieľu, predpokladáme, že hodnotenie adjektíva kompetencií sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky v zariadeniach sociálnych služieb bude diferencované s ohľadom na subjekt a príslušnosť ku skupine.

K identifikovaniu hodnotenia adjektíva kompetencií sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky v zariadeniach sociálnych služieb sa pokúsime dopracovať využitím výskumnej metodiky, ktorú sme prevzali od Mgr. Renáty Hruškovej, Phd., ktorú sme modifikovali. Výskumná metodika je konštruovaná s ohľadom na určené ciele výskumu. Metodika obsahuje 258 položiek a je štrukturovaná do systému šiestich úrovní - indikátorov kompetencií sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky v zariadeniach sociálnych služieb a troch subúrovní (okruhy problémov). Operacionalizované položky budú merané pomocou Likertovej škály. Úlohou respondentov bude vyjadriť mieru významnosti pre jednotlivé položky pomocou 7-stupňovej škály (1 – rozhodne významné, 7 – rozhodne nevýznamné). Miera významnosti probantov rastie smerom k najnižšiemu skóre.

Indikátory kompetencií sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky v zariadeniach sociálnych služieb sú stanovené nasledovne :

- 1) **PLÁNOVANIE** – operacionalizované ako: príprava programu, vypracovanie postupov, predvídanie, vytvorenie predbežných krokov.
PORADENSTVO – operacionalizované ako: odborné vedenie, ukážka možností riešenie (zvládania), odporúčania, podpora, plánované sledovanie priebehu riešenia.
KONZULTÁCIE – operacionalizované ako: porozprávanie sa o probléme, diskutovanie, vysvetľovanie, získavanie odpovedí na otázky.
KOORDINOVANIE – operacionalizované ako: kontaktovanie, nadväzovanie, zosúladňovanie aktivít.
HODNOTENIE A POSUDZOVANIE – operacionalizované ako: analyzovanie, nastavenie zrkadla, porovnávanie, zobrazovanie.
ODBORNÝ ROZVOJ – operacionalizované ako: korigovanie svojich postupov, študovanie, zbieranie skúseností, zvyšovanie si svojej kvalifikácie.

Tabuľka č.1: Štruktúra výskumnej Metodiky KSP – kompetencie sociálneho pracovníka

PLÁNOVANIE	PORADENSTVO	KONZULTÁCIE	KOORDINOVANIE	HODNOTENIE POSUDZOVANIE	ODBORNÝ ROZVOJ
OSOBNÉ	OSOBNÉ	OSOBNÉ	OSOBNÉ	OSOBNÉ	OSOBNÉ
SOCIÁLNE	SOCIÁLNE	SOCIÁLNE	SOCIÁLNE	SOCIÁLNE	SOCIÁLNE

VÝCHOVNO-VZDELÁVAC E	VÝCHOVNO-VZDELÁVACIE	VÝCHOVNO-VZDELÁVACI E	VÝCHOVNO-VZDELÁVACIE	VÝCHOVNO-VZDELÁVACIE	VÝCHOVNO-VZDELÁVACIE
----------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Každý z vyššie uvedených indikátorov je štrukturovaný do systému troch subindikátorov (okruhov problémov) – osobné, sociálne a výchovno – vzdelávacie ako je to znázornené v tabuľke č.1.

OSOBNÉ – operacionalizované ako: choroby a handicapy, stres, nervozita, traumy, straty, neprijemné zážitky, nesplnené očakávania, návykové správanie, citové a sexuálne zneužívanie, obťažovanie.

SOCIÁLNE – operacionalizované ako: problémy v intímnych vzťahoch a v sexuálnom živote, rodinné vzťahy a neformálne vzťahy, problémy s nadväzovaním kontaktov s ľuďmi.

VÝCHOVNO – VZDELÁVACIE – operacionalizované ako: adaptácia na prostredie, neplnenie si svojich povinností, problémy s vychovávateľmi, terapeutmi, problémy s integráciou.

Diferencie v hodnotení nám poskytnú obraz o predpokladaných potrebách a záujmoch o cieľovej skupine a to z pohľadu probantov – posudzovateľov kompetencií sociálneho pracovníka. Výskumný súbor je zložený troch skupín:

- Probandi sociálni pracovníci, inštruktori sociálnej rehabilitácie ktorí pracujú s klientmi s mentálnym postihnutím v inštitucionálnych zariadeniach (DSS s ambulatnou, s pobytovou formou starostlivosti, v zariadeniach s podporovaným bývaním v KSK). Výber probantov bude spočívať v tom, že oslovíme sociálnych pracovníkov s tým, či by boli ochotní sa zúčastniť výskumu, prostredníctvom e-mailovej výzvy adresovanej riaditeľom DSS s ambulatnou, pobytovou formou starostlivosti a zariadeniam s podporovaným bývaním v KSK. Vzhľadom k tomu, že je nerovnomerné zastúpenie jednotlivých zariadení v KSK, nebudeme ich vyhodnocovať jednotlivo.
- Probandi, rodičia ľudí s mentálnym postihnutím, ktorí navštevujú zariadenia Domovy sociálnych služieb s ambulatnou, s pobytovou starostlivosťou (týždennou formou) a v podporovanom bývaní.
- Tretiu skupinu budú tvoriť probanti, ktorí nie sú rodičmi dieťaťa s mentálnym postihnutím a nie sú v žiadnom príbuzenskom vzťahu. Ako laici bez odborného vzdelania s najväčšou pravdepodobnosťou sa približujú k hodnoteniu rodičov, ktorým sa tieto deti rodia. Vyjadrujú postoj rodičov pred narodením dieťaťa. Výber výskumnej vzorky bude spočívať v oslovení inštitúcií, ktoré poskytujú predmanželskú prípravu.

Naším zámerom je hľadanie efektívnych zásahov do sociálneho prostredia ľudí s mentálnym postihnutím ako užívateľov sociálnych služieb. Výskumné zistenia, môžu prispieť ako východisko pre budúce identifikovanie kompetencií sociálnych pracovníkov/ sociálnych pracovníčok, ktorí pracujú s cieľovou skupinou v zariadeniach sociálnych služieb na území celého Slovenska. Predpokladáme, že hodnotenie adjektíva kompetencií sociálneho pracovníka/ sociálnej pracovníčky v zariadeniach sociálnych služieb je prvotným krokom k vypracovaniu analýzy poskytovania pomoci a podpory klientom s mentálnym postihnutím s tendenciou o jeho začlenenie do spoločnosti a to z pohľadu ako odborných profesionálov tak i laikov.

Literatúra:

BARTOŠ, R. 2012. *Sociálne prostredie delikventnej mládeže*. Ružomberok: PF KU, 165 s.

- FRK, V., KREDÁTUS, J. *Komunikácia v personálnej a sociálnej praxi*. Prešov: Vydavateľstvo Cuper, 2002, 143 s. ISBN 80-8889-25-X
- GRUSEC, J. E. – HASTINGS, P. D. *Handbook of socialization : theory and research*. New York: The Guilford Press, 2007. 699 s. ISBN-13: 978-1-59385-332-7.
- HANGONI, T. 2009. Sociálny pracovník. In: ONDRUŠOVÁ, Z. a kol.: *Základy sociálnej práce*. Brno. ISBN 978-80-7392-109-5.
- JANEČKOVÁ, H. – NOVOTNÁ, R.N. *Role rodinných vzťahů v institucionální péči o seniory*. Sociální práce/Sociálna práca. 1/2013. Asociace vydavatelů v sociální práci. 126 s. ISSN: 1213-6204
- KUTNOHORSKÁ, J. a kol. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: GRADA, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-73-67-002-x
- MARY, NANCY L. *An Approach to Learning About Social Work with People with Disabilities*. In *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*. The Haworth Press, 2007. Vol. 6, No. 1/2, s. 1-22.
- NEZNÍK, P.: Patočka, Leibniz a dejiny filozofie. In: Tholt, P.; Nezník, P.(eds.): *Patočkova a subjektívna fenomenológia a dejiny filozofie*. AFPh 3/2009. Košice : Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach, 2009. 250 s. ISBN 9788070977583 (viaz.), s. 124 - 147
- REPKOVÁ, K. – SEDLÁKOVÁ, D. *Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte*. Bratislava: Rodomax, s.r.o, 2012. 300 s. ISBN 978-80-970993-9-8.
- VALENTA, M. a kol. *Mentální postižení*. Praha: Grada, 2012. 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1.
- Správa o sociálnej situácii obyvateľstva Slovenskej republiky za rok 2012*. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR. Analytické centrum. 203 s. [online]. Bratislava, 2013. ©2013 MPSVaRSR. [cit. 2013-08-25]. Dostupné na internete: <<http://www.employment.gov.sk/analyticke-centrum.html>>.

Kontakt:

Doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD,
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ,
dusan.slosar@upjs.sk

Mgr. Tatiana Žiaková,
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ,
tana.juhasova@gmail.com

Kresťanstvo v kontexte starostlivosti o duchovný a sociálny svet človeka

Tomáš Hangoň, Maroš Šip (SR)

Abstrakt: *Kresťanstvo postupným rozvojom pomáhajúcich disciplín zohráva čoraz významnejšiu úlohu pri napĺňaní ich úloh a cieľov. Jedna z najvýznamnejších pomáhajúcich disciplín Sociálna práca v súčasnom a stálom kreovaní svojej teórie poníma kresťanstvo ako východiskovú platformu pre napĺňanie jej cieľa, a to uskutočniť v človekovi pozitívnu zmenu, ktorá ho uschopní v sociálnych kompetenciách a bude ho stimulovať k spoločensky žiaducemu správaniu. Pomáha mu zorientovať sa v životnom a sociálnom svete, ktorého je integrálnou súčasťou a ktorý má aj tendenciu ho meniť.*

Kľúčové slová: *Kresťanstvo. Duchovné poradenstvo. Sociálne poradenstvo. Sociálny svet. Sociálna práca.*

Abstract: *Christianity gradual development helping disciplines playing an increasingly important role in meeting their objectives and targets. One of the most important disciplines of social work assisting in the creating of constant current and conceived his theory of Christianity as a foundation for fulfilling its objective, and it made a positive change in man, which enable them to be social responsibilities and it will stimulate the socially desirable behavior. It helps him navigate through life and social world, which is an integral part and which has a tendency to change it.*

Key words: *Christianity. Spiritual counseling. Social counseling. Social world. Social.*

Vznik kresťanstva znamenal aj iný prístup človeka k človeku, znamenal hodnoty, ktoré sa v súčasnom svete pomaly profanujú vplyvom komercializácie spoločenského života. Z koreňov kresťanstva pramení aj nezištná pomoc, ktorá po vzore jeho zakladateľa Isusa Christa sa stáva hlavnou ideou a vyviera z prameňa lásky, lásky k blížnemu a lásky k Bohu. Kresťanstvo predstavuje aj novú kvalitu sociálnych vzťahov založenú na vzájomnej láske, pomoci, obetavosti a nezištnosti. Kolískou kresťanstva sa stala pomoc núdzným, chorým, nemohúcim, starým, sirotám, vdovám a podobne. Išlo o prvú organizovanú, inštitucionálnu pomoc pre ľudí, ktorým nevedel a nechcel nikto iný pomôcť. Preto kresťanstvo považujeme ako iniciátora vzniku pomoci ľuďom v núdzných situáciách, považujeme ho zdroj vzniku sociálnej práce. Kresťanstvo nesie v sebe minimálne dva výrazne profily, ktorými človek získava svoju duchovnú a sociálnu kompetenciu. Stará sa o duchovný a sociálny svet človeka, pričom sú to dva najdôležitejšie atribúty existencie jedinca v pozemských existenčných intenciách. Systematicky poznatkovo a rozvíjaním nových poznatkov, vedou, sa rozvíja v dvoch humanitných a spoločenských vedných odboroch, a to v teológii a sociálnej práci. Pričom, a spoločenská prax umocňuje toto tvrdenie, jedna hodnotovo poznatková disciplína sa od druhej odtrhnúť nedá, oni spolu súvisia a vzájomne sa kreujú. Táto kreativita má na jedinca obrovský dopad, vezmúc do úvahy overenú skutočnosť, podľa ktorej sociálny a duchovný svet človeka je veľmi silným, ak nie najsilnejším determinantom ľudskej psychiky a ľudská psychika vo výraznej miere determinuje somatické, fyziologické zdravie človeka. Aj v rámci tohto tvrdenia je potrebné uplatňovať v konkrétnej premennej duchovna a sociálneho prostredia vo vzťahu k pomoci človeku, t.j. v sociálnom a duchovnom poradenstve, systémový prístup a mať na pamäti sféry dosahu tohto poradenského procesu.

Kresťanská sociálna práca realizovaná kresťanským sociálnym pracovníkom sa snaží o integráciu jednotlivých zložiek osobnosti v duchu kresťanskej morálky. Integruje človeka

vnútorne, zocel'uje ho hlavne v jeho psychických a sociálnych funkciách ako aj navonok, kde posilňuje jeho kompetencie v sociálnych väzbách v danom sociálnom prostredí.

„Kresťanské dimenzie sociálnej práce sú neodškriepiteľné. Presvedčajú nás o tom aj dejiny sociálnej práce a dejiny sociálnej starostlivosti. Miluj blížneho svojho ako seba samého je základom každej altruistickej smerovanej pomoci človeka človeku. Samaritán či filantrop nám ukazujú ako milovať blížneho, ako pomáhať iným. V kresťansky orientovaných krajinách sa táto hodnota sprostredkúva z generácie na generáciu. Preto aj vzťahy medzi ľuďmi od nepamäti ovplyvňuje snaha pomáhať tým slabším, núdzným a potrebným. Nie je to samoučelné, pretože dobrý pocit z poskytnutej pomoci má nielen ten, komu pomáhame, ale aj ten, kto pomoc poskytuje.“ (Viera Vavrečková, 2005, s. 150-151)

Kresťanská filozofia pomoci je založená na láske k blížnemu, ktorý je stvorený podľa Božieho obrazu. Prejav tejto lásky sú obsahovým naplnením kresťanskej sociálnej práce.

Kresťanský sociálny pracovník vo všeobecnom poňatí plní všetky úlohy tak, ako ich plní aj iný sociálny pracovník. Teda jeho nevyhnutnosťou je disponovať takými osobnostnými vlastnosťami ako má svetský sociálny pracovník. Legislatívu a ďalšie nástroje pomoci je potrebné ovládať pri aplikácii účinnej pomoci klientovi. Kresťanský sociálny pracovník sa pri prezentovaní svojho poslania a úloh javí akosi nadstavbou sociálneho pracovníka. Práve od kresťanského sociálneho pracovníka sa očakáva vyvolanie pozitívnej zmeny v myslení, správaní a konaní klienta.

Predpoklady :

- **pomáhať človeku v núdzi, v náročných, preňho nezvládnuteľných životných situáciách**

Pomoc a pomáhanie boli fenomény, ktoré tu boli od nepamäti.

Pomáhať človeku v núdzi je pre kresťanského sociálneho pracovníka základným kritériom jeho živej viery a účasti v Cirkvi. Pravý veriaci, tobôž kresťanský sociálny pracovník, svojou službou blížnemu má prezentovať živú vieru v Christa. Preto nemôže byť nevšímavý voči svojmu okoliu. On je súčasťou a svedectvom živého spoločenstva s Christom a blížnymi, tvoriacimi jedno mystické Telo Christovo. Poskytovanie pomoci blížnym nemá byť pre kresťanského sociálneho pracovníka len otázkou pracovnej povinnosti, slušnosti alebo súcitu, ale predovšetkým prejavom lásky k svojmu blížnemu ako Božiemu obrazu. (Milan Gerka, 2009, s. 5)

Práve takáto pomoc núdznemu nachádza svoje opodstatnenie pri prekonávaní stavu núdze. Tento stav sa nedá vyriešiť len poskytnutím dávky pomoci v hmotnej núdzi, ale aj individuálnym a jedinečným prístupom človeka k človeku v duchu Christovho Evanjelia. V tejto forme pomoci ide o sprevádzanie človeka nepriaznivou životných okolností s výrazným pocitom poskytnutia zainteresovanosti na sociálnom probléme, ktorý klient má. Veľa krát nastáva situácia, že v prípade ak klientovi nemožno pomôcť v rámci momentálne platnej legislatívy, aj napriek tomu je potrebné prejavovať záujem o klienta, o celú jeho osobnosť a prejavovať zdieľanie jeho životnej situácie. Klient dostane silu presvedčenia vo vlastné schopnosti, nádej, vôľu prekonať životnú prekážku a na viac sa mu sociálny pracovník stáva blížnym, ktorému možno dôverovať a spolupracovať s ním. Je to mimoriadne významný moment v sociálnej intervencii, pretože môže byť zdrojom motivácie mobilizácie vlastných síl, ktoré následne prekonajú stav hmotnej, či sociálnej núdze a vyrieši sa tým klientov sociálny problém.

Táto poskytovaná pomoc blížnemu musí prameniť z opravdivej lásky k Bohu, k blížnemu, len vtedy bude účinná a bude mať charakter dlhodobého pôsobenia na blížneho. Láska sama o sebe je forma pomoci blížnemu. *„Láska je trpezlivá, láska je dobrotivá, nezávidí, nevypína sa, nevystatuje sa, nie je nehanebná, nie je sebecká, nerozčuľuje sa, nemyslí na zlé, neteší sa z nepravosti, ale raduje sa z pravdy. Všetko znáša, všetko verí, všetko dúfa, všetko vydrží. Láska nikdy nezanikne.“* (Kor 13, 4-8)

Tento predpoklad v práci kresťanského sociálneho pracovníka je založený na nezištnej pomoci človeka bližnému, na prejave ovládania takých sociálnych kompetencií ako je empatia, asertivita a sociálne cítenie. Zároveň terminologicky poukazujeme na odlišnosť hlavne pojmov empatia a sociálne cítenie, čo nepovažujeme za synonymné pojmy.

Pod **empatiou** rozumieme schopnosť, psychosociálnu spôsobilosť, ktorá môže prerásť do osobnostnej vlastnosti, precit'ovať a prežívať to, čo prežíva iná osoba. U kresťanského sociálneho pracovníka ide o jav spoluprecit'ovania a spoluprežívania, určitého zosobnenia sa so životom klienta sociálnej práce, bližného, zdieľanie jeho sociálneho problému prostredníctvom vzájomného spoluprežívania.

Pod **sociálnym cítením** rozumieme osobnostnú vlastnosť človeka, ktorá je príznačná pre každého sociálneho pracovníka, zvlášť pre kresťanského, a teda mal by ňou disponovať. Je to z osobnosti prameniaca predpoklad človeka, ktorý je založený na potrebe pomáhať svojmu bližnému, bez akéhokoľvek momentu sebanásilia. Pomáhať s potešením, s pocitom dobrého konania a zadosťučinenia. (Tomáš Hangoni, 2009, s. 57)

Pričom poukazuje aj na tú skutočnosť, že sociálne cítenie má svoju konkrétnu podobu v empatii.

- **vyznávať kresťanskú vieru, poznať Christovo Evanjelium**

„Kresťanský sociálny pracovník má slúžiť v zmysle svojho poslania a životného naplnenia v duchu Christovho Evanjelia.“ (Milan Gerka, 2009, s. 8) Má dbať na to, aby ovocie Ducha Svätého bolo súčasťou jeho osobnosti, aby vždy vo svojom vnútri cítil prítomnosť blahodate Svätého Ducha. (Miroslav Župina, 2003, s. 128) Tento predpoklad vnáša do procesu sociálnej intervencie s klientom, bližným, ľudské teplo, hrejivý pocit, vzťah plný kresťanskej lásky, oddanosti pomoci bližnému. Sociálnemu pracovníkovi sa cez prizmu tohto predpokladu otvára nový pohľad na osobnosť klienta sociálnej práce, dovoľuje mu za každých okolností klientovho prejavu zachovávať voči nemu dôstojnosť a úctu človeku ako na obraz Boží stvorenej bytosti.

„Cirkvou sprostredkovaná viera a zodpovedajúce mravné správanie sa sú predovšetkým osobnou záležitosťou každého jednotlivca. Predpokladajú milosť, slobodu a svedomie u jednotlivca, a preto ich nie je možné spoločensky vynútiť, napríklad politickými rozhodnutiami alebo právnymi štruktúrami.“ (Wolfgang Ockenfels, 1995 In: Viera Vavrečková, 2005, s. 150) Zároveň v kontexte tejto interpretácie je potrebné dať do pozornosti skutočnosť, že kresťanský sociálny pracovník musí konať skutky viery. Bez skutkov by viera ostala len duchovným fenoménom, bez jej konkrétneho odrazu v reálnej skutočnosti, by ostala nenaplnená.

Človek a teda aj kresťanský sociálny pracovník sa stáva Božím spolupracovníkom len vtedy, ak koná skutky viery, ktoré zahrňujú slová, činy, myšlienky, túžby, želania a všeobecne všetky postoje a činnosti človeka, pre ktorého je otázka viery prvoradá a určujúca. Samotné ľudské skutky samé o sebe, teda bez prítomnosti viery sú samoúčelné, v dôsledku čoho v žiadnom prípade nestačia pre získanie spravodlivosti a ospravedlnenia u Boha. (Štefan Pružinský In: Miroslav Župina, 2010, s. 38)

V tejto súvislosti je potrebné poukázať na akútny nedostatok tohto predpokladu v samotnej sociálnej práci, v ktorej sa jedinečnosť a osobitosť individua potiera a uplatňuje sa len dikcia zákona a administrácia. Týmto sa neguje celkový cieľ sociálnej pomoci bližnému. Ak sa tento predpoklad v sociálnej práci nenaplní, dochádza následne zo strany klienta, bližného, k nedôvere a k nutnosti spolupráce so sociálnym pracovníkom, za účelom dosiahnutia určitej výšky dávky, resp. sociálnej služby. Takáto sociálna práca ho neuschopňuje dosahovať na svojej osobnosti pozitívne zmeny. Tam, kde očakáva pomoc, jej poskytovateľ mu ju dáva len substitučne, t.j. nahrádza mu príjem, ktorý mu absentuje, ale nevytvára mu systém sociálnej opory.

- **byť klientovi vzorom dobrého kresťana**

Dobrý kresťan miluje bližného svojho ako seba samého. Je prejavom kresťanskej lásky, ktorú naplňa v konkrétnych formách pomoci. Sociálny pracovník ako dobrý kresťan, prejavujúci sa morálnym správaním, hodnotovou orientáciou a svetonázorovou orientáciou viery vo všemohúceho Boha, je pre sociálneho klienta formatívno-kreačný prvok, ktorý sa realizuje prostredníctvom sekundárnej socializácie klienta. Ide tu o tzv. funkcionálny, nezámerný výchovno-socializačný vplyv, ktorý sa cestou podvedomia dostáva ku klientovi sociálnej práce. Tento predpoklad v práci kresťanského sociálneho pracovníka je veľmi dôležitý, nakoľko prehlbuje vzťah dôvery medzi ním a sociálnym klientom a tým urýchľuje proces úspešnej sociálnej intervencie. Prekurzorom v tomto predpoklade je kongruentnosť, ktorá sa prejavuje v hlbokjej viere k Bohu a následne v každodennom správaní podľa božích prikázaní. Stotožňujeme sa s tvrdením Kuzyšina (2007, s. 56-57), podľa ktorého kresťanský sociálny pracovník má byť osobnosťou, ktorá v očiach bližného má vysoký morálny kredit, veľké duchovné skúsenosti, ktoré je hodné napodobňovať. Je veľmi potrebné, aby zrozumiteľne a presvedčivo vedel definovať podstatu príčin a východísk z danej situácie bližného. Jeho argumentmi majú byť nielen cenné rady z oblasti práva, medicíny, psychológie, ale zvláštny dôraz má klásť na náboženské, duchovné východiská s tým, že ak hriechom človek upadol do nešťastia, tak uvedomenie si svojho poklesu a pokánie sú prvými predpokladmi a podmienkami úspešného východiska zo situácie.

- **poskytovať klientovi duchovné poradenstvo**

Pod duchovným poradenstvom chápeme komplex odborných služieb ľuďom pri riešení takých zložitých životných situácií, ktoré títo ľudia spájajú s duchovnou oblasťou, pričom cieľom tohto poradenstva je podobne ako u iných oblastí poradenstiev podporiť orientáciu klienta v jeho situácii, zoznámiť ho s rôznymi možnosťami riešenia jeho situácie a motivovať ho k samotnej realizácii týchto možností. (Zdeněk Vojtíšek In: Beáta Krahulcová, 2008, s. 141-142) Celý systém tohto duchovného poradenstva je smerovaný k posilneniu a k uschopňovaniu vlastného vedomia prostredníctvom ktorého sa človeku dostáva zdroj vlastnej pomoci prekonať sociálny problém. Hlavným mediačným prostriedkom tohto poradenstva je duchovné slovo.

Ako vidíme v tomto poradenskom procese ide o náročný komunikačno-persuačný proces, ktorý predpokladá zvládnutie metód a techník duchovného poradenstva. Ide o vnútorný oslobodzujúci moment u sociálneho klienta, ktorý silou duchovna ho oslobodzuje od tarchy problému, ktorý klient zdieľa a tak ho odblokuje k nachádzaniu spoločných možných riešení pri odstraňovaní jeho problému.

V tejto súvislosti je potrebné poukázať na skutočnosť, že na kresťanskej báze založené poradenstvo dnes v inštitucionalizovanej podobe neexistuje. Blížni, kresťania, ktorí sa dostanú do životnej situácie, v ktorej pociťujú potrebu sociálneho, alebo spoločenského poradenstva, majú momentálne viacero možností, pričom ani jedna z nich nevzbudzuje optimizmus:

- požiadať o pomoc svojho kňaza, ktorému väčšinou chýba čas, rovnako ako špecializované vedomosti a zručnosti,
- hľadať pomoc v niektorom neštátnom subjekte orientujúcom sa na pomoc blíznym, napríklad Domy charity,
- obrátiť sa o pomoc na poradne, pracujúce väčšinou na báze ateizmu,
- hľadať pomoc v príslušných občianskych združeniach,
- dúfať, že práve oni náhodou narazia v takejto poradni na odborníka, poradcu kresťana,
- spoľahnúť sa na vlastné intelektuálne sily a štúdium príslušnej literatúry. (Stanislav Matulay, Eva Matulayová, 2008, s. 8)

- **rozvíjať svoj duchovný rast**

Tak ako v každej profesionálnej sfére spoločenského života aj v oblasti duchovného života človeka je potrebné sa vzdelávať. Vzdelávanie orientovať na učenie v teologických disciplínach, ktorých východisko je v učení o diele a živote Isusa Christa. O kresťanských východiskách sociálnej práce a o úlohách a poslaní Cirkvi v sociálnej pomoci od ranokresťanských čias po súčasnosť. Aktualizovať biblické príbehy a poukazovať na ich múdrosť a prekonávanie doby ako aj na aplikovateľnosť ich použitia. Samozrejme aj tu je prioritou kladená na samovzdelávanie a somoutvrdzovanie sa v triadologickom chápaní Boha, ktorý určuje jeho vlastnosti ako samobytnosť, nemeniteľnosť, nezávislosť, všemohúcnosť a všadeprítomnosť.

- **schopnosť filantropie**

Filantropia ako v plnovýznamovom poňatí predstavuje lásku k človeku, lásku, ktorá je nezištná, oddaná a neočakáva úmernosť pomoci a pochopenia od jej prijímateľa. Filantropia vychádza z osobnostných dispozícií človeka a je mu vlastnou, len je ju treba v človeku objavovať a rozvíjať. Pravá filantropia je filantropiou lásky k blížnemu, lásky k Bohu. Filantrop miluje svojho blížneho ako seba samého.

Filantropia má široký záber. Nejde tu len o nakŕmenie hladných a napojenie smädných, ale i o prežívanie spoločnej lásky, o budovanie zdravej spoločnosti. Preto k filantropickej službe nepatrí len, napríklad, pomoc týranej matke s dieťaťom, ale aj pomoc pri problémoch v manželstve, vrátane samotnej prípravy na vstup do manželstva. Keďže si zdravie zachováme správnou životosprávou, tak aj filantropické aktivity majú vychádzať z úsilia Cirkvi o duchovnú formáciu každého jednotlivca – člena Cirkvi. Cirkev ako učiteľka a držiteľka cirkevnej Tradície má uvažovať o tom, či je jej hlas zrozumiteľný v danej dobe ako výzva pre filantropické aktivity svojich členov. Je to nutné aby najmä dušpastieri v jednotlivých cirkevných obciach i vedenie Cirkvi, ako aj filantropické cirkevné zariadenia zvážili, v akom smere je potrebné uskutočňovať nápravy. (Milan Gerka, 2007, s. 17)

Ducha filantropie je veľmi ťažko rozvíjať a zdokonaľovať, keďže je to ľudská vlastnosť a nie každý ňou disponuje. Túto vlastnosť od človeka nemožno vyžadovať ani očakávať, vnútorná hybná sila pomoci u človeka vo vzťahu k filantropii mu musí byť daná a až potom ju možno rozvíjať a zdokonaľovať.

- **schopnosť altruizmu**

Altruizmus môžeme charakterizovať ako nezištnosť pomoci, nasadenie fyzická a ducha vôle pomáhať svojmu blížnemu, bez nároku na odmenu alebo inú formu prejavu vďaky.

Altruista sa snaží potláčať svoje vlastné záujmy nielen tým, že nezištne slúži blížnym, ale že prvoradosť svojej aktivity vidí v pomoci druhému a teší sa z nej a osobnostne ho táto činnosť naplňuje. Často tak koná na úkor svojich vlastných potrieb a záujmov. Pre pravého altruistu je blaho iného dôležitejšie ako jeho vlastné. Podobne ako filantropia tak aj altruizmus sú osobnostné vlastnosti, ktoré možno rozvíjať a zdokonaľovať v duchu Christovho Evanjelia a naplňovať jeho reálnu, konkrétnu podobu v práci so sociálnym klientom.

Na záver tohto kompendia požiadaviek kladených na osobnosť kresťanského sociálneho pracovníka, je potrebné ešte zdôrazniť, že kresťanský sociálny pracovník musí predovšetkým veriť, že:

- Ťažkosti s ktorými sa v živote stretávame, ale aj ľudské zlyhania a stroskotania majú svoj zmysel.
- Boh vedel, že je to pre moju dušu dobré a preto to dopustil.
- Všetko, čo Boh dopustí je nadmieru zmysluplné a účelné. Preto človek nesmie stratiť dôveru k Bohu ani pri svojich najväčších ťažkostiach. (Stanislav Matulay, Eva Matulayová, 2008, s. 76)

Pretavenie kresťanstva do sociálneho a duchovného života človeka znamená vysoko pozitívne orientovať jeho hodnotovú orientáciu, životný postoj a životný cieľ. Toto pretavenie sa realizuje prostredníctvom kresťanskej sociálnej práce, ktorej špecifiká, prostredníctvom jej

realizátorov, sme sa snažili objasniť a hlavne zdôvodniť význam realizácie práve takejto sociálnej práce na Slovensku. Je to nový trend uberania sa praktickej sociálnej práce, ktorá je založená na stále aktuálnych základoch kresťanstva.

Zoznam použitej literatúry:

1. CEHELSKÁ, D. 2003. Aktuálne etické východiská a princípy sociálnej práce ako teoreticko-praktickej disciplíny. In: *Sociálna a duchovná revue. Vedecký recenzovaný časopis*. Prešov, roč. IV, s. 1. ISSN 1338-290X.
2. GERKA, M. 2009. Osobnosť kresťanského pracovníka charitatívnej a sociálnej služby. In: *Pravoslávny teologický zborník*. Prešov, zv. XXXV, č. 20, s. 26. ISBN 978-80-8068-999-5.
3. GERKA, M. 2007. *Sociálna služba v Cirkvi. Soľ zeme*. Prešov. 260 s. ISBN 978-80-8068-639-0.
4. HANGONI, T. 2009. Sociálny pracovník. In: ONDRUŠOVÁ, Z. a kol.: *Základy sociálnej práce*. Brno. ISBN 978-80-7392-109-5.
5. KUZYSIN, B. 2007. Osobnosť katechéty. In: *Zborník zo študentskej vedeckej konferencie*. Prešov, s. 56-57 s.
6. MACHALOVÁ, M. 2012. Edukačné sociálne poradenstvo pre dospelých. In: ŠERÁK, M. a kol.: *Celoživotní učení a sociální politika: vazby a přesahy*. Praha, Asociace institucí vzdělávání dospělých v ČR. ISBN 978-80-904531-3-5.
7. MATULAY, S., MATULAYOVÁ, E. 2008. *Kresťanské kompendium sociálneho a spoločenského poradcu*. Prešov. ISBN 978-80-89271-47-4.
8. NIKULIN, A. 2011. Úskalia modernej psychofarmakologickej liečby. Duchovný aspekt terapie psychických ochorení. In: *Spoleczny wymiar chrześcijaństwa we współczesnym konsumpcyjnym społeczeństwie. Międzynarodowa konferencja naukowa w Wysowej*. Gorlice: Elpis- Diejecezjalny osrodek kultury prawoslawnej Gorlice. ISBN 978-83-63055-03-5.
9. OCKENFELS, W. 1995. Ordo socialis. Malá katolícka sociálna náuka. Bratislava. In: VAVREČKOVÁ, V. 2005. Kresťanské dimenzie vzdelávania sociálnych pracovníkov – supervízia v odbornej praxi študentov. In: *Sociálna práca a jej kresťanské dimenzie. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Prešov. ISBN 80-7114-138-0.
10. PRUŽINSKÝ, Š. 2010. Vzťah medzi vierou a skutkami v učení svätého apoštola Pavla v porovnaní s učením svätého apoštola Jakuba. In: ŽUPINA, M. 2010. Konanie dobrých skutkov človeka v synergii s Božou blahodaťou. In: *Sociálna a duchovná revue. Vedecko-odborný recenzovaný zborník*. Prešov, roč. 1, č. 1, s. 38. ISBN 978-80-555-0156-7.
11. ŠIP, M. 2010. Duchovné poradenstvo ako súčasť edukácie v oblasti sociálnej práce. In: *Kvalita vzdelávania pracovníkov v oblasti sociálnej práce. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie*. Prešov, s. 59-60. ISBN 978-80-555-0211-3.
12. VAVREČKOVÁ, V. 2005. Kresťanské dimenzie vzdelávania sociálnych pracovníkov – supervízia v odbornej praxi študentov. In: *Sociálna práca a jej kresťanské dimenzie. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Prešov, s. 150-151.
13. VOJTÍŠEK, Z. 2008. Duchovní poradenství v multikultúrní společnosti. In: KRAHULCOVÁ, B.:(ed) *Kontexty sociální a charitativní práce. Sborník katedry psychosociálních věd a etiky*. Praha, s. 141-142.
14. ŽUPINA, M. 2003. Hodnoty a normy pravoslávnej kresťanskej etiky. In: BALOGOVÁ, B. a kol.: *Vybrané kapitoly zo sociálnej patológie*. Prešov. ISBN 80-8068-183-X.

Kontakt:

doc. PhDr. Tomáš Hangoni, PhD.

Katedra kresťanskej antropológie a sociálnej práce

Pravoslávna bohoslovecká fakulta

Prešovskej univerzity v Prešove

e-mail: tomas.hangoni@unipo.sk

PhDr. ThDr. Maroš Šip, PhD.

Katedra kresťanskej antropológie a sociálnej práce

Pravoslávna bohoslovecká fakulta

Prešovskej univerzity v Prešove

e-mail: maros.sip@unipo.sk

Vnímanie zmyslu života mladistvými nezamestnanými

Soňa Lovašová, Lucia Danková (SR)

Abstrakt: Cieľom príspevku je ponúknuť prvotné zmapovanie problematiky prežívania zmysluplnosti života mladými nezamestnanými. Autorky overovali súvislosť faktorov vek, rod a vzdelanie s prežívaním zmyslu života a jeho jednotlivých komponentov. Zistili štatisticky významné rozdiely v súvislosti s uvedenými faktormi vo výskumnej vzorke 40 mladých nezamestnaných.

KLúčové slová: Mladí nezamestnaní. Adolescencia. Zmysel života.

Abstract: The aim of this paper is to offer initial mapping issues of survival meaningfulness of life of young unemployed. Authors verified correlation factors age, gender and education with the meaning of life and the survival of its individual components. They found statistically significant differences with regard to the factors mentioned in the survey sample 40 unemployed young people.

Key words: Young unemployed. Adolescence. Meaning of life.

Zmysel života – modely, zdroje, komponenty

V minulosti zmysel života nepatril k často používaným pojmom, ale veľa významných psychologov sa vo svojich prácach venovalo práve tejto téme.

Frankl (Halama, 2007) chápal utváranie zmyslu ako proces objavovania jedinečných hodnôt v špecifických životných situáciách. Zdrojom odpovedí na otázku zmyslu v konkrétnej životnej situácii je človeku jeho svedomie. Svedomie intuitívnym hľadaním privádza človeka k jeho najvlastnejším životným úlohám, vedie ho pri odpovedaní na životné otázky a pri zodpovednosti za jeho život. Frankl toto svedomie nazýval aj „orgán zmyslu“. Tvrdí, že aj tá najhoršia situácia, nesie v sebe zmysel, ktorý musí človek objaviť. Aj v utrpení človek môže nájsť zmysel pomocou schopnosti prekročiť vlastné potreby (sebatranscendencia) a zamerať sa na hodnoty, ktoré ležia mimo neho, a tak dokáže pretvoriť utrpenie na zmysluplný výkon. Dlhodobé nenaplnenie vôle k zmyslu vedie k stavu, ktorý nazývame existencionalne vákuum. Tento stav sa prejavuje nudou, pocitom bezzmyslenosti a depresiou. Frankl hovorí o tom, že existencionalne vákuum je v pozadí mnohých psychických problémov (Halama, 2007).

Adler (1998) chápal zmysel života v dimenziách životného štýlu a životných cieľov. Životný štýl je pre neho celkové zameranie človeka, dlhodobá orientácia človeka počas celého jeho života vzťahujúca sa na chápanie seba, druhých a svojich životných cieľov. Zmysel života určuje to, aké životné ciele si človek vyberá, najmä v súvislosti s tromi otázkami ľudstva, ktoré musí riešiť vo svojom živote každý človek.

V problematike zmyslu života sa rozlišujú jednotlivé modely, zdroje a komponenty životného zmyslu:

Shapirovo dvojfaktorový model životného zmyslu - tento model ponúka dva hlavné faktory životného zmyslu. Prvým je významnosť, ktorá zahŕňa životné ciele, zámery, úlohy a nasmerovania a teda sa týka toho, čo je v živote významné a hodnotné. Druhý faktor sa vzťahuje na celkový pocit koherentnosti a poriadku, v ktorom jednotlivec interpretuje svet, svoje miesto v ňom a udalosti, zahŕňa intuitívne porozumenie sveta. Pre lepšie pochopenie tohto modelu Shapiro vytvoril typológiu ľudí, v ktorej rozoznáva štyri typy (Tavel, 2004):

- ľudia s vysokou signifikáciou a nízkym porozumením - ideológovia, vidiaci svet čierne – bielo,

- ľudia s vysokým porozumením a nízkou signifikáciou - cynickí scientisti, ktorým chýba zápal a zaangažovanie,
- ľudia s nízkym stupňom oboch faktorov - ľudia bez pocitu zmyslu, trpia frustráciou a depresiou,
- ľudia s vysokým stupňom signifikácie aj porozumenia - ideálny typ, jedinci integrujú ciele, angažovanosť s porozumením a chápaním.

Viacdimenzionálny model troch komponentov Rekeru a Wonga - tento model je v literatúre najviac citovanou koncepciou štruktúry zmyslu života. Obsahuje tri komponenty prežívania zmyslu života, a to kognitívny, motivačný a afektívny. Tieto komponenty vzájomne súvisia a ovplyvňujú sa. Kognitívny komponent je základom ostatných dvoch komponentov. Poskytuje mapu pre stanovenie si a dosiahnutie cieľov, ako aj prežívanie spokojnosti a naplnenia. Motivačný a afektívny komponent pôsobia na seba navzájom. Pre autentický zmysel života sú potrebné všetky tri komponenty. Ak niektorý z nich chýba, prežívanie zmyslu života je narušené (Tavel, 2004).

Kognitívny komponent - predstavuje systém presvedčení, hodnôt a predpokladov týkajúcich sa seba, sveta a svojho života. Tiež sa týka toho, ako sa človek vyrovnáva s existenciálnymi skutočnosťami a ako prisudzuje zmysel celému svojmu životu. Obsahuje životnú schému, určitý rámec, ktorý umožňuje pripisovať význam jednotlivým činnostiam. Poskytuje existenciálne porozumenie zmyslu rôznych životných udalostí a dáva ich do usporiadaného celku. Motivačný komponent obsahuje hodnotový systém a systém životných cieľov, ktoré si človek vyberá na základe svojich hodnôt. V podstate ide o realizáciu aktivít, hodnôt a cieľov, ktoré človek považuje za dôležité. Zahŕňa tiež úsilie vynaložené na dosahovanie týchto cieľov. V afektívnom komponente sa odráža pocit spokojnosti, šťastia a naplnenosti, ktoré súvisia s dosahovaním cieľov a s vedomím zmysluplnosti svojho života (Žiaková, 2009).

Konštrukt zmyslu života - podľa P. Czekiera (In Žiaková, Ščensná, 2009) konštrukt zmyslu života obsahuje 6 komponentov, ktorými sú:

- afirmácia života – znamená silu života, rozvoj a pud sebazáchovy, samostatnosť, zmierenie sa so starnutím a zmenami, ktoré život prináša, viera v seba, vyrovnávanie sa so strachom zo života a smrti;
- sebaakceptácia – je dôležitá pri vytváraní emocionálnej rovnováhy, ovplyvňuje a podmaňuje vlastné ego, pomáha človeku optimálne fungovať v spoločnosti, vystihuje osobnosť človeka;
- sloboda – znamená slobodne, ale zároveň zodpovedne sa rozhodovať;
- životné ciele – vyjadrujú túžby človeka, ktoré sú veľmi dôležité pre život. Ciele, ktoré máme v živote, však nemajú vždy rovnakú hodnotu;
- hodnota budúcnosti - naznačuje akým smerom sa má človek v živote uberať. Život je dynamický, stále sa meniaci, a preto k nájdeniu zmyslu života by sme mali zaujať optimistický postoj;
- postoje k smrti – človek je jediný tvor, ktorý si uvedomuje závažnosť a nevyhnutnosť smrti.

Komponenty pociťovania zmyslu u Popielskeho - uvádza štyri komponenty, ktoré sú obsiahnuté v pociťovaní zmyslu života (Tavel, 2004):

- intelektuálny komponent – vzťahuje sa na poznanie prirodzenosti ľudského života, prostredia i osobných cieľov. Zároveň sa týka aj schopnosti človeka poznávať svoju vlastnú prirodzenosť, históriu svojho života či okolia. Akýkoľvek nedostatok v tomto ohľade znižuje intenzitu vnímania zmyslu života;
- emocionálno-citový komponent – v ňom ide o schopnosť človeka zakúšať seba samého, reagovať na hodnoty a v rámci toho reagovať aj na vlastné úspechy, prehry, úsilia a pod.;

- vôľovo-slahový komponent – sa týka schopnosti človeka vyberať si ciele a zaujímať postoje. Je to stav jednotlivca, ktorý sa usiluje o dosiahnutie a naplnenie hodnôt;
- existenciálne-činnosťový komponent – má dva aspekty. Prvým je príčina pociťovania zmyslu života a druhým je efekt jeho existencie.

Zdroje zmyslu života podľa Yaloma (2006)- rozlišuje tieto typy (zdroje) zmyslu života:

- altruizmus,
- zapálenie pre vec,
- tvorivosť,
- hedonizmus,
- sebarealizácia,
- sebatranscendencia.

Tým, ktorí sa vyznačujú altruizmom, poskytuje životný zmysel pomáhajúce iným, služba iným alebo charitatívne činnosti. Zapálenie pre vec obsahuje niekoľko aspektov. Jedným z nich je aj ten, že človek nachádza zmysel v pomáhajúce iným, ale aj v činnosti, ktorá by jeho samého obohatila a zároveň v tom, že sa stáva súčasťou niečoho väčšieho, ako je on sám. Tvorivosť dáva zmysel života najmä ľuďom, ktorí sa venujú umeniu, chcú vytvoriť niečo nové, niečo veľké. Hedonistické riešenie je založené na plnom žití, vrhnutí sa do prirodzeného prúdu života, hľadani potešenia v najhlbšom možnom zmysle slova. Ďalším zdrojom zmyslu života je sebarealizácia. Je to presvedčenie, že ľudia by sa mali snažiť realizovať, že by sa mali zamerať na uskutočnenie svojho vrodeneho potenciálu. Sebatranscendencia znamená to, aby človek hľadal taký zmysel života, ktorý ho presahuje, ktorý sa netýka iba jeho. Táto sebatranscendencia prechádza tak ako človek rôznymi vývinovými štádiami. V rôznom veku ľudia zameriavajú svoje životné aktivity inam a postupne od seba, k aktivitám v prospech iných. Avšak je určitý rozdiel v aktivitách mužov a žien (Žiaková, 2009).

Adolescencia a zmysel života

Obdobie adolescencie je druhou fázou relatívne dlhého časového úseku dospievania, ktoré trvá približne od 15 do 20 rokov s určitou individuálnou variabilitou. Toto obdobie sa tiež dá definovať niekoľkými dôležitými premenami (Vágnerová, 2008).

Podobne vymedzuje toto obdobie aj Ľuba Končeková (2005), ktorá hovorí, že dolný medzník obdobia adolescencie je biologicky daný ukončením pohlavného dozrievania a dosiahnutím plnej pohlavnej zrelosti a je vyjadrený fyzickým vekom v intervale od 14 do 16 rokov. Horný medzník predstavuje plnoletosť človeka, ukončenie vzdelania a začiatok samostatného pracovného života. Je vyjadrený intervalom 18 – 21 rokov.

Adolescencia je dospievanie i mladosť súčasne. Preto sa Macek (2003) prikláňa k názoru, že je dobré toto obdobie ďalej rozdeľovať na tri fázy, a to na skorú adolescenciu (od 10 – 13 rokov), strednú adolescenciu (14 – 16 rokov) a neskorú adolescenciu (17 – 20 rokov).

Podľa P. Hartla a H. Hartlovej (2000) je adolescencia termín používaný v odbornej literatúre dosť nejednoznačne.

Expanzia vzdelávania mala za následok predĺženie mladosti a vytvorenie ďalšieho priestoru pre existenciu mládeže. Tento proces zaškolovania mládeže je spájaný s procesom homogenizácie prostredníctvom školstva a prístupom k vzdelaniu prakticky pre všetkých. Tým sa obdobie adolescencie presúva do nového tzv. postadolescentného obdobia, ktoré sa vo vyspelých štátoch stáva masovým javom (Ondrejko, 1999).

Zmysel života sa u mladých ľudí v období adolescencie dotvára. Jeho prežívanie sa môže meniť pod vplyvom rôznych okolností (interných či externých). Napriek tomu je prežívanie zmyslu života v tomto vekovom období možné zisťovať a merať. V našom výskume sme sa zamerali na nezamestnanosť ako možnú okolnosť vyvolávajúcu zmenu v prežívaní zmysluplnosti života.

Metodika výskumu a výsledky

Ako výskumnú metódu sme zvolili metodiku Test životných cieľov PIL (Purpose in Life Test) zostrojenú autormi Crumbaugh a Maholick. Využili sme jej prvú časť – 20 položkový dotazník s možnosťou 7 stupňovej škály s rôznym verbálnym ukotvením súvisiacim s danou položkou dotazníka, postavený na princípe sémantického diferenciálu. Dotazník zisťuje prostredníctvom jednotlivých komponentov (tab. 1) celkové prežívanie zmyslu života.

Tab. 1 Komponenty zmyslu života zisťované v PIL dotazníku

komponenty života	zmyslu	počet otázok v dotazníku	číslo otázky v dotazníku
afirmácia žitia		8	3, 4, 7, 8, 11, 12, 17, 20
životná spokojnosť		6	1, 2, 5, 6, 9, 19
sloboda		3	13, 14, 18
strach zo smrti		1	15
uvažovanie nad suicídiom		1	16
hodnota života		1	10

Metodika slúži podľa Halamu (2007) najmä pre meranie celkového vnímania prežívania zmysluplnosti života. Okrem celkového skóre sme overovali aj skóre získané v jednotlivých komponentoch ako už bolo overované v iných štúdiách v podmienkach SR (Žiaková, Sčensná, 2009; Šišanská, 2013, Lichner, 2010). Zamerali sme sa na možné rozdiely a štatisticky významné odchýlky medzi nezamestnanými jedincami a školu navštevujúcimi mladými ľuďmi. Zaujímali nás možné rodové, vekové a vzdelanostné súvislosti. Rozdiely a súvislosti sme overovali pomocou t- testu pre dva nezávislé výbery.

Vo výsledkoch prezentujeme aj prehľad prežívania jednotlivých komponentov zmyslu života u cieľovej skupiny a celkové skóre (Cronbachova alfa =0,961).

Výskumnú vzorku tvorilo 40 nezamestnaných mladých ľudí vo veku 15-26 rokov v meste Košice.

Tab. 2 Základné údaje o výskumnej vzorke

N	40
muži	16
ženy	24
<17	8
≥17	32

Výskumu sa zúčastnilo 16 mužov a 24 žien. Pre potreby porovnania vekových kategórií sme zvolili hranicu 17 rokov, pričom prvú kategóriu tvorili respondenti 15 a 16 roční, druhú kategóriu 17 a viac roční, v podstate môžeme hovoriť o porovnaní mládeže v období strednej a neskoréj adolescencie (Macek, 1999).

Tab. 3 Vzdelanie respondentov

	ZŠ	SŠ	prebieha VŠ
N=40	14	19	7

Zaujímalo nás najvyššie ukončené vzdelanie, resp. prebiehajúce vzdelanie. Pri tých, ktorí uviedli prebiehajúce štúdium išlo o externú formu štúdia na vysokej škole.

Tab. 4 Úroveň prežívania zmyslu života a jeho jednotlivých komponentov u respondentov

	nezamestnaní (mean)
zmysel života	
celkové skóre	4,261
afirmácia žitia	4,472
životná spokojnosť	3,892
sloboda	4,692
strach zo smrti	3,175
uvažovanie nad suicídiom	4,775
hodnota života	4,075

Celkové skóre sa pohybuje na hladine 4,261. najnižšie hodnoty respondenti dosiahli v komponente strach zo smrti, najvyššie skóre v komponente uvažovanie nad suicídiom. Očakávania v možných rodových rozdieloch v prežívaní zmyslu života sa potvrdili. Štatisticky významné rozdiely boli zistené v komponentoch afirmácia žitia a sloboda. Celkové skóre síce nedosiahlo hladinu štatistickej významnosti, ale nebolo k nej ďaleko.

Tab. 5 Gender rozdiely v prežívaní zmyslu života nezamestnaných

	nezamestnaní muži (n=16) (mean)	nezamestnané ženy (n=24) (mean)	t	p
zmysel života				
celkové skóre	3,806	4,565	-1,819	0,077
afirmácia žitia	3,953	4,818	-2,089	0,043*
životná spokojnosť	3,531	4,132	-1,234	0,225
sloboda	4,104	5,083	-2,461	0,019*
strach zo smrti	2,936	3,333	-0,727	0,472
uvažovanie nad suicídiom	4,375	5,042	-0,980	0,333
hodnota života	3,688	4,333	-1,487	0,145

p=0,000***, p<0,01**, p<0,05*

Tab. 6 Vzdelanie ako faktor spôsobujúci rozdiely v prežívaní zmyslu života

	ZŠ (n=14) (mean)	SŠ (n=7) (mean)	T	p
zmysel života				
celkové skóre	3,211	4,692	-4,281	0,000***
afirmácia žitia	3,482	4,888	-3,939	0,000***
životná spokojnosť	2,833	4,254	-3,365	0,002**
sloboda	3,691	5,070	-3,828	0,001**
strach zo smrti	2,500	3,632	-2,026	0,051
uvažovanie nad suicídiom	2,500	5,947	-7,253	0,000***
hodnota života	3,286	4,421	-2,786	0,009**

p=0,000***, p<0,01**, p<0,05*

Vzdelanie je faktorom, ktorý výrazne ovplyvňuje pociťovanie zmysluplnosti života. Potvrdili sa štatisticky významné rozdiely medzi respondentmi s ukončeným základným

a stredoškolským vzdelaním a to všetkých komponentoch okrem strachu zo smrti. Prežívanie strachu zo smrti je v tomto vekovom období pravdepodobne ovplyvňované inými faktormi.

Tab. 7 Rozdiely v zmysle života u nezamestnaných z hľadiska veku

zmysel života	<17 (n=8) (mean)	≥17 (n=32) (mean)	t	p
celkové skóre	2,719	4,647	4,475	0,000***
afirmácia žitia	2,984	4,844	4,205	0,000***
životná spokojnosť	2,313	4,287	3,820	0,000***
sloboda	3,209	5,063	4,312	0,000***
strach zo smrti	2,225	3,407	1,792	0,081
uvažovanie nad suicídiom	2,000	5,469	5,522	0,000***
hodnota života	2,750	4,406	3,476	0,001**

p=0,000***, p<0,01**, p<0,05*

Vek môžeme na základe získaných výsledkoch v našej skupine respondentov takisto považovať za faktor, ktorý súvisí s prežívaním zmysluplnosti života, čo sa opäť prejavilo s výnimkou komponentu strach zo smrti na štatisticky významnej úrovni.

Diskusia

Cieľom výskumu bolo zistiť zmeny v celkovom prežívaní zmyslu života a v jeho jednotlivých zložkách u mladých nezamestnaných a overenie súvislosti vybraných faktorov (vek, rod, vzdelanie) na prežívanie zmysluplnosti života v štyridsať člennej skupine respondentov (16 mužov, 24 žien).

Počet respondentov bol príliš malý na to, aby sme mohli výsledky zovšeobecňovať, napriek tomu však ponúkame porovnanie s inými výskumami a myslíme si, že vzhľadom na závažnosť získaných výsledkov je potrebné výber rozšíriť a výskum realizovať vo väčšej hĺbke a najmä realizovať porovnanie s kontrolnou skupinou v podobných podmienkach.

V súvislosti s rodom sme vo výbere mladých nezamestnaných zistili štatistické rozdiely na hladine $p<0,05$ v komponentoch afirmácia žitia a sloboda, kde vyššie skóre dosiahli nezamestnané ženy.

Zistili sme, že vzdelanie je faktorom, ktorý súvisí s prežívaním zmysluplnosti života. Pri komparácii respondentov s najnižším dosiahnutým vzdelaním a stredným dosiahnutým vzdelaním sme zistili štatisticky významné rozdiely v celkovom dosiahnutom skóre, v afirmácii žitia a uvažovaní nad suicídiom na úrovni $p=0,000$. V komponente hodnota života, životná spokojnosť a sloboda išlo o rozdiel na úrovni $p<0,01$. Pri položke strach zo smrti síce nižšie skóre vykazovali respondenti s nižším vzdelaním, no nešlo o štatisticky významný rozdiel.

V našom výbere nezamestnaných sa potvrdili štatisticky významné rozdiely súvisiace s dosiahnutým vekom na úrovni $p=0,000$ v celkovom skóre, afirmácii žitia, životnej spokojnosti, sloboda a najviac v komponente uvažovanie nad suicídiom. V komponente hodnota života išlo o hladinu $p<0,01$. Pri položke strach zo smrti sa nezistil štatisticky významný rozdiel hoci vyššie skóre dosiahli starší nezamestnaní.

Podľa výskumnej štúdie realizovanej v rokoch 2009-2010 v SR (Chylová a kol.), kde respondentmi boli stredoškóľáci ($n=533$) z rôznych typov stredných škôl, viac ako tretina adolescentov má počas svojho života myšlienky na suicídium, čo je podľa autorov v súlade s podobnými výskumami vo svete. Dôvodom pritom môžu byť vzťahové problémy partnerského aj rodinného charakteru, nezvládnutie životnej situácie, neúspech v škole, utajené tehotenstvo.

Halama (2009) realizoval výskum na výbere vysokoškolákov v Bratislave a Trnave (n=168, vek 18-31, M=20,1), kde zistil hodnotu celkového skóre 105,9 - naši respondenti dosiahli hodnotu 85,225.

Crumbaugh (Halama, 2009) uvádza, že hodnoty celkového hrubého skóre sa v bežnej populácii pohybujú v rozmedzí 106-118, u psychiatrických pacientov v závislosti od diagnózy sa skóre pohybuje v rozmedzí 80-108. Ak tieto hodnoty porovnáme s našimi, poukazujú na to, že v našom výbere nezamestnaných môžeme uvažovať o tom, že sa preukázal vážny problém v ich živote – predpokladáme, že ním je nezamestnanosť.

Záver

Spojenie prežívania zmysluplnosti života a problematiky nezamestnanosti mladých ľudí je zatiaľ málo prebádanou oblasťou. Naš malý výskum však poukazuje na to, že tu môže existovať vážna súvislosť. Ak by sa preukázala aj v porovnaní s kontrolnou skupinou a overením na veľkej, ideálne reprezentatívnej vzorke, bolo by možné získané informácie využiť v praxi pri sociálnej práci s mládežou ako aj s mladými nezamestnanými. Bolo by vhodné overiť aj iné faktory, ktoré môžu súvisieť s intenzitou prežívania zmysluplnosti života v tomto vekovom období a porovnanie realizovať s kontrolnou skupinou žijúcou v podobných sociálnych a ekonomických podmienkach, aby sa eliminovala súvislosť iných zasahujúcich faktorov.

Literatúra

- ADLER, A. O zmysle života. Bratislava : Iris, 1998. 169 s. ISBN 80-88778-05-0.
- HALAMA, P. Zmysel života z pohľadu psychológie. Bratislava : SAP, 2007. 218 s. ISBN 978-80-8095-023-1.
- HALAMA, P. The PIL test in a Slovak sample: internal consistency and factor structure. In *The International Forum for Logotherapy*, 2009, r. 32, s. 84-88.
- CHYLOVÁ, M., PÁLOVÁ, E., KOVANIČOVÁ, M., BREZNOŠČÁKOVÁ, D. Prieskum suicidálneho správania v období dospievania. In *Československá psychologie*, 2011, r. 55, č. 4, s. 306-315.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- KONČEKOVÁ, Ľ. *Vývinová psychológia*. Prešov : Lana, 2005. 298 s. ISBN 80-969053-6-8.
- LICHNER, V., ŽIAKOVÁ, E. Sociálny kapitál ako jeden z najdôležitejších zdrojov života pubescentov v Detskom domove. In *Budovanie spoločnej cesty v sociálnej inklúzii*. Košice : KSP FF UPJŠ, 2010. ISBN 978-80-970543-1-1, s. 162-169.
- MACEK, P. *Adolescence*. Praha : Portál, 2003. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.
- ONDREJKOVIČ, P. *Protidrogová výchova*. Bratislava : Veda, 1999. 356 s. ISBN 80-224-0553-1.
- ŠIŇANSKÁ, K. Zmysel života onkologicky chorých adolescentov. In *Sociálna práca – cesta k zmyslu života*. Košice : KSP FF UPJŠ, 2013. ISBN 978-80-8152-012-9, s. 136-147.
- TAVEL, P. *Zmysel života podľa V. E. Frankla*. Bratislava : Iris, 2004. 270 s. ISBN 80-89018-81-5.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha : Karolinum, 2008. 467 s. ISBN: 97-8802-460-95-60.
- YALOM, Irvin D. *Existenciální psychoterapie*. Praha : Portál, 2006, 528 s. ISBN 80-7367-147-6.
- ŽIAKOVÁ, E., ŠČENSNÁ, M. Zmysel života dlhodobu nezamestnaných. Špecifiká sociálnej práce s touto skupinou klientov. In *Migrácia-chudoba-nezamestnanosť*. Košice: KSK, 2009. ISBN 978-80-970306-0-5, s. 28-37.

ŽIAKOVÁ, E. Zmysel života v pomáhajúcich profesiách. In *Rodina ako systém – rodina ako pacient : Program vedeckej konferencie konanej dňa 08.10.2009 v Prešove*. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 2009. ISBN 978-80-555-0117-8, 24-42.

Kontakt

Mgr. Soňa Lovašová, PhD.
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ,
Moyzesova 9, 040 59 Košice
sona.lovasova@upjs.sk

Súvislosti komunikácie v rámci rodinnej výchovy delikventnej mládeže a podpory rozvoja zmyslu života

Connectivity between communication in the family education of delinquent youth and support of life purpose

Roman Bartoš (SR)

Abstrakt: Príspevok poukazuje na dôležitosť podpory rozvoja komunikácie v rodinách mladistvých delikventov, ako predpokladu k pozitívnym orientáciám zmyslu života. Autor prezentuje parciálne výsledky výskumu protektívnych a rizikových faktorov komunikácie v rámci rodinnej výchovy mladistvých delikventov, pričom poukazuje na možnosti cielej intervencie sociálneho pracovníka. Poznanie rizikových a protektívnych faktorov sociálneho prostredia a procesov, ktoré v ňom prebiehajú umožňuje sociálnemu pracovníkovi aplikovať sociálno-psychologické metódy zamerané na osobnostný rozvoj klientov.

Kľúčové slová Komunikácia, sociálne prostredie, mládež, delikvencia, sociálna práca, zmysel života

Abstract: The contribution points out the importance of support in communication development in juvenile delinquents' families as a presumption for positive life-sense orientations. The author presents partial research results of protective and risk communication factors within a family education of juvenile delinquents, whereby it points out the possibilities of a targeted intervention of a social worker. Knowledge of risk and protective factors of social environment and processes involved enables a social worker to apply social-psychological methods that are focused on a personal client's development.

Key words Communications, Social environment, youth, delinquency, social work, life purpose

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 „Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie“

Zmysel života súčasnej mládeže

Zmysel života je veľmi zložitý konštrukt a všeobecne je možné konštatovať, že zmysel života je veľmi ťažko definovateľný. Ako uvádza Hartl, Hartlová (2010) pod pojmom týmto pojmom môžeme vnímať „vnútorný, duševný zmysel určitého cieľa alebo zamerania v živote človeka alebo v samotnej existencii, bytia“ (2010, s. 536). Křivohlavý (2006) uvádza, že z hľadiska existenciálneho poňatia zmyslu nášho bytia ide o snahu pochopiť „ako udalosti v našom živote súvisia medzi sebou a „zapadajú“ do širšieho obrazu, do kontextu nášho života. Za touto snahou stojí naša motivácia vidieť v tom, čo zažívame určitý zmysel (2006, s. 47–48). Súčasná mládež má v mnohých prípadoch práve pocit nezmyselnosti ich bytia a smerovanie ich života je často ovplyvnené práve týmto pocitom. Vedomie životného zmyslu, subjektívne vnímaná zmysluplnosť života, sa vo viacerých teoretických i výskumných štúdiách ukázala ako dôležitý a klinicky relevantný konštrukt, ktorý ma negatívne aj pozitívne aspekty týkajúce sa mentálneho zdravia a psychickej pohody, či kvality života. Kováč (2001) považuje zmysel života za vrcholový a univerzálny činiteľ kvality života, pričom v jeho modeli kvality života má zmysel života centrálnu pozíciu. V rámci

rizikovej socializácie sa práve delikventná mládež dostáva do pozornosti pomáhajúcich profesií a nezriedka je nevyhnutná i terapeutická intervencia, zameraná na zmenu chápania vlastného života a jeho smerovania. Balcar k tomu píše: „Práve súčasná ‚epidémia‘ problémového správania dospievajúcich detí v krajinách s vysokou hmotnou i vzdelanostnou úrovňou a s výrazne zvýšenou mierou slobody v osobnom i spoločenskom živote dokazuje, že bez naplnenia každodenného života uskutočňovaním pravých, egocentrické záujmy presahujúcich hodnôt, vedie takto vznikajúca zmysluprázdnota k jej rýchlemu zaplňovaniu hodnotami zdanlivými, ktoré však život nielen nenaplnujú, ale ho – i za podmienok vonkajšieho blahobytu – kazia“ (Balcar in Řičan, Krejčířová a kol., 2006, s. 539).

Balcar ďalej uvádza tri mýty dnešnej postmodernej doby, ktoré podľa neho zapríčiňujú „masový nedostatok“ zmyslu života u detí a mládeže vo vlastnom živote. Ide o :

- poňatie slobody ako popretie autority,
- zaisťovanie životnej úrovne v podobe ľahkej spotreby hmotných a kultúrnych statkov ako nutnej a postačujúcej podmienky ku šťastiu,
- viera v determinovanosť človeka jeho vrodenu povahou a prostredím (Balcar in Řičan, Krejčířová a kol., 2006, s. 539).

I keď by tieto skutočnosti mali deťom a mládeži uľahčiť život a dopriať im tak šťastnejšie detstvo, v skutočnosti vedú podľa Balcara k deprivácií v oblasti citových vzťahov, vlastnej zodpovednosti, vlastnej snahy a usilovania sa. Mladá generácia potom nerozumie tomu, prečo a nevie ani ako bojovať s prekážkami. Tým, že je im vzatá ich možnosť pričiniť sa o niečo dobré vlastnými silami, o niečo a pre niečo bojovať, vzniká u nich existenčná prázdnota, ktorú potom zaplňujú pomocou rôznych náhražiek poskytovaných dnešnou spoločnosťou. (Balcar in Řičan Krejčířová a kol., 2006, s. 539). Rôzne výskumy potvrdzujú, že tam, kde existuje existenciálne vákuum, objavujú sa aj patologické symptómy rôzneho charakteru a prítomnosť zmyslu v živote jednotlivca úzko súvisí s dimenziou psychickej pohody (Zika, Chamberlain, 1992) a celkovým mentálnym zdravím a psychopatologickými symptómami (Bengtsson-Tops, Hansson, 2000). Zaplnenie vákua v oblasti zmyslu života delikventnej mládeže teda zohráva významnú úlohu a takto zameraný prístup v sociálnej práci môžeme uplatniť i v preventívnom pôsobení, nakoľko mať jasný účel, zmysel života je cesta k oslabeniu negatívnych stavov (Hartl, Hartlová, 2010).

Sociálneho prostredia rizikovej mládeže

Sociálne prostredie v sebe ukrýva množstvo podnetov rôzneho významu a sily. Spojitosť medzi týmito faktormi je neustále prítomná a manifestuje sa každodennými interakciami medzi jednotlivcom a jeho sociálnym prostredím. Pre sociálneho pracovníka je nesmierne dôležité poznať rizikové a protektívne faktory konkrétneho sociálneho prostredia, sociálneho prípadu a sociálneho klienta. Iba ak ich pozná a reflektuje spojitosti medzi nimi, má predpoklad k úspešnej sociálnej intervencii. Preto sa v tomto kontexte musíme pozastaviť nad termínom riziko. V rámci definovania spolupôsobiacich a často prepojených faktorov sociálneho prostredia musíme pristúpiť k identifikácii rizika a to môžeme vykonať podľa Thompsona (1994 In: Schraggeová, Rošková, 2000), ktorý rozlišuje reálne riziko (kombinácia šancí a negatívnych dôsledkov existujúcich v realite), pozorované riziko (vyhodnotenie kombinácie šancí a negatívnych dôsledkov použitím fyzikálnych modelov), a vnímané riziko (odhad reálneho rizika bez použitia fyzikálnych modelov). Definovanie týchto rizík je individuálne a platí, že čo je rizikom pre jedného, nemusí byť ohrozením pre druhého, priam naopak, môže mu pomôcť v adaptácii na spoločenské podmienky a požiadavky sociálneho prostredia. Podobne sa vyjadruje i Smékal (2002, s. 412) keď tvrdí, že v súčasnosti nemôžeme o mnohých z rizikových a protektívnych faktoroch všeobecne a apriori povedať, ktoré predstavujú riziko a ktoré jednotlivca pred rizikom chránia. Preto si predstavíme základné

prístupy, ktoré prezentovali Vlek a Hendrickx (1988, In: Rošková a kol., 1998, s. 203) a autori v nich predstavujú základné prístupy k vymedzovaniu rizika:

- 1) štatistický, kedy je riziko determinované externými a environmentálnymi faktormi, pričom riziko je merateľný koncept a je funkciou pravdepodobnosti a vážnosti možných negatívnych dôsledkov nejakej aktivity;
- 2) rozhodovací, kedy je riziko determinované charakteristikami nasmerovania nejakej aktivity s neurčitými dôsledkami;
- 3) dynamicko-psychologický, kedy je riziko definované ako nedostatok osobnej kontroly nad nasmerovaním nejakej aktivity, ktorá môže spôsobiť negatívne dôsledky alebo efekty.

Kasperson et al. (1988, In: Verešová a kol, 2007) v tejto súvislosti hovoria o tzv. sociálnom rozšírení rizika. Teória sociálneho rozšírenia rizika poukazuje na fakt, že celá spoločnosť a sociálne prostredie je priamo ohrozené sumou viacerých rizík, ktorých percepčia a následné rizikové správanie determinujú v podobe rôznych vplyvov (napríklad vnútorných a vonkajších, kognitívnych a afektívnych) správania jej členov. Rizikové faktory sa objavujú v rámci tzv. rizikových situácií, za ktoré Fandelová (1993, In: Verešová a kol, 2007) považuje tie situácie, v ktorých sa prejavujú rizikové formy správania v zmysle rozhodovania sa v určitých negatívne pôsobiacich podmienkach, pri ohrození, nedostatku alebo nadbytočnosti významných informácií, v časovom strese a pod. Samotné rizikové správanie, ako uvádza Širůček a kol. (2007) *„je sociálnym konštruktom, zahrňajúcim rozmanité formy správania, ktoré nemusia byť nutne taxatívne vymedzené. Sú však identifikované ako tie, ktoré spôsobujú zdravotné, sociálne alebo psychologické ohrozenie jedinca samotného alebo jeho sociálneho okolia, pričom ohrozenie môže byť reálne alebo predpokladané“* (2007, s. 477). Kocourková a Koutek (2008) definujú rizikové správanie, ako také správanie, ktoré ohrozí zdravie, či život adolescenta, sťažuje alebo mu znemožňuje separovať sa od rodičov normálnym spôsobom, poškodí jeho sebahodnotenie a sebaocenenie v budúcnosti. Medzi rizikové správanie zaradzujeme i delikvenciu.

Protektívne a rizikové faktory komunikácie v rámci rodinnej výchovy delikventnej mládeže a ich využitie v sociálnej práci zameranej na podporu pozitívnych orientácií zmyslu života delikventov (Čiastkové výsledky výskumu)

Focus group býva uvádzaná ako jedna z najprogressívnejších kvalitatívnych metód pre získavanie dát (Miovský, 2006). Ide o výskumný nástroj pre získavanie informácií k zvolenej téme od skupín, ktoré sa vyznačujú zdieľanými charakteristikami alebo záujmami. Focus group zaostruje optiku na postoje a presvedčenia, ktoré sú zdrojom správania. Je vhodná pre štúdium komplexných tém zahrňujúcich mnoho úrovní pocitov a skúsenosti. Na základe skúsenosti, ako uvádza Hendl (2005), je možné konštatovať, že v dobre vedenej focus group participanti ľahšie a prirodzenejšie odkrývajú svoje pocity a myslenie, postoje, názory a spôsoby konania. Jedným z dôvodov je pôsobenie skupinovej dynamiky, ktorá prispieva k zameraniu sa na konkrétnu tému, účastníci sa vzájomne inšpirujú a podnecujú v rôznych uhloch pohľadu na danú problematiku. V rámci nášho výskumu sme si zvolili homogénnu vzorku mládeže a tou je delikventná mládež vo veku od 14. do 18. roku veku (desať klienti Liečebno-výchovnom sanatória a Centra pedagogicko – psychologického poradenstva a prevencie, ktorých správanie vykazovalo prvky delikvencie). Prostredníctvom použitia metodiky sme sa zamerali na opisy a charakteristiky rodinného prostredia delikventnej mládeže percipované skúmanou mládežou v kontexte ich protektivity a rizikovosti. Analyticky syntetickou metódou sme abstrahovali štyri tematické skupiny otázok, ktoré mali zabezpečiť hodnotné odpovede na nami stanovenú výskumnú otázku *„Ktoré rizikové a protektívne faktory vzniku delikvencie sa vyskytujú v rodinách mladistvých delikventov?“*. Na zodpovedanie tejto otázky boli vytvorené štyri výskumné oblasti a tie boli stanovené na

základe teoretickej analýzy rizikových a protektívnych faktorov podľa viacerých autorov (Masten a Reed , 2002; Leobera a Farringtona, 2001; Anderson a kol., 2001; a i.) a posúdenia ich aplikačno-situačného rámca v našom socio-kultúrnom prostredí. Po analytickom vyhodnotení dostupných zdrojov a informácií sme sa orientovali sa vyselektované oblasti rodinného prostredia, čiže na súvislosti rodinného prostredia a výchovy, sociálnej kontroly, rodinných vzťahov a sociálno-patologických javov ohrozujúcich skúmanú mládež v prirodzenom sociálnom prostredí rodiny (Bartoš, 2012).

Rodinné prostredie delikventne sa správajúcej mládeže je z hľadiska sociálnej práce dôležitým faktorom, ktorý svojou charakteristikou ovplyvňuje sociálneho klienta, mladistvého delikventa. V rámci získavania špecifických opisov tohto prostredia vystupuje do popredia potreba zachytiť sociálnu realitu mládeže a najvhodnejším zdrojom týchto opisov je samotná mládež. V kontexte príspevku i však prezentujeme analyzované výpovede mladistvých delikventov získané z odpovedí na otázku „Aký má význam komunikácia v rodinnej výchove?“

Fokusová skupina 1

V rámci výskumnej skupiny sme identifikovali niekoľko dôležitých poznatkov v spojitosti s komunikáciou. Respondenti pociťujú nedostatok príležitostí vyjadriť svoj názor, príp. postoj a obhájiť tak svoje konanie, správanie alebo prežívanie „ani sa nespýta a už kričí vo dverách, mne pritom zdrhol bus (ušiel autobus)“, alebo „jednajú s nami jak s deťmi ..podť, sprav, doneš,.. keď poviem niečo ja, tak som drzý“. Respondenti sa domnievajú, že pri výchove mládeže je dôležitá komunikácia, pretože ponúka možnosť odhaliť motívy a dôvody správania mládeže „šak keď sa so mnou rozpráva o tom, tak pochopí prečo som to spravil, ale keď bude ziapať, aj tak mu nič nepoviem“. Taktiež respondenti vnímajú ako dôležité komunikovať otvorene a spoločne o veciach, ktoré sú späté s delikvenciou „mali by sa (rozprávať), mali by vedieť o tom, čo dieťa robí, aby neboli nezhody (medzi rodičmi a deťmi a rodičmi navzájom). Respondenti v diskusii vidia najmä možnosť „povedať, ako to vnímam ja“, aj keď do komunikácie prichádzajú s určitou skepsou „si myslia, že som stále decko“

Fokusová skupina 2

Komunikáciu si v rodine skúmanej mládeže cení každý z respondentov najmä z dôvodu jej aplikácie v preventívnych rozhovoroch „pretože sa dá viac pochopiť, aby sme nekradli“. Jej časté využívanie by podľa respondentov mohlo viesť k zmene sociálneho správania mládeže „prestal som, keď mi mama vysvetlila, čo ma čaká“. Skúmaná mládež sa i domnieva, že z rozhovorov môžu absorbovať dôležité poznatky využiteľné v socializácii a sociálnej adaptácii „keby sme sa viac rozprávali, ..ale nie o škole..tak o živote, by to bolo super“. Potenciál v komunikácii môžeme vnímať i z hľadiska prínosu pre komunikujúcich a okrem mládeže by z tejto interakcie vyšiel ako obohatený i rodič. Respondenti sa totiž domnievajú, že by to o pomohlo i k zmene správania rodičov a ich náhľade na mládež „by pochopili, že nie som decko a čo chcem v živote“. Ako najväčšie komunikačné bariéry je podľa respondentov možné vnímať spoločenské zmeny „my sme už iní, ako ste boli vy“, „Oni nás aj tak nikdy nepochopia“, „to je iné teraz, oni to nechápu“ a tie sa premietajú do celkového komunikačného rámca v rodinnom systéme.

Vyhodnotenie

Z hľadiska rizikovosti môžeme povedať, že respondenti vnímajú ako ohrozujúci faktor nedostatok komunikácie v rodine, nevhodný štýl a techniky komunikácie bez prihliadnutia na vek a kompetencie dieťaťa a neposkytnutie priestoru na vyjadrenie sa mládeže k otázkam, ktoré sa jej osobne dotýkajú. Rizikovým faktorom je neefektivita v komunikačných snahách, zapríčinená objektívnym alebo subjektívnym faktorom, ktorý môže byť statický, bez

možnosti zmeny (napr. mentálna úroveň, intelektové schopnosti), alebo dynamický, s možnosťou zmeny (socio-kultúrna orientácia, životný štýl).

Ako protektívny faktor môžeme vnímať otvorenú komunikáciu s úprimným záujmom o vonkajšie sociálne prostredie mládeže, faktory pôsobiace v tomto prostredí, vnútorný svet dieťaťa a jeho samostatné hodnotenie vzniknutých situácií, sociálnych javov alebo ľudí dotvárajúcich sociálne prostredie jednotlivca. Respondenti oceňujú význam komunikácie vo výchovnom procese, ale i mimo neho. Z hľadiska protektivity má komunikácia hodnotné uplatnenie medzi nástrojmi určenými ako na špecifické, tak i multifaktorové výchovné ciele a zamerania.

Záver

V rámci skúmanej oblasti sme získali percepcie respondentov, ktoré vychádzajú z ich reálneho sociálneho prostredia a tie sú viazané na sociálnu realitu, v ktorej sa nachádzajú. Z hľadiska identifikácie týchto faktorov musíme poznamenať, že rizikové a protektívne faktory komunikácie v rámci rodinnej výchovy sú hodnotené mládežou odlišne v závislosti od ich sociálnych skúseností. Rovnako v našom výskume sme evidovali fakt, že u skúmanej mládeže sú badateľné rozdiely v ich výpovediach, čo sa týka najmä bohatosti opisu a slovnej zásoby, vyplývajúce z osobnostných predispozícií ako i podnetnosti sociálneho prostredia, v ktorom sú etablovaní. Dôležitý význam zohrávajú negatívne komunikačné vzory a preto sa domnievame, že výskyt takto nevhodne podnetných vzorov v rodinnom prostredí skúmanej mládeže má negatívny dopad i na hľadanie zmyslu života týchto detí. V rámci rodiny má komunikácia bazálnou funkciu, ktorej zlyhávanie alebo nedostatočné naplňovanie často vedie k problémom a nedorozumeniam. Tieto ovplyvňujú postoje jednotlivcov k sebe samým, ako i k ostatným členom skupiny a odzrkadľujú sa i na vzťahoch medzi členmi rodiny navzájom. Dieťa vyrastajúce v rodine, v ktorej je narušená komunikácia, postoje a vzťahy, ktorá pôsobí ohrozujúco na mladého človeka a nájdenie jeho zmyslu života je spojené s mnohými rizikami. Sociálny pracovník sa preto môže orientovať na podporu rozvoja sociálnych zručností sociálnych klientov, ako i celej rodiny. Sociálno-psychologické metódy môžu byť orientované na tréning celkovej sociálnej kompetencie jedinca (postupným rozvíjaním jednotlivých oblastí alebo komplexným riešením sociálnych situácií) alebo na parciálne rizikové oblasti inter- personálneho styku. Prostredníctvom sociálno-psychologických metód aplikovaných v pravidelných výcvikových stretnutiach môže sociálny pracovník podporiť osobnostný rozvoj sociálnych klientov potrebný k plnohodnotnému hľadaniu zmyslu života. Práve jednotlivec s dostatočnými kompetenciami na nájdenie pozitívnej životnej orientácie a zmyslu života ako takého, bude následne pôsobiť ako protektívny faktor v rodine alebo celej komunite.

Použitá literatúra:

- ANDERSON, B., BEINART, S., FARRINGTON, D. P., LANGMAN, J., STURGIS, P., UTTING, D. 2001. *Risk and Protective Factors Associated with Youth Crime and Effective 8 Interventions to Prevent it*. London: Youth Justice Board for England and Wales, Dostupné na: www.crim.cam.ac.uk/people/academic_research/david_farrington/riskprot.pdf
- BARTOŠ, R. 2012. *Sociálne prostredie delikventnej mládeže*. Ružomberok: PF KU, 165 s.
- BENGTTSSON-TOPS, A. - HANSSON, L. 2000. The validity of Antonovsky's Sense of coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 4, 432-439.
- HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha : Portál, ISBN 978-80-7367-686-5.

- HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha : Portál, ISBN 80-7367- 040-2.
- KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. 2008. *Spektrum autodestruktivity a adolescenci – rizikové chování, sebe poškodování, suicidalita*. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 40, č. 4, s. 374- 379
- KOVÁČ, D. 2001. (Dis-)integration of personality – a source of (non)quality of life. *Studia psychologica*. 43, 3, 203-210.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2006. *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 204 s. ISBN 80-247-1370-5.
- LOEBER, R. FARRINGTON, D.,P., eds. 2001. *Child Delinquents: Development, Intervention, and Service Needs*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- MASTEN, A., S.; REED, G. J. 2002. Resilience in development. In Snyder, C. R., Lopez, S. J. *Handbook of Positive Psychology*. Oxford: University Press
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístupy a metody v psychologickém výzkumu*. Praha : Grada, ISBN 8024713624.
- ROŠKOVÁ, E., ROSOVÁ, V., BIANCHI, G. 1998. Kvalitativna analýza vnímania rizika deťmi a adolescentami. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 33, č. 3, s. 203-215.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ D. a kol. 2006. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, ISBN: 80-247-1049-8.
- SCHRAGGEOVÁ, M., ROŠKOVÁ, E. 2000. *Riziko z pohľadu hodnotenia a zvládania*. *Československá psychologie*, XLIV, č. 6, s. 515-527.
- SMÉKAL, V. 2002. Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání. Brno: Barrister & Principal, 517 s. ISBN 80- 85947-80-3.
- ŠIRŮČEK, J., ŠIRŮČKOVÁ, M., MACEK, P. 2007. *Sociální opora rodičů a vrstevníků a její význam pro rozvoj problémového chování v adolescenci*. *Československá psychologie*, Praha : ČSAV, roč.51, č. 5, ISSN 0009-062X. s. 476-488.
- VEREŠOVÁ, M. a kol. 2007. *Sociálna psychológia. Človek vo vzťahoch*. Nitra, Enigma, ISBN 978-80-89132-47-8..dostupné na:
<http://sites.google.com/site/marcelaveresova/soci%C3%A1lnapsychol%C3%B3giazdravia>
- ŽIKA, Sh. CHAMBERLAIN, K. 1992. On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology*, 83, 133-145.

Kontakt:

PhDr. Roman Bartoš, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Ústav sociálnej práce Božieho Milosrdenstva

Legionárska ul. 8203/2

010 01 Žilina

E-mail: romanbartos1@gmail.com

Príprava mladých dospelých na samostatný život v Centre pre obnovu rodiny Dorka, n.o. v Košiciach

Lenka Popjaková (SR)

Abstrakt *V príspevku predstavujeme základnú úlohu a činnosť Centra pre obnovu rodiny Dorka, n.o. v Košiciach. Hlavným poslaním tohto unikátneho zariadenia je to, že pod jednou strechou poskytuje odbornú pomoc a bývanie deťom, mladým dospelým a rodinám, ktoré sa ocitli v krízovej životnej situácii. Zameriame sa predovšetkým na Domov na pol ceste, ktorý mladým ľuďom pomáha s prechodom z detského domova k samostatnému životu. Opíšeme proces sociálnej práce s klientom a uvedieme, ako diagnostika osobnosti klienta pomáha sociálnym pracovníkom rozlíšiť typológiu klientov a prispôbiť intervencie klientovej osobnosti. Taktiež poukážeme na dôležitosť aktivít a prevencie Centra Dorka, ktoré účinne pomáhajú klientom k lepšej zmene ich života.*

Kľúčové slová *sociálna práca, sociálne služby, Centrum pre obnovu rodiny Dorka, n.o., domov na pol ceste,, mladý dospelý, prevencia, sociálno-patologické javy.*

Abstract: *In this paper we present the essential role and activities of the Centre for Reconstruction families Dorka, but Kosice. The main mission of this unique device is that under one roof provides professional assistance and housing for children, young adults and families who find themselves in crisis. We will focus primarily on the half-way home, which helps young people with the transition from the orphanage to independent life. We will describe the process of social work with client lists and how to diagnose the client's personality helps social workers distinguish typology of clients and adapt interventions client's personality. They also point out the importance of prevention activities and Dorka Center, which effectively help clients to change their lives better.*

Keywords: *social work, social services, Center for Reconstruction families Dorka, well, half-way houses, young adult, prevention of socio-pathological phenomena*

1. Centrum pre obnovu rodiny Dorka, n.o.

Centrum pre obnovu rodiny Dorka, n.o. v Košiciach poskytuje prostredníctvom tímu skúsených pracovníkov kvalitné sociálne služby v štyroch zariadeniach. Ide o Zariadenie núdzového bývania, Domov na pol ceste, Útulok a Krízové stredisko. Cieľovými skupinami a súčasne príjemcami týchto sociálnych služieb sú osamelé a týrané matky s deťmi, rodiny v kríze, mladí dospelí po ukončení ústavnej starostlivosti, mladí dospelí, ktorí nemajú zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb a deti v ohrození zdravia a života. Úlohou zariadenia Dorka je pomáhať a riešiť komplexne ich sociálnu situáciu. Služi najmä tým klientom, ktorí chcú svoju situáciu zmeniť, pracovať na zmene a sú ochotní dodržiavať pravidlá, ktoré sú nevyhnutné pre zmenu ich životnej situácie, t. j. pracovať, zbaviť sa všetkých závislostí a vytvoriť vo svojej rodine vhodné prostredie pre rozvoj ich detí.

Centrum Dorka je nezisková organizácia, ktorá bola založená 16. mája 2006. Vznikla za účelom poskytovania verejnoprospešnej činnosti v zmysle § 2, ods. 1 zákona č. 213/1997 Z.z. o neziskových organizáciách poskytujúcich všeobecne prospešné služby. Zriaďovateľom centra je Nadácia DeDo - Solidarita s deťmi z detských domovov a Spoločnosť priateľov detí z detských domovov Úsmev ako dar. Poskytované sociálne služby v zariadení zodpovedajú

náročným kritériám v plnom rozsahu, ktoré vychádzajú zo zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a zákona č. 305/2005 Z.z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele. Dodáme, že zariadenie núdzového bývania, domov na pol ceste a útulok boli otvorené 1. decembra 2007 po prvej etape rekonštrukcie budovy bývalej materskej škôlky. Otvorenie krízového strediska sa datuje na 1. máj 2008, pričom od 18. decembra 2009 má k dispozícii aj ďalšiu zrekonštruovanú časť centra.

Centrum Dorka je aktívne aj na poli prevencie. Okrem realizácie vlastných projektov a aktivít spolupracuje aj s inými organizáciami či združeniami, ktoré ponúkajú programy úzko súvisiace s prevenciou. Pre predchádzanie a elimináciu nežiaduceho správania to pokladáme za rozhodujúce (S. Navrátil, J. Mattioli, 2011, s. 11). Na spolufinancovaní jednotlivých zariadení centra sa podieľajú Košický samosprávny kraj a Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny, ale neraz aj rôzni sponzori a darcovia. Jedine s ich podporou, či už ide o materiálnu alebo finančnú, je možné permanentné poskytovanie kvalitných a ľahko dostupných sociálnych služieb.

Doplníme, že Spoločnosť Úsmev ako dar už 30 rokov hľadá riešenia a životnú perspektívu pre opustené deti, pričom sa snaží pomáhať aj rodinám v ohrození. Posledných 12 rokov za neoceniteľnej podpory Nadácie DeDo spoločne budujú aj v iných regiónoch Slovenska, dnes už preukázateľne efektívnu sieť centier na pomoc rodinám v kríze a mladým dospelým po odchode z detských domovov. Pri tejto príležitosti sa v roku 2013 otvárajú centrá aj v meste Prešov a Zvolen. V Prešove budú poskytované sociálne služby pre 30 klientov v rámci Zariadenia núdzového bývania a vo Zvolene bude kapacita zariadenia pozostávať z 11 klientov Domova na pol ceste a 8 klientov Zariadenia núdzového bývania.

V ďalšej časti príspevku bude naša pozornosť upriamená na činnosti a aktivity Domova na pol ceste, ktorý je súčasťou tohto centra. Taktiež poukážeme na poradenský proces sociálnej práce s mladými dospelými, ale aj na priebeh individuálneho rozvojového plánu sociálnej pomoci. Pričom budeme vychádzať z osobnostných predpokladov, spôsobilostí, možností a potrieb klienta. Na záver priblížime konkrétne preventívne aktivity a programy, ktorých cieľom je pomôcť klientom pri hľadaní vlastnej cesty k ich životnej stabilite.

1.1 Domov na pol ceste

Cieľom účelového zariadenia Domov na polceste je poskytovanie pomoci v podobe sociálnej starostlivosti 25 mladým dospelým po ukončení nariadenej ústavnej predbežnej alebo predĺženej starostlivosti, ktorí dosiahli plnoletosť a nemajú zabezpečené okrem bývania ani podmienky pre uspokojenie základných životných a spoločenských potrieb (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, § 27, ods. 1).

Po odchode z detského domova si mladý dospelý uvedomuje fakt, že „*s ničím som prišiel a s ničím aj odchádzam*“. Hlavným zámerom Centra Dorka je preto podporovať a rozvíjať individuálne osobnostné predpoklady pre úspešnú sebarealizáciu mladého človeka, aby raz po odchode z tohto zariadenia bol sociálne pripravený viesť normálny a plnohodnotný život.

Práve z tohto dôvodu prehlbujeme čoraz viac ich danosti a schopnosti nevyhnutné pre naplnenie potrieb a cieľov, pretože v konečnom dôsledku sú tým jediným vlastníctvom, ktoré majú. Dodáme, že v zariadení naďalej pretrváva vedenie k zodpovednosti voči zamestnaniu, štúdiu, či ekonomickému hospodáreniu. To znamená, že centrum im tak okrem bývania poskytuje a zároveň utvára podmienky na dokončenie štúdia, ale aj na hľadanie a udržanie si zamestnania.

Domov na pol ceste ponúka tieto komplexné služby sociálnej a poradenskej činnosti:

- ubytovanie po dobu maximálne 3 rokov s možnosťou samostatnej prípravy stravy (pričom ubytovanie pre klientov je zabezpečené v samostatných bytových jednotkách,

s kuchyňou, s posteľou, kúpeľňou a s toaletou. Každá bytová jednotka má vlastný sporák, chladničku a štandardné vnútorné vybavenie.),

- pomoc pri príprave jednoduchých jedál,
- pomoc pri osamostatnení sa klienta,
- odbornú činnosť zameranú na odstránenie alebo zmiernenie porúch psychického vývinu, osobnostného vývinu a sociálneho vývinu,
- sprostredkovanie zamestnania klientov,
- sprostredkovanie pomoci pri znovuzaradení do školského procesu, resp. získaní vyššieho vzdelania,
- duchovná činnosť (večerné modlitby, grécko-katolícke liturgie),
- podporná skupina mladých dospelých "Liga výnimočných" (psychosociálne cvičenia),
- podporná skupina v rámci programu "Napredovanie vo svete, ktorý sotva prežíva".

Pri práci s klientom sú využívané špeciálne odborné postupy a metódy, ktorých cieľom je ovplyvniť uvažovanie a konanie človeka. Tie totiž smerujú k tomu, aby mladý dospelý bol schopný pomôcť si sám (P. Hartl, O. Matoušek, 2008, s. 85). A o to sa snaží tím skúsených pracovníkov, pozostávajúci zo 7 sociálnych pracovníkov, psychológa a právneho poradcu, ale aj bohoslovca Gréckokatolíckej teologickej fakulty Prešovskej univerzity v Prešove, ktorý v centre vykonáva pastoračnú prax. Ich snahou je poskytovať okrem odbornej pomoci aj empatické porozumie, citovú a duchovnú podporu.

2. Individuálna práca s klientom Domova na pol ceste

Žiadatelia o poskytovanie sociálnych služieb sa prichádzajú informovať o možnosti ubytovania v Centre Dorka po dosiahnutí plnoletosti sami alebo ešte počas doby ústavnej starostlivosti v sprievode sociálneho pracovníka príslušného detského domova.

Podmienky prijatia klienta do zariadenia vyplývajú zo vstupného pohovoru zameraného na plány žiadateľa do budúcnosti, alebo doručenia žiadosti o prijatie, ktorej súčasťou je:

- Čestné prehlásenie o tom, že klient nie je momentálne trestne stíhaný a nemá dlžoby.
- Odporúčajúci list s charakteristikou klientovej osobnosti zo zariadenia odkiaľ žiadateľ prichádza.
- Potvrdenie o zdravotnom stave a dosiahnutom vzdelaní.

V prípade voľných kapacít Centrum Dorka informuje detské domovy o možnosti nastúpenia mladého dospelého do Domova na pol ceste.

Prijatím do zariadenia by mala byť uspokojená potreba bezpečia a istoty. Následne začína systematická práca s mladým dospelým. Tá je zameraná na pomoc pri hľadaní cesty, ktorá vedie k postupnému napĺňaniu ďalších klientových potrieb (M. Galandová, 2010, s. 9). A tou cestou je systém poradenského procesu a individuálneho plánovania, ktoré majú vplyvať na kvalitu života klienta, podporu klienta a jeho vedenie k samostatnosti, ale aj na vyvážený rozvoj všetkých oblastí jeho života. Prihliadajúc na podstatu osobnosti klienta, jeho vzťahu k Bohu a blížnemu, čo nás zároveň privádza k poznaniu vzťahu mladého človeka k vlastnej rodine ak ju má, ale aj komunite, či štátu (T. Hangoni, M. Gerka, 2009, s. 3). Z uvedených dôvodov je preto snaha sociálnych pracovníkov, motivačne usmerniť ich orientáciu k správnym hodnotám, opodstatnená.

V tomto kontexte sociálni pracovníci riešia sociálnu situáciu mladého človeka využitím rôznych metód sociálnej práce. Ide predovšetkým o rozhovor, pozorovanie, metódy sociálneho poradenstva – informácia, distribúcia, klarifikácia, ventilácia, povzbudenie, interpretácia, konfrontácia, reflexia, ale aj ďalšie metódy ako sú – tréning sociálnych zručností, relaxačné techniky, modelovanie, hranie rolí (M. Schavel, J. Levická, 2004, s. 172-174), genogram, ekomapa a iné. Tieto metódy slúžia sociálnemu pracovníkovi k oboznámeniu

sa s históriou klientov, ktorá im pomáha pri porozumení ich životnej situácie a získaniu vhľadu do ich problémov, ktoré ich priviedli až do tohto zariadenia. Je preto dôležité, aby sa sociálny pracovník pri využití daných metód zamerával predovšetkým na klientove silné stránky, nielen na jeho deficity. Keďže je známe, že mladí dospelí, ktorí veria vo svoje vlastné zdroje, vykazujú v terapii pozitívne výsledky s ďaleko vyššou pravdepodobnosťou. A preto je nevyhnutné, aby sme sa venovali hľadaniu už spomínaných silných stránok našich klientov s rovnakou metodickosťou, s akou sa venujeme stanoveniu správnej diagnózy (B. Schwartz, J. V. Flowers, 2012, s. 40).

Počas pobytu v zariadení mladí dospelí podstupujú program integrácie do spoločnosti, ktorého súčasťou je psychická, sociálna a duchovná starostlivosť. Úsilím sociálnych pracovníkov je naučiť mladých ľudí rozhodovať samostatne, viesť ich k tomu, aby zodpovedne stáli za svojim rozhodnutím a súčasne zaň znášali prípadné dôsledky.

Doplníme, že proces práce s klientom v Centre Dorka, resp. program rozvoja klienta rozdeľujeme do nasledujúcich etáp:

1. *Zhrnutie obrazu osobnosti* (t. z. osobná anamnéza, rodinná anamnéza, osobný list dieťaťa, analýza širšieho prostredia, zistenie motivácie klienta, zistenie sociálnych hodnôt, priorít, záujmov a očakávaní klienta a napokon sociálne hodnotenie, resp. sociálna diagnostika). Túto prvotnú etapu práce s klientom je potrebné spracovať čo najskôr od nástupu klienta do zariadenia, najneskôr však do 7 dní.
2. *Formulácia oblastí, v ktorých klient potrebuje pomoc.*
3. *Stanovenie cieľov a návrh riešenia* (t. z. klient s pomocou sociálneho pracovníka, ktorý ho má vo svojej kompetencii, vypracuje individuálny plán rozvoja osobnosti. Sociálny pracovník následne urobí analýzu silných stránok a potrieb klienta a klient si zároveň stanoví krátkodobé a dlhodobé ciele).
4. *Realizácia sociálnych opatrení, intervenčných opatrení a spôsob práce* (všetky zistené potreby a možnosti klienta zaznamenáme, čím získame prehľad o oblastiach kde rodina, alebo jedinec potrebuje intervenciu).
5. *Hodnotenie efektívnosti realizovaných sociálnych opatrení.*

Daný proces tvorí základ pre spracovanie *Individuálneho rozvojového plánu sociálnej pomoci*. Jeho neodmysliteľnou súčasťou sú informácie o osobnosti klienta, ktoré priblížime v nasledujúcej stati.

3. Osobnosť klientov Domova na polceste

Súčasná doba so sebou prináša rôzne negatívne dôsledky odrážajúce sa v kvalite života mladých dospelých po opustení detského domova. Vedomie mladého človeka, že bol umiestnený do detského domova je momentom, ktorý ho sprevádza zväčša celý jeho život. A to nie len preto, že bol v porovnaní s deťmi v rodinách ukrátený o zabezpečovanie rôznych jeho potrieb (láska, pocit niekam patriť, pocit niečo vlastniť a pod.), ale najmä preto, že umiestnením do detského domova sa výrazne sťažila jeho východisková pozícia pri svojej sociálnej adaptácii v dospelosti. Poukazuje na to aj Ľ. Brajerová, ktorá uvádza, že „Odchod adolescentov z detského domova a začlenenie sa do spoločnosti, môžu sprevádzať rôzne problémy, ktoré si mladí dospelí uvedomujú pri hľadaní práce, bývania alebo pri budovaní partnerských vzťahov“ (Ľ. Brajerová, 2011, s. 135). Preto je dôležité uviesť si, že kvalitu ich života ohrozujú viaceré faktory. A neriešenie problémov je často zárodkom vzniku sociálno-patologických javov. Preto je jednou z úloh sociálnej práce hľadať možnosti pomoci týmto mladým ľuďom. A tu zohrávajú dôležitú úlohu práve Domovy na pol ceste, ktoré mladým dospelým ponúkajú pomocnú ruku pri adaptovaní sa v spoločnosti a zároveň ich osamostatnení sa.

L. Brajerová dodáva, že „Pre mladých dospelých je charakteristická samostatnosť, nezávislosť, ekonomická sebestačnosť (možnosť slobodne hospodáriť so svojimi peniazmi), ale aj slobodná voľba autentických priateľských, partnerských vzťahov, ktoré by mali uspokojovať potrebu citového zázemia“ (L. Brajerová, 2011, s. 18).

V Domove na pol ceste v rámci Centra Dorka boli od zriadenia v novembri 2007 poskytované sociálne služby 31 mladým ženám a 63 mladým mužom vo veku od 18 do 28 rokov. Pre mladých ľudí, ktorí odchádzajú z pevne organizovaných ústavných zariadení, býva krok zapojenia sa do spoločnosti ako nezávislý dospelý zvlášť náročný. Osobnosť jednotlivca počas záťažových období ovplyvňuje výber copingových stratégií (I. Šolcová, 2009, s. 102). Zvládnutie procesu osamostatňovania je preto určované aj osobnostnými charakteristikami jednotlivca, ktoré berú sociálni pracovníci zariadenia do úvahy pri výbere vhodných metód a intervencií sociálneho poradenstva.

3. 1 Zdroje informácií o osobnosti klienta

Druh sociálnej služby, ktorú Centrum Dorka poskytuje umožňuje každodenný osobný kontakt s klientom a hlbšie porozumenie kontextu jeho problému. Hlavným zdrojom poznatkov o osobnosti klienta je preto metóda neštruktúrovaného rozhovoru a pozorovanie klienta pri pracovnej terapii a skupinových aktivitách v zariadení (predovšetkým program Napredovanie a sociálno-psychologické stretnutie klientov „Liga výnimočných.“)

Druhým informačným zdrojom je analýza dokumentov klienta, z ktorej môžeme vyzdvihnúť správu o dieťati vypracovanú detskými domovmi pri osamostatnení mladého dospelého. Správa obsahuje údaje o dosiahnutom vzdelaní, o osobnostných charakteristikách, o vzťahu a správaní klienta k rovesníkom, autoritám a rodinným príslušníkom, jeho prípadné výchovné a vzdelávacie problémy a opis jeho záľub a motivácie. Pokiaľ klient navštevuje klinického psychológa alebo psychiatra, správy z vyšetrenia sa stávajú súčasťou dokumentácie klienta, ku ktorej má prístup psychológ zariadenia.

Tretím zdrojom poznatkov o klientovej osobnosti je individuálna psychologická diagnostika vypracovaná psychológom Centra Dorka. Do základného skíninového balíka použitých testov sme zaradili test osobnostný (Eysenckove osobnostné dotazníky pre dospelých), test inteligenčný (Ravenove progresívne matice), test temperamentu (Belov test temperamentu) a test profesijnej orientácie (Analýza profesionálneho typu). Takto získané osobnostné charakteristiky klienta sú zohľadňované pri vypracovaní už vyššie spomínaného Individuálneho rozvojového plánu sociálnej pomoci, interného dokumentu, ktorého účelom je stanovenie, realizácia a hodnotenie sociálnych opatrení a intervencií.

3. 2 Typológia klientov z hľadiska správania sa

Teória sociálnej práce rozlišuje viaceré typy klientov (Z. Ondrušová, 2009, s. 73-76), ktoré si vyžadujú odlišný prístup sociálneho pracovníka. V Domove na pol ceste sa stretávame s nasledujúcimi typmi klientov:

- **Spolupracujúci klient**, ktorý za sociálnym pracovníkom prichádza dobrovoľne, ochotne sa podieľa na zostavení dokumentácie, anamnézy, individuálneho rozvojového plánu sociálnej pomoci. Jeho podiel na riešení problému je evidentný. Týmto klientom je poskytovaná pomoc s vybavením prospechových a motivačných štipendií a osobitných programov na podporu ich cieľov (napr. štipendia Divé maky, rómske štipendia Nadácie otvorenej spoločnosti, Grantový program SPP Opora).
- **Mlčanlivý klient**, s ktorým sa spolupráca nadväzuje obtiažne. Sociálny pracovník musí rozpoznať, či ide o mlčanlivosť z dôvodu obáv a strachu (zo zverenia osobnej anamnézy a osobných údajov, čo je problém, ktorý vymizne sám, akonáhle si klient vybuduje so sociálnym pracovníkom dôvernejší vzťah) o povahovú črtu osobnosti,

klientovu trucovitosť alebo zaostalosť klienta, ktorý sa hanbí dať najavo, že nerozumie, čo sa od neho žiada.

- **Klient v odpore** neguje akúkoľvek snahu o spoluprácu so sociálnym pracovníkom. Klient nie je zainteresovaný do odstránenia problému, ktorý má a zväčša si ho ani nepripúšťa. Obvykle sú títo klienti distribuovaní z iných zariadení. Je vhodné priame pomenovanie odporu a zistenie jeho dôvodu. Môže ísť o obranný mechanizmus a strach zo zmeny. Ak sa odpor nepodarí prekonať, zväži sa výmena sociálneho pracovníka.
- **Manipulatívny klient**, ktorému nejde o riešenie problému, ale o získanie výhod zo strany sociálneho pracovníka, ktorého zavádza, aby ho vmanipuloval do svojich plánov. Sociálny pracovník musí zdôrazniť hranice poradenského vzťahu.
- **Apatický klient** prichádza znechutený, je mu všetko jedno, čaká na pomoc zvonku, je pasívny pri staraní sa o seba. Pokladá ponúkanú pomoc za prirodzenú, dokonca sa ohrádza, keď ju nedostáva. Takýto klient si ani školu nevyberá sám, kam „ho dajú“ tam chodí. Týmto sa do jeho identity integruje vlastná „naučená bezmocnosť“ (P. Macek, 2000). Sociálny pracovník klientovi vysvetlí, že jeho pomoc predstavuje vedenie klienta, nie zabezpečovanie všetkých jeho záležitostí a učí ho prevziať zodpovednosť za svoje rozhodnutia.
- **Agresívny klient**, ktorého prejavy agresivity môžu mať podobu verbálnych vyhrážok alebo fyzických útokov. Sociálny pracovník sa nesmie dať vyprovokovať, pretože agresivita podnecuje agresivitu, naopak musí ovládať techniky eliminujúce hnev klienta a uvedomiť si, že ide o dôsledok jeho dlhodobej frustrácie. Agresívne prejavy voči ostatným klientom a sociálnym pracovníkom sú dôvodom pre udelenie sankcií podľa Vnútorného poriadku a podľa závažnosti až ukončenia zmluvy.
- **Ventilujúci klient** prichádza za sociálnym pracovníkom nie z dôvodu riešenia problému ale pre potrebu ventilácie napätia. Ak sa vyrozpráva, pocíti úľavu a ostatné rady sociálneho pracovníka ho nezaujímajú. Ide zväčša o klientov, ktorým chýba medziľudský kontakt, ktorý si nahrádzujú návštevou sociálnych pracovníkov. Klienti sú podporovaní v nadväzovaní sociálnych väzieb mimo zariadenia.
- **Rizikový klient**, ide o jedinca, ktorý môže byť nebezpečný pre sociálneho pracovníka a iných klientov. Môže ísť o klienta s psychopatickým správaním (náchylnosť k psychotizmu odhalí Eysenckov osobnostný dotazník, ktorý používame na hodnotenie osobnosti) alebo s infekčnou chorobou. Rizikovým klientom je taktiež klient s tendenciou ku kriminálnemu správaniu. Preto dôkladná identifikácia, poznávanie príčin a následkov sociálno-patologických javov rizikového klienta podmieňuje výber a efektívnosť sociálnej práce (A. Tokárová, 2003, s. 340). Vzhľadom na to, že podmienkou prijatia je zdravotný stav nevyklučujúci ubytovanie v kolektíve, výskyt tohto klienta je minimálny.

3. 3 Typológia klientov z hľadiska psychických problémov

Do zamestnaneckej štruktúry Domova na pol ceste patrí popri sociálnych pracovníkoch aj psychológ. Najčastejšími dôvodmi vyhľadania psychologického poradenstva patrí dezorientácia v životnej situácii, úzkostné problémy (poruchy spánku a koncentrácie), partnerské problémy, konflikty s vrstovníkmi, ľahké depresívne epizódy, nedostatok motivácie a bezpečia, pocity bezvýznamnosti (L. Crabb, 1995, s. 77), vyrovnávanie sa so stratou blízkeho a vlastnou rodinnou históriou, oblasť rozvíjania osobnostného potenciálu (napr. nácvik komunikačných zručností, asertivity).

Pokiaľ ide o jednotlivca s klinickou diagnózou, ktorá si vyžaduje intenzívnejšiu terapiu, spolupracujeme s psychiatrom. Z vyskytujúcich sa psychických porúch môžeme uviesť depresie a suicidálne sklony (F32), fobie – špecifickú fóbiu zo psov, z autobusov, agorafóbiu

(F40), úzkostnú porucha nešpecifikovanú (F 41.9), ľahkú mentálnu retardáciu (F70), panickú poruchu (F 41.0) a schizofréniu (F20) - klient bol premiestnený do Domova sociálnych služieb.

4. Preventívne aktivity a programy Centra pre obnovu rodiny Dorka, n.o.

Oblasť preventívnych aktivít je stále aktuálna v každej spoločnosti a v akomkoľvek čase. Aj preto klientov nášho zariadenia zapájame do mnohých aktivít, v ktorých majú príležitosť rozvíjať užitočné zručnosti pre skvalitnenie praktického života, objavovať nové možnosti sebarealizácie v tvorivých činnostiach, obohatiť svoj život o kultúrne a duchovné hodnoty. Podnecujúce, ale aj preventívne programy zdôrazňujú aktívny prístup k ovládaniu a smerovaniu vlastného života, lebo každý človek má právo na plnohodnotný život, ale musí sa oň aj sám aktívne usilovať. Aj preto sa pracovníci Centra Dorka v rámci sociálnej prevencie prípadných sociálno-patologických javov zameriavajú na vytváranie priaznivých spoločenských podmienok v oblasti ekonomickej, sociálnej, kultúrnej, výchovno-vzdelávacej, v oblasti zamestnanosti, podmienok pre využitie voľného času, rast životnej úrovne, duchovný rozvoj, humanizácie a skvalitňovanie spôsobu života spoločnosti ako celku, sociálnych skupín, ako aj na socializáciu a sociálnu integráciu každého jednotlivca (M. Oláh, M. Schavel, 2006, s. 105).

Medzi tieto preventívne aktivity a programy patria:

Pracovná terapia

Táto činnosť je dôležitým nástrojom pri poznávaní klienta a jeho možnosti zaradenia do pracovného procesu. Klienti, ktorí ešte nepracovali, získavajú pracovné návyky. U aktuálne nezamestnaných slúži ako prevencia úpadku do pasivity a zmierňuje negatívne dopady ich súčasnej nezamestnanosti. Pracovnej terapii sú povinní zúčastňovať sa nezamestnaní klienti a mamičky na materskej dovolenke a počas prázdnin aj študenti. Pracovná terapia sa koná každý pracovný deň ráno v rozsahu približne 1-2 hodín, pričom jej činnosť sa využíva na zveladenie zariadenia a udržiavanie čistoty.

Šetriaci systém pre mladých dospelých

Cieľom programu je naučiť mladého dospelého rozumieť a zlepšiť jeho finančné povedomie, ktoré bude viesť k šetreniu. Priblížiť mu reálne náklady za bývanie, ktoré ho čakajú po osamostatnení. Poukázať na možnosť zabezpečenia štartovacieho finančného balíčka na úhradu nájmu bytu, prípadne poplatkov za poskytnutie úveru. Pričom klient platí 220 Eur mesačne, z čoho 90 Eur tvorí úhrada za poskytované sociálne služby a 130 Eur je suma na šetrenie. Šetriaci program je určený pre klientov, ktorí majú stabilné zamestnanie a pripravujú sa perspektívne na odchod zo zariadenia.

Napredovanie vo svete, ktorý sotva prežíva

Je preventívny program uschopňujúci jeho účastníkov stať sa riešiteľmi svojich problémov. Z účastníkov procesu sa stávajú bádatelia, prieskumníci, pátrajúci po príčinách a možných cestách z chudoby. Cieľom jednotlivých neformálnych stretnutí je pochopiť čo chudobu spôsobuje a čo spôsobuje chudoba v každodennom živote. Ako sa na jej príčinách podieľam ja a ako systém a iné okolnosti. Spoznanie fungovania skrytých pravidiel spoločnosti, ohodnotenie a rozvíjanie svojich osobných zdrojov – cez pochopenie teórie zmeny – prispeje k zostaveniu mentálneho obrazu vlastnej cesty z chudoby. Jednotlivé skupiny (momentálne dve, pozostávajúce z 10 členov) prebiehajú formou neformálnej diskusie za okrúhlym stolom raz týždenne (R. K. Payne, P. De Vol, T. Dreussi Smith, 2010, s. 12-14).

Skupinové stretnutia mladých dospelých - Liga výnimočných

Na skupinovom sedení mladých dospelých Centrum Dorka využíva formu sociálno-psychologického výcviku, ktorý kombinuje aktivity individuálne, slúžiace na sebaopoznanie

a aktivity skupinové podporujúce asertivitu a kooperáciu pri riešení problémov. Sociálna pracovníčka a psychologička sa pri príprave programu zameriavajú na rozvoj sociálnych zručností, vedú diskusie na témy, ktorými mladí dospelí žijú. Liga výnimočných, ako sa klienti sami nazvali, sa stretáva dvakrát do mesiaca cez víkendy.

Varenie

Kurz varenia pre mladých dospelých sa koná pod vedením lektorov z radov sociálnych pracovníkov. Klienti sa v rámci pravidelných stretnutí učia pripravovať hlavné jedlo, nápoj a dezert. Samotnému vareniu predchádzajú dve stretnutia počas týždňa. Na prvom si dohadujú menu a na druhom stretnutí idú nakúpiť potrebné suroviny. Na záver celého programu dostane každý účastník album s fotografiami a zásteru.

Výsledkom týchto programov a aktivít je teda získavanie informácií, ktoré mladým ľuďom umožnia zvýšiť rozsah ich znalostí, prípadne i zručností. Pričom veľmi dôležitá úloha je kladená aj na budovanie partnerského a spolupracujúceho vzťahu medzi klientom a profesionálmi, ktorí ho sprevádzajú a poskytujú mu sociálnu službu. Mladý dospelý má tak v Centre Dorka možnosť viesť čo najviac aktívny a „nezávislý“ život. Teda kvalitne a zmysluplne tráviť voľný čas, čo je zároveň akousi prevenciou pred negatívnymi vplyvmi okolitého prostredia.

Zoznam literatúry:

BRAJEROVÁ, Ľ. 2011. Domovy na pol ceste ako pomoc mladým dospelým pri osamostatňovaní sa. In. *Mosty k rodine 2011: Zborník z konferencie konanej 25. 10. 2011 v Banskej Bystrici*, Banská Bystrica: SPDDD Úsmev ako dar – pobočka Banská Bystrica, s. 17-21. ISBN 978-80-969616-8-9.

BRAJEROVÁ, Ľ. 2011. Príčiny inštitucionalizácie detí a ich socializácia. In. *Socialia 2011 – Participácia inštitúcií verejnej správy a pomáhajúcich profesií na prevencii sociálnopatologických javov u detí, mládeže a dospelých v Slovenskej republike a v iných krajinách Európskej únie*, Banská Bystrica: PF UMB, s. 135 – 138. ISBN 978-80-557-0305-3.

CRABB, L. 1995. *Osobnosť človeka. Jej potreby a cesty k jejich naplnení*, Praha: Návrat domů, 174 s. ISBN 80-85495-36-8.

GALANDOVÁ, M. 2010. Sociálna práca s rodinou v Centre pre obnovu rodiny Dorka v Košiciach. In. *Mosty k rodine*. Bratislava: Odborný časopis vydávaný Spoločnosťou priateľov detí z detských domovov Úsmev ako dar v spolupráci s Trnavskou univerzitou - Fakultou zdravotníctva a sociálnej práce - detašované pracovisko Inštitút na ochranu práv dieťaťa a rodiny, roč. I., č. 1-2, s. 9-11. ISSN 1338-2713.

HANGONI, T. – GERKA, M. 2009. *Človek – práca – nezamestnanosť*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. Pravoslávna bohoslovecká fakulta, 154 s. ISBN 978-80-555-0163-5.

HARTL, P. 2008. Poradenství. In. Matoušek, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, Praha: Portál, s.r.o., 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8.

MACEK, P. et al. 2000. *Heslář pojmů ze sociální psychologie*, Brno: FSS MU.

NAVRÁTIL, S. – MATTIOLI, J. 2011. *Problémové chování dětí a mládeže*, Praha: Grada Publishing, a.s., 120 s. ISBN 978-80-247-3672-3.

OLÁH, M. – SCHAVEL, M. 2006. *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce*, Prešov: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. v Bratislave, Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P.P. Gojdiča v Prešove, 176 s. ISBN 80-969449-9-1.

ONDRUŠOVÁ, Z. a kol. 2009. *Základy sociálnej práce*, Brno: MSD, 140 s. ISBN 978-80-7392-109-5.

PAZNE, R. K. – DE VOL, P. – DREUSSI SMITH, T. 2010. *Mosty z chudoby. Stratégie pre profesionálov a komunity*, Košice: Equilibria, s.r.o., 294 s. ISBN 978-80-89284-53-5.

SCHAVEL, M. 2004. Poradenstvo zamerané na rodinu. In. LEVICKÁ, J. a kol. *Sociálna práca s rodinou*, Trnava: Mosty, 177 s. ISBN80-89074-93-6.

SCHVARTZ, B. – FLOWERS, J. V. 2012. *Jak selhat jako terapeut. 50 způsobů, jak ztratit nebo poškodit svého klienta*, Praha: Portál, s.r.o., 144 s. ISBN 978-80-262-0074-1.

ŠOLCOVÁ, I. 2009. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*, Praha: Grada Publishing, a.s., 104 s. ISBN 978-80247-2947-3.

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

Zákon č. 213/1997 Z.z. o neziskových organizáciách poskytujúcich všeobecne prospešné služby.

Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č.455/1991 o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 305/2005 Z.z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Kontakt:

Mgr. Lenka Popjaková
Prešovská univerzita v Prešove
Pravoslávna bohoslovecká fakulta
Katedra kresťanskej antropológie a sociálnej práce
Masarykova 15, 080 01 Prešov

Centrum pre obnovu rodiny – Dorka, n.o.
Hemerikova 28, 040 23 Košice
tel.: +421 915 477 064
e-mail: lenka.skarupova@gmail.com, dorka.no@centrum.sk

Pozycja socjometryczna uczniów w wieku wczesnej adolescencji a ich poczucie własnej wartości

Sociometric position of students aged early adolescence and their self-esteem

Agnieszka Muchacka (PL)

Streszczenie *W artykule przedstawiono komunikat z badań nad zależnością między pozycją społeczną uczniów w wieku wczesnej adolescencji a ich poziomem poczucia własnej wartości. Badania pokazały, że nie wszyscy uczniowie wskazywani przez kolegów z klasy, jako lubiani posiadali bardzo wysokie czy wysokie poczucie własnej wartości. Osoby uznane przez grupę za nie lubiane przeważnie mają niską samoocenę, ale są wśród nich tacy, którzy mają bardzo wysokie poczucie własnej wartości. W stosunku do uczniów, wobec których rówieśnicy wyrazili obojętność są osoby posiadające bardzo wysokie poczucie własnej wartości jak i osoby z przeciętną samooceną.*

Słowa kluczowe: *pozycja społeczna, poczucie własnej wartości, wczesna adolescencja.*

Abstract: *The article presents a research report on the relationship between social position of pupils at the age of early adolescence and their level of self-esteem. Studies have shown that not all students were nominated by classmates as likeable had very high or high self-esteem. Persons recognized by the group disliked mostly have low self-esteem, but among them are some who have a very high self-esteem. In relation to students, to which peers have expressed indifference are people with very high self-esteem as well as those with average self-esteem.*

Keywords: *social standing, self-esteem, early adolescence.*

Wstęp

Najczęściej samoocenę definiuje się jako postawę wobec samego siebie, zwłaszcza wobec własnych możliwości oraz innych cech wartościowych społecznie. W psychologii wyróżnia się *samoocenę pozytywną lub negatywną jako emocjonalny aspekt postawy wobec siebie; natomiast poznawczy aspekt samooceny określa się jako „pojęcie samego siebie”*. Termin „*negatywna samoocena*” dobrze koresponduje z bardziej tradycyjnym określeniem „*poczucie niższości*”, a termin *pozytywna samoocena* ma w języku potocznym bliski odpowiednik w określeniu „ *pewność siebie*”. Poczucie własnej wartości stanowi jedną z najważniejszych potrzeb człowieka i ma duże znaczenie dla budowania relacji społecznych, daje siłę do przezwycięzania trudności, radość i pewność siebie. W praktyce jednak poczucie własnej wartości bywa zaniżane lub zawyżane, kiedy znaczące dla dziecka osoby nieadekwatnie je oceniały, porównywały i nie doceniały jego starań. Efektem takich postaw może być w przyszłości brak zdolności do adaptacji, zarówno w życiu osobistym, jak i szkolnym, czy społecznym, może być przyczyną słabszego przyswajania wiedzy. Poczucie własnej wartości to akceptacja siebie i dawanie sobie prawa do bycia sobą, to także umiejętność nie przywiązywania wagi do tego, co myślą o nas inni.

Grupa rówieśnicza, a szczególnie klasa szkolna, jest istotnym środowiskiem, które wspomaga dziecko w umiejętności budowania relacji społecznych i funkcjonowaniu w różnych sytuacjach społecznych. Pełni ważną rolę socjalizacyjną. Jej wpływ jest silny i wszechstronny. W klasie dzieci uczą się przyjmować perspektywę innych osób, co jest

niezwykle istotne dla rozwoju poznawczego i moralnego, dziecko buduje swój własny system wartości, nabiera śmiałości w wyrażaniu swojego zdania, uczy się komunikacji z innymi, a także rozwiązywania konfliktów, uczy się respektowania praw innych, walczy ponadto o swoje przywileje i wybory. Grupa może w *jakimś stopniu wpływać na zdrowie psychiczne swoich członków - jednostki izolowane w grupie, w przeciwieństwie do akceptowanych, mają różne problemy psychologiczne, wiążące się z ich zdrowiem psychicznym*. Ponadto grupa może uczyć swoich członków *zachowań społecznie niepożądanych, takich jak zachowania agresywne (ale i ich kontroli), używanie alkoholu czy narkotyków*; a także w jakimś stopniu grupa wpływa na *aspiracje swoich członków w zakresie edukacji*. Można stwierdzić, że jakość życia społecznego ma dla dzieci bardzo wiele korzyści i istotnie wpływa na przebieg dalszego życia.

Zwolennicy teorii nieakcjonistycznych kładą nacisk na aktywne relacje jednostki ze środowiskiem społecznym. Sądzą oni, że *rozwój jest rezultatem aktywnej interakcji dziecka z otoczeniem, zarówno społecznym, jak i fizycznym; środowisko oznacza rzeczywistość nie tyle obiektywną, ile spostrzeganą przez dziecko, tzn. podlegającą konstrukcji i interpretacji przez osobiste doświadczenie świata; środowisko wpływa na dziecko zarówno w sposób bezpośredni, jak i pośredni; jednostka nie podlega wyłącznie wpływom środowiska, ale także sama na nie wpływa i odczuwa potrzebę angażowania się w tego typu aktywność*. Odwołując się do tych teorii można stwierdzić, że w wieku szkolnym bardzo ważnym aspektem w życiu dzieci stają się kontakty z rówieśnikami. Uczniowie identyfikują się z tymi, którzy osiągają w grupie wysoką pozycję, którzy mają wysokie wyniki w nauce, jakieś szczególne osiągnięcia np. sportowe, mają dobre stosunki z nauczycielami i rodzicami. Świat rówieśników w tym okresie zaczyna zajmować szczególne miejsce. Opinia rówieśników, jest bardzo istotna dla kształtującej się samooceny. Dziecko coraz bardziej przywiązuje wagę do tego, co myślał o nim inni, liczy się z ich zdaniem.

Analiza wyników badań

Celem poznawczym przeprowadzonych badań było poznanie pozycji społecznej zajmowanej przez uczniów w wieku wczesnej adolescencji oraz ich poziomu poczucia własnej wartości. Celem wyjaśniającym było ustalenie zależności pomiędzy tymi czynnikami. W związku z tym sformułowano główny **problem** badawczy w postaci pytania: *Czy i jaka występuje zależność między pozycją socjometryczną uczniów w wieku wczesnej adolescencji a ich poczuciem własnej wartości?* Postawiono także **hipotezę**: *Zachodzi ścisły związek między poziomem sympatii i antypatii a poczuciem własnej wartości badanych uczniów - wysoki poziom sympatii i antypatii warunkuje poczucie własnej wartości badanych uczniów.*

W badaniach zastosowano **metodę socjometryczną** - *Plebiscyt życzliwości i niechęci*. W Arkuszu odpowiedzi każdy uczeń określał swój stosunek do każdego ucznia z klasy. Ponadto zastosowano *Inwentarz poczucia własnej wartości- CSEI S. Coopersmitha* w wersji polskiej A (24 pytania), w adaptacji Z. Juczyńskiego, który pozwolił poznać funkcjonowanie badanych uczniów w sferach ich życia: rodzinnego, towarzyskiego, szkolnego i osobistego. Szczególnie narzędzie to pozwoliło odpowiedzieć na następujące pytania szczegółowe:

Jakie jest poczucie akceptacji i zrozumienia badanych uczniów przez ich rodziców?

Jakie jest poczucie funkcjonowania badanych uczniów w grupie społecznej (w życiu towarzyskim)?

Jakie jest poczucie funkcjonowania badanych uczniów w życiu szkolnym?

Jakie jest poczucie własnych kompetencji osobowościowych badanych uczniów?

Badaniami objęto 28 uczniów klasy piątej Szkoły Podstawowej nr 162 w Krakowie.

Sympatie i antypatie

Najbardziej lubianych uczniów, którzy uzyskali najwięcej odpowiedzi świadczących o wysokiej sympatii w badanej klasie było 6, lubianych 12, natomiast w stosunku do 6 uczniów zadeklarowano wysoką antypatię a w stosunku do 2 uczniów antypatię. W stosunku do 2 osób rówieśnicy wyrazili obojętność.

Poczucie akceptacji i zrozumienia badanych uczniów przez ich rodziców

W odniesieniu do życia rodzinnego maksymalną liczbę (6) punktów uzyskało 14 uczniów, 8 uczniów uzyskało 5 punktów. Dwóch uczniów uzyskało 4 punkty, trzech uzyskało 3 punkty a jeden uczeń zdobył jeden punkt.

Poczucie funkcjonowania badanych uczniów w grupie społecznej (w życiu towarzyskim)

Spośród badanych uczniów maksymalną ilość punktów uzyskało 7 osób, również 7 osób uzyskało wysoki wynik 5 punktów, 4 punkty uzyskało 3 uczniów, 3 punkty 5 uczniów. Niewielką ilość punktów (2) uzyskało 3 osoby, a tylko 1 punkt 2 osoby. Żadnej poprawnej odpowiedzi nie udzielił 1 uczeń.

Poczucie funkcjonowania badanych uczniów w życiu szkolnym

W obszarze poczucia własnej wartości dotyczącym szkoły wyniki przedstawiały się następująco: najwięcej (6) punktów uzyskało 10 badanych uczniów. Kolejno 5 punktów zdobyło 8 uczniów, 4 punkty zdobyło 5 osób, 3 punkty 4 uczniów, 2 punkty w badaniu otrzymała 1 osoba.

Poczucie własnych kompetencji osobowościowych badanych uczniów

W sferze życia osobistego, jak uczeń postrzega siebie w relacji z innymi, co czuje będąc sobą 16 uczniów uzyskało 6 punktów, 5 badanych otrzymało 5 punktów a kolejno 4 punkty uzyskało także 5 osób, a 3 punkty jedynie 2 uczniów.

Jak widać, w każdym z obszarów, badani uczniowie uzyskiwali maksymalną liczbę (6) punktów. Bardzo wysokie poczucie własnej wartości uzyskało 7 uczniów, wysokie 12 uczniów, przeciętne 7 uczniów, natomiast niskie poczucie własnej wartości ma dwoje uczniów.

Związek między poziomem sympatii i antypatii a poczuciem własnej wartości badanych uczniów.

Jak zaprezentowano wyżej, najbardziej lubianych uczniów, którzy uzyskali najwięcej odpowiedzi świadczących o wysokiej sympatii w badanej klasie było 6. Zestawiając te dane z badaniem dotyczącym poczucia własnej wartości wynika, że bardzo wysokie poczucie własnej wartości miał w tej grupie tylko 1 uczeń, wysokie poczucie własnej wartości miało 3 uczniów a przeciętne 2 uczniów.

Dużą liczbę badanych (12) stanowili uczniowie ocenieni przez kolegów, jako osoby lubiane, wśród których trzy osoby posiadają bardzo wysokie poczucie własnej wartości, 5 osób ma wysokie poczucie własnej wartości, przeciętną 2 osoby i 1 osoba ma niskie poczucie własnej wartości. W tej grupie badanych znalazła się też jedna osoba, która mimo, iż jest lubiana przez kolegów, ma bardzo niskie poczucie własnej wartości.

W stosunku do 6 uczniów koledzy z klasy zadeklarowali wysoką antypatię. Badani, którzy od swoich rówieśników otrzymali taką ocenę, mają bardzo wysokie (4 uczniów) i wysokie (2 uczniów) poczucie własnej wartości.

Wyniki ukazują ponadto, że osoby uznane przez grupę za nielubiane (2 uczniów) mają niską samoocenę

W stosunku do 2 uczniów, wobec których rówieśnicy wyrazili obojętność 1 osoba posiada bardzo wysokie poczucie własnej wartości a jedna przeciętną samoocenę.

Wnioski

Uzyskane badania nie potwierdziły przyjętej hipotezy zakładającej, że *wysoki poziom sympatii i antypatii warunkuje poczucie własnej wartości badanych uczniów.*

- Nie wszyscy uczniowie wskazywani przez kolegów z klasy, jako lubiani posiadali bardzo wysokie czy wysokie poczucie własnej wartości, byli także uczniowie, którzy posiadali przeciętne lub nawet niskie poczucie własnej wartości;
- Wyniki ukazują ponadto, że osoby uznane przez grupę za nie lubiane mają niską samoocenę, jak także są i tacy, którzy mają bardzo wysokie i wysokie poczucie własnej wartości.
- W stosunku do uczniów, wobec których rówieśnicy wyrazili obojętność są osoby posiadające bardzo wysokie poczucie własnej wartości jak i osoby z przeciętną samooceną.

Zakończenie

Poszukiwania teoretyczne, a także przeprowadzone badania pozwoliły dostrzec zależność między pozycją społeczną uczniów w wieku wczesnej adolescencji a ich poziomem poczucia własnej wartości. Ponieważ pozytywna ocena samego siebie, wiara we własne możliwości, samoakceptacja odgrywają zasadniczą rolę w radzeniu sobie ze stresem oraz utrzymaniem i polepszaniem stosunków z innymi, zadaniem rodziców, wychowawców i nauczycieli jest organizowanie środowiska wspierającego obiektywny obraz własnej osoby ucznia.

BIBLIOGRAFIA:

- ARGYLE M., *Psychologia stosunków międzyludzkich*, Wydawnictwo Naukowe PWN,
- BRZEZIŃSKA A., *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- HARWAS- NAPIERAŁA B., TREMPAŁA J. (red) *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2005.
- HURLOCK E., *Rozwój dziecka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1985.
- MIKE S., *Psychologia społeczna dla nauczycieli*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1998.
- PILCH T., *Grupa rówieśnicza, jako środowisko wychowawcze*, (w:) T. Pilch, I. Lepalczyk (red.) *Pedagogika społeczna*, Wydawnictwo ŻAK, Warszawa 1995.
- SZEWCZUK W. (red), *Słownik psychologiczny*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1985 r.
- ZMIBARDO P.G., *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.

Zmysel života v kontexte novodobých závislostí adolescentov ako rizikovej skupiny sociálnej práce

Vladimír Lichner, Dušan Šlosár (SR)

Abstrakt Príspevok sa zameriava na problematiku zmyslu života v súvislosti s výskytom a prejavmi novodobých závislostí. Cieľovou skupinou v príspevku sú adolescenti, ktorí tvoria z tohto pohľadu rizikovú skupinu sociálnej práce. Autori v prvej časti predstavujú teoretické východiská problematiky, ku ktorým pripájajú i výskumný koncept v druhej časti príspevku na preukázanie predpokladaného vzťahu medzi stratou zmyslu života – existenciálnou úzkosťou a vznikom novodobých závislostí.

Kľúčové slová: Novodobé závislosti. Zmysel života. Existenciálna úzkosť.

Abstract This article focuses on the meaning of life in the relation with the incidence and manifestations of new addictions. The target group in this article are adolescents as a risk group of the social work science. In the first part, authors present a theoretical background of this issue, which connect the research concept in the second part of this paper to demonstrate the expected relationship between the loss of meaning of life - existential anxiety and the emergence of new addictions.

Keywords: New addictions. Meaning of life. Existential anxiety.

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 „Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie“

Úvod

Problematika zmyslu života je z hľadiska historického vývoja spoločnosti prítomná v jej každom období. Je poznačená neustálou potrebou vysvetľovať základné existenciálne otázky a v rôznej forme ich pochopiť. Dôležitú úlohu tu zohráva potreba pochopiť zmysel v ľudskej existencii s čím súvisia i stavy, keď táto potreba nie je z rôznych dôvodov napĺňaná. Zmysel života sa tak môže stratiť, alebo nemusí byť nájdený, s čím súvisia častokrát negatívne dôsledky. Obzvlášť závažné je to vo vývinovom období adolescencie, ktoré je poznačené tzv. „existenciálnym prebudením“, ktoré je pre prirodzený vývin nesmierne dôležité. Ak sa toto neudeje, resp. ak sa zmysel života stratí je potrebné uvažovať, akým spôsobom si jedinci potrebu po zmysle života nahrádzajú. Deje sa to prostredníctvom rôznych „náhradných“ zdrojov, častokrát prostredníctvom návykových látok, či návykového správania. Tento príspevok bude zameraný na rozvoj novodobých nelátkových závislostí, ako možný dôsledok straty či neobjavenia zmyslu života v rizikovej skupine adolescentov.

Teoretický kontext

Zmysel života

V prípade psychologického významu samotného zmyslu, ide o pojem, ktorý sa snaží objasniť motiváciu, zámer, či účel existencie človeka. Tu sa zaoberáme istým hlbším významom, chápaním určitého významu (Křivohlavý, 2006).

V ďalšom psychologickom uvažovaní rozlišuje Halama (2007) elementárny a ontologický prístup v chápaní pojmu zmysel. Elementárny prístup vyjadruje akúsi podstatu a štruktúru poznania a činnosti, ktorú jedinec získava z konkrétnej situácie, interpretácie, či komunikácie.

Taktiež sa tento pojem používa na vysvetlenie sociálnych významov správania a myslenia človeka. Podstata ontologického prístupu spočíva v tom, že zmysel „*pôsobí, ako najvyšší integratívny činiteľ ľudského správania a prežívania*“ (Halama, 2007, s. 8). Zmysel tejto integratívnej funkcie je v tom, že spájajú jednotlivé časti prežívania človeka do jedného celku, ktorý poskytuje vysvetlenie pre život a prežívanie človeka.

Halama (2007, s. 56) vychádza z definície zmyslu života, ktorý „*sa chápe ako osobný systém presvedčení, cieľov a hodnôt, ktorý človeku umožňuje prežívať a uvedomovať si a riadiť svoj život ako hodnotný, účelný a naplňajúci*“. V tejto definícii autor vychádza z viacdimenziálneho modelu troch komponentov zmyslu života, podľa ktorej je zmysel života tvorený kognitívnym, motivačným a afektívnym komponentom. Súčasťou tohto modelu je i vzájomné ovplyvňovanie. Kognitívny komponent je základom pre motivačný i afektívny komponent. Afektívny a motivačný pôsobia na seba vzájomne. Súčasťou zmyslu života sú všetky tri komponenty, ak niektorý z nich absentuje, prežívanie zmyslu života je u jedinca značne narušené (Halama, 2000); Tavel, 2004).

V kontexte príspevku považujeme za potrebné sa venovať i pojmu zmysluplnosť, kde ide o vzájomný vzťah medzi hodnotou a zmyslom. Hodnota je daná tým, ako veľmi považujeme konanie, ktoré nás má do viesť k cieľu za zmysluplné. Reker (2000, in Křivohlavý, 2006) prináša dva pohľady na slovo zmysel a zmysluplnosť, ide o zmysel:

- a.) implicitný – zmysel niečoho je tu v podstate predpokladaný. Nemusí byť však vôbec predtým vyslovený. Synonymom k slovu implicitný môžu teda byť napríklad slová nevyslovený, všeobecne chápaný, a iné,
- b.) existenciálny – ide o zmysel existencie človeka. Tento nám napovedá, kam mieri zmysluplnosť našej existencie, či udalosti, ktoré sa stali zapadajú do kontextu života jedinca.

Toto ponímanie zmyslu a zmysluplnosti sa dá ďalej rozčleniť na 2 skupiny, ktoré môžu byť chápané ako samostatné významové roviny slova zmysel, ako:

- idea – zmysluplnosť tu môžeme chápať, ako „*interpretáciu udalostí a života ako celku, tj. Hľadanie idey vlastného života*“ (Křivohlavý, 2006, s. 48),
- cieľ a motívy – ide o zamýšľanie sa jedinca nad tým, aké ciele si má v živote vytyčovať, naplňať a čo to znamená život prežiť zmysluplne (Křivohlavý, 2006).

Potreba zmyslu života

K základným psychologickým charakteristikám každého jedinca radíme potrebu hľadania zmyslu svojho života. Pri uvažovaní o zmysluplnosti života musí byť táto potreba naplnená. Môžeme uvažovať o predpokladoch, že nenaplnenie tejto potreby môže viesť k negatívnym, častokrát až patologickým dôsledkom.

Obuchowski (1983, in: Halama, 2007) zaraďuje k vzniku potreby zmyslu života nasledujúce činitele, ktoré sa postupne vyvíjajú postupne:

- Intrapsychizácia – schopnosť človeka byť aktívnym v myslení a rozhodovaní, opak reagovania iba na vonkajšie podnety a v rámci toho súvisiaca schopnosť utvárania svojho okolia.
- Introspektívnosť – schopnosť sebaanalýzy a sebareflexie.
- Expanzívnosť tykajúca sa potreby poznania – zmenšená úzkosť z poznávania nového (prichádzajúcu s dospievaním) a vyššia úroveň hodnotenia.

Podľa Halamu (2007) možno rozoznať v pozadí potreby zmyslu života dve mohutné motivačné tendencie, ktoré reflektujú idey antropologicko-psychologických prístupov a to:

- **Potreba kognitívneho rámca** – interpretácia vonkajšej reality na základe systému osobných presvedčení. Týka sa to primárne existencie (existencializmus), ale aj jednotlivých konkrétnych podnetov a udalostí s ktorými je jedinec konfrontovaný.

- **Potreba cieľov** – jedinec sa orientuje na dosahovanie a užívanie si objektov, záležitostí, udalostí, pretože potrebuje takmer stále zaujatý niečím, čo mu poskytne radosť, naplnenie.

Zdroje zmyslu života

Zdroj zmyslu života je chápaný ako to, z čoho jedinec čerpá vo svojom živote zmysel, resp. čo mu pomáha naplniť potrebu naplnenia zmyslu (Halama, 2000). V psychologických teóriách a prácach venovaných zmyslu a zmysluplnosti sa zmysel života rozoberá z dvoch rôznych pohľadov. Prvý skúma mieru zmysluplnosti, ktorú jedinec prežíva, a druhý skúma presvedčenia, ciele, činnosti, ktoré dávajú životu zmysel. Tieto sa označujú často ako hodnoty a pri všeobecnej rozprave o zdrojoch zmyslu hovoríme práve o nich. (Halama, 2007). Boroš (2000) považuje hodnoty za faktor, ktorý je pre správanie jedinca regulujúci a determinujúci. Vystupujú ako nadradené k vedomiu, ako jeho psychoregulácia, vyjadrujú, čo je významné. Sú súčasťou života jedinca. Je potrebné povedať, že sú vytvárané počas celého života, tvoria sa na základe pôsobenia rôznych spoločenských, výchovno – vzdelávacích a iných vonkajších činiteľov, no aj na základe pôsobenia faktorov v samotnom jedincovi. Ak má jedinec vytvorenú istú koncepciu životného zmyslu, táto ovplyvňuje i výber konkrétnych hodnôt.

V psychologickej literatúre je možné nájsť množstvo výskumov ktoré vypovedajú o zmysle života tej - ktorej cieľovej skupiny. Ich výsledky sa v závislosti od cieľovej skupiny rôznia. Nie je možné teda presne určiť typológiu zdrojov zmyslu života, nakoľko na zmysel života vplývajú špecifické sociokultúrne externality, ktoré sa v živote jedinca objavujú. Halama (2007) objasňuje snahu kategorizovať hodnoty, ktoré vstupujú do utvárania zmyslu života prostredníctvom jasných skupín. Tak uvádza snahu niekoľkých autorov (napr. Lukasová, 1997; Debats, 1999), ktorí vymedzujú zdroje zmyslu života ako určité obsahové kategórie (napr. vzťahy, životné dielo, sebaaktualizácia, služba, viera a materiálnosť, rodina, zamestnanie, societa, záujmy, zážitky, a iné).

Samostatne vyčleňujeme výskumy, ktoré boli realizované u viacerých skupín respondentov vo viacerých vekových kategóriách. Na ich základoch je možné uvažovať o deviatich typoch zdrojov zmyslu života:

1. vzťahy – interpersonálna zložka zdrojov zmyslu života (rodinné, priateľské, partnerské, rovesnícke vzťahy a prostredie jedinca),
2. služba – podpora a pomoc orientovaná na iných,
3. presvedčenie – hlbšia orientácia na nejaké presvedčenie a život podľa týchto zásad,
4. zisk – orientácia na materiálne prostriedky a ich získavanie,
5. rast – orientácia na vlastný rozvoj,
6. zdravie (v zmysle fyzickom i duševnom),
7. práca – orientácia na budovanie kariéry,
8. potešenie – hľadanie potešenia, spokojnosti či radosti v živote,
9. rôzne – iné, vyššie nespomenuté zdroje (Ebersole, 1998, in: Halama, 2007).

Novodobé závislosti

Novodobé nelátkové závislosti sú v poslednej dobe čoraz viac spomínané v rôznych definíciách a zahŕňajú množstvo prejavov a symptómov. Vyčleňujú sa ako samostatná kategória návykového správania a spájajú sa najmä s používaním moderných technologických prostriedkov. V snahe definovať a zahrnúť tieto prejavy pod základné definičné kategórie ich prejavy Benkovič (2008) prepája so zatiaľ najznámejšou popísanou nelátkovou závislosťou – poruche návykov a impulzov, patologickým hráčstvom (F 63.0 podľa MKCH-X). Definičné ide o „*poruchy maladaptívneho správania, ktoré nie sú sekundárne rozpoznávané psychiatrickému syndrómu a kde osoba opakovanezlyháva v snahe odolať impulzom a takto*

sa správať, s prodromálnym (úvodným) obdobím napätia a pocitom uvoľnenia v čase činu“ (Benkovič, 2008, s. 8).

Z pohľadu sociálnej patológie rozlišuje Hupková (2012) 3 okruhy:

1. Závislostné správanie súvisiace s kultom tela – poruchy príjmu potravy (mentálna anorexia, mentálna bulímia, záchvatové kompulzívne prejedanie, ortorexia, bigorexia, drunkorexia), či iné správanie spojené s kultom tela (tanorexia – závislosť od opaľovania).
2. Závislostné správanie súvisiace s konzumnou a na výkon orientovanou spoločnosťou (závislosť na práci, nakupovaní,...).
3. Závislostné správanie súvisiace s rozvojom informačných a komunikačných technológií (internet a jeho služby, mobilné telefóny).

Všetky uvedené sa dajú definovať i prostredníctvom ich typických prejavov, medzi ktoré patria hlavne:

- a) *silná túžba po príjemných zážitkoch a zaujatosť týmito činnosťami* – podľa okruhu závislosti (hrou, prácou, nakupovaním, prehliadaním internetu, mobilným telefonovaním, posielaním SMS a MMS, počítačovými hrami,...);
- b) *problémy s kontrolou v jednotlivých činnostiach* – hry, práce, nakupovania,... . Rápidne sa zvyšuje i frekvencia a dĺžka času vykonávania týchto činností;
- c) *preferencia týchto činností pred inými činnosťami* či záujmami, ktoré sú zanedbávané;
- d) *pokračovanie v týchto činnostiach aj napriek vznikajúcim závažným dôsledkom* - pričom tieto je možné zhrnúť do niekoľkých okruhov a patria sem ekonomické, rodinné, pracovné, spoločenské, sociálne, no i telesné a psychické (Benkovič, 2008).

Balogová (2011) uvádza dôsledky internetovej závislosti, ktoré je možné aplikovať i na ďalšie vymedzené okruhy. Radíme sem neschopnosť empatie spojený s desenzitizáciou, sedavý spôsob života a zamestnania, zanedbávanie hygienických návykov, problémy spánkového rytmu, stravovacieho režimu, zdravotné problémy najmä s očami, bolesti hlavy, bolesti ramien, šije, chrbtice spojené s chybným držaním tela. Medzi závažné interpersonálne dôsledky môžeme zaradiť zhoršenie vzťahov, zvýšené množstvo konfliktov, zvýšenú úzkosť, ale i zhoršovanie školského prospechu.

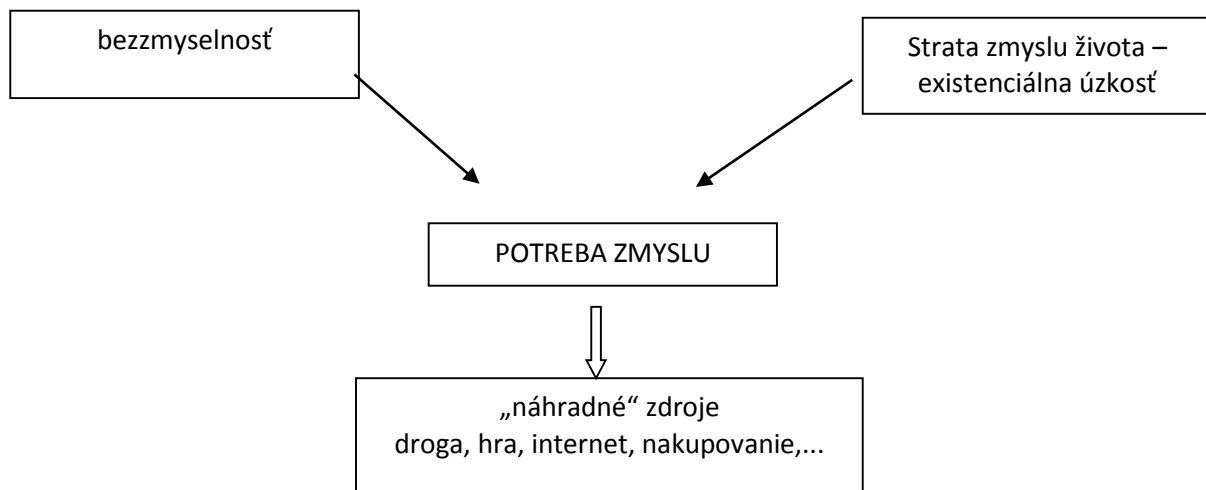
Adolescencia ako kritické obdobie vo formovaní zmyslu života

Je zrejmé, že k pociťovaniu života ako zmysluplného musí každý jedinec dospieť prostredníctvom svojho individuálneho vývinu. Zmysel života je vlastne systém, ktorý jedinec aplikuje pri vysvetľovaní reality sveta. Významným zlomom pri posúvaní uvažovania o životnom zmysle je obdobie, kedy jedinec už nevie aplikovať na situácie zaužívané postupy, preto musí prijímať a hľadať nové. To je začiatkom uvažovania a hľadania svojho životného zmyslu. Ide o neustály proces, ktorý je prítomný počas celého života jedinca. Potreby zmyslu života sú najintenzívnejšie práve vo chvíľach, keď prežíva najväčšie pocity bezzmyselnosti (Halama, 2007). Vývinové obdobie adolescencie zastáva z tohto hľadiska pri vývine zmyslu života špecifické miesto, pretože jeho charakteristiky sú plné emocionálnych zmien a konfliktov. U mnohých adolescentov výrazne vzrastá riziko depresí a mnohonásobne i samovražedné pokusy oproti predchádzajúcim vývinovým obdobiam. To je častokrát spôsobené tým, že toto obdobie je špecifické významným nárastom konfrontácie s existenciálnymi otázkami života (otázky o smere, podstate, hľadaní pravdy, zmyslu života, náboženské krízy, životné plány, ideály, hodnotové systémy). Toto obdobie je charakteristické i tzv. existenciálnym prebudením, kedy sa myslenie dostáva na najvyššiu úroveň abstrakcie, čo umožňuje zložité úvahy o spirituálnych a existenciálnych skutočnostiach (Halama, 2000).

Strata zmyslu života – bezzmyselnosť ako prediktor vzniku a rozvoja nelátkových závislostí u adolescentov

Potreba zmyslu života je základnou potrebou každého jedinca, ktorá je počas života v rôznej miere saturovaná. Výrazným problémom v tomto smere je strata zmyslu života, alebo jeho neobjavenie. V takomto prípade môžeme hovoriť o bezzmyselnosti, ktorá môže viesť k mnohým nebezpečným prejavom (napr. samovražda,...)(Yalom, 2006). Tu sa stretávame s konfrontáciou uvedomovania si konečnosti, resp. ďalších existenciálnych skutočností s tým, čoho sú jedinci svedkami v reálnom sociálnom prostredí. V rámci toho sú kladené vysoké nároky na vyrovnávanie sa s týmito existenciálnymi skutočnosťami a prevzatie zodpovednosti za vlastný život. To môže byť, najmä pre adolescentov značne frustrujúce a môže viesť k výrazným negatívnym dôsledkom, čo je označované ako existenciálna úzkosť (Halama, 2000).

Strata zmyslu života je v tomto prípade konfrontovaná s potrebou zmyslu života ako základným ľudským motívom. V prípade nenaplnenia jedinci „siahajú“ po iných zdrojoch zmyslu života, ktoré môžeme nazvať ako „náhradné“. Nejde však o hlbšie, spirituálne zdroje zmyslu, náhradami sú často omamné a návykové látky či činnosti spôsobujúce závislosť. Takto by bolo možné vysvetliť vznik závislostného správania ako priameho dôsledku straty či nenájdenia zmyslu života. Uvedené vyjadruje nasledujúca ilustrácia..



Zdroj: autori

Pre preukázanie uvedeného vzťahu ponúkame v ďalšej časti výskumný rámec, ktorý je možné pre tieto prípady použiť.

Výskumný koncept

Za veľmi dôležitú súčasť považujeme výskumné zistenia v tejto problematike. Pokiaľ sú novodobé nelátkové závislosti definične i prejavmi pripodobňované ku „klasickým“ látkovým i nelátkovým závislostiam, ich príčiny i prejavy by mali byť podobné. V rámci výskumného zámeru bude pre nás zaujímavé zistiť a porovnať štruktúru zmyslu života medzi skupinami adolescentov, ktorých považujeme za rizikovú skupinu sociálnej práce.

Cieľ výskumu

Hlavným cieľom navrhovaného výskumného zámeru je zistiť a porovnať štruktúru zmyslu života prostredníctvom jeho šiestich komponentov medzi rizikovými skupinami adolescentov z pohľadu vzniku a rozvoja novodobých nelátkových závislostí. Z poznatkov o príčinách a dôsledkoch rôznych návykových chorôb v súvislosti so zmyslom života budeme predpokladať existenciu rozdielov medzi rôznymi skupinami adolescentov. Vychádzajúc z existenciálnej úzkosti a bezzmyselnosti ako príčinách orientovania sa na výkon, resp. iné

„náhradné“ zdroje, bude pre nás dôležité zisťovať reálnu štruktúru zmyslu života nelátkovo závislých adolescentov a adolescentov, ktorí touto sociálnou patológiou nie sú ohrození.

Výskumný problém

Pre realizáciu tohto výskumného zámeru sú pre nás významné nasledujúce výskumné otázky:
Aká je štruktúra zmyslu života adolescentov s rozvinutou novodobou nelátkovou závislosťou?
Aká je štruktúra zmyslu života adolescentov s rozvinutou „klasickou“ nelátkovou závislosťou?
Aká je štruktúra zmyslu života adolescentov, u ktorých nie je rozvinutá žiadna závislosť?

Charakteristika výskumnej vzorky

Výskumnou vzorkou pre realizáciu uvedeného výskumného zámeru by mali tvoriť adolescenti vo veku od 15 rokov po ukončenie vysokoškolského štúdia. Pri výbere výskumnej vzorky postupujeme podľa predpokladov, že adolescencia je z pohľadu utvárania zmyslu života kľúčovým obdobím vo vývine jedinca. Môžeme predpokladať, že výber výskumnej vzorky bude náhodný – kvótny. Pre ďalšie spracovanie navrhujeme respondentov rozdeliť do troch skupín podľa toho, či je u nich rozvinutá niektorá z novodobých nelátkových závislostí, „klasických“ nelátkových závislostí, alebo žiadna z uvedených závislostí.

Charakteristika navrhovaných metódik

Pre realizáciu uvedeného výskumného zámeru predpokladáme použitie dotazníka, ktorý bude pozostávať z viacerých častí. Pre zistenie štruktúry zmyslu života respondentov v navrhovaných výskumných skupinách navrhujeme použiť dotazník PIL (autori Crumbaugh – Maholick, 1968) pre zisťovanie šesťkomponentového modelu zmyslu života. Pre zisťovanie rozvoja nelátkových závislostí navrhujeme použiť kombináciu dostupných diagnostických škál pre meranie miery nelátkových závislostí.

Navrhovaný spôsob spracovania dát

Predpokladáme, že vhodnou metódou pre spracovanie uvedeného výskumného zámeru budú metódy kvantitatívnej štatistiky. Rozdiely medzi jednotlivými skupinami sa budú overovať prostredníctvom testovania významnosti rozdielov medzi premennými. Vzájomné vzťahy sa budú ďalej overovať prostredníctvom korelačnej analýzy premenných.

Zoznam použitej literatúry

- BALOGOVÁ, B. Bezpečný internet v knižnici ako prevencia proti kyberšikanovaniu a závislostiam u detí a dospelých. In *Košické dni sociálnej práce. Prevencia sociálnej patológie v prostredí stredných škôl Košického samosprávneho kraja : zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Košice : Košický samosprávny kraj a Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, 2011. ISBN 978-80-970978-9-9. s. 65 – 71.
- BENKOVIČ, J. Agresívne protispoločenské správanie patologického hráča, závislého od internetu a počítačových hier. In *Sociálna prevencia. Informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry*. 2012, 1, ISSN 1336-9679. s. 22 - 25.
- BARTOŠ, R. 2012. *Sociálne prostredie delikventnej mládeže*. Ružomberok: PF KU, 165 s.
- BENKOVIČ, J. Novodobé nelátkové závislosti. In *Sociálna prevencia. Informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry*. ISSN 1336-9679, 2008, č. 1, s. 8 – 11.
- FABIAN, A. - KUBUŠOVÁ, B. Význam religiozity a rodiny pri predchádzaní vzniku sociálno-patologických javov u mládeže. In ŠLOSÁR, D. (ed.) *Prevencia sociálnej patológie v prostredí stredných škôl Košického samosprávneho kraja : zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, konanej dňa 25.11.2011 v Košiciach*. Košice : Košický

- samosprávny kraj, Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, 2011. ISBN 978-80-970978-9-9. s. 19 - 26.
- FABIAN, A. - KUBUŠOVÁ, B. Zmysel života a identita adolescentov v súvislosti s religiozitou a spiritualitou. In ŽIAKOVÁ, E. - ŠLOSÁR, D. (eds.). *Sociálna práca - cesta k zmyslu života. Košické dni sociálnej práce : zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 06.12.2012 v Košiciach*. Košice : Katedra sociálnej práce FF UPJŠ Košice, 2013. ISBN 978-80-8152-012-9. s. 42 - 50.
- FRK, V., KREDÁTUS, J. *Komunikácia v personálnej a sociálnej praxi*. Prešov: Vydavateľstvo Cuper, 2002, 143 s. ISBN 80-8889-25-X
- HALACHOVÁ, M. - ŽIAKOVÁ, E. Cyberbully - contemporary social issue, its consequences and possibilities of intervention In: *QUAERE 2013 : recenzovaný zborník príspevků vědecké interdisciplinární mezinárodní vědecké konference doktorandů a odborných asistentů*. [CD-ROM]. Hradec Králové : MAGNANIMITAS, 2013, ISBN 9788090524378. s. 1503-1512.
- HALAMA, P. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava : SAP, 2007. 223 s. ISBN 978-80-8095-023-1.
- HALAMA, P. Zvládanie existenciálnej úzkosti adolescentov pomocou utvárania zmyslu života. In *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. ISSN 0555-5574, 2000, roč. 3, č. 35, s. 222 – 232.
- HUPKOVÁ, I. Niektoré nové fenomény závislostného správania nelátkovej povahy a tzv. new addictions. In *Sociálna prevencia. Informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry*. ISSN 1336-9679, 2012, č. 1, s. 25 – 28.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. Praha : GRADA, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.
- LOVAŠ, L. *Metódy výskumu pre verejnú správu*. Košice : Fakulta verejnej správy UPJŠ, 2001. 106 s. ISBN 80-7097-478-8.
- NEZNÍK, P.: Patočka, Leibniz a dejiny filozofie. In: Tholt, P.; Nezník, P.(eds.): Patočkova a subjektívna fenomenológia a dejiny filozofie. AFPh 3/2009. Košice : Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach, 2009. 250 s. ISBN 9788070977583 (viaz.), s. 124 - 147
- REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha : Grada, 2009. 183 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- TAVEL, P. *Zmysel života podľa V. E. Frankla*. Bratislava : IRIS, 2004. 239 s. ISBN 80-89018-81-5.
- YALOM, I. D. *Existenciální psychoterapie*. Praha : Portál, 2006. 527 s. ISBN 80-7367-147-6.

Kontakt na autorov

Mgr. Vladimír Lichner,
Katedra sociálnej práce, Moyzesova 9, 040 59 Košice
vladimir.lichner@gmail.com,

doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD.
Katedra sociálnej práce, Moyzesova 9, 040 59 Košice
dusan.slosar@upjs.sk

Sociálna opora kyberšikanovaných adolescentov

Magdaléna Halachová (SR), Eva Žiaková (SR), Andrzej Dyrer (PL)

Abstrakt: *Predstavovaný príspevok sa zameriava na sociálnu oporu adolescentov v kontexte kyberšikanovania ako negatívneho sociálneho javu. Primárne sa orientuje na dôležitosť sociálnej opory vo vývinovom období adolescencie, či už zo strany rodiny alebo priateľov. Výskumne sa snaží zistiť možné súvislosti medzi patológiou kyberšikanovania a sociálnou oporou. Výsledky jasne preukazujú, že kyberšikanovaní respondenti vykazujú nižšiu mieru sociálnej opory zo strany priateľov ako ne-kyberšikanovaní respondenti.*

Kľúčové slová: *Kyberšikanovanie. Sociálna opora. Rodina. Rovesnícke vzťahy.*

Abstract: *Presented contribution focuses on social support adolescents in the context of cyberbullying as a negative social phenomenon. Primarily focuses on the importance of social support in the developmental period of adolescence, whether by family or friends. Research seeks to identify possible links between pathology of cyberbullying and social support. The results clearly show that cyberbullying respondents reported lower rates of social support by friends as non-respondents cyberbullying.*

Key words: *Cyberbullying. Social Support. Family. Peer relationships.*

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 „*Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie*“

Úvod

Vďaka rozvoju informačných a komunikačných technológií, sa stala on-line komunikácia novým a veľmi populárnym spôsobom interakcie medzi ľuďmi. V dôsledku toho, sa rozširujú ponuky nových zariadení, ktoré zabezpečujú ľuďom vyšší komfort, uľahčujú im život, no prinášajú i značné riziká. Kyberšikanovanie je príkladom tohto trendu, ktorý získal väčšiu pozornosť vzhľadom k jeho vážnym dôsledkom. V prípade adolescentov jeden z možných ochranných prostriedkov tohto sociálno- patologického javu je sociálna opora od rodiny, priateľov, spolužiakov.

Kyberšikanovanie

Internet a iné novodobé technické pomôcky ešte len pred nedávnom dosiahli masové pripojenie v domácnostiach, napriek tomu súčasná generácia detí a pubescentov sa už bezprostredne môže nazývať aj „digitálnou“ generáciou (Livingston, 2009). Pre dospievajúcich to znamená to, že prostredníctvom tohto spojenia môžu nadväzovať nové priateľstvá, prípadne jednoduchším spôsobom udržiavať už existujúce. Na druhej strane anonymita, ktorú internet poskytuje umožňuje ľuďom vyskúšať si viacero rolí a experimentovať so svojou identitou bez strachu z negatívneho hodnotenia alebo sociálnej sankcie. Takéto experimentovanie by si v komunikácii tvárou v tvár nemohli dovoliť (Kowalski, 2012).

Jednou z nebezpečných foriem správania sa v informačno-technologickom prostredí je kyberšikanovanie, ktoré vymedzuje Breguet (2007), ako formu šikanovania, pri ktorej páchatel' volí formu obťažovania jeho obete prostredníctvom technologických zariadení. Môže byť úplne anonymné, jednorazového charakteru s minimom úsilia, alebo vykonávané opakovane. Podobne tento pojem podáva Dehue (2008, in Krejčí, 2010), podľa ktorého je

kyberšikanovanie trýznením, hrozbami, obťažovaním, ponižovaním, strápňovaním, alebo inými útokmi medzi mladistvými. Má rovnaké charakteristiky ako nepriame tradičné šikanovanie, ktoré sa deje opakovane, zahŕňa psychické násilie a je zámerné.

Dospievajúci v on-line prostredí sú veľmi zraniteľní, k čomu sa pridáva ďalší paradox, a to skutočnosť, že svet digitálnych technológií poznajú oveľa lepšie ako ich rodičia alebo učitelia. Zjednodušene povedané, deti a dospievajúci síce internet technicky ovládajú, no pri jeho používaní môžu naraziť na situácie, na ktoré nemusia byť vývinovo pripravení. (Vitošková, 2013)

Sociálne dôsledky kyberšikanovania

Pri kyberšikanovaní dochádza k rôznym druhom dôsledkov, či už na strane agresora, alebo obeť a to napríklad sociálnym, psychologickým, psychosomatickým atď. Následne sa zameriame na sociálne dôsledky obeť elektronického násilia. V štúdiu, ktorú vypracovala Campfield (2006) boli popísané hlavné sociálne problémy obeť kyberšikanovania, to:

- problémy v správaní,
- všeobecne nízke sebahodnotenie,
- nedostatočná sebaúcta,
- osamelosť,
- sociálna izolácia.

Autori Galácz a Šmahel (2007) analyzovali štúdie, ktoré boli v minulosti realizované a dospeli k záverom, že internet prináša všeobecne nové formy vykonávania starých činností. Uvádzajú ďalej štúdiu realizovanú v rokoch 1998 a 2000 zameranú na následky využívania internetu. Noví užívatelia internetu sa po 2-3 rokoch užívania cítili spoločensky vyčlenení, niektorí udávali, že sú v dôsledku užívania deprimovaní a osamelí. Práve sociálne dôsledky naberajú na závažnosti v súvislosti s cieľovou skupinou, na ktorú je tento príspevok orientovaný (vysokoškolskí študenti - adolescenti). Podľa Končekovej (1996) je adolescencia obdobím sceľovania a uvedomejšieho vzťahu k vlastnej osobe. Je obdobím sebautvárania, sebahodnotenia, ktoré sú spojené s osobným uspokojením, alebo neuspokojením, to znamená s určitým stupňom úcty k vlastnej osobnosti. Podľa Eriksona (in Oravcová, 2006) úlohou obdobia Intimita verzus izolácia (mladá dospelosť 20-30 rok života) je vytvorenie intímneho vzťahu s iným človekom. Protipólom, a to nezvládnutím tohto obdobia je, izolácia, ktorá môže viesť adolescenta k hľadaniu tých správnych, ale tiež k absolútnemu odmietnutiu všetkých hodnôt.

Vychádzajúc z úzkej prepojenosti jedinca a jeho sociálneho okolia popísanej napríklad v rámci ekologických teórií musíme uvažovať o vzájomnej prepojenosti a súvislostiach i v predstavovanej problematike. Pri kyberšikanovaní je možné popísať niekoľko faktorov, kedy sociálne okolie vstupuje ako rizikový, no taktiež ako protektívny faktor. Z niekoľkých konceptov nás bude v ďalšej časti zaujímať sociálna opora, ktorá vychádza zo sociálneho prostredia jedinca a za určitých okolností môže vystupovať ako protektívny faktor i ako rizikový faktor pri ohrození kyberšikanovaním.

Sociálna opora

Sociálna opora je jedným z prirodzených aspektov života jedinca a jej potreba sa môže meniť pod vplyvom situácií, do ktorých sa každodenne dostáva (Bruhn, Philips in: Křivohlavý, 2009). Možno povedať, že je to „*uvedomenie si, že druhí sú pripravení pomôcť, vytvára pocit sociálnej istoty, ktorá uľahčuje podstupovanie rizika a povzbudzuje jedinca k tomu, aby sa pokúsil riešiť problém samostatne.*“ (Krause, 1997; in: Šolcová, Kebza, 1999)

Rozlišujú sa tri úrovne rozsahu sociálnej opory, ktorá je definovaná od najširšieho kontextu k najužšiemu (Šolcová, Kebza, 1999; Křivohlavý, 2009):

1. *Makroúroveň* – participácia na aktivitách najbližšej komunity, resp. celospoločenská forma pomoci (sociálna a ekonomická podpora osobám, ktoré sa ocitli v nežiaducej situácii).

2. *Mezoúroveň* – rozsah a kvalita štruktúry a podporných funkcií sociálnej siete jednotlivca. Čiže so sociálnou oporou môže jedinec počítať v rámci svojej sociálnej skupiny (napr. pomoc spolužiakov svojmu spolužiakovi, pomoc športového klubu/ tímu svojmu členovi).

3. *Mikroúroveň* – kvalita intímnych vzťahov jednotlivca, respektíve pomoc poskytnutá človeku od najbližšieho okolia (pomoc matky dieťaťu, vzájomná pomoc najbližších priateľov, pomoc medzi partnermi).

K podporným zdrojom podľa Levickej (2005) patria rodina, príbuzní, priatelia, známi, profesionáli pomáhajúcich profesií (lekár, terapeut, sociálny pracovník, psychológ, atď.). Podstatou u všetkých ostáva fakt, že jedinec má vedomie o tom, že iní ľudia sú mu k dispozícii a sú ochotní poskytnúť pomoc v prípade potreby.

Mareš (2001) píše o vzťahu medzi zvládaním záťaže (v tomto kontexte napríklad z kyberšikanovania) a sociálnou oporou:

- Pri sociálnej opore v kontexte zvládania stresu a záťaže možno povedať, že človek v tiesni zažívajúci oporu, ľahšie zvláda záťaž.

- Zvládanie záťaže ovplyvňuje aj komunikáciu so sociálnym okolím (či potrebuje pomoc, aký typ pomoci potrebuje).

Křivohlavý (1999, in: Krpoun, 2012) vo svojej štúdií hovorí, že coping býva najčastejšie popisovaný v súvislosti so situáciami, v ktorých jedinec čelí záťaži prevyšujúcej jeho kapacitu. Sociálna opora sa pri klasifikácii stratégií zvládania radí medzi stratégie zamerané na problém, v ktorom sa jedinec koncentruje na svoj vnútorný stav prežívania.

Výskum

V problematike sociálnej opory kyberšikanovaných adolescentov ako rizikovej skupiny sme realizovali v roku 2013 autorský výskum v ktorom sme sa zameriavali na sociálnu oporu kyberšikanovaných (n= 69) študentov stredných škôl z Košického a Banskobystrického kraja. Kontrolnú vzorku (n= 117) tvorili študenti, ktorý sa subjektívne ako kyberšikanovaní neoznačili. Výskumu sa teda dohromady zúčastnilo 192 respondentov (z toho 51 mužov a 141 žien), avšak 6 dotazníkov bolo vyradených pre neúplnosť údajov. Ako výskumná metóda bola použitá metóda dotazníka osobne administrovaného do škôl. Dotazník pozostával z otázok o kyberšikanovaní, sociálnej opore a demografických údajov. V časti sociálna opora bol použitý štandardizovaný dotazník Multidimenzionálnej škály zisťovania sociálnej opory (1988) od Zimeta, Dahlena a Farlyhna. V rámci neho sme merali skóre na základe 12 položkovej škály (s možnosťami 1 - *vôbec nesúhlasím*, 2 – *skôr nesúhlasím*, 3 – *skôr súhlasím*, 4 – *úplne súhlasím*), rozdelenej do troch faktorov: rodina, priatelia, blízka osoba. Následne sme výsledky štatisticky vyhodnotili s využitím T-testu pre dva nezávislé výbery.

Ako prvé sme vyhodnotili celkové skóre sociálnej opory, ktoré sme podľa uvedeného porovnávali medzi skupinami. Výsledky reprezentuje Tabuľka 1.

Tabuľka 1 – Rozdiely v celkovom skóre sociálnej opory

	X	S	t	p (α)	CI (95%)	
Kyberšikanovaní	38,91	7	-1,124	0,262	-3,278	0,898
Ne-kyberšikanovaní	40,1	6,95				

Medzi skupinami kyberšikanovaných a ne-kyberšikanovaných adolescentov sa nepreukázali štatisticky významné rozdiely v celkovom skóre sociálnej opory. Neexistenciu rozdielov môžeme vysvetliť prostredníctvom základných definičných charakteristík kyberšikanovania

a obetí kyberšikanovania. Podľa týchto charakteristík kyberšikanovanie nie je všeobecne podmienené či spôsobené sociálnym statusom, určitým typom vzťahov, či sociálneho prostredia.

Sociálna opora zo strany rodičov

Adolescent v tomto období potrebuje cítiť zo strany rodičov nielen rešpekt a uznanie, ale aj ich emocionálnu oporu. Napriek tomu je vplyv na sebahodnotenie stále slabší, pretože ho nahrádzajú generačne bližší vrstovníci. Avšak svoje postavenie si ponechávajú a tým je silnejšie, čím otvorenejšia atmosféra panuje v rodine. (Vašutová, 2013) Křivohlavý (2009) poukazuje na štúdie, ktoré popisujú, že z rodín s dobrými podpornými vzťahmi pochádzajú ľudia s vyššou mierou kvalitnej sociálnej opory. Zároveň však deti z rodín, kde je relatívne vyššia miera podporných rodinných vzťahov, majú vyššiu mieru všeobecne vnímanej sociálnej opory. Meeus (2004) hovorí o vzájomnom pôsobení rodičov a vrstovníkov v kompenzačnom modeli. Tento kompenzačný model znamená, že ak dospievajúci cítia nízku oporu od svojich rodičov, môžu tento nedostatok prekonať vyššou orientáciou na svojich vrstovníkov. Wills et al. (2004) zas predkladá výsledky ktoré naznačujú, že rodičovská opora a opora vrstovníkov môžu ovplyvňovať vznik patologických javov v opačných smeroch. To znamená, že prežívaná opora zo strany rodičov môže pôsobiť ako protektívny faktor, a na druhej strane opora zo strany vrstovníkov môže pôsobiť ako rizikový faktor. Výskumná štúdia M. Helsen (2000) et al. ukazuje, že vzťah adolescentov s rodičmi a vrstovníkmi spolu kladne korelujú. Znamená to, že čím je citová väzba na rodičov istejšia a pevnejšia, tým schopnejší je dospievajúci pri vytváraní dobrých vzťahových väzieb so svojimi vrstovníkmi.

V našom výskume sme sa zamerali na porovnávanie sociálnej opory zo strany rodiny a výsledky reprezentuje nasledujúca Tabuľka 2.

Tabuľka 2 - Rozdiely v sociálnej opore rodiny

	X	S	t	p (α)	CI (95%)	
Kyberšikanovaní	12,57	3,79	0,689	0,492	-0,719	1,491
Ne-kyberšikanovaní	12,18	3,63				

Medzi sociálnou oporou poskytovanou rodinou medzi kyberšikanovanými a ne-kyberšikanovanými adolescentmi sme nenamerali signifikantné rozdiely. Budeme teda predpokladať, že poskytovaná sociálna opora zo strany rodiny nevystupuje v prípade kyberšikanovania ako faktor, ktorý by ho podporoval alebo mu zabraňoval.

Sociálna opora zo strany priateľov

Priateľ je v sociálnej psychológii definovaný ako človek, pri ktorom možno nahlas hovoriť o všetkom, možno mu dôverovať, pred ktorým je možné správať sa dôveryhodne. Toto priateľstvo sa prejavuje hlavne v ťažkých životných situáciách, kedy sa poskytujú rôzne formy sociálnej opory (Křivohlavý, 2009). Krejčiová (2011) hovorí, že sociálna opora sa môže prejaviť aj ako jedna z funkcií vrstovníckych vzťahov. Táto opora predstavuje prirodzenú súčasť života dospievajúcich, neprejavuje sa len v záťažových situáciách. V škole sa môže prejaviť napríklad vo forme pomoci s prípravou na vyučovanie. Mimo školského prostredia sa môže prejaviť napríklad možnosťou spoločného trávenia voľného času.

I v tomto prípade nás zaujímali rozdiely v sociálnej opore zo strany priateľov medzi skupinami respondentov. Výsledky štatistického zisťovania reprezentuje Tabuľka 3.

Tabuľka 3 - Rozdiely v sociálnej opore priateľov

	X	S	t	p (α)	CI (95%)	
Kyberšikanovaní	12,04	2,76	-4,935	0,000***	-2,667	-1,143
Ne-kyberšikanovaní	13,95	2,41				

V tomto prípade sme namerali veľmi vysoko signifikantné rozdiely medzi kyberšikanovanými a ne-kyberšikanovanými respondentmi. Analýzou jednotlivých skupín sme dospeli k záveru, že kyberšikanovaní respondenti vykazujú nižšiu mieru sociálnej opory zo strany priateľov ako ne-kyberšikanovaní respondenti. To môže byť opäť vysvetlené samotnými charakteristikami kyberšikanovania. Kyberšikanovanie samotné je realizované prostredníctvom technických prostriedkov, väčšinou na sociálnych sieťach prostredníctvom internetu. V tomto prostredí sa adolescenti stretávajú s priateľmi, resp. s vrstovníkmi. I kyberšikanovanie vzniká v najväčšej miere z vrstovníckych vzťahov. Tento jav „nedôvery“ vrstovníkom či priateľom sa môže odzrkadľovať práve na nižšej miere sociálnej opory medzi uvedenými skupinami.

Tieto poznatky sú dôležité a udávajú smer pre ďalšie zisťovania sociálnej opory v prípadoch kyberšikanovania, ktoré navrhujeme rozpracovať ďalším výskumom:

- Zisťovanie rozdielov medzi poskytovanou, prijímanou, a vyhľadávanou sociálnou oporou, ako i faktorov, ktoré sociálnu oporu komplikujú prijímať.
- Zisťovanie faktorov posilňujúcich, či znemožňujúcich poskytovanie sociálnej opory zo strany jednotlivých zdrojov (rodina, priatelia, pomáhajúci profesionál).
- Vytvorenie mapy sociálnej siete za účelom zistenia reálnej štruktúry zdrojov sociálnej opory.

Záver

Predstavený príspevok sa zameriava na sociálnu oporu adolescentov v kontexte s kyberšikanovaním ako negatívnym sociálnym javom, ktorý sa objavuje v čoraz väčšej miere. Vzniká v dôsledku masívneho rozmachu informačných technológií a jeho obeťami sú jedinci bez rozdielov v statuse, sociálnom prostredí, či iných charakteristikách. Zamerali sme sa preto na rozdiely v sociálnej opore, ktorú môžeme označiť ako významný faktor vystupujúci v rámci kyberšikanovania. V rámci interpretácie autorského výskumu, ktorý sme na túto tému realizovali sme preukázali významné rozdiely v jednej zo zložiek sociálnej opory – priateľoch ako významného zdroja sociálnej opory. To môže byť indikátorom toho, že medzi kyberšikanovanými a ne-kyberšikanovanými adolescentmi môžeme zistiť rozdiely v rámci ich individuálnej sociálnej siete.

Zoznam použitej literatúry

- BREGUET, T. *Frequently Asked Questions About Cyberbullying*. New York: The Rosen Publishing Group, 2007. 64 s. ISBN 978-1-4042-0963-3.
- CAMPFIELD, D.C. *Cyberbullying and victimization: psychosocial characteristics of bullies, victims, and bully/victims*: Dissertation [online]. Montana: The University of Montana, 2006. 171 s. Dostupné na internete: <<http://etd.lib.umt.edu/theses/available/etd-12112008-120806/unrestricted/umi-umt-1107.pdf>>.
- FRK, V., KREDÁTUS, J. *Komunikácia v personálnej a sociálnej praxi*. Prešov: Vydavateľstvo Cuper, 2002, 143 s. ISBN 80-8889-25-X
- GALÁČZ, A. – ŠMAHEL, D. Information Society from a Comparative Perspective: Digital Divide and Social Effects of the Internet. In *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace* [online]. 2007, vol. 1, no. 1. Dostupné na internete: <<http://www.cyberpsychology.eu/view.php?cislocclanku=2007072401&article=5>>.

- GECKOVÁ, A., PUDELSKÝ, M., TUINSTRA, J. Vplyv percipovanej sociálnej opory na subjektívne hodnotenie zdravia adolescentami a socio-ekonomické rozdiely v sociálnej opore adolescentov. In *Československá psychologie*. 2001, roč. 45, č. 1., s. 7 – 18.
- HELSEN, M. et al. Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. In *Journal of Youth and Adolescence*, ISSN 1573-6601. Vol 29(3), Jun, 2000. pp. 320.
- KONČEKOVÁ, L. *Psychológia puberty a adolescencie*. Prešov: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach – Pedagogická fakulta v Prešove, 1996. 113 s. ISBN 80–7097-339-0.
- KOWALSKI, R. *Cyberbullying- bullying in the digital age*. Oxford: Blackweel, 2012. 271 s. ISBN 978-1-4443-3480-7.
- KRĚJČÍ, V. *Kyberšikana, kybernetická šikana – studie*. Olomouc: Net University, 2010. 72 s. ISBN 978-80-254-7791-5.
- KREJČOVÁ, L. *Psychologické aspekty vzdelávání dospívajících*. Praha: Grada Publishing, 2011. 226 s. ISBN 978-80-247-3474-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. *Psychologie zdraví*. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KRPOUN, Z. Sociální opora: shrnutí výskumné činnosti v české a slovenské oblasti a inspirace do budoucnosti – nadané děti. In *E-psychologie*. ISSN 1802-8853. 2012, roč. 6, č. 1. s. 42-50.
- LEVICKÁ, J. Význam sociálnej opory vo vzťahu k zdravotnému stavu klienta. In *KONTAKT*. ISSN 1212-4117. 2005. č. 3-4. s. 266-269.
- LICHNER, V. – ŠLOSÁR, D. Komunikácia prostredníctvom internetu ako novodobý sociálny jav. In *Výskum v sociálnych vedách : zborník príspevkov z III. doktorandskej konferencie konanej 9. novembra 2012 v Prešove* [online]. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 2013, s. 41-49. Dostupné na internete: <<http://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Balogova6>>. ISBN 978-80-555-0801-6.
- LIVINGSTONE, S. *Children and the internet*. Cambridge: Polity press, 2009. 272 s. ISBN 13-978-0-7456-3194-3.
- MEEUS, 1994, In SIRUČEK, J., SIRUČKOVÁ, M., MACEK, P. 2007. Sociální opora rodiču a vrstevníku a její význam pro rozvoj problémového chování v adolescenci. In *Československá psychologie*. 2007, roč. LI, č. 5. s. 476.
- NEZNÍK, P.: Patočka, Leibniz a dejiny filozofie. In: Tholt, P.; Nezník, P.(eds.): Patočkova a subjektívna fenomenológia a dejiny filozofie. AFPh 3/2009. Košice : Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach, 2009. 250 s. ISBN 9788070977583 (viaz.), s. 124 - 147
- ORAVCOVÁ, J. *Vývinová psychológia*. Žilina: EDIS, 2006. 102 s. ISBN 80-8070-510-0.
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V.: Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*. 1999. ISSN 0009-062X. roč. 43, č. 1, s. 19 – 38.
- VAŠUTOVÁ, M. PANÁČEK, M. *Medzi dĕtstvím a dospĕlostí. Vybrané kapitoly z psychologie adolescence*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravĕ, 2013. 138 s. ISBN978-80-7464-125-1.
- VITOŠKOVÁ, V. Kybernetická kriminalita. In *Moje zdravie*. ISSN 1337-8899, 2013, roč. 10, č.2, s.54-56.
- WILLS et al. 2004. In SIRUČEK, J., SIRUČKOVÁ, M., MACEK, P. 2007. Sociální opora rodiču a vrstevníku a její význam pro rozvoj problémového chování v adolescenci. In *Československá psychologie*. 2007, roč. LI, č. 5. s. 477.

Mgr. Magdaléna Halachová

Katedra sociálnej práce

Filozofickej fakulty Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach,

Moyzesova 9, 040 59 Košice,

magdalena.halachova@gmail.com

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.

Katedra sociálnej práce

Filozofickej fakulty Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach,

Moyzesova 9, 040 59 Košice,

eva.ziakova@upjs.sk

Ks.Dyrektor Andrzej Dymer

Instytut Medyczny im. Jana Pawła II

71-506 Szczecin

Al. Wyzwolenia 52

adymer@gmail.com

Czynniki warunkujące poczucie własnej skuteczności podopiecznych pracownika socjalnego

Patrycja Pater (PL)

Streszczenie Praca zakłada ukazanie czynników warunkujących poczucie własnej skuteczności podopiecznych pracownika socjalnego. Początkowo przedstawiona zostanie teoria społeczno-poznawcza oraz główny jej element – poczucie własnej skuteczności. Następnie rozważony zostanie poziom PWS w grupach z różnymi problemami oraz czynniki go modyfikujące. Praca będzie miała na celu ukazanie jak ważny jest poziom samoskuteczności dla prawidłowego zmagania się z zastanymi trudnościami oraz wskazanie czynników warunkujących jego nasilenie.

Słowa kluczowe: poczucie własnej skuteczności, Bandura, radzenie sobie

Abstract: Paper involves showing the determinants of self-efficacy wards social worker. Initially, finds the socio-cognitive theory and its main element - a sense of self-efficacy. Then considered is the level of PWS in groups with different problems and factors modifying it. Work will have to show how important is the level of self-efficacy for proper coping with existing difficulties and identify factors influencing its severity.

Keywords: self-efficacy, Bandura, coping

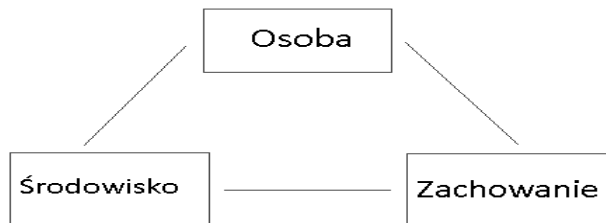
Wstęp

Celem niniejszego artykułu będzie przybliżenie czynników warunkujących powodzenie w dążeniu do osiągnięcia celu i radzenie sobie w sytuacjach stresujących wśród podopiecznych pracowników socjalnych. Niewątpliwie jednym z elementów, które w sposób szczególny wpływają na wytrwałość w działaniu jest poczucie własnej skuteczności. Termin ten został wprowadzony i opracowany przez Alberta Bandurę na gruncie teorii społecznego uczenia się, stąd też początkowo przybliżone zostaną podstawowe założenia tej koncepcji, a następnie dokona się analizy badań nad zagadnieniem.

Poczucie własnej skuteczności

Teoria społeczno-poznawcza traktuje człowieka jako istotę zdolną do działania intencjonalnego, która nie podlega biernym oddziaływaniom środowiska, czy nieświadomości, ale odbiera bodźce z otoczenia, analizuje je i aktywnie wpływa na nie. Autor wskazuje na ciągłe oddziaływanie pomiędzy osobowością, zachowaniem a środowiskiem zewnętrznym. Elementy te wpływają na siebie nawzajem zmieniając swoją jakość na zasadzie sprzężeń zwrotnych (zob. rys. 1). Człowiek rejestruje (aspekt osobowości) rozbieżności pomiędzy tym jak jest, a tym jak chciałby żeby było oraz tworzy nowe dysonansy poprzez stawianie sobie nowych wymagań. W kolejnym etapie konstruuje plan działań mających na celu redukcję owych rozdzźwięków, a następnie wprowadza je w życie (aspekt zachowania). Zachowanie wpływa na osobowość poprzez: uczenie się nowych nawyków, doświadczanie sukcesów i porażek, które wpływają na poczucie własnej wartości, prowokując występowanie uczuć i tworzenie się nowych sądów (Zimbardo, 1999, s. 538).

Rysunek 1. Powiązanie osoby, środowiska i zachowania.



Źródło: Zimbardo P.G. (1999). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 538.

Osobowość oddziałuje na środowisko przez wybór otoczenia w którym jednostka się znajduje, ocenę jaką się mu przypisuje oraz tworzenie jego idealnego obrazu. Przebywając w określonej grupie społecznej (aspekt środowiskowy) przyjmujemy i uczymy się norm i wartości w niej preferowanych, a co za tym idzie nabywamy określonych kompetencji w sferze funkcjonowania emocjonalnego i moralnego (aspekt osobowości) (Zimbardo, 1999, s. 538).

Pomiędzy aspektem środowiskowym a aspektem zachowania również możemy zauważyć relację wzajemną. To, w jakim kontekście społecznym się wychowujemy, kształtuje nasze sposoby radzenia sobie. Środowisko bogate we wzorce, wsparcie społeczne, przyjazne rozwojowi modeluje pozytywne wzorce zaradcze, natomiast przeciwny kontekst wychowawczy wymaga od wychowanka kreatywności, stwarzając swoisty trening radzenia sobie. Podejmowane przez nas zachowanie może wpływać na kształt środowiska porządkując je lub wprowadzając chaos, konflikt, jednocześnie przyczyniając się do wywołania określonej reakcji otoczenia (Zimbardo, 1999, s. 538).

Opisując relacje pomiędzy tymi trzema aspektami (zachowaniem, osobowością, środowiskiem) Bandura (1999) wprowadza teorię przypadku. Według niej każdy w swoim życiu spotyka się z niezaplanowanymi szansami, jakie stawia przed nim życie. To, czy z nich skorzysta wykorzystując zastany potencjał, będzie zależało od kombinacji czynników poznawczych, behawioralnych i emocjonalnych, w tym od zauważenia potencjału, chęci podjęcia działania oraz wytrwałości w swoim postanowieniu. Im bardziej rozwinięta jest aktywność podmiotu, jego zaangażowanie, tym częściej będzie on podejmował próby realizacji zastanych szans. Samo wzięcie uczestnictwa w realizacji niezaplanowanego przedsięwzięcia nie gwarantuje powodzenia, ale stwarza możliwość aktywnego kształtowania swojej ścieżki życiowej (Zimbardo, 1999, s. 538).

Osobowość według teorii poznawczo-behawioralnej kształtuje się na drodze modelowania, czyli uczenia się na podstawie obserwacji zachowania atrakcyjnego modelu. Uczeń odtwarza zaobserwowane wzorce zachowań w momencie, gdy wzór jest atrakcyjny, skuteczny, dokonuje niezwykłych rzeczy, za które otrzymuje nagrody, a zwłaszcza, gdy jest podobny pod jakimś względem do obserwatora (Strelau, Doliński 2010, s. 713-714).

Głównym przejawem kształtu osobowości są przekonania oraz zachowania intencjonalne. Zakładają one wystąpienie kolejno po sobie następujących procesów: „1. oceny własnych możliwości, 2. sformułowania realnych aspiracji, 3. uzgodnienia ich z bieżącymi celami, 4. ukierunkowania aktywności, 5. przewidywania rezultatów działań, 6. oceny ich wartości,

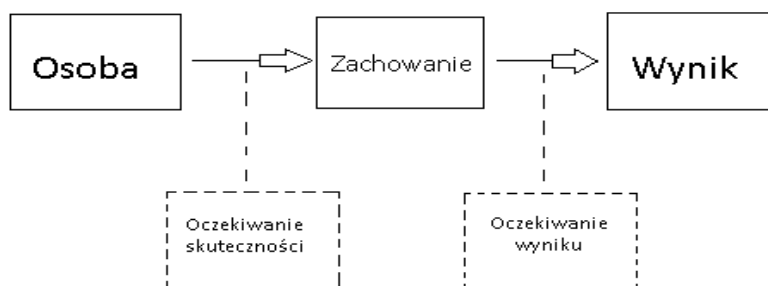
spostreżania szans i przeszkód tkwiących w środowisku, 7. dostosowania form aktywności do warunków środowiskowych i własnych standardów; niemałą rolę odgrywają również pojawiające się uczucia” (Strelau, Doliński 2010, s. 713-714).

Podejmowanie działań oraz dążenie do ich realizacji jest zależne od poziomu poczucia własnej skuteczności (*self-efficacy*). Bandura rozumie je jako przekonanie jednostki o możliwości poradzenia sobie z określoną sytuacją (Arinson, Wilson, Akert 2012, s. 423), ponadto przypisuje mu podstawową funkcję w kształtowaniu się przekonań jakie jednostka ma o świecie otaczającym (Gromulska, Piotrowicz, Cianciara 2009, s. 428). Autor wskazuje się, że im wyższa jest samoskuteczność, tym osoby częściej podejmują zadania, stawiają sobie nowe cele, a w sytuacji trudnej nie poddają się, stosując adekwatne strategie radzenia sobie (Oleś 2003, s. 214).

Samoskuteczność oraz poglądy z nią związane wykazują względną stałość, kształtując się w toku życia człowieka na podstawie jego doświadczeń. O jego poziomie decydują cztery elementy: wyniki aktywności, modelowanie, perswazja oraz stan fizjologiczny. Na oczekiwane wyniki działań wpływa m.in. wsparcie społeczne, atrybucja wyników, poziom trudności zadania, warunki realizacji, poziom zaangażowania, stan fizyczny, kondycja emocjonalna. Funkcja kształtująca modelowania polega na dostarczaniu, poprzez obserwację modelu, wskazówek dotyczących najskuteczniejszych form zachowania, działania (Strelau, Doliński 2010, s. 714). Perswazja, w tym szczególnie werbalna, dotyczy będzie przekonania o posiadanych zasobach niezbędnych do osiągnięcia celu. Wskazuje się tu jednocześnie, że sama sugestia otoczenia może wywrzeć ogromny wpływ na podjęcie i wytrwałość w dążeniu do celu poprzez dodanie wiary w swoje kompetencje (Aronson, Wilskon, Akert, 2012, s. 433).

Na decyzje o wyborze konkretnego zachowania, najbardziej odpowiedniego według jednostki odpowiedniego, wpływa poczucie własnej skuteczności, oczekiwanie wyniku, oczekiwanie wyznaczonego skutku oraz spodziewanych ułatwień bądź utrudnień. Oczekiwanie samoskuteczności dodatkowo przybiera postać zgeneralizowaną (dotyczącą ogólnych własnych możliwości) oraz specyficzną (odnoszącą się do konkretnej sytuacji) (Gromulska, Piotrowicz, Cianciara 2009). Dotyczyć one będą relacji pomiędzy osobą a zachowaniem, natomiast oczekiwanie wyniku umiejscawia się między zachowaniem a wynikiem (zob. rys. 2) (Zimbardo 1999, s. 540).

Rysunek 2. Umiejscowienie poczucia skuteczności i oczekiwania wyniku.



Źródło: Zimbardo P.G. (1999). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 540.

Osoby charakteryzujące się wysoką samoskutecznością oraz przekonaniem o możliwości osiągnięcia zamierzonego wyniku, pomimo napotykaných przeszkód będą wytrwale dążyły do wyznaczonych celów, aktywnie angażując się w proces rozwiązywania problemu. Jednostki charakteryzujące się niskim poczuciem własnej skuteczności będą szybko rezygnowały z podjętego działania doświadczając nawet drobnych przeszkód. Częściej będą

wskazywały na doświadczanie lęku, a ich system immunologiczny będzie mniej sprawny. Podobnie otoczenie, które nie będzie wspierać jednostki, nie będzie stwarzać okoliczności umożliwiających poradzenie sobie, może skutecznie obniżyć samoskuteczność, a tym samym przyczynić się do rezygnacji z dalszego działania jednostki (Aronson, Wilson, Akert 2012, s. 433-434). Ponadto jednostki o niskim poczuciu skuteczności własnej, łatwiej będą się dezorganizować w sytuacjach stresu, częściej będą zapadać na depresje, unikać wyzwań ze względu na niskie aspiracje oraz spostrzegać je jako zagrożenie, a porażki częściej doprowadzą ich do utraty wiary w siebie. Natomiast osoby przekonane o samoskuteczności charakteryzować się będą wysokimi aspiracjami, poszukiwaniem wyzwań, stawianiem sobie nowych celów, a porażki będą oceniać jako wypadkową różnych sytuacji, dzięki czemu łatwo się po nich odbudowują (Strelau, Doliński 2010, s. 715).

Powyższe rozważania skłoniły badaczy do podjęcia prób zanalizowania poziomu samoskuteczności w licznych grupach osób zmagających się z trudnościami dnia codziennego, zdrowotnymi czy psychologicznymi. Wykazywano w nich istotne korelacje pomiędzy poziomem samoskuteczności a doświadczaniem sytuacji trudnych, podejmowanych zachowaniach zaradczych, działaniami prozdrowotnymi oraz wytrwałości w terapii.

Przegląd badań

W jednym z badań nad grupą podopiecznych Domu Pomocy Społecznej z Kalisza podjęto próbę oceny poziomu ich samoskuteczności oraz jego odniesienia do stanu zdrowia, sprawności oraz satysfakcji z życia. Grupa badanych obejmowała pensjonariuszy powyżej 65 roku życia, u których kontakt werbalny był logiczny, a samodzielność na zadowalającym poziomie (104 osoby). Rozkład płci był niejednorodny - większość stanowiły kobiety (76,9%). Średnie poczucie własnej skuteczności oscylowało na zadowalającym poziomie we wszystkich grupach wiekowych i nie zmieniało się w sposób istotny w zależności od doświadczanej choroby. Wyjątek stanowili pensjonariusze doświadczający nadciśnienia tętniczego, którzy wykazywali wyższy poziom samoskuteczności w porównaniu z pozostałymi grupami. W trakcie analiz wykazano, że osoby posiadające wysoki poziom poczucia skuteczności własnej odznaczały się lepszą sprawnością w funkcjonowaniu codziennym, aktywności ruchowej, utrzymaniu równowagi oraz przemieszczaniu się. Zagrożenie wystąpieniem depresji oraz poziom jakości życia w badanej grupie także korelowało z samoskutecznością. Osoby z niskim PWS były bardziej narażone na obniżenie nastroju oraz niskie zadowolenie z życia, częściej odznaczały się gorszym funkcjonowaniem poznawczym. Należy stąd wnioskować, że im wyższa samoskuteczność, tym osoby lepiej radzą sobie z wymaganiami dnia codziennego, a przez to są bardziej samodzielne, zadowolone z życia, chętniej włączają się w aktywności proponowane w ośrodku, przez dłuższy okres czasu pozostają samodzielne, co dodatkowo poprawia ich funkcjonowanie emocjonalne. Wysoki poziom PWS sprzyja podejmowaniu działań, realistycznej ocenie możliwości oraz dążeniu do celu. Z analiz wynika, że warto jest podejmować działania dążące do polepszenia PWS, ponieważ jest to jeden z korelatów lepszego funkcjonowania społecznego, poznawczego i emocjonalnego osób starszych (Jachimowicz, Kostka 2009, s. 23-31).

W badaniach nad radzeniem sobie z nabytą niepełnosprawnością ruchową, zastanawiano się nad pozytywnymi oddziaływaniami samoskuteczności. Prowadząc analizy wyników na grupie 143 osób (70 kobiet; 73 mężczyzn) w wieku 21 – 48 lat, z nabytymi uszkodzeniami w funkcjonowaniu ruchowym, Stanisława Byra (2011) wykazała istotne różnice w poziomie PWS w zakresie płci oraz podejmowanych stylów radzenia sobie. Mężczyźni z badanej grupy charakteryzowali się istotnie wyższym poziomem samoskuteczności niż kobiety, czyli mieli większe przekonanie o celowości podejmowanych zadań, wyznaczaniu sobie celów i realizowaniu ich. Podobne różnice płciowe wykazano w zakresie posługiwania się stylami

radzenia sobie. Kobiety znacznie częściej posługiwały się stylami zorientowanymi na poszukiwanie wsparcia społecznego, kierowania się po pomoc do Boga, czyli strategiami redukcji negatywnych emocji. Mężczyźni częściej podchodzili do problemów zadaniowo, poszukując możliwych rozwiązań. Doszukując się powiązań pomiędzy poziomem PWS a stylami i strategiami radzenia sobie wykryto szereg korelacji. Wyższy wynik samoskuteczności w grupie kobiet współwystępował z częstszym stosowaniem stylów i strategii zadaniowych, wyrażających się w zaakceptowaniu trudnych doświadczeń oraz poszukiwaniem wsparcia społecznego. Niższy wynik PWS w tej grupie korelował z koncentracją na emocjach, zaprzeczaniem oraz zwracaniem się o pomoc do Boga. Wyższe wyniki w zakresie samoskuteczności pozostawały w podobnej korelacji w grupie mężczyzn (wybieranie stylu zadaniowego, akceptacja trudnych doświadczeń), różniąc się jednakże w zakresie występowania dodatnich korelacji PWS z koncentracją na emocjach. Wynika stąd, że mężczyźni z jednej strony dążą do rozwiązania problemu, z drugiej strony radząc sobie z przykrymi doświadczanymi emocjami, co dodatkowo potęguje skuteczność w radzeniu sobie. Dokonując analizy kanonicznej uzyskanych wyników autorka wykazała, że istnieje duża możliwość wyjaśniania poziomu poczucia własnej skuteczności poprzez stosowane style i strategie radzenia sobie z trudnościami. Należy zatem rozumieć, że modyfikując stosowanymi sposobami zaradczymi możemy wpływać na poziom poczucia własnej skuteczności. Im jednostka będzie skuteczniej radziła sobie z trudnościami wynikającymi z niepełnosprawności, tym jej poziom samoskuteczności będzie wyższy, przy czym należy uwzględnić jakie style i strategie współwystępują z wyższym PWS w grupie kobiet, a jakie w grupie mężczyzn (Byra 2011, s. 127-134).

Poczucie własnej skuteczności rozpatrywane jest także w kontekście leczenia uzależnień. Wymienia się go jako jeden z głównych predyktorów podjęcia leczenia, wytrwania w procesie terapeutycznym oraz utrzymania abstynencji. W badaniach Chodkiewicza (2005) nad czynnikami warunkującymi pomyślne ukończenie procesu terapeutycznego osób uzależnionych od alkoholu wykazano istotną rolę PWS w utrzymywaniu abstynencji przez mężczyzn w okresie roku po zakończonej terapii (Chodkiewicz 2005, s. 39-45). W literaturze wskazuje się na występowanie pięciu kategorii PWS istotnych w różnych fazach uzależnienia, których deficyty odpowiadają za pojawienie się zaburzenia. Wymienia się skuteczność w odporności na oddziaływania nacisków społecznych, skuteczność w redukcji szkód, skuteczność w działaniu – zachowaniu abstynencji, skuteczność w radzeniu sobie z nawrotami oraz skuteczność w powrocie do abstynencji w momencie nawrotu choroby, czy wypadki (Marlat, Gordon za: Jurczyński, Jurczyński 2012, s. 215-227).

W literaturze wskazuje się, że poczucie własnej skuteczności podlega modyfikacji na kilka sposobów. Kształtowanie samoskuteczności może odbywać się na podstawie doświadczanych sukcesów w podejmowanych czynnościach. Każde pozytywne doświadczenia będą wpływać na podwyższenie przekonania, że osoba jest w stanie poradzić sobie nawet w trudnych sytuacjach (Pervin 2005, s. 264). Poza tym samo spostrzeganie pozytywnych efektów działań osoby znaczącej (modelowanie) może wpłynąć na PWS obserwatora poprzez ukazanie mu oddziaływań, które przynoszą najwięcej korzyści. Ten sposób oddziaływań na samoskuteczność jest wykorzystywany w terapiach uzależnień (Gromulska, Piotrowicz, Cianciara 2009, s. 429). Dużą rolę odgrywają przykłady osób, które poradziły sobie z podobnymi trudnościami. Dzięki takim doświadczeniom jednostka nie musi sama dochodzić do wykrycia najlepszych rozwiązań, czerpie z wiedzy innych.

Kolejną metodą jest trening asertywności, kompetencji społecznych, dzięki któremu jednostka zaczyna ufać swoim umiejętnościom, podnosi przekonania o możliwości kontroli czynników zagrażających. Samo doświadczenie terapii może także wpłynąć na podwyższenie PWS poprzez ukazanie podopiecznemu jego wytrwałości w działaniu, szans na sukces (Jurczyński, Jurczyński 2012, s. 221-222).

Wskazuje się, że rozbijając dalekosiężne cele na mniejsze, rozłożone w czasie o zmniejszonym stopniu trudności, wpływa się pozytywnie na poziom PWS, poprzez umożliwienie odczuwania satysfakcji z poradzenia sobie (Łukaszewski, Marszał-Wiśniewska 2006). Ćwiczenie strategii zaradczych jest kolejnym sposobem redukcji napięcia, oswojenia się z sytuacją trudną oraz przećwiczenia w warunkach przyjaznych różnych sposobów poradzenia sobie (Bryła 2011, s. 127-134). W badaniach wskazano ponadto, że często sama informacja o przypisaniu do grupy, której przypisuje się większe natężeniem siły-woli, podnosiło poziom samoskuteczności przyczyniając się do lepszej efektywności w rzucaniu, np. palenia (Blittner, Goldberg, Merbaum za: Aronson, Wilson, Akert 2012, s. 433-434). Kolejnym źródłem informacji o PWS, które modyfikuje jego poziom, jest pobudzenie emocjonalne. Im niższy poziom pobudzenia negatywnych emocji przy wykonywaniu zadania, tym jednostka jest w większym stopniu przekonana o swoich kompetencjach i PWS (Gromulska, Piotrowicz, Cianciara 2009, s. 429). W badaniach wskazuje się także, że najlepsze efekty wykonywanej pracy oraz wytrwałości w niej, osiąga się w warunkach wysokiego poczucia własnej skuteczności, przy niezadowoleniu ze swoich dotychczasowych osiągnięć. Możemy zatem wnioskować, że PWS sprzyja wytrwałości w wykonywaniu zadań (Bandura, Cervone 1983).

Zakończenie

Aby podnieść poziom skuteczności własnej podopiecznych należy zatem motywować ich do wyznaczania sobie celów sprzyjających doświadczaniu sukcesów, modelować prozdrowotne i proaktywne sposoby radzenia sobie, dbać o ich dobrą kondycję emocjonalną. Samo wsparcie werbalne pracownika socjalnego udzielane osobom w trudnej sytuacji może także zwiększyć ich poczucie własnej skuteczności, a tym samym polepszyć ich funkcjonowanie społeczne i emocjonalne.

Wielorakość przypadków, z którymi przychodzi się zmagać pracownikowi socjalnemu, jest trudna do opisanie w tym krótkim artykule. Przedstawione przypadki naturalnych procesów, chorób, zaburzeń, patologii stanowią zaledwie przykłady różnych obszarów oddziaływań. Należy jednakże wskazać na istotny element łączący owe obszary, a mianowicie poczucie własnej skuteczności. Przedstawiono jego pozytywne korelacje z utrzymywaniem zdrowia, sprawności fizycznej, strategiami radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, podejmowaniem i wytrwałością w terapii, jak również w pozostaniu w abstynencji. Należy zatem zastanowić się nad możliwościami modyfikowania, podnoszenia samoskuteczności podopiecznych pracowników socjalnych w celu polepszenia efektywności oddziaływań pomocowych.

Bibliografia

- ARONSON E., WILSON T., AKERT R. (2012). *Psychologia społeczna*. Poznań: Wydawnictwo Zyski S-ka. ISBN 9788375069303.
- BANDURA A., CERVONE D. (1983). Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effect of goal system. *Jurnal of Personality and Social Psychology*, 45, 1017-1028. ISSN: 0022-3514.
- BYRA S. (2011). Poczucie własnej skuteczności w kontekście radzenia sobie w sytuacjach trudnych kobiet i mężczyzn z nabytą niepełnosprawnością ruchową. *Medycyna Ogólna i Nauki i Zdrowiu*, 17(3), 127-134. ISSN 20834543.
- CHODKIEWICZ J. (2005). Predyktory ukończenia terapii mężczyzn i kobiet uzależnionych od alkoholu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14 (1), 39-45. ISSN 1230-2813.
- GROMULSKA L., PIOTROWICZ M., CIANCIARA D. (2009). Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej. *Zdrowie publiczne*, 63: 427-432. ISSN: PL 0044-2011

- JACHIMOWICZ V., KOSTKA T. (2009). Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej. *Gerontologia Polska*, 17, 1: 23-31. ISSN: 1425-4956.
- JURCZIŃSKI Z., JURCZIŃSKI A. (2012). „Chcieć to móc” czyli o znaczeniu poczucia własnej skuteczności w modyfikacji zachowań związanych z piciem alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 25(2), 215-227. ISSN: 0867-4361
- ŁUKASZEWSKI W., MARSZAŁ-WISNIEWSKA M. (2006). *Wytrwałość w działaniu*. Gdańsk: GWP. ISBN: 9788374890205.
- OLEŚ P. K. (2003). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar. ISBN: 83-7383-066-9.
- PERVIN L. A. (2005). *Psychologia osobowości*. Gdańsk: GWP. ISBN: 8387957615.
- STRELAU J. Doliński D. (2010). *Psychologia akademicka. Podręcznik akademicki T1*. Gdańsk: GWP. ISBN: 9788374892643.
- ZIMBARDO P.G. (1999). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. ISBN: 83-01-14632-1

Beneficjent systemu socjalnego na przykładzie gminy zagórz

Ewelina Kleszcz-Ciupka (PL)

Streszczenie System socjalny w Polsce jest tematem dyskusji specjalistów różnych dziedzin życia społecznego oraz gospodarczego. Jest on integralnym elementem pomocy społecznej, która w nowoczesnym i opiekuńczym państwie o gospodarce rynkowej powinna stanowić jedną z zasadniczych inwestycji polityki społecznej. Znaczenie i rola pomocy społecznej jest zróżnicowana w zależności od funkcjonującego w danym państwie modelu zabezpieczenia społecznego, rozumianego jako „całokształt środków i działań (instytucji) publicznych, przy których pomocy społeczeństwo stara się zabezpieczyć swoich obywateli przed groźbą niezaspokojenia podstawowych potrzeb, społecznie uznanych za ważne” (Piotrowski, 1966, s. 29).

Niniejszy artykuł jest próbą analizy sprawozdawczej systemu socjalnego w Polsce na przykładzie gminy Zagórz. Różny stopień realizacji założeń polityki społecznej stanowi punkt wyjścia moich rozważań i podstawę do analizowania tych zadań, które w największym stopniu pomagają beneficjentom systemu socjalnego w wyjściu z trudnego położenia społeczno - ekonomicznego. W artykule tym zajmuję się także tematyką katalogu świadczeń pieniężnych i niepieniężnych stanowiących dla instytucji pomocy społecznej, narzędzie wykorzystywane do wspierania osób pozostających w ciężkiej sytuacji osobistej, zawodowej oraz ekonomicznej.

Słowa kluczowe: system socjalny, beneficjent pomocy społecznej, polityka społeczna, pomoc społeczna

Abstract: The social system in Poland is discussed. Specialists in various fields of social and economic development is an integral component of social assistance, which in the modern welfare state and the market economy should be one of the major investments of social policy. The importance and role of social assistance varies depending on operating in a given country model of social security, understood as "the totality of measures and actions (institutions) public, with whose help the society is trying to protect its citizens against the threat of unsatisfied basic needs, socially recognized as important" (Piotrowski, 1966, p. 29).

This article is an attempt to analyze reporting social system in Poland on the example of Zagorz. Different levels of social policy implementation is the starting point of my considerations and the basis for analyzing the tasks that the greatest beneficiaries of the welfare system to help recover from the difficult position of socio - economic development. This article deals with the themes directory of cash and non-cash representing the social welfare institutions, the tool used to support persons in a difficult situation for personal, professional and economic.

Keywords: social system, the beneficiary of social welfare, social policy, social assistance

Wstęp

Pomoc społeczna (opieka społeczna) obecnie jest instytucją polityki społecznej państwa, jednak nie zawsze zajmowała taką pozycję. Jak wskazuje się w literaturze, zanim doszło do wykształcenia współczesnego pojęcia pomocy społecznej, zmianom ulegały koncepcje i formy, za pomocą których wspierano osoby potrzebujące. W cyklu tego rozwoju można wyodrębnić kilka faz oddających zmieniające się nazwy tej działalności: dobroczynność publiczna, opieka społeczna i pomoc społeczna (Nitecki, 2008, s.17).

Współcześnie pomoc społeczna jest znaczącym elementem systemu zabezpieczenia społecznego, a zapotrzebowanie na świadczenia z tego zakresu stale rośnie. Jest to głównie wynikiem rozwoju

cywilizacyjnego, który zmienia katalog społecznych potrzeb i zmusza do wprowadzania nowych świadczeń. Postęp bowiem powoduje również wzrost sytuacji wymagających wsparcia, zwiększając tym samym zakres, zarówno przedmiotowy jak i podmiotowy pomocy społecznej. Ponadto rozwój cywilizacyjny podnosi standard życia i poziom minimum socjalnego, rośnie zatem liczba przypadków, które kwalifikują się do objęcia pomocą społeczną (Szurgacz, 1992, s. 27-30). Zainteresowanie pomocą społeczną nasila się zwłaszcza w sytuacji, gdy budżet danego państwa jest napięty i pojawia się wysokie bezrobocie, co w konsekwencji przekłada się na wzrost liczby beneficjentów świadczeń socjalnych. (Frączek, 2012, s. 82)

Celem prezentowanego artykułu jest przedstawienie systemu socjalnego na przykładzie Gminy Zagórz. Niniejszy tekst jest próbą analizy beneficjentów korzystających z pomocy społecznej oraz świadczeń materialnych i niematerialnych, poprzez które system socjalny wspiera i pomaga jednostce w poprawie jej trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej.

System pomocy społecznej w Polsce

Pomoc społeczna zwana pierwotnie opieką społeczną jest najstarszą (o wielowiekowych tradycjach filantropijno-charytatywnych) instytucją polityki społecznej, uznawaną współcześnie w większości krajów za jeden z podstawowych elementów systemu zabezpieczenia społecznego (Koczur, 2011, s.19). Jej głównym zadaniem jest pomoc osobom i rodzinom w radzeniu sobie w trudnych sytuacjach życiowych, jakich nie mogą one same pokonać przy wykorzystaniu swoich możliwości, uprawnień i własnych środków (Gierszewska, 2002, s.143). Tak rozumiana pomoc społeczna zakłada, iż w głównej mierze jest ona instytucją polityki społecznej państwa, które to pojęcie polityki społecznej jest to celowym działaniem państwa, zmierzającym do bezpośredniego zaspokojenia ważnych potrzeb społecznych. Pomoc społeczna jest zatem metodą osiągnięcia celów polityki społecznej (Sierpowska, 2009, s. 24).

W literaturze przedmiotu wymienia się również inne cele pomocy społecznej, jak na przykład:

- zaspokojenie niezbędnych potrzeb życiowych osób i rodzin, a także umożliwienie im bytowania w warunkach odpowiadających godności człowieka,
- doprowadzenie w miarę możliwości do życiowego usamodzielnienia osób oraz rodzin,
- zapobieganie powstawaniu trudnych sytuacji życiowych, których konsekwencją byłaby potrzeba korzystania z pomocy,
- integracja osób oraz rodzin ze środowiskiem,
- umacnianie rodziny (Stahl, 2002, s. 209).

W świetle powyższego można uznać, że cele pomocy społecznej rozpatrywane są w różnych aspektach zarówno normatywnych, jak i teoretycznych.

Normatywne ujęcie pomocy jako elementu polityki społecznej zostało wskazane przez ustawodawcę w art. 2, ust. 2 ustawy o pomocy społecznej. Zgodnie z nim pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie, na zasadach partnerstwa z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem Katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi, a także z osobami fizycznymi i prawnymi (Ustawa z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej).

Na podstawie powołanej wyżej ustawy zadania z zakresu pomocy społecznej zostały podzielone przez prawodawcę. Jednocześnie przydzielone je poszczególnym przedstawicielom tj: organom administracji samorządowej oraz administracji rządowej. W ramach tej drugiej to samorząd terytorialny realizuje zadania, które zostały skonkretyzowane oraz podporządkowane poszczególnym jednostkom, wśród których wyróżnia się w tym zakresie zadania gminy, powiatu i województwa samorządowego (Sierpowska, 2009, s. 100).

Szczegółowe zadania w sferze pomocy społecznej realizowane przez gminę określa art. 17 przytoczonej powyżej ustawy z dnia 12 marca 2004 r., według którego poszczególne działania mają charakter obligatoryjny lub fakultatywny. Stosownie do treści art. 17 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej do zadań gminy o charakterze obowiązkowym należy:

- 1) opracowanie i realizacja gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych ze szczególnym uwzględnieniem programów pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i innych, których celem jest integracja osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka,
- 2) sporządzanie, zgodnie z art. 16a, oceny w zakresie pomocy społecznej,
- 3) udzielanie schronienia, zapewnienie posiłku oraz niezbędnego ubrania osobom tego pozbawionym,
- 4) przyznawanie i wypłacanie zasiłków okresowych,
- 5) przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych,
- 6) przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych na pokrycie wydatków powstałych w wyniku zdarzenia losowego,
- 7) przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych na pokrycie wydatków na świadczenia zdrowotne osobom bezdomnym oraz innym osobom niemającym dochodu i możliwości uzyskania świadczeń na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 8) przyznawanie zasiłków celowych w formie biletu kredytowanego,
- 9) opłacanie składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za osobę, która zrezygnuje z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie niezamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem,
- 10) praca socjalna,
- 11) organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, w miejscu zamieszkania, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- 12) prowadzenie i zapewnienie miejsc w mieszkaniach chronionych,
- 13) dożywianie dzieci,
- 14) sprawienie pogrzebu, w tym osobom bezdomnym,
- 15) kierowanie do domu pomocy społecznej i ponoszenie odpłatności za pobyt mieszkańca gminy w tym domu,
- 16) pomoc osobom mającym trudności w przystosowaniu się do życia po zwolnieniu z zakładu karnego,
- 17) sporządzanie sprawozdawczości oraz przekazywanie jej właściwemu wojewodzie, również w formie dokumentu elektronicznego, z zastosowaniem systemu teleinformatycznego,
- 18) utworzenie i utrzymywanie ośrodka pomocy społecznej, w tym zapewnienie środków na wynagrodzenia pracowników,
- 19) przyznawanie i wypłacanie zasiłków stałych,
- 20) opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Natomiast art. 17 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej wskazuje, iż do zadań własnych gminy o charakterze fakultatywnym należy:

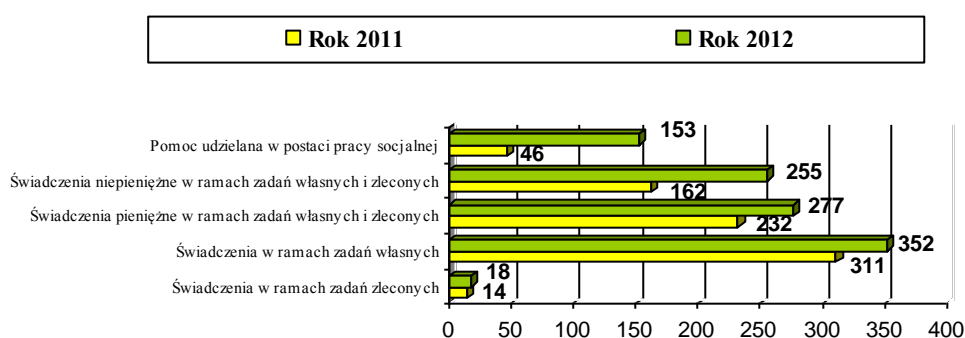
- 1) przyznawanie i wypłacanie zasiłków specjalnych celowych,
- 2) przyznawanie i wypłacanie pomocy na ekonomiczne usamodzielnienie w formie zasiłków, pożyczek oraz pomocy w naturze,
- 3) prowadzenie i zapewnienie miejsc w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia o zasięgu gminnym oraz kierowanie do nich osób wymagających opieki,
- 4) podejmowanie innych zadań z zakresu pomocy społecznej wynikających z rozeznaczonych potrzeb gminy, w tym tworzenie i realizacja programów osłonowych,

5) współpraca z powiatowym urzędem pracy w zakresie upowszechniania ofert pracy oraz informacji o wolnych miejscach pracy, upowszechniania informacji o usługach poradnictwa zawodowego i o szkoleniach (Ustawa z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej).

Kierując się zasadą subsydiarności i indywidualizacji obowiązującą w systemie pomocy społecznej to zadania gminy w tym zakresie zostały najbardziej rozbudowane w porównaniu z innymi jednostkami samorządu terytorialnego. Potwierdzeniem na taki stan rzeczy może być fakt, że gmina stanowi najmniejszą z przytaczanych jednostek, a co za tym idzie najłatwiej jest jej dotrzeć do beneficjentów, których potrzeby podstawowe nie są zaspokajane.

Uwzględniając rodzaj zadań gminy w zakresie pomocy społecznej poniżej przedstawiam wykres ilustrujący natężenie omawianego zjawiska w gminie Zagórz.

Wykres 1. Liczba rodzin objętych pomocą społeczną w latach 2011-2012 z uwzględnieniem rodzaju zadań gminy Zagórz



Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MPiPS z MGOPS w Zagórz

Powyższe dane wskazują, na tendencję zwyżkową w zakresie korzystania z pomocy społecznej w latach 2011-2012. Zauważyć można iż, rodziny z gminy Zagórz decydujące się na wsparcie instytucjonalne obejmowane były najczęściej formami pomocy w ramach zadań własnych gminy (311 w roku 2011 oraz 352 w roku 2012). Dominowały również świadczenia pieniężne, z których skorzystało ogółem w roku 2011 - 232 rodziny a w 2012 - 277. Największy wzrost zainteresowania na przestrzeni dwóch omawianych lat odnotowano w zakresie pomocy udzielanej w postaci pracy socjalnej. W 2011 roku tylko 46 rodzin skorzystało z tej formy wsparcia, natomiast rok później ta liczba wzrosła do 153. Wskazuje to na fakt, że beneficjenci znajdujący się w trudnej sytuacji życiowej w gminie Zagórz zainteresowani są nie tylko świadczeniami pieniężnymi i niepieniężnymi, ale także możliwością skorzystania z informacji, porady czy konsultacji, jakich udziela pracownik socjalny w różnym zakresie. Jednak jak pokazują dane liczbowe na przykład pracą socjalną w analizowanym okresie objęta była jedynie niewielka liczba potrzebujących.

Instytucje polityki społecznej

Na podstawie ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. wszelkie działania z zakresu pomocy społecznej realizowane są przez organy administracji rządowej i samorządowej, które współpracują w tym zakresie z organizacjami społecznymi, pozarządowymi oraz wyznaniowymi. Wśród omawianych instytucji pomocy społecznej wyróżnia się następujące jednostki organizacyjne:

- *regionalne ośrodki polityki społecznej* - realizujące zadania pomocy społecznej w województwach samorządowych.
- *powiatowe centra pomocy rodzinie* - wykonujące zadania powiatu w zakresie pomocy

społecznej. Zadania powiatowych centrów pomocy rodzinie w miastach na prawach powiatu realizują miejskie ośrodki pomocy społecznej (miejskie ośrodki pomocy rodzinie).

– **ośrodki pomocy społecznej** - wykonujące zadania z zakresu pomocy społecznej w gminie.
 – **domy pomocy społecznej** – świadczące, na poziomie obowiązującego standardu, osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności usługi: bytowe, opiekuńcze, wspomagające, edukacyjne w formach i zakresie wynikających z indywidualnych potrzeb. Domy, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone dzielą się na domy dla:

- osób w podeszłym wieku
- osób przewlekle somatycznie chorych
- osób przewlekle psychicznie chorych
- dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie
- osób niepełnosprawnych fizycznie.

– **placówki specjalistycznego poradnictwa, w tym rodzinnego** – są to jednostki świadczące pomoc osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód.

Poradnictwo prawne realizuje się przez udzielanie informacji o obowiązujących przepisach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, zabezpieczenia społecznego, ochrony praw lokatorów.

Poradnictwo psychologiczne realizuje się przez procesy diagnozowania, profilaktyki i terapii.

Poradnictwo rodzinne obejmuje problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy opieki nad osobą niepełnosprawną, a także terapię rodzinną.

– **ośrodki wsparcia** – będące środowiskową formą pomocy półstacjonarnej służącą utrzymaniu osoby w jej naturalnym środowisku i przeciwdziałaniu instytucjonalizacji. Zaliczamy do nich w szczególności:

środowiskowe domy samopomocy,
 dzienne domy pomocy,
 noclegownie,
 ośrodki opiekuńcze.

– **ośrodki interwencji kryzysowej** – to jednostki, których rolą jest świadczenie specjalistycznych usług, zwłaszcza psychologicznych, prawnych, hotelowych, które są dostępne przez całą dobę – osobom, rodzinom i społecznościom będącym ofiarami przemocy lub znajdującym się w innej sytuacji kryzysowej – w celu zapobieżenia powstawania lub pogłębiania się dysfunkcji tych osób, rodzin lub społeczności (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Instytucje Polityki Społecznej, 2013).

Poniższa tabela przedstawia dane dotyczące jednostek polityki społecznej prowadzonych przez gminy w województwie podkarpackim w roku 2012.

Tabela 1. Jednostki polityki społecznej prowadzone przez gminy w województwie podkarpackim w roku 2012 z podziałem na liczbę ogólną, liczbę miejsc oraz liczę osób korzystających

Wyszczególnienie	Liczba jednostek	Liczba miejsc	Liczba osób korzystających
Domy pomocy społecznej	31	3535	3826
Ośrodki wsparcia	10	278	788
Ośrodki wsparcia dla osób z zaburzenia psychicznymi	7	210	228
Środowiskowe domy samopomocy	7	210	228
Jednostki specjalistycznego poradnictwa	3	-	1421

Jednostki specjalistycznego poradnictwa rodzinnego	3	-	1421
Mieszkania chronione	11	25	21
Ośrodki interwencji kryzysowej	12	72	1210
OGÓLEM	84	4330	9143

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MPiPS za rok 2012

Największą w 2012 roku liczbę jednostek polityki społecznej prowadzonych przez gminy województwa podkarpackiego stanowiły domy pomocy społecznej (31), które dysponowały 3535 miejscami przeznaczonymi dla beneficjentów. Nieco mniej w województwie podkarpackim funkcjonowała ośrodków interwencji kryzysowej (12), mieszkań chronionych (11) oraz ośrodków wsparcia (10). Najmniej liczną grupę stanowiły jednostki specjalistycznego poradnictwa w tym poradnictwa rodzinnego (3). Na podstawie liczby osób korzystających z poszczególnych form wsparcia instytucjonalnego można określić, iż największe zapotrzebowanie w zakresie pomocy społecznej (3826) jest związane z ograniczeniami zdrowotnymi i konsekwencjami z nich płynącymi.

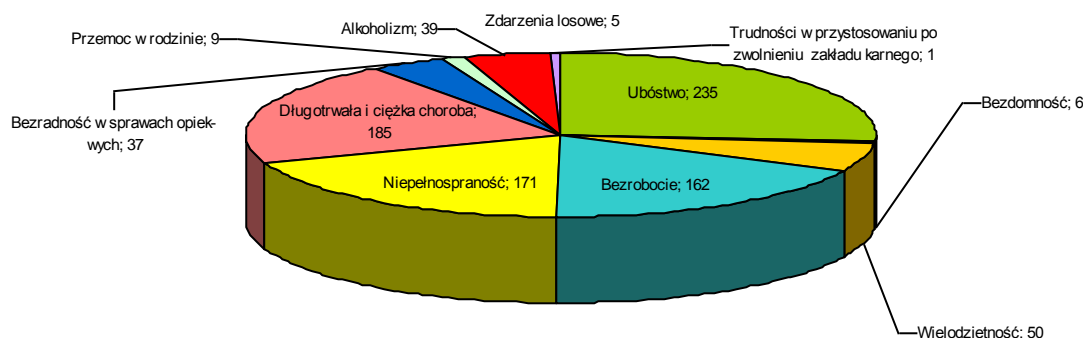
Beneficjenci systemu socjalnego

Pomoc społeczna w myśl ustawy o pomocy społecznej ma umożliwić osobom i rodzinom przezwycięzenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać bez pomocy instytucjonalnej. Art. 7 przytaczanej ustawy wyodrębnia kryteria udzielania pomocy w szczególności z powodu:

8. ubóstwa,
- 2) sieroctwa,
- 3) bezdomności,
- 4) bezrobocia,
- 5) niepełnosprawności,
- 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby,
- 7) przemocy w rodzinie,
- 7a) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi,
- 8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności,
- 9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych,
- 10) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą,
- 11) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego,
- 12) alkoholizmu lub narkomanii,
- 13) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej,
- 14) klęski żywiołowej lub ekologicznej.

W celu szczegółowego przedstawienia powodów udzielania pomocy społecznej w gminie Zagórz posłużyłam się poniższym wykresem.

Wykres 2. Powody przyznawania pomocy społecznej rodzinom w gminie Zagórz w roku 2012



Źródło: Jak dla wyk. 1

Najczęstszym powodem przyznawania pomocy społecznej rodzinom w gminie Zagórz w roku 2012 było ubóstwo, w którym znajdowało się 235 rodzin. Jednocześnie liczną grupę rodzin korzystających z systemu socjalnego stanowiły te, w których wystąpiła długotrwała i ciężka choroba (185), niepełnosprawność (171) oraz bezrobocie (162). Dużo mniejszą grupę rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej zaobserwowano w przypadku występowania w tych rodzinach wielodzietności (50), alkoholizmu (39) oraz bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych. Najmniej rodzin beneficjentów zgłosiło się po pomoc ze względu na zaistnienie trudności w przystosowaniu po zwolnieniu z zakładu karnego (1) a także zdarzenia losowe (5) i przemoc w rodzinie (9).

Formy udzielanej pomocy

Pomoc społeczna w Polsce jest formą wsparcia beneficjentów znajdujących się w trudnej sytuacji ekonomiczno-społecznej poprzez zróżnicowane działania ulegające zmianom na przestrzeni czasu. Jest to pomoc finansowana ze środków publicznych oparta na zasadach subsydiarności czyli pomocniczości, a także indywidualności po uzasadnieniu wystąpienia trudnej sytuacji bytowej osoby lub rodziny. System socjalny opiera się na katalogu świadczeń pieniężnych i niepieniężnych. Rodzaje przyznawanych świadczeń reguluje ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. Zgodnie z art. 36 powyższej ustawy wśród form wsparcia wyróżnimy:

- **świadczenia niepieniężne:**

- praca socjalna,
- bilet kredytowany,
- składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- składki na ubezpieczenia społeczne,
- pomoc rzeczowa, w tym na ekonomiczne usamodzielnienie,
- sprawienie pogrzebu,
- poradnictwo specjalistyczne,
- interwencja kryzysowa,
- schronienie,
- posiłek,
- niezbędne ubranie,
- usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy,
- specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia,
- mieszkanie chronione,
- pobyt i usługi w domu pomocy społecznej,
- pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniu chronionym, pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, pomoc na zagospodarowanie – w formie

rzeczowej dla osób usamodzielnianych (zob. Ustawę z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej).

- **świadczenia pieniężne**, które przysługują osobom i rodzinom, których posiadane dochody nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej. Od dnia 1 października 2012 r. dla osoby samotnie gospodarującej jest nim dochód nie przekraczający kwoty 542 zł, natomiast dla osoby w rodzinie – kwota 456 zł. Rada gminy, w drodze uchwały, może podwyższyć kwoty uprawniające do zasiłków okresowego i celowego. Do omawianych form finansowych zaliczymy:

- 3 zasiłek stały,
- 4 zasiłek okresowy,
- 5 zasiłek celowy i specjalny zasiłek celowy,
- 6 zasiłek i pożyczka na ekonomiczne usamodzielnienie,
- 7 pomoc na usamodzielnienie oraz na kontynuowanie nauki,
- 8 świadczenie pieniężne na utrzymanie i pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego dla cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą,
- 9 wynagrodzenie należne opiekunowi z tytułu sprawowania opieki przyznane przez sąd.

Szczegółowe informacje dotyczące świadczeń udzielonych beneficjentom w Gminie Zagórz w ramach zadań zleconych oraz własnych przedstawia poniższa tabela.

Tabela 2. Liczba świadczeń udzielonych beneficjentom pomocy społecznej w Gminie Zagórz w latach 2011-2013

Rodzaj świadczeń	Liczba świadczeń		
	2011	2012	2013*
Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi	9412	11728	14287
Zasiłki stałe	690	662	520
Zasiłki okresowe	267	272	251
Posiłek	27246	28359	0
Usługi opiekuńcze	21775	21587	0
Zasiłki celowe na pokrycie wydatków powstałych w wyniku zdarzenia losowego	3	7	0
Sprawienie pogrzebu	0	4	0
Zasiłki specjalne celowe	106	82	0

* **Meldunek kwartalny z udzielonych świadczeń pomocy społecznej za okres I - IX 2013**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MPiPS z MGOPS w Zagórz

Z powyższej tabeli wynika, że najczęściej udzielanym świadczeniem był posiłek i wynosił – 27246 w roku 2011 oraz 28359 w roku 2012. W latach 2011-2012 duża liczba świadczeń przypada także na usługi opiekuńcze, które wyniosły kolejno 21775 (rok 2011) oraz 21587 (rok 2012). Zauważyć można, że wzrosła na przełomie omawianych lat liczba beneficjentów korzystających ze specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi (9412 - 2011 rok, 11728 - 2012, 14287 - 2013). Wśród świadczeń pieniężnych dominowały zasiłki stałe, jednak ich liczba na przestrzeni trzech lat spadała (2011-690, 2012-662, 2013-520). Najmniejszą liczbę świadczeń, oferowanych osobom korzystającym z pomocy społecznej w gminie Zagórz, stanowiły zasiłki celowe na pokrycie wydatków powstałych w wyniku zdarzenia losowego (kolejno 3 i 7).

Wnioski

Celem niniejszego tekstu było zidentyfikowanie beneficjentów systemu socjalnego na przykładzie gminy Zagórz, dla których zaspokojenie podstawowych potrzeb bytowych nie jest możliwe bez pomocy instytucjonalnej.

Artykuł miał za zadanie również określić rodzaje świadczeń, z których najczęściej korzystały osoby pozostające w trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej. Przeprowadzona analiza pokazała, iż na przestrzeni trzech lat zwiększył się poziom zapotrzebowania na korzystanie z pomocy społecznej. Najczęściej występującym rodzajem zadań gminy Zagórz w procesie wspierania beneficjentów systemu socjalnego były świadczenia pieniężne w ramach zadań własnych. Ciekawym punktem analizy okazał się fakt, iż od 2011 odnotowano spadek liczby zasiłków stałych przyznawanych beneficjentom pomocy społecznej w Zagórz, przy jednoczesnym wzroście zapotrzebowania na usługi opiekuńcze, w tym także specjalistyczne.

Jednym z niepokojących czynników zidentyfikowanych w analizie była przyczyna przyznawania świadczeń przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zagórz. Dominującym powodem trudnej sytuacji życiowej zmuszającej do korzystania z pomocy społecznej było ubóstwo, niepełnosprawność oraz długotrwała i ciężka choroba. Jak pokazują liczby to często ograniczenia zdrowotne wpływają na decyzję rodzin i osób o korzystaniu z systemu wsparcia socjalnego. Na podstawie powyższego sformułowania można przyjąć, iż zła sytuacja zdrowotna jest w dużej mierze czynnikiem odpowiedzialnym za występowanie pozostałych przyczyn (tj. bezrobocie, bezdomność, bezradność opiekuńczo-wychowawcza, alkoholizm) korzystania z pomocy społecznej. Niepokojący jest również fakt, iż tylko niewielka liczba potrzebujących na terenie Zagórza objęta jest pracą socjalną.

Literatura

1. FRACZEK P. 2012 *Pomoc społeczna na Podkarpaciu – próba analizy*, „Praca socjalna” nr 2/2012, Warszawa: Wyd. IRSS, 140 s. ISSN 0860-3480.
2. GIERSZEWSKA R. 2002 *Pomoc społeczna*, [w:] *Leksykon polityki społecznej*, red. Rysz-Kowalczyk B., Warszawa: Wyd. ASPRA-JR, 263 s. ISBN 83-88766-32-5.
3. KOCZUR W. 2011 *Pomoc społeczna jako element systemu zabezpieczenia* [w:] *Z zagadnień zabezpieczenia społecznego*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Gdańskiego 3/11, Gdańsk: Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, 145 s. ISSN 2081-2310.
4. NITECKI S. 2008 *Prawo do pomocy społecznej w polskim systemie prawnym*, Warszawa: Wyd. Wolters Kluwer Polska, 368 s. ISBN 978-83-7526-824-9, ISSN 1897-4392
5. PIOTROWSKI J. 1966 *Zabezpieczenie społeczne, problematyka i metody*, Warszawa: Wyd. KiW, 347 s.
6. SIERPAWSKA I. 2009 *Ustawa o pomocy społecznej Komentarz*, Warszawa: Wyd. Wolters Kluwer Polska, 556 s. ISBN: 9788376018331.
7. STAHL M. 2002 *Materialne prawo administracyjne pojęcia, instytucje, zasady*, Warszawa: Wyd. Difin, 386 s. ISBN: 83-7251-272-8.
8. SZURGACZ H. *Wstęp do prawa pomocy społecznej*, Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, 134 s. ISBN 8322908695, 9788322908693
9. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 182, z późn. zm.)

Strony internetowe: www.mpips.gov.pl (dostęp: 18.11.2013)

Adres autora:

mgr Ewelina Kleszcz-Ciupka

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

mail: klew@poczta.onet.pl

Praca, praca zawodowa determinantem sensu życia pracownika socjalnego

Anna Opar (PL)

Streszczenie: Zagadnienie pracy w tym pracy zawodowej należy do zagadnień ważnych z punktu widzenia zarówno człowieka jak i jego pracy sensu życia.

Przedstawiony artykuł zawiera omówienie wybranych aspektów pracy, pracy zawodowej jako istotnego czynnika wpływającego na sens życia pracownika socjalnego.

Słowa kluczowe: Pracownik socjalny, praca, sens życia.

Abstract: The issue of work in this work belongs to the issues of importance to both man and his work meaning of life.

The present article provides an overview of selected aspects of work, professional work as an important factor in determining the meaning of life a social worker.

Keywords: A social worker, work, the meaning of life.

Wprowadzenie

Pracownik socjalny zarówno od strony osobowościowej jak i kompetencji zawodowych to szczególnie osoba o wyjątkowym zawodzie. Jak zauważa K. Mausch – „Obszarem zainteresowań pracowników socjalnych i in., są ludzkie przeżycia i cierpienie. Celem ich pracy jest zrozumienie przyczyn tych cierpień, wspieranie osób słabych i bezradnych, poprawa ludzkiej kondycji itp. Helena Radlińska pisząc o pracownikach społecznych twierdziła, że: „Praca społeczna przetwarza środowisko siłami człowieka – w imię ideału (D. Ślosár, 2009). Praca społeczna polega na wydobywaniu i pomnażaniu sił ludzkich, na ich usprawnianiu i organizacji wspólnego działania dla dobra ludzi. ... Jak uważa Thomas Rauschenbach: „Zawód pracownika socjalnego nabiera w tym świetle licznych nowych barw – polega nie tylko na terapii, doprowadzeniu do normalności, ale na współkształtowaniu zmian w skali zarówno indywidualnej, jak i społecznej, zmian u podstaw których leży nowa świadomość kształtowania polityki i socjalności” (J. Piekarski, 1998, s. 76). ... Praca socjalna jest dyscypliną, w której wykorzystuje się w dużym stopniu wiedzę psychologiczną, socjologiczną i pedagogiczną, zarówno w zakresie teoretycznym, jak i praktycznym (E. Marynowicz-Hetka i in. 1998)”[por. Mausch 2009]

Analizując zagadnienie „pracy” i „pracy zawodowej” jak determinantów sensu życia pracownika socjalnego należy uwzględnić z jednej strony wymagania formalno – prawne niezbędne zarówno do wykonywania zawodu pracownika socjalnego, zakres jego czynności zawodowych, z drugiej zaś wartości preferowane – wartości ogólne, orientacje i aspiracje życiowe. Biorąc pod uwagę, że zawód pracownika socjalnego należy do grupy zawodów nisko opłacanych problematyka sensu życia, sensu pracy, sensu pracy w zawodzie pracownika socjalnego wydaje się być wyjątkowo aktualna.

Wieloznaczność pojęcia praca – zarys zagadnienia

Problematyka pracy, pracy zawodowej człowieka była i jest przedmiotem analiz przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych. W analizach tych często pojawia się pytanie: Jaką rolę odgrywa praca w życiu człowieka w tym praca rozumiana w ogólnym znaczeniu jak i praca zawodowa[por. Piątek 2011]. Zagadnienie to jest szczególnie ważne w czasach, gdy występuje duże zagrożenie bezrobociem a więc pozostawania bez pracy.

Najczęściej praca ludzka jest rozumiana jako działalność człowieka polegająca na przekształcaniu dóbr przyrody i przystosowywaniu ich do zaspokojenia potrzeb ludzkich. Efektem pracy jest powstawanie dóbr materialnych, wartości kulturowych i społeczne znaczących usług, które zazwyczaj mają wymiar ekonomiczny. Omawiając zagadnienie pracy należy zauważyć specyfikę pracy człowieka na tle ogólnego rozumienia zagadnienia pracy. Zagadnienia związane z pracą człowieka w różnych aspektach znajdujemy m.in. w publikacjach autorów (kolejność alfabetyczna): Jan Paweł II (K. Wojtyła), Leon XIII, A. Bańka, B. Baraniak, Cz. Bartnik, W. Furmanek, R. Gellach, U. Jeruszka, J. Karney, T. Nowacki, T. Kotarbiński, S. Kaczor, S.M. Kwiatkowski, Cz. Plewka, J. Rifkin, A. Solak, Cz. Strzeszewski, F. Szlosek, Z. Wiatrowski, Z. Wołk, S. Wyszyński. [por. Piątek 2013].

Praca człowieka była postrzegana jako różna od pracy zwierząt już na początku XX wieku. W tekście „*Istota i przemiany pracy ludzkiej*” M. Celin charakteryzując poglądy Erazma Majewskiego z publikacji „*Nauka o cywilizacji*” tom III, Nakładem Księgarni E. Wende i Spółka, Warszawa 1914, s 14, m.in. na pracy, itd. pisze: */.../ Praca człowieka nie jest tym samym, co wykonywana przez zwierzęta dla utrzymania się przy życiu. Wytwarza ona coś więcej niż przyrodę, coś niepotrzebnego dla przyrody, coś co krąży wytworzone z różnaitości pracy i potrzeb. Cechą tego, co można by nazwać produkcją zwierzęcą jest jednakowość produktów w obrębie gatunku, polegająca np. na jednakowości narzędzi (najczęściej tylko członków ciała). ... Bogactwo jako różnaitość nie płynie wprost z pracy, zaspakaja potrzeby ponad zwierzęce, wypływa z czynności ponad zwierzęcych – sił w psychice człowieka.* [por. Cenin, http://prawia.org/artykuly/studium_o_pracy.html, por. Piątek 2013: 26].

Praca człowieka (praca ludzka) jest zjawiskiem uniwersalnym, jest pojęciem wieloznacznym, interpretowanym w bardzo różny sposób, a przez to odmiennie rozumianym. Stanowi kategorię poznawczą wielu dyscyplin naukowych. Obecnie praca człowieka stała się kategorią nie tylko ekonomii, lecz także filozofii (filozofia pracy), socjologii (socjologia pracy), etyki, prakseologii, psychologii (psychologia pracy), medycyny (medycyna pracy), prawa (prawo pracy) itd. W każdej z tych dyscyplin rozpatruje się zjawiska pracy człowieka z charakterystycznego dla nich względu badań [por. Furmanek 2006: 45, por. Furmanek 2008]. Według W. Furmanka – *Praca człowieka stanowi swoisty fenomen kulturowy i cywilizacyjny. Z jednej strony jest bowiem formą aktywności człowieka, formą bytowania człowieka na ziemi, z drugiej zaś strony jest wartością, jaką człowiek – podmiot i twórca pracy – dzieli się z innymi ludźmi, przy czym jednocześnie doskonali siebie i świat. W tym znaczeniu praca człowieka jako osoby stanowi zjawisko fundamentalne dla zrozumienia człowieka. Ponieważ praca jest zjawiskiem czysto ludzkim, wyróżniającym jej podmiot (homo laborens) spośród innych istot żywych, nie można zrozumieć jej istoty i sensu bez zrozumienia człowieka, tak jak nie można zrozumieć człowieka, pomijając jego pracę* [Furmanek 2006: 15].

W swoich licznych publikacjach związanych z tematyką pracy człowieka W Furmanek podkreśla, że z *praca* z punktu widzenia aksjologicznego jest dobrem godziwym, odpowiada ludzkiej godności, a godność ta wyraża się w treści, procesach i wynikach pracy. Praca może być postrzegana jako:

- konieczność życiowa człowieka wywołana przymusem ekonomicznym,
- obowiązek człowieka,
- możliwość realizacji potrzeby identyfikacji i tożsamości osobowej,
- droga i teren samorealizacji człowieka,
- oznaka prestiżu społecznego,
- szansa na budowanie więzi społecznych oraz możliwość zaspokojenia potrzeby kontaktów społecznych.

Z pracą człowieka wiąże się z tym cały syndrom wartości, a w nim wolność, odpowiedzialność i inne. Relacje występujące między nimi człowiek jako świadomy podmiot

pracy powinien sobie wyraziście uświadamiać. Bo tylko wtedy ujawni się głęboki sens pracy i tylko w takiej sytuacji możliwe będzie wpisanie tej formy ludzkiej działalności w treść ludzkiego życia. Jednocześnie – tak jak to jest w przypadku każdej wartości – z pracą wiążą się rozmaite antywartości: obciążenie związane z wysiłkiem, potem i trudem, zmęczeniem i stresem, a także z różnorodnością zagrożeń zdrowia i życia pracującego człowieka [por. Furmanek 2006: 15-16].

Ogólne spojrzenie na pracę w opinii studentów

W większości prowadzonych badań związanych z postrzeganiem pracy przez studentów – w hierarchii wartości praca jako wartość studenci wskazują po wartościach tj.: miłość, prawda, rodzina, sprawiedliwość, pokój, a przed wartościami tj.: nauka, pieniądź, demokracja, piękno [por. Piątek 2008].

W badaniach praca przez studentów postrzegana jest jako sposób zdobywania pieniędzy niezbędnych do funkcjonowania samych badanych jak i ich rodzin. Najwyższym uznaniem wśród studentów cieszyła się spośród 15 wymienionych zawodów praca lekarza – dla 58,3% kobiet i 43,75% mężczyzn charakteryzuje się. Na drugim miejscu znalazł się zawód prawnika. Sami zainteresowani studenci jako swoje miejsce pracy – zawód najczęściej widzieli w perspektywie 10 lat po ukończeniu studiów branżę handlową – zawód handlowca. W perspektywie 20 letniej zdecydowana większość nie zmienia branży swojej pracy lecz najczęściej wskazuje na zmianę funkcji – na kierowniczą. Niewielka część 20% badanych wskazuje, że po 10 letniej pracy w charakterze pracownika w perspektywie 20 letniej założą swoją firmę.

Wypowiadając się na temat swojej przyszłej pracy zawodowej studenci mają nadzieję, że pozwoli im ona nawiązać wiele nowych kontaktów z ludźmi ($\bar{X}=4,48$), jak również będzie ona miała znaczący wpływ na ich sposób bycia. Najczęściej zawody wskazywane jako przyszłe zawody wykonywane przez nich, mają niewiele wspólnego z ich kierunkiem studiów. Wśród najbardziej popularnych znalazły się między innymi takie zawody jak: handlowiec i pracownik administracji [por. Piątek 2013].

Pracownik socjalny

Praca człowieka często postrzegana jest poprzez pryzmat kwalifikacji, ich aksjologicznego wymiaru, kwalifikacji niezbędnych na współczesnym rynku pracy czy też kwalifikacji pożądanych. Kwalifikacje pracownika socjalnego, zakres jego zadań określono w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. „o pomocy społecznej”. W dziale III „Organizacja pomocy społecznej” – Rozdział 2 „Pracownicy socjalni” – Art. 116. czytamy:

- „1. Pracownikiem socjalnym może być osoba, która posiada dyplom uzyskania tytułu zawodowego w zawodzie pracownik socjalny, dyplom wyższej szkoły zawodowej o specjalności praca socjalna lub ukończone studia wyższe o specjalności praca socjalna na jednym z kierunków: pedagogika, politologia, psychologia, socjologia lub nauki o rodzinie.
2. Ustala się następujące stopnie specjalizacji zawodowej w zawodzie pracownika socjalnego:
 - 1) I stopień specjalizacji zawodowej z zakresu pracy socjalnej, mający na celu uzupełnienie wiedzy i doskonalenie umiejętności zawodowych pracowników socjalnych;
 - 2) II stopień specjalizacji zawodowej z zakresu pracy socjalnej, mający na celu pogłębienie wiedzy i doskonalenie umiejętności pracy z wybranymi grupami osób korzystających z pomocy społecznej.
 3. Szkolenie w zakresie specjalizacji w zawodzie pracownika socjalnego mogą realizować jednostki prowadzące kształcenie i doskonalenie zawodowe po uzyskaniu zgody ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego. ...

Art. 119.

1. Do zadań pracownika socjalnego należy w szczególności:

- 1) praca socjalna;
- 2) dokonywanie analizy i oceny zjawisk, które powodują zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej oraz kwalifikowanie do uzyskania tych świadczeń;
- 3) udzielanie informacji, wskazówek i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osobom, które dzięki tej pomocy będą zdolne samodzielnie rozwiązywać problemy będące przyczyną trudnej sytuacji życiowej; skuteczne posługiwanie się przepisami prawa w realizacji tych zadań;
- 4) pomoc w uzyskaniu dla osób będących w trudnej sytuacji życiowej poradnictwa dotyczącego możliwości rozwiązywania problemów i udzielania pomocy przez właściwe instytucje państwowe, samorządowe i organizacje pozarządowe oraz wspieranie w uzyskiwaniu pomocy;
- 5) udzielanie pomocy zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
- 6) pobudzanie społecznej aktywności i inspirowanie działań samopomocowych w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób, rodzin, grup i środowisk społecznych;
- 7) współpraca i współdziałanie z innymi specjalistami w celu przeciwdziałania i ograniczania patologii i skutków negatywnych zjawisk społecznych, łagodzenie skutków ubóstwa;
- 8) inicjowanie nowych form pomocy osobom i rodzinom mającym trudną sytuację życiową oraz inspirowanie powołania instytucji świadczących usługi służące poprawie sytuacji takich osób i rodzin;
- 9) współuczestniczenie w inspirowaniu, opracowaniu, wdrożeniu oraz rozwijaniu regionalnych i lokalnych programów pomocy społecznej ukierunkowanych na podniesienie jakości życia.

2. Przy wykonywaniu zadań pracownik socjalny jest obowiązany:

- 1) kierować się zasadami etyki zawodowej;
- 2) kierować się zasadą dobra osób i rodzin, którym służy, poszanowania ich godności i prawa tych osób do samostanowienia;
- 3) przeciwdziałać praktykom niehumanitarnym i dyskryminującym osobę, rodzinę lub grupę;
- 4) udzielać osobom zgłaszającym się pełnej informacji o przysługujących im świadczeniach i dostępnych formach pomocy;
- 5) zachować w tajemnicy informacje uzyskane w toku czynności zawodowych, także po ustaniu zatrudnienia, chyba że działa to przeciwko dobru osoby lub rodziny;
- 6) podnosić swoje kwalifikacje zawodowe poprzez udział w szkoleniach i samokształceniu” [Por. Ustawa o pomocy społecznej – Dz.U. 2004 Nr 64 Poz. 593 z późn. zmianami].

Sens pracy pracownika socjalnego

Zadaniem pracownika socjalnego jest pomoc innemu człowiekowi. Jak zauważa E. Ryś – „Pomoc jest działaniem społecznym nastawionym m.in. na dobro drugiego człowieka. Dobrem tym jest uzyskanie korzyści przez potrzebującego pomocy, zaspokojenie jego potrzeb, przewyciężenie deficytu, którego doświadczył (H. Sęk, 2003; K. Mausch, 2008; E. Žiaková, 2005, P. Nezník 2009). Mówiąc o działaniu pomocowym w kontekście pracy socjalnej bierze się pod uwagę, ukierunkowaną na udzielenie pomocy klientowi, świadomą i zamierzoną aktywność pracownika socjalnego. Obiektem działania jest osoba potrzebująca pomocy, ukierunkowane jest ono na zmianę jej sytuacji, skutkiem ma być przewyciężenie kryzysu, którego doświadcza klient (A. Grzegorzcyk, 1995).

W działaniu pomocowym można wyróżnić następujące jego cechy:

- 1) motyw działania (służba innym, zaspokajanie potrzeb innych, satysfakcja ze służenia rzecz innych, twórcze działanie),

- 2) trud i samoprzymuszanie (stanowią szczególnie wyraz kondycji ludzkiej, w przypadku działań pomocowych, którego idea jest służba innym, wymagana jest zdolność do silnej koncentracji na potrzebach ludzi w sytuacji kryzysu),
- 3) okoliczność podstawową (wartością stanowiącą punkt odniesienia dla działań pracownika socjalnego stanowi dobro klienta; pracownik socjalny określa szanse, konieczności, wyzwania występujące w sytuacji działania z klientem),
- 4) program działania (ciąg usiłowań osiągnięcia zaplanowanych celów, które są oparte na wyborach wyznaczonych określoną hierarchią wartości),
- 5) kontrola,
- 6) zarządzanie działaniem” [Ryś 2009].

Prof. W. Furmanek pisząc o sensie pracy człowieka przytacza ciekawy jest przykład zjawiska zaobserwowanego i opisanego przez A. Camusa [Camus 1971: 100]. Otóż człowiek żyjący normalnie swoje życie ma zorganizowane i poukładane. Wszystko odbywa się jak w teatrze. Ale w pewnych sytuacjach następuje zakłócenie tego *blógostanu*. Albert Camus pisze, iż *rozsypane się dekoracja. Poranne wstawanie, tramwaj, cztery godziny w biurze lub fabryce, posiłek, dalsza praca, tramwaj, sen i poniedziałek, wtorek, środa, czwartek, piątek i sobota w tym samym rytmie: najczęściej tą drogą idzie się łatwo. Tylko, że pewnego dnia pojawia się „dlaczego?” i wszystko rozpoczyna się w znużeniu zabarwionym zdumieniem* [por Furmanek 2006].

Przedstawiony powyżej przykład ukazują, że często praca człowieka ma charakter rytuału, który w pewnych okolicznościach wywołuje refleksję u człowieka w postaci pytania: po co pracuję?, jak moja praca ma się do moich celów życiowych?

Jak zauważa W. Furmanek – jeżeli sensem życia każdego człowieka jest dążenie do realizacji zamierzonych celów i działania podejmowane na rzecz ich realizacji, to w skali życia każdego człowieka, oddzielnie ujmowanego i osobowo doświadczanego, pojawienie się tych pytań tak naprawdę sprowadza te wszystkie pytania do jednego właściwego o relację sensu życia do sensu pracy. Monotonia pracy najczęściej uświadamia monotonię życia, zagubienie jego sensu. Praca traci swój ludzki sens, gdy pojawiają się sprzeczności, choćby w zakresie form nadawania jej sensu. Wielorakość celów pracy, jej wymiary społeczne nie mogą zagubić jej wymiarów podmiotowych. Praca jest zawsze pracą konkretnego człowieka, w niej i poprzez nią ujawnia się cały syndrom niepowtarzalnych właściwości każdego wykonawcy [por. Furmanek 2006].

Zakończenie

Sens życia jest sprawą osobistą i prywatną każdego człowieka. Oznacza to jednocześnie, iż jest on sprawą indywidualną, podmiotową. Nie ma bowiem czegoś takiego, jak sens życia w ogóle [por Furmanek 2008]. Zarysowany problem sensu pracy w kontekście sensu życia pracowników socjalnych jest problemem niezwykle istotnym w kontekście zarówno przemian społeczno – gospodarczych ale również w kontekście funkcjonowania w tej grupy zawodowej społeczeństwie.

Wykonywanie zawodu pracownika socjalnego wymaga od pracownika w sferze emocjonalnej m.in.: empatii, zdolności do rozpoznania emocji u siebie i innych, umiejętności panowania nad własnymi emocjami, dobrego stanu zdrowia, gotowości do słuchania, zdolności zdobywania zaufania, komunikatywność, obiektywizm, decyzyjność (K. Mausch, E. Ryś, 2008b; E. Ryś, 2008). Pracownik socjalny pracując z ludźmi, a szczególnie z osobami w trudnej sytuacji, w stresie, w sytuacji kryzysu emocjonalnego itp., aby nie zatracić sensu pracy w kontekście sensu swojego życia musi wpisać pracę w sens swojego życia. Aby tak się stało praca dla niego powinna być pracą z pasją, nie obowiązkiem. Elementem sprzyjającym w odnalezieniu sensu życia pracownika socjalnego poprzez sens pracy jest poczucie posłannictwa. Oznacza to przełamywanie właściwej człowiekowi bierność i niechęć do podejmowania decyzji,

dokonywania wyborów, do działania i przekuwania swoich poglądów w czyny [por. Szyszkowska 77].

Literatura:

- CAMUS A., 1971, *Eseje*, Warszawa.
- CENIN M., 2012, *Istota i przemiany pracy ludzkiej*. Uniwersytet Wrocławski, http://prawia.org/artykuly/studium_o_pracy.html (30.09.2012)
- FURMANEK W., 2006, *Zarys humanistycznej teorii pracy*, Warszawa.
- FURMANEK W., (red.), 2007, *Praca jako kategoria współczesnej pedagogiki*, Rzeszów-Warszawa.
- FURMANEK W., 2008, *Zarys humanistycznej teorii pracy (perspektywy pedagogiki pracy)*, Toruń.
- GRZEGORCZY A., 1995, *Życie jako wyzwanie. Wprowadzenie w filozofię racjonalistyczną*, Warszawa.
- MARYNOWICZ – HETKA, E., PIEKARSKI, J., URBANIAK – ZAJAC, D., (red.), 1998, *Pedagogika społeczna i praca socjalna*. Katowice.
- MAUSCH K., 2008, *Zdravie z aspektu sociálnej práce. Interdisciplinárna empirická štúdia*. Ružomberok: Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku, ISBN 978-808084286- 5.
- MAUSCH K., 2009, *Psychologické aspekty roli zawodovej pracovníka sociálneho* (w:) *Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie a konferencie mladých vedeckých pracovníkov Drogová prevencia v sociálnej práci*, ed.Dušan Šlosár Košice, s.86-89, ISBN: 978-80-970251-8-2
- MAUSCH, K., RYŠ, E., 2008, *Duševná kondícia sociálnych pracovníkov. Noopsychosomatická štúdia*. Ružomberok,.
- NEZNÍK, P.: Patočka, Leibniz a dejiny filozofie. In: Tholt, P.; Nezník, P.(eds.): *Patočkova a subjektívna fenomenológia a dejiny filozofie*. AFPh 3/2009. Košice : Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach, 2009. 250 s. ISBN 9788070977583 (viaz.), s. 124 - 147
- PIATEK T., 2008, *Aspiracje życiowe i zawodowe studentów (na przykładzie studentów Uniwersytetu Rzeszowskiego)*, (w:) *Wybrane problemy pedagogiki pracy w aspekcie przygotowania do zatrudnienia*, red. Gerlach R., Kulpa – Puczyńska A., Tomaszewska – Lipiec R., Wyd. UKW, Bydgoszcz, s. 271-278, ISBN 978-83-7096-656-0.
- PIATEK T., 2011 *„Społeczno – pedagogiczne uwarunkowania aspiracji i planów życiowych studentów, [w:] Wartości w pedagogice. Teoria i praktyka wartości w pedagogice*, red. W. Furmanek, s. 262-282, ISBN 978-83-7338-653-2.
- PIATEK T., 2013, *Ergonomia i bezpieczeństwo pracy*, Wyd. Uniwersytet Rzeszowski, KMIA, Rzeszów, ss. 191, ISBN 978-83-63151-06-5.
- PIEKARSKI J., 1998, *Wprowadzenie* (w:) Marynowicz – Hetka E., Piekarski, J. Urbaniak – Zajac D., *Pedagogika społeczna i praca socjalna*. Katowice.
- RYŠ E., 2008, *Duchovnosť z aspektu sociálnej práce*, Ružomberok ISBN 978-80-8084-347-2
- RYŠ E., 2009, *Zaufanie a działania pomocowe w zawodzie Pracownika sociálneho* (w:) *Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie a konferencie mladých vedeckých pracovníkov Drogová prevencia v sociálnej práci*, ed.Dušan Šlosár Košice, s.54-58, ISBN: 978-80-970251-8-2
- SEK H., 2003, *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa.
- ŠLOSÁR, D. 2009, *Edukácia Rómov*. Košice : TU Košice, 150s. ISBN 978-80-979137-6-9.
- SZYKOWSZKA M, *W poszukiwaniu sensu życia*, Warszawa 1977.
- Ustawa o pomocy społecznej – Dz.U. 2004 Nr 64 Poz. 593 z późn. zmianami*

WIATROWSKI Z., *Praca człowieka w zbiorach wartości pracujących, bezrobotnych i młodzieży szkolnej*, Włocławek 2004.
ŽIAKOVÁ E. 2005. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. Prešov.
ŽIAKOVÁ, E. (ed.), 2008, *Osamelosť ako sociálny a psychologický jav. Prežívanie osamelosti vo vybraných sociálne rizikových skupinách*, Prešov.

Dane do kontaktów:

Anna Opar

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

e-mail: aniaopar@poczta.fm

Alegorie czasu – metoda badań sensu życia człowieka

Tadeusz Piątek (PL)

Streszczenie: *W artykule omówione zostały wybrane aspekty uwarunkowań teoretycznych i praktycznych uwarunkowań postrzegania czasu, postrzegania czasu jako wartości wyznaczającej sens życia i wpływowi sensu życia na postrzeganie czasu życia.*

Słowa kluczowe: *Metoda badań, alegoria, alegoria czasu, sens życia*

Abstract: *The article discusses some aspects of theoretical considerations and practical considerations of time perception, perception of time as the defining meaning of life and the influence on the perception of the meaning of life time of life.*

Keywords: *The method of research, allegory, allegory of time, the meaning of life,*

Wprowadzenie

Refleksja nad sensem życia pojawia się najczęściej w sytuacjach tragicznych, gdy zetkniemy się z nieszczęściem, tragedią. W psychologii mówi się o tego typu zjawiskach jako o krytycznych zjawiskach życia człowieka. Zjawiska te często służą do analizy biografii człowieka, jego wyborów i decyzji życiowych. Wybory te dokonywane są w oparciu o system wartości na, który to system wpływają zjawiska krytyczne. Pod wpływem zjawisk krytycznych często zadajemy sobie pytanie o sens życia, o wartości, które determinują sens naszego życia.

Wartością determinującą postrzeganie innych wartości ważnych dla człowieka jest czas – czas życia. Przez fakt, że upływającego czasu nie można zatrzymać, zwolnić, przyspieszyć istotne wydaje się pytanie jaki jest sens mojego życia, co zamierzam osiągnąć, jak rozplanować moje działania aby osiągnąć zamierzone cele, w tym cel życiowy. W kontekście zagadnienia celu życia pojawiają się dwie skrajne ale nierozłączne wartości: życie i śmierć. Życie zarówno jako wartość jak i proces – stosunkowo często poddawane jest różnym wielowymiarowym analizom. Z punktu widzenia czasu jako wartości równie istotnym zagadnieniem jest pogląd na czas życia ale poprzez końcowy wskaźnik na skali życia jakim śmierć.

Zagadnienie śmierci najczęściej rozpatruje się z punktu widzenia teologicznego lub prawnego. Filozoficzne – prawne aspekty odnoszące się do problemów istoty człowieka i charakteru jego egzystencji w tym również jego biologicznego istnienia są podstawą m.in. kodeksowej określoności *zabójstwa – przestępstwa polegającego na umyślnym pozbawieniu człowieka życia* [por. Encyklopedia PWN]. Pisząc o antropocentrycznym charakterze prawa w znaczeniu, że człowiek, jego godność musi stanowić „nadrzędną wartość w państwie i w społeczeństwie” – B. Skarga stwierdza, że nie sposób pominąć filozoficznych pytań, „kim jest człowiek, co to znaczy być człowiekiem?” Podkreśla, że to w tym „osobliwym bycie” stojącym nieustannie „wobec granicy zarówno swego myślenia, jak działania i tworzenia”, bycie „pełnym sprzeczności”, „żadna definicja nie może określić jego złożonej postaci”. Ta osobliwość nosi w sobie etyczne wyzwania. Ale jak dalej zauważa. B. Skarga – nie mniejsze trudności rodzi problem śmierci, która wobec sensowności życia jawi się często „jako całkowicie absurdalna” (zwłaszcza, gdy ma charakter nienaturalny), a na pewno jako coś, co niweczy sens naszego życia [por. Skarga 2007: 26]. Podobnie M. Cieślak, który mocno podkreśla, że życie ludzkie jest tą wartością, „która o wszystkim innym przesądza. Bez życia nie ma człowieka, a bez człowieka wszystko co ludzkie traci swój sens na zasadzie *contradictio in adiecto*” (Cieślak 1985: 288) [por. Opar 2008: 186-187].

Zadając pytanie Jak postrzegasz czas? – właściwie pytamy o postrzeganie wizji swojego życia, o pogląd na temat szeroko rozumianego życia i jaką rolę w tym życiu pełni śmierć. Przy tak postawionym pytaniu – problemie badawczym należy zaznaczyć, że nie ma jednak na tym gruncie odpowiedzi prostych i jednoznacznych, gdyż każdy człowiek jest niepowtarzalny i zarazem wyjątkowy. Sam więc podlega uznawanym przez siebie wartościom, które stanowią wyznaczniki jego postępowania. Wyznaczniki te tworzą swoistą „siatkę poznawczą”, która rozstrzyga o sposobie postrzegania rzeczywistości oraz pomaga w dokonywaniu rozróżnień na rzeczy istotne i błahe[por. Szewczuk: 2001: 70].

Postrzeganie czasu

Jak zauważa G. J. Whitrow – czas stanowi jedną z fundamentalnych osobliwości ludzkiego doświadczenia, nie ma jednak żadnych dowodów na to, że posiadamy jakiś specjalny zmysł czasu, analogicznie do zmysłów wzroku, dotyku, słuchu, czy też powonienia, Bezpośrednio jesteśmy w stanie doświadczać czasu teraźniejszego natomiast świadomość istnienia przeszłości i przyszłości zawdzięczamy pamięci i wyobraźni [Whitrow 20007] W *Słowniku filozoficznym* czas uznano za jedno z podstawowych i najtrudniejszych do zdefiniowania pojęć filozoficznych. Św. Augustyn na pytanie o czas miał odpowiadać: „kiedy się mnie pyta o to, czym jest czas – wiem, kiedy jednak zadaję sobie to pytanie – nie wiem” [por. *Słownik filozoficzny* 2003: 42].

Wpisując w wyszukiwarce internetowej – słowo czas otrzymujemy 17 pozycji tj.: czas uniwersalny, czas (filoz.), czas dostępu, czas wolny, czas życia, czas zachodnioeuropejski, czas własny, czas pracy, " czas " czasopismo, czas (językoznawstwo), czas absolutny, czas atomowy, czas słoneczny, czas ochronny, czas gwiazdowy, czas geologiczny. Dyskurs o czasie podejmują zarówno filozofowie jak i przedstawiciele innych nauk. Czas jest w tych publikacjach analizowany z punktu widzenia: świadomości, historii, postrzegania [por. m.in.: Agustynek 1979; Chłopecki 1989; Rokoszowa 1999; Whitrow 2007], czasu wolnego [por. m.in. Borkowska 2004; Hroncova, Emmerova 2006, Kawula 2006; Walmsley, Lewis 1997], organizacji czasu – pracy nauczyciela [Karney 2007; Niemierko 2007; Kwiatkowska 2001; Piątek 2007 Sałata: 2007]. Należy zauważyć, że zarówno wspomniany podział jak i autorzy to tylko niewielka część dużej ilości analiz dotyczących szeroko rozumianego czasu [por. Piątek 2010].

Czas w dziejach

Według D.J. Whitrowa zagadnienie czasu jest zagadnieniem istotnym zwłaszcza z punktu widzenia społecznego. Czas mierzony za pomocą różnego typu zegarów wyznacza współczesnemu człowiekowi rytm życia. Rytm ten jest określany głównie poprzez czas kalendarzowy. Problem czasu wydaje się sprowadzać do postrzegania czasu, jego odczuwania, roli czasu w życiu człowieka, do relacji jakie występują między czasem a sensem życia człowieka. **Powiązanie czasu z sensem życia człowieka powoduje, że czas staje się wartością uniwersalną.** Czas to również zagadnienie zmysłu czasu – sposobu jego odbioru i postrzegania. Jak wspomniano we wstępie bezpośrednio jesteśmy w stanie doświadczać czasu teraźniejszego natomiast świadomość istnienia przeszłości i przyszłości zawdzięczamy pamięci i wyobraźni. Fakt ten implikuje działanie człowieka skierowane na z jednej strony rozwijanie pamięci, wyobraźni poprzez m.in. działania edukacyjne, z drugiej zaś strony poprzez gromadzenie informacji dotyczących przeszłości. Ważnym z punktu widzenia zarówno przyszłości jak i przeszłości jest proces wyobrażeń To dzięki niemu jesteśmy w stanie wyciągnąć wnioski z przeszłości i planować przyszłość.

Należy zauważyć, że powszechnie znany pogląd na czas, który jest regulowany kalendarzem i zegarkiem nie jest poglądem jedynym. Dla współczesnego człowieka cywilizowanego ważna jest data, godzina, terminarz zajęć. Ludy tzw. prymitywne i niektóre plemiona indiańskie czas

postrzegają z punktu widzenia terażniejszości lub terażniejszości połączonej z zapamiętaną przeszłością. Dla takiego człowieka wydarzenie sprzed 200 lat i wydarzenie sprzed 20 lat różni się tym, że w określeniu jego położenia w czasoprzestrzeni używa się terminów tj. „za życia ...”, „gdy panował głód ...”. Dla ludzi postrzegających czas inaczej niż tzw. cywilizowany człowiek często czas ważny ale tylko w kontekście spotkania osób, uczestnictwa w wydarzeniach, ważne jest to co robię w tej chwili, z kim się spotykam, nie zaś to co będzie „jutro”. Dla tych ludzi przyszłości przejawia się w woli „sił wyższych” niezależnych od nich samych.

Myślenie takie w jakimś sensie przypomina Kartezjuszowskie „Cogito ergo sum”. Jestem wtedy gdy myślę, gdy pamiętam. Czas jest odczuciem indywidualnym dla każdego z osobna, jego postrzeganie jest uzależnione od jego myślenia.

Wartość czasu dla każdego człowieka przejawia się w jego postrzeganiu, które to postrzeganie jest uzależnione od warunków społecznych, ekonomicznych, kontekstu religijnego w jakim się dany człowiek wychował, w jakim żyje, od sensu jego życia. W średniowieczu dla Europejczyka – chrześcijanina czas to przygotowanie się do wieczności, to okres umartwień, poświęceń, okres zabiegania o przychylność Boga i pełne wypełnienie zadań jakie przed nim postawił – zadań określonych poprzez wytyczne zawarte w Piśmie Świętym. Wpływ „pism” uznawanych za „święte” dla człowieka jest widoczny do dzisiaj, gdzie „*Pismo Święte*”, „*Tora*”, „*Wersety Koranu*” bardzo często wyznaczają drogę do zbawienia a tym samym sens życia, postrzeganie czasu. Uogólniając tą część rozważań, należy zauważyć, że alegorie na temat czasu często są odzwierciedleniem norm społecznych w jakich człowiek się wychowuje. Bardzo istotnym elementem w tym kontekście jest proces edukacyjny w jakim dany człowiek uczestniczył. Przedstawiane alegorie czasu to często przenoszone ze szkoły wyuczone wzory interpretowania czasu, ale to także może oznaczać przyjęcie i akceptacja tych wzorów jako sposobu widzenia czasu, świata, bytu człowieka [por. Piątek 2008].

Alegoria czasu

Alegoria jest rozbudowaną przenośnią stosowaną jest głównie w literaturze i sztukach plastycznych. Oprócz sensu dosłownego posiada sens abstrakcyjny czyli jest umownym przedstawieniem pojęcia abstrakcyjnego za pomocą obrazu (np. postaci ludzkiej, zwierzęcia, itp.). W alegoriach dużą wymowę mają związane z tymi przedstawieniami konwencjonalne atrybuty, stroje, gesty, pozy (np. kobieta z przepaską na oczach, z mieczem i wagą jest alegorią sprawiedliwości). Alegorię stosowano najczęściej do wyrażania pojęć moralnych (miłość, sprawiedliwość, roztropność), przyrodniczo–kosmologicznych, religijnych, ludzkich charakterów (wady i zalety przedstawiane w bajkach pod postacią zwierząt) [por. Internet_1].

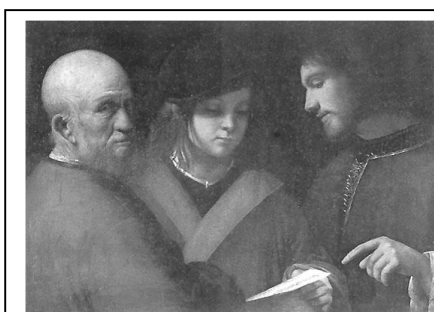


Alegorie wykorzystywane są w malarstwie alegorycznym, gdzie każdy bohater reprezentuje pewną cechę charakteru – cnoty lub przywary. Niektóre sylwetki łatwo poddają się interpretacji (często ze względu na przypisane im atrybuty), inne pozostają celowo tajemnicze i wieloznaczne, wciągając widza w swoistą grę intelektualną. Przykładem malarstwa alegorycznego jest m.in.: dzieło Bronzino Agnolo di Cosimo, (właśc. Agnolo Tori (1503-72)), *Pigmalion i Galatea* (Rys.1.). Dzieło to rodzi szereg otwartych pytań związanych z dwoistą naturą malowidła. Widoczna w centrum obrazu kobieta to Wenus, bogini miłości. Jej śnieżnobiała skóra ucieleśnia renesansowy ideał piękna. Z kolei muskularny mężczyzna o ciemnej karnacji to Ojciec Czas (na co wskazuje widoczna za nim

klepsydra – Rys. 1.). Czas – stary i brodaty – jest naturalnym wrogiem młodości i miłości [por. Internet_3].

W 1687 roku powstaje dzieło Isaaca Newtona “Philosophiae naturalis principia mathematica” [por. Internet_4], które to dzieło jest przyczynkiem dla filozofów i poetów do rozmyślań natury eschatologicznej, m.in.: związanych z przemijaniem, sensem krótkiego życia, śmierci, niewstrzymanego czasu. W tym okresie w wielu domach pojawiły się pierwsze zegary mechaniczne – (w Polsce kafelkowe z poziomą tarczą, a na zachodzie stojące), nastąpiła popularyzacja pektoralików (zegarków osobistych noszonych na szyi lub u pasa). Zegar i klepsydra pojawia się również w literaturze i tak np. w liryku Jakuba Teodora Trembeckiego w “Zegar bojaźni bożej” przedstawiony jest bijący zegar, który ukazuje, że czas mija a my, nie zważając na zbliżającą się śmierć, świadomie postępujemy wbrew dekalogowi. Podział na 24 dwuwiersowe zwrotki, symbolizujące godziny na tarczy zegara - stanowiąc tym samym dodatkową symbolikę alegoryczną. Anaforą “zegar bije” wydaje się być dźwiękowa niż obrazowa.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że zarówno w sztuce jak i literaturze zegary podobnie jak



Rys. 2. Giorgione, *Trzy pory ludzkiego życia*, źródło: <http://www.zwoje-scrolls.com/zwoje35/text06p.htm>

klepsydry stały się dominującą alegorią czasu. W Muzeum Narodowym w Warszawie, znajduje się obraz Carstiaena Luyckxa *Girlanda kwiatowa z alegorią Czasu*, z ok. 1650r. [por Internet 2]. W dziele tym wątki filozoficzno-moralne zostały przedstawione w postaci figury Chronosa z kosą i klepsydrą. Motyw ten symbolizuje przemijanie doczesności, kryjące się za ulotną urodą kwiatów. Obraz ten jest wezwaniem do właściwego wykorzystania czasu przez chrześcijanina, stojącego w obliczu wieczności, poprzez dbałość o zbawienie duszy [por. Internet_2].

Często występującą alegorią czasu jest przedstawienie człowieka jego przemijania. Przykładem takiej alegorii jest obraz Giorgione (Giorgio Barbarelli da Castelfranco) *Trzy pory ludzkiego życia* (Rys. 2.), na którym, widzimy trzech mężczyzn, z których każdy przeżywa inny moment przypisanego sobie czasu. Pierwszy – starzec, skupia na sobie najwięcej uwagi ze względu na świetlną szczodrość jaką zapewnia jego łysa głowa, Kolejny to młody nauczyciel udzielający wskazówek młodzieńcowi trzymającemu kartkę papieru i słuchającego z uwagą swojego młodego nauczyciela.

Analizując alegorie pojawiające się w sztuce (malarstwie, literaturze), w życiu codziennym można zauważyć kilka trendów alegorii czasu:

- a) czas przedstawiany w formie urządzeń, przyrządów służących do jego pomiaru (zegar, klepsydra),
- b) czas jako byt zmieniający się (płynąca rzeka, zmiana krajobrazu, itp.),
- c) czas jako forma przemijania człowieka (starzenia się), człowieka podążającego ku „wieczności, ku końcu jego bytu, (śmierć, kosa, kosa z klepsydrą, czaszka),
- d) czas jako forma rozwoju, rozkwitu, doskonalenia wzrastania do dojrzałości, do doskonałości (kwiaty kwitnące, rodzice z dziećmi, narodziny itp.),
- e) czas jako ciąg wydarzeń, w postaci liniowej, koncentrycznej, spiralnej.

Wspominając o alegoriach należy zauważyć, że w połączeniu z stosowaniem alegorii stosuje się często symbole. Symbole są odpowiednikami pojęć postrzegany zmysłowo. Często jedno pojęcie zastępuje się innym krótszym, bardziej wyrazistym lub najlepiej oddającym jego naturę, albo mniej abstrakcyjnym. Symbole zwierząt oznaczają często nie zwierzęta lecz cech związane z człowiekiem np. lew – władza, lis – chytryść, czaszka – śmierć. Symbole są pewnymi znakami umownymi, które w różnych kulturach mogą mieć różne znaczenia [por. Internet_5].

Badania alegorii studenckich dotyczących postrzegania czasu – wyznacznika sensu życia

Badania alegorii czasu są częścią badań prowadzonych od 2005 roku w zakresie szeroko rozumianej tematyki „gospodarowania czasem”, przez studentów. Miały charakter ilościowo – jakościowy, w badaniach uczestniczyło 152. W badaniach „postrzegania czasu” poproszono studentów o narysowanie czasu z wykluczeniem zegara, klepsydry, itp. (w fazie wstępnych badań pilotażowych okazało się, że większość studentów czas postrzega jako zegar, klepsydrę i często wynikało to z próby uproszczenia sobie zadania).



Rys. 3. „wypalanie się czasu życia człowieka
źródło: badania

Z analizy otrzymanych rysunków wynika, że prace studentów można pogrupować wg zagadnień tj.:

1. Czas linearny – splot wydarzeń które mają doprowadzić kresu człowieka poprzez śmierć



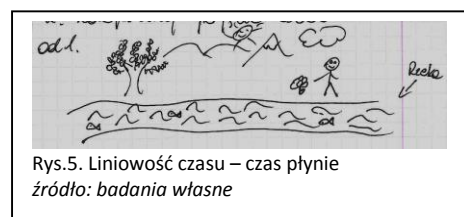
Rys. 4. Liniowość czasu – czas trwa wskazaniem końca bytu człowieka
źródło: badania własne

(13 osób). W tych przypadkach badane osoby wskazują na czas jako zamkniętą całość – wycinek z linii życia (narodziny – śmierć). Czas – życie człowieka – przedstawiana w sposób linearny, którego końcem jest śmierć w jednym z przypadków został przedstawiony jako spalająca się świeca (rys. 3.), której symbolika wskazuje na upływające bezpowrotnie życie. Jest wskazaniem końca poprzez zgaśnięcie. W tym przypadku koniec bytu człowieka został ukazany w sposób łagodniejszy – nie jako śmierć (trumna), lecz jako wypalenie się świecy – zgaśnięcie.

Wskazaniem końca poprzez zgaśnięcie. W tym przypadku koniec bytu człowieka został ukazany w sposób łagodniejszy – nie jako śmierć (trumna), lecz jako wypalenie się świecy – zgaśnięcie.

2. Czas jako linearny – bieg (splot) wydarzeń;

W tej grupie odpowiedzi studenci wskazują na bieg czasu – bieg życia odwołując się do przenośni, że życie – czas płynie jak rzeka. Uwidacznia się tu wyraźne



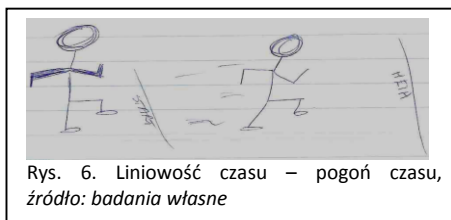
Rys.5. Liniowość czasu – czas płynie
źródło: badania własne

wskazanie na stwierdzenie Heraklita z Efezu "wszystko płynie" ("Panta rhei"), gdzie obrazem rzeczywistości jest – rzeka, rzeka do której nie można wejść w to samo miejsce (wszystko płynie, nic nie trwa, "niepodobna wstąpić dwukrotnie do tej samej rzeki", bo już inne napłynęły w nią wody).

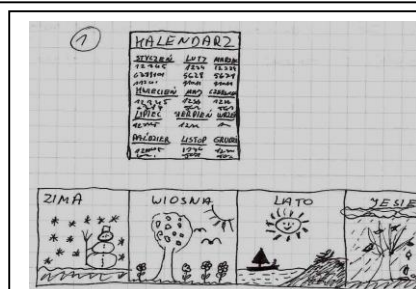
Ciekawym wątkiem wydaje się być również wskazanie na fakt pogoni za czasem (rys. 6), brakiem czasu, lub też wskazanie na szybkie tempo życia współczesnego człowieka.

Inny wątkiem jest ucieczka przed czasem (rys. 7), przed skutkami czasu. Spadająca kula ukazuje istnienie zagrożenia ze strony czasu, czas w tym przypadku działa negatywnie na człowieka, człowieka, który musi uciekać przed czasem.

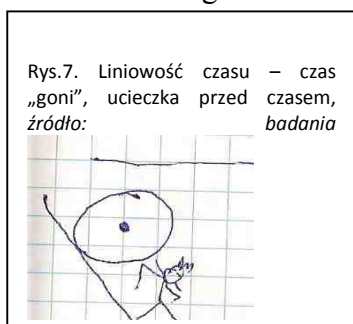
Dla większości badanych studentów czas jednoznacznie kojarzy się z zmianami samego człowieka,



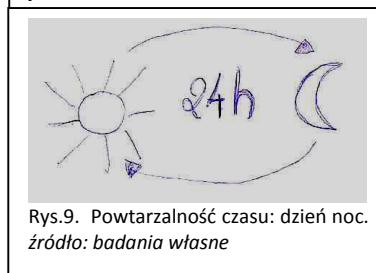
Rys. 6. Liniowość czasu – pogoń czasu,
źródło: badania własne



Rys. 8. Powtarzalność czasu: Wiosna, lato, jesień zima. źródło: badania własne



Rys.7. Liniowość czasu – czas „goni”, ucieczka przed czasem,
źródło: badania

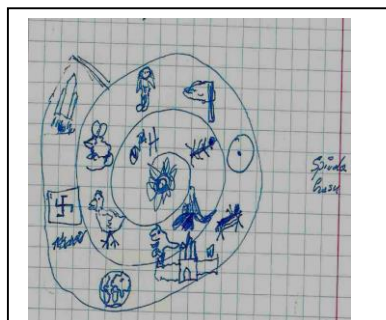


Rys.9. Powtarzalność czasu: dzień noc.
źródło: badania własne

lub zmianami w przyrodzie. Czas – jego alegoria – w kontekście wątku przyrody w zdecydowanej większości ukazywany jest poprzez fazy rośnięcia drzewa, często z zaznaczeniem spadających liści w ostatnim etapie wzrastania drzewa (rys. 8).

3. Czas cykliczny [Rokoszowa 1999: 13], czyli czas który się powtarza, nieskończony ale zamknięty, którego symbolem jest koło, spirala.

Elementem powtarzalnym dla większości badanych wskazujących na cykliczność czasu są z reguły pory roku, pory dnia, itp. (rys. 8, 9)



Rys. 10. Spirala czasowa – spirala wydarzeń; źródło: badania własne

Pewną odmienność stanowi alegoria jednego z studentów wskazujących na spiralność czasu poprzez ukazanie spiralnego biegu historii. W alegorii tej uwidacznia się dualizm sytuacji poprzez fakt, że przedstawiona spirala wydarzeń może być interpretowana zarówno jako czas liniowy lub czas cykliczny. Spiralność tych wydarzeń (rys. 10) wskazuje wyraźnie na rozwój techniczny jaki uwidacznia się w miarę postępu czasu [por. Piątek 2008, por. 2010].

Interpretacja wyników badań

Badania alegorii czasu wpisują się w tematykę badań funkcjonowania człowieka w społeczeństwie informacyjnym, jego sensu życia człowieka a tym samym w tematykę gospodarowania czasem. Badania te miały charakter pilotażowy stąd też celowy dobór grupy nie odzwierciedla struktury badanej studentów, oraz fakt, że wyniki badań nie poddawano analizom z wykorzystaniem zawansowanych statystyk. Uzyskane wyniki pozwalają postawić hipotezę, że tylko 9% studentów uważa, że czas życia człowieka kończy się śmiercią, czas dla danego człowieka i on sam przestaje istnieć – na co wskazuje symbolika trumny (symbolu śmierci). Pozostałe 86 % badanych unika określenia ostatecznych losów człowieka ukazując jednocześnie, że czas związany jest z przemijaniem lub rozwoju połączonym z przemijaniem. Samo przemijanie 57% badanych przedstawia w postaci narodzin, dorastania a następnie człowieka w okresie jego starości – podobnie jak w swoim dziele *Trzy pory ludzkiego życia* ukazał Giorgione. Kolejne 19% badanych postrzega liniową postać czasu poprzez ukazanie zjawisk przyrody, chmury, rosnący las. Kolejne 14 % to osoby postrzegające czas w pętli kołowej lub spiralnej. Spiralna pętla czasy to wydarzenia od powstania świata po dzień dzisiejszy, kołowa to ukazanie powtarzalności pór roku, pewnych wydarzeń itp. Należy zaznaczyć, że studenci postrzegając spiralność i kołowość czasu – postrzegają go w stosunku do świata, człowiek należy do tego świata lecz jego powtarzalność widziana jest przez pryzmat nowych pokoleń.

Podsumowanie

Należy zauważyć, że „alegorie czasu” – jako metoda badań „postrzegania czasu”, „sensu życia” – jest użyteczna, ale tylko w połączeniu z innymi metodami m.in. takimi jak: wywiady, rozmowy, ankiety, itd. Badacz mając do dyspozycji „alegorie czasu” musi uwzględniać, że rysunki te nie zawsze odzwierciedlają rzeczywiste postrzeganie czasu, lecz mogą być wyuczone – nabyte w szkole, domu, otoczeniu społeczny. Bardzo duży wpływ na postrzeganie czasu, a tym samym na alegorie czasu ma kultura w jakiej się wyrasta – świadczyć o tym może fakt, że żaden z badanych studentów nie wskazał na możliwość reinkarnacji człowieka, wskazując na jego przemijanie, które jest wpisane w szeroko rozumianą kulturę europejską mającą korzenie w chrześcijaństwie.

Literatura:

- AGUSTYNEK Z. (1979), *Przyszłość teraźniejszość, przeszłość, Studium filozoficzne*, PWN, Warszawa.
- BORKOWSKA A. (2004), *Kształcenie dla przyszłości*, Wyd. „Żak”, Warszawa.
- BUCZYŃSKA – GAREWICZ H. (2003), *Metafizyczne rozważania o czasie*, Wyd. Universitas, Kraków.
- CHŁOPECZKI J. (1989), *Czas świadomość historia*, Wyd. Książka i Wiedza, Warszawa.
- CIEŚLAK M., (1985), *Życie ludzkie jako przedmiot ochrony*, w: *System prawa karnego. O przestępstwach w szczególności.*, red. I. Andrejew, L. Kubicki, J. Waszczyński, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź.
- FALKIEWICZ A., (1989), *Wolność, sens, wartościowanie – uwagi o nowym paradygmacie kultury*, (w:) *Podmiotowość: możliwość, rzeczywistość, konieczność*, red. P. Buczkowski, R. Cichocki, Poznań.
- FURMANEK W. (2006), *Zarys humanistycznej teorii pracy*, Warszawa.
- FURMANEK W. (2007), *Praca człowieka kategorią współczesnej pedagogiki*, Wyd. UR, IBE, Rzeszów– Warszawa
- HALLER M. (1995), *Wieczność Czas Kosmos*, Wyd. „Znak”, Kraków.
- HRONCOVÁ J., EMMEROVÁ I. (red.) (2006), *Zborník vadeckovýskumných prác katedry pedagogiki (2)*, Banská Bystrica.
- Internet_1: <http://encyklopedia.interia.pl/haslo?hid=121543> (14.02.2008)
- Internet_2: <http://www.zlotywiek.mnw.art.pl/flora.html>
- Internet_3: <http://www.promethidion.eu/malarstwo.php>
- Internet_4: http://pl.wikipedia.org/wiki/Philosophiae_Naturalis_Principia_Mathematica
- KARNEY J.E. (2007), *Psychopedagogika pracy*, Wyd. „Żak”, Warszawa.
- KAWULA S. (red.) (2006), *Pedagogika społeczna dokonania – aktualności –perspektywy*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń.
- KWIATKOWSKA H. (2001), *Czas, miejsce, przestrzeń – zaniedbane kategorie pedagogiczne*. „Edukacja” Nr 3 (75) 2001.
- ŁAGOSZ M. (2007), *Realność czasu*, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- NIEMIERKO B. (2007), *Kształcenie szkolne, Podręcznik skutecznej dydaktyki*, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- OPAR A., 2008, *Z filozoficznych i teoretycznych problemów ochrony życia ludzkiego w świetle ustawowej określoności zabójstwa kwalifikowanego*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych”, Półrocznik Rok XII: 2008, Z1, Polska Akademia Umiejętności, Kraków, s. 185-210.
- PIATEK T., 2007, *Planowania działań – czas kategorią aksjologiczną pedagogiki pracy*, (w:) *Praca człowieka kategorią współczesnej pedagogiki*, red. Furmanek W., UR, IBE, Rzeszów– Warszawa, s. 378–384.
- PIATEK T., 2008, *Alegorie czasu jako metoda badań wizji czasu*, (w:) *Wartości w pedagogice. Czas jako wartość we współczesnej pedagogice*, Wyd. UR-IBE, Rzeszów, ISBN 978-83-7586-003-0, s. 109-120.
- PIATEK T., *Prakseologiczne – ergonomiczne uwarunkowania pracy szkoły*, Wydawnictwo Oświatowe „Fosze”, Rzeszów 2010, ss. 102, ISBN 978-83-7586-036-8.
- ROKOSZOWA J. (1999), *Język czas milczenie*, Wyd. PAN, Kraków.
- SALAŁATA E. (2007), *Planowanie pracy dydaktycznej nauczyciela w nauczaniu techniki*. [w:] *Technika – informatyka – edukacja. Teoretyczne i praktyczne problemy edukacji technicznej*, red. W. Furmanek, Wyd. Uniwersytet Rzeszowski. Rzeszów.
- SKARGA B., (2007), *Człowiek to nie piękne zwierzę*, Kraków
- Słownik filozoficzny* (2003), wybór i oprac. J. Syjud, Katowice.

- SZEVCHUK W., *Sens życia a wartości*, (w:) *Sens życia – sens wychowania*, red. A. M. de Tchorzewski, Bydgoszcz 2001.
- TREMBECZKY J. T., *Zegar bojaźni Bożej*, „Zamojski Kwartalnik Kulturalny” nr 3 (1993)
- WALMSLEY D.J., Lewis G.J. (1997), *Geografia człowieka, podejście behawioralne*, PWN, Warszawa.
- WHITROW G.J. (2007), *Czas w dziejach*, Pruszyński i s-ka, Warszawa (Przekład B. Orłowski).

Dane do kontaktów:

Tadeusz Piątek

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

tpiatek@poczta.fm

Pracownik socjalny wobec problemów rodziny wychowującej dziecko z Alkoholowym Zespołem Płodu

Marek Banach (PL)

Abstrakt: *Jednym z poważniejszych problemów przed jakimi stają pracownicy socjalni, a w szczególności asystenci rodziny, to problem dzieci z Alkoholowym Zespołem Płodu (FAS). Choroba ta spowodowana jest piciem alkoholu przez kobiety w ciąży. Sytuacje takie stają się coraz częstszą praktyką, z uwagi na fakt nadmiernego spożywania alkoholu przez kobiety z marginalizowanych i wykluczonych środowisk. Skala picia alkoholu w tych środowiskach jest wysoka i dotyczy zarówno kobiet jak i mężczyzn. Pracownicy socjalni chcąc skutecznie pomagać tym rodzinom muszą znać przyczyny powstawania oraz mechanizmy funkcjonowania dziecka z FAS w rodzinie. W artykule przedstawiam podstawowe informacje związane z FAS oraz wskazówki jak organizować pracę opiekuńczo-wychowawczą oraz edukacyjną w takiej rodzinie.*

Słowa kluczowe: *Alkoholowy Zespół Płodu, alkoholizm, wykluczenie, marginalizacja, praca z dzieckiem, praca z rodziną*

Abstract: *One of the major problems faced by social workers, in particular, family assistants, the problem of children with Fetal Alcohol Syndrome (FAS). This disease is caused by drinking alcohol during pregnancy. Such situations are becoming more common practice, due to the fact that excessive alcohol consumption by women from marginalized and excluded communities. The scale of alcohol in these environments is high and affects both men and women. Social workers wishing to effectively assist the families need to know the causes and mechanisms of functioning of a child with FAS in the family. In this article I present the basic information associated with FAS and tips on how to organize the work of educational care and education in the family.*

Key words: *Fetal Alcohol Syndrome, alcoholism, exclusion, marginalization, work with children, work with the family*

Pracownik socjalny - asystent rodziny

W Ustawie o Pomocy Społecznej z 29 listopada 1990 roku czytamy, że „pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia”⁷². Pomoc tę „organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie z organizacjami społecznymi, Kościołem Katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi, fundacjami, stowarzyszeniami, pracodawcami oraz osobami fizycznymi i prawnymi”⁷³. Dalej ustawodawca określa cel pomocy społecznej jakim jest „zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych osób i rodzin oraz umożliwianie im bytowania w warunkach odpowiadających godności człowieka. Pomoc społeczna powinna w miarę możliwości doprowadzić do życiowego usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem oraz zapobieganie powstawaniu sytuacji trudnych w rodzinie”⁷⁴. W realizacji działań z zakresu pomocy społecznej należy brać pod uwagę rodzaj, formę i rozmiar świadczenia, które

⁷² Ustawa o Pomocy Społecznej, Dz. U. 1990 nr 87 poz. 506, art. 1.ust.1

⁷³ Tamże, art.1. ust.2

⁷⁴ Tamże, art. 2. ust. 1 i 2

powinny być dostosowane do okoliczności uzasadniających udzielenie pomocy. Świadczenie to powinno służyć przede wszystkim wzmocnieniu rodziny. Ustawa określa okoliczności i przyczyny udzielania pomocy z uwagi na szczególne trudności. Są to: ubóstwo, sieroctwo, bezdomność, ochrona macierzyństwa lub wielodzietności, bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwała choroba, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, alkoholizm lub narkomania, trudności w przystosowaniu się do życia po opuszczeniu zakładu karnego, klęski żywiołowej lub ekologicznej.

W takiej sytuacji pomoc podejmuje pracownik socjalny, którym może być osoba posiadająca dyplom ukończenia kolegium pracowników służb społecznych; która ukończyła studia wyższe na kierunku praca socjalna; oraz ta która do dnia 31 grudnia 2013 r. ukończyła studia wyższe o specjalności przygotowującej do zawodu pracownika socjalnego na jednym z kierunków: a) pedagogika, b) pedagogika specjalna, c) politologia, d) polityka społeczna, e) psychologia, f) socjologia, g) nauki o rodzinie⁷⁵.

Do tak określonego pracownika socjalnego należy realizacja szeregu zadań jakie w ustawie określił ustawodawca. Należą do nich takie zadania jak: praca socjalna; dokonywanie analizy i oceny zjawisk, które powodują zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej oraz kwalifikowanie do uzyskania tych świadczeń; udzielanie informacji, wskazówek i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osobom, które dzięki tej pomocy będą zdolne samodzielnie rozwiązywać problemy będące przyczyną trudnej sytuacji życiowej; skuteczne posługiwanie się przepisami prawa w realizacji tych zadań; pomoc w uzyskaniu dla osób będących w trudnej sytuacji życiowej poradnictwa dotyczącego możliwości rozwiązywania problemów i udzielania pomocy przez właściwe instytucje państwowe, samorządowe i organizacje pozarządowe oraz wspieranie w uzyskiwaniu pomocy; udzielanie pomocy zgodnie z zasadami etyki zawodowej; pobudzanie społecznej aktywności i inspirowanie działań samopomocowych w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób, rodzin, grup i śródo-wisk społecznych; współpraca i współdziałanie z innymi specjalistami w celu przeciwdziałania i ograniczania patologii i skutków negatywnych zjawisk społecznych, łagodzenie skutków ubóstwa; inicjowanie nowych form pomocy osobom i rodzinom mającym trudną sytuację życiową oraz inspirowanie powołania instytucji świadczących usługi służące poprawie sytuacji takich osób i rodzin; współuczestniczenie w inspirowaniu, opracowaniu, wdrożeniu oraz rozwijaniu regionalnych i lokalnych programów pomocy społecznej ukierunkowanych na podniesienie jakości życia. Wykonując te zadania pracownik socjalny powinien kierować się zasadami etyki zawodowej; zasadą dobra osób i rodzin, którym służy, poszanowaniem ich godności i prawa tych osób do samostanowienia. Powinien także przeciwdziałać praktykom niehumanitarnym i dyskryminującym osobę, rodzinę lub grupę, udzielać osobom zgłaszającym się pełnej informacji o świadczeniach i pomocy; zachować w tajemnicy informacje uzyskane w toku czynności zawodowych, chyba że działa to przeciwko dobru osoby lub rodziny oraz podnosić swoje kwalifikacje zawodowe⁷⁶.

Wychodząc naprzeciw coraz większemu zapotrzebowaniu na pracę z dzieckiem i rodziną uchwalono 9 czerwca 2011 roku Ustawę o Wspieraniu Rodziny i Systemie Pieczy Zastępczej. Zakłada ona, że „dla dobra dzieci, które potrzebują szczególnej ochrony i pomocy ze strony dorosłych, środowiska rodzinnego, atmosfery szczęścia, miłości i zrozumienia, w trosce o ich harmonijny rozwój i przyszłą samodzielność życiową, dla zapewnienia ochrony przysługujących im praw i wolności, dla dobra rodziny, która jest podstawową komórką społeczeństwa oraz naturalnym środowiskiem rozwoju, i dobra wszystkich jej członków, a w szczególności dzieci, w przekonaniu, że skuteczna pomoc dla rodziny przeżywającej trudności w opiekowaniu się i wychowywaniu dzieci oraz skuteczna ochrona dzieci i pomoc

⁷⁵ Opracowano na podstawie: t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 182, z 2012 r. poz. 1544 i 1548, z 2013 r. poz. 509.

⁷⁶ Opracowano na podstawie: t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 182, z 2012 r. poz. 1544 i 1548, z 2013 r. poz. 509

dla nich może być osiągnięta przez współpracę wszystkich osób, instytucji i organizacji pracujących z dziećmi i rodzicami” należy podjąć wszystkie możliwe wysiłki aby zapewnić rodzinie godne i pełnowartościowe życie. Wspierać ją we wszystkich pojawiających się trudnościach związanych z realizacją jej funkcji i w miarę możliwości odtwarzać jej naturalną zdolności prawidłowego społecznego funkcjonowania⁷⁷.

Działania podejmowane w ramach szeroko rozumianej pomocy społecznej organizuje i koordynuje odpowiedni szczebel samorządu terytorialnego i organy administracji państwowej w zakresie swoich kompetencji. Współpracują one w realizacji tych działań z lokalnym środowiskiem, Sądami i ich organami pomocniczymi, Policją, instytucjami oświatowymi, służbą zdrowia, kościołami i związkami wyznaniowymi oraz organizacjami społecznymi. Podejmując się pomocy rodzinie i pracując z nią w celu przezwyciężania trudności w jej funkcjonowaniu należy mieć na uwadze dobro dziecka i rodziny.

Pracę z rodziną, jaką organizuje właściwa jednostka samorządu terytorialnego -najczęściej gmina - obejmuje pięć podstawowych form: 1) konsultacji i poradnictwa specjalistycznego; 2) terapii i mediacji; 3) usług dla rodzin z dziećmi, w tym usług opiekuńczych i specjalistycznych; 4) pomocy prawnej, szczególnie w zakresie prawa rodzinnego; 5) organizowania dla rodzin spotkań, mających na celu wymianę ich doświadczeń oraz zapobieganie izolacji, zwanych dalej „grupami wsparcia” lub „grupami samopomocowymi”.

Zdecydowaną większość zadań związanych z pracą z rodziną realizuje pracownik socjalny – asystent rodziny. Asystentem rodziny może być osoba, która 1) posiada: a) wykształcenie wyższe na kierunku pedagogika, psychologia, socjologia, nauki o rodzinie lub praca socjalna lub b) wykształcenie wyższe na dowolnym kierunku uzupełnione szkoleniem z zakresu pracy z dziećmi lub rodziną i udokumentuje co najmniej roczny staż pracy z dziećmi lub rodziną lub studiami podyplomowymi obejmującymi zakres programowy szkolenia określony na podstawie ust. 3 i udokumentuje co najmniej roczny staż pracy z dziećmi lub rodziną, c) wykształcenie średnie i szkolenie z zakresu pracy z dziećmi lub rodziną, a także udokumentuje co najmniej 3-letni staż pracy z dziećmi lub rodziną; 2) nie jest i nie była pozbawiona władzy rodzicielskiej oraz władza rodzicielska nie jest jej zawieszona ani ograniczona; 3) wypełnia obowiązek alimentacyjny – w przypadku gdy taki obowiązek w stosunku do niej wynika z tytułu egzekucyjnego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe⁷⁸.

Do zadań asystenta rodziny należy szereg zadań spośród których wymienię kilka moim zdaniem najważniejszych: opracowanie i realizacja planu pracy z rodziną we współpracy z członkami rodziny i w konsultacji z pracownikiem socjalnym; udzielanie pomocy rodzinom w poprawie ich sytuacji życiowej, w tym w zdobywaniu umiejętności prawidłowego prowadzenia gospodarstwa domowego; udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów socjalnych, psychologicznych, wychowawczych, wspieranie aktywności społecznej rodzin; motywowanie członków rodzin do podnoszenia kwalifikacji zawodowych; udzielanie pomocy w poszukiwaniu, podejmowaniu i utrzymywaniu pracy zarobkowej; prowadzenie dokumentacji dotyczącej pracy z rodziną; sporządzanie, na wniosek sądu, opinii o rodzinie i jej członkach; współpraca z jednostkami administracji rządowej i samorządowej, właściwymi organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami i osobami specjalizującymi się w działaniach na rzecz dziecka i rodziny; współpraca z zespołem interdyscyplinarnym lub grupą roboczą, o których mowa w art. 9a ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz. 1493, z późniejszymi zmianami), lub innymi podmiotami, których pomoc przy wykonywaniu zadań uznana zostanie za niezbędną⁷⁹.

⁷⁷ Dz. U. z 2013 r. poz. 135, z 2012 r. poz. 1519, z 2013 r. poz. 154, 866

⁷⁸ Opracowano na podstawie: Dz. U. z 2013 r. poz. 135, z 2012 r. poz. 1519, z 2013 r. poz. 154, 866

⁷⁹ Opracowano na podstawie: Dz. U. z 2013 r. poz. 135, z 2012 r. poz. 1519, z 2013 r. poz. 154, 866

Problemy rodziny

„Rodzina odgrywa szczególne rolę w życiu każdego człowieka. Choć należy do małych grup społecznych, oddziałuje na swych członków w sposób złożony i wielowymiarowy. Ma określoną strukturę, funkcje, system władzy i kontroli. W procesie socjalizacji rodzina wywiera ogromny wpływ na kształtowanie się cech jednostki istotnych dla jej funkcjonowania w społeczeństwie. Stanowi pierwsze i podstawowe środowisko wychowawcze. Mimo licznych zmian społeczno-historycznych, których wyrazem były przeobrażenia organizacji i stylu życia, rodzina pozostaje jednym z trwałych elementów życia człowieka”⁸⁰. Ale obok pozytywnego obrazu funkcjonowania rodziny w społeczeństwie pojawiają się także takie, które nie są w stanie z różnych powodów właściwie zaspokajać potrzeb swoich członków. Pojawiają się w nich różnorodne dysfunkcje i problemy uniemożliwiające właściwą realizację procesów związanych z rozwojem, wychowaniem czy socjalizacją poszczególnych jej członków.

„Możemy aktualnie zaobserwować rosnącą liczbę problemów z którymi jednostki i rodziny nie potrafią poradzić sobie samodzielnie. Współczesna rodzina ulega znacznym przeobrażeniom, co zmusza jej członków do adaptacji w nowych warunkach społecznego funkcjonowania. Występowanie bezrobocia, spadek realnych płac, powodują niejednokrotnie dysfunkcjonalność rodziny, zwłaszcza w sferze ekonomiczno-bytowej, co w konsekwencji przyczynia się do tego, że samorządy lokalne i działające w ich strukturze służby socjalne muszą podejmować profesjonalne działania zapewniające skuteczną pomoc potrzebującym”⁸¹.

W literaturze przedmiotu pojawia się wiele analiz dotyczących współczesnej rodziny. Jednym z najpoważniejszych problemów rodzin to problem z piciem alkoholu, często przechodzący w uzależnienie od alkoholu. Według Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 26.10.1982r. napojem alkoholowym jest produkt przeznaczony do spożycia, zawierający alkohol etylowy pochodzenia rolniczego w stężeniu przekraczającym 0,5% objętościowych alkoholu. Do napojów alkoholowych należą: piwa, wina, likiery, koniaki, wódki, nalewki, rumy, spirytus i wiele innych. Już sama wielość rodzajów produktów wskazuje na rozpowszechnienie napojów alkoholowych w życiu współczesnych społeczeństw.

Alkohol etylowy, czyli etanol to związek należący do dużej grupy alkoholi, związków organicznych, których cząsteczki zawierają jedną lub kilka grup hydroksylowych -OH (z wyjątkiem fenoli). Etanol, którego cząsteczka składa się z rodnika etylowego i grupy -OH, jest bezbarwną, łatwopalną cieczą mieszącą się z wodą we wszystkich stosunkach. Etanol znalazł szerokie zastosowanie ale najbardziej znane jest jego zastosowanie w bezpośredniej konsumpcji (spożyciu). Z alkoholem bezpośrednio związane jest pojęcie alkoholizmu. Zostało ono wprowadzone do języka nauki przez M. Hussa, szwedzkiego lekarza i propagatora trzeźwości w 1849 roku, na oznaczenie tych objawów chorobowych, które nie mają bezpośredniego związku z organicznymi zmianami systemu nerwowego, lecz występują chronicznie u tych osób, które przez długi czas spożywają znaczne ilości wysokoprocentowych napojów alkoholowych. Alkoholizm według Słownika Języka Polskiego to „choroba powstająca wskutek nadużywania alkoholu powodująca między innymi: uszkodzenie przewodu pokarmowego, wątroby, nerek, serca oraz inne zaburzenia

⁸⁰ J. Matejek, Działalność ośrodków adopcyjno-opiekuńczych w procesie przygotowania i wspierania rodzin zastępczych, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2008, s. 37-38

⁸¹ J. Matejek, Ośrodek Pomocy Społecznej jako instytucja wspierająca rodzinę na poziomie gminy, w: Z teorii i praktyki pracy socjalnej, M. Banach, J. Matejek (red.), MTM. Levoca 2012, s. 239

psychiatryczne”⁸². „Z socjologicznego punktu widzenia choroba alkoholowa stanowi zjawisko społecznie niepożądane, stanowiące anomalię, przejaw społecznego niedostosowania. W ujęciu medycznym jest to objaw i zespół chorobowy, kliniczny, patologiczny, zdecydowanie wymagający leczenia. W aspekcie psychologicznym alkoholizm postrzegany jest jako poważne zaburzenie w osobowym rozwoju jednostki, uszkodzenie psychofizyczne”⁸³. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia jest to „wszelki sposób picia, który wykracza poza miarę tradycyjnego i zwyczajowego spożycia albo poza ramy obyczajowego, przyjętego w całej społeczności picia towarzyskiego, które do tego prowadzą”⁸⁴. Zjawisko alkoholizmu jawi się zawsze jako coś negatywnego, przynoszące człowiekowi więcej szkód niż korzyści. Nieistotne jest to w jaki sposób oraz w myśl którego z powyższych terminów określających alkoholizm, czyli uzależnienie od alkoholu, będziemy patrzeć na to zjawisko, ważny i istotny jest fakt, iż alkoholizm musimy uznać za społeczną plagę. Alkoholizm jako choroba nie dotyka tylko osoby bezpośrednio na nią cierpiącą, ale dotyka niestety również osób bliskich chorego, którzy to właśnie cierpią wspólnie z alkoholikiem. Z kolei wiadomo, iż taką bliską osobą może być współmałżonek, dziecko, rodzic bądź też inny członek najbliższej rodziny. Rodziny z problemem alkoholowym nierzadko muszą zmienić swój dotychczasowy sposób bytowania usiłując przystosować się do zmian w zachowaniu alkoholika próbują żyć normalnie. Opanowanemu przez tą chorobę człowiekowi trudno jest się wyzwolić z jej sidła, jednakże co warto zaznaczyć można skutecznie złagodzić jej skutki, a wszystko zależy od pacjenta, jego wewnętrznej motywacji oraz chęci do polepszenia swojej sytuacji. Alkoholizm jako choroba jest nieuleczalny, ale można próbować ograniczyć jego negatywne skutki. Warto także przytoczyć w tym miejscu pojęcie „nadużywanie alkoholu”, które jest ściśle związane ze zjawiskiem picia alkoholu. Wg kryteriów DSM-IV nadużywanie alkoholu rozpoznaje się, gdy przez okres 12 miesięcy występuje co najmniej jeden z czterech przedstawionych poniżej objawów: upośledzenie sprawowania ważnych obowiązków; powtarzające się użycie alkoholu w sytuacjach, gdy jest to niebezpieczne; powtarzające się konflikty z prawem wynikające z używania alkoholu; kontynuowanie spożywania alkoholu pomimo zaburzeń funkcjonowania społecznego i stosunków międzyludzkich nim spowodowanych. Nadużywanie alkoholu w stopniu skrajnym często nazywane jest „alkoholizmem” lub, bardziej współcześnie, „uzależnieniem od alkoholu”. Nadużywanie alkoholu charakteryzuje się bardzo wysoką tolerancją efektów jego picia oraz silnym przymusem jego spożywania. Picie alkoholu odgrywa główną rolę w jednej lub więcej sferach, takich jak osobiste relacje z innymi ludźmi, praca czy zdrowie. Uzależnienie od alkoholu traktowane jest zatem w szerokim rozumieniu jako choroba bio-psycho-spłocenna. Zgodnie z obowiązującą aktualnie w Polsce - Międzynarodową Klasyfikacją Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów – Edycja X (ICD-X) - uzależnienie od alkoholu kodowane jest jako F 10.2. Zespół ten składa się z objawów behawioralnych, fizjologicznych i zmian procesów poznawczych, które pojawiają się w toku wieloletniego używania alkoholu. Zespół charakteryzuje się silną potrzebą przyjmowania alkoholu, trudnościami kontrolowania tego zachowania, uporczywym używaniem wbrew szkodliwym następstwom, przedkładaniem używania alkoholu ponad inne zajęcia i zobowiązania, zwiększoną tolerancją i niekiedy występowaniem objawów abstynencyjnych.

Skala alkoholizowania się różnych grup społecznych

Coraz większa grupa dzieci, młodzieży i dorosłych sięga w Polsce po alkohol. Zaburzają w ten sposób swój rozwój fizyczny, psychiczny i społeczny, wchodzą na drogę uzależnień. Zjawiska tego nie ograniczają w żaden sposób prowadzone od lat antyalkoholowe kampanie

⁸²Alkoholizm w: *Słownik Języka Polskiego*, pod red. M. Szymczak, Warszawa 1982, s. 35.

⁸³ E. Roman, *Alkoholizm*, w: *Encyklopedia dz. cyt.* s. 95.

⁸⁴ Tamże, s. 92.

społeczne, działania profilaktyczne podejmowane na poziomie szkół różnych poziomów, przez instytucje państwowe, samorządowe czy kościelne. Niestety z przykrością należy skonstatować fakt niskiej czy wręcz bardzo niskiej skuteczności tego typu działań. Napoje alkoholowe to najpowszechniej spożywane dobra konsumpcyjne, a jednocześnie bardzo specyficzne. Ta specyfika związana jest z negatywnymi następstwami zdrowotnymi i społecznymi. Negatywne następstwa związane są jak wcześniej pisałem z psychoaktywną funkcją alkoholu. Z drugiej strony musimy mieć świadomość, że w naszym społeczeństwie funkcjonują swoiste normy alkoholowe dotyczące ilości, częstości i okoliczności sięgania po niego. Jeżeli te normy nie są w znacznym stopniu przekraczana możemy wręcz mówić o społecznej akceptacji zachowań związanych z piciem alkoholu. Zatem gotowość do przestrzegania tych norm jest w znacznym stopniu społecznym klimatem wokół picia, ale też specyficzną formą polityki państwa, sprzyjającą konsumpcji alkoholu, bądź nastawioną na ograniczanie jego spożycia. Problem w szczególności dotyczy młodych ludzi, dopiero wchodzących w swoje dorosłe życie. Młodzież i dzieci sięgają po alkohol z uwagi na liczne problemy emocjonalne, które właśnie za pomocą alkoholu pragną rozwiązać. A. Pacewicz zwraca uwagę na osiem podstawowych przyczyn sięgania po alkohol przez dzieci i młodzież. Są one następujące: chęć dopasowania do kolegów, chęć przynależności do grupy; poczucie się dorosłym; bycie spoko i na luzie; zapomnienie o kłopotach; przestanie bycia nieśmiałym; sprawdzenie jak to jest; złamanie nakazu; dobra zabawa⁸⁵. Wiemy że alkohol może w znacznym stopniu modyfikować sposób przeżywania naszego życia. Wielu cierpiących a jednocześnie młodych ludzi pragnie poprawić własny nastrój, nie poprawiając własnego życia i zachowania. Alkohol okazuje się atrakcyjny dla tych, którzy przeżywają stany lęku, niepokoju, rozgoryczenia, niechęci, niemożności, depresji, cierpiących na skutek licznych kompleksów, pustki, wyobcowania, odrzucenia, zaburzona relacji międzyludzkich. Efektem przeżywania takich stanów emocjonalnych jest sięganie przez dzieci i młodzież po alkohol. A to pierwszy krok do uzależnienia, na które w szczególności podatne są osoby bez właściwej hierarchii wartości, nie zadający sobie trudu tworzenia pozytywnych więzi w swoim najbliższym środowisku, którzy nie są odporni na frustrację, stres, nie stawiają sobie wymagań ani nie przejmują odpowiedzialności za swoje życie i postępowanie. Warto podkreślić w tym miejscu szczególnie ważną rolę rodziny, która z reguły wywiera na młodego człowieka najsilniejszy wpływ. Buduje jego postawę życiową. Niestety z przykrością stwierdzamy, że współczesna rodzina nie zawsze skutecznie i prawidłowo wywiązuje się ze swoich obowiązków wobec młodego pokolenia. Często jest tak, że rodzice skoncentrowani są na swoich problemach, swojej pracy zawodowej, bogaceniu się, konsumpcji, często nieświadomi swoich obowiązków i celów życiowych. Nie okazując dziecku należytej uwagi, nie przekazując i nie budując systemu wartości, nie przekazując właściwych wzorców postępowania, przyczyniają się do rozwoju kompulsywnych zachowań u swoich dzieci. Brak miłości, umiejętności dawania siebie powoduje w konsekwencji problemy wychowawcze i konflikty w rodzinie, które zaburzają relacje wewnątrzrodzinne. Jaka jest zatem skala picia alkoholu w Polsce? Jak przedstawiają się wyniki badań prowadzone w tym kontekście? Jaka jest specyfika spożywania alkoholu w Polsce? Problematyką tą zajmowano się w Polsce już w początkach XX wieku. Pierwsze wyniki badań nad zjawiskiem picia alkoholu pojawiły się już w 1913 roku. Jeden z badaczy tego zjawiska J. Ciembrowicz, określił jako „rodzinny” wzór picia dominujący wówczas wśród Polaków. Zauważył on także bardzo wczesną inicjację alkoholową dzieci, dotyczącą zarówno chłopców jak i dziewcząt, mającą miejsce głównie w domu rodzinnym. Z danych, jakie cytuje na ten temat w swoich opracowaniach M. Roszkowski wynika, że kontakt z napojem alkoholowym miało prawie 90 % badanej młodzieży w wieku 11-12 lat. Najczęściej

⁸⁵

A. Pacewicz, Jak pomóc dziecku nie pić, PARPA, Warszawa 1997, s. 8-10

spożywanym alkoholowym było wino – spożywało je 65 % osób z tym że częściej dziewczęta niż chłopcy, równie często pito piwo (60 %) – tu poziom spożycia był porównywalny wśród dziewcząt i chłopców. Wódkę spożywało ok. 35 % osób ale w tej grupie przeważali chłopcy - 37 %, dziewczęta to wskaźnik na poziomie 27%. Praktycznie w wieku 17-18 lat całość badanej populacji miała za sobą kontakt z każdym napojem alkoholowym. Przekonanie o szkodliwości picia alkoholu zaczęło się kształtować po 1818 roku, za sprawą dr J. Szymkiewicza, który publikując „Dzieło o pijaństwie” miał nadzieję na zmianę świadomości społecznej w tym zakresie. Niestety zamiar swoistej profilaktyki antyalkoholowej się nie powiodł i alkohol traktowany był w medycynie ludowej aż do II wojny światowej jako ważne panaceum na różne dolegliwości. Stąd też obecny w naszej kulturze zwyczaj wczesnego oswajania z piwem, winem czy wódką⁸⁶. Za pierwszą próbę uchwycenia pewnych prawidłowości w picciu napojów alkoholowych wśród młodzieży szkolnej uchodzą badania S. Gnoińskiego z 1938 roku. Umożliwiły one odnotowanie spadku odsetka pijących codziennie. Wzrósł natomiast odsetek tych dzieci i młodzieży, którzy znają smak alkoholu i piją od czasu do czasu, głównie z okazji świąt i uroczystości domowych. W konkluzji swoich badań podkreślał, że czynnikiem który w większości przyczynia się do takiego stanu rzeczy jest rodzina. Martwił się, że wysiłek szkoły i opieki higieniczno-lekarskiej prowadzonej w tych placówkach okaże się niewystarczający, jeżeli nie będzie wsparcia w tym zakresie ze strony domu i rodziny⁸⁷. Interesujące badania przeprowadził w 1967 i 1975 roku A. Świącicki. Powtórzył on badania J. Ciembrowicza z 1913 r w Bochni. Z porównania wynika, że nastąpił spadek rozpowszechnienia prób z alkoholem w najmłodszych grupach wiekowych oraz spadło picie wśród dziewcząt. Znaczące znaczenie ma kontekst społeczny picia czyli towarzystwo, ale nie jest to już towarzystwo rodziców. Podobne tendencje sygnalizowały wcześniej w swoich badaniach H. Dereszowa i J. Handelsman (1948r.), twierdząc, że taka tendencja będzie się pogłębiać w kolejnych latach. Niestety w badaniach pojawiły się bardzo negatywne tendencje dotyczące lat siedemdziesiątych. Tutaj nastąpił znaczny wzrost spożycia wysokoprocentowych napojów alkoholowych przez grupy chłopców i dziewcząt w wieku powyżej 15 lat. Wydaje się, że przyczyn takiego stanu rzeczy należy szukać w zmieniającej się obyczajowości Polski lat 60, 70 i późniejszych, praktycznie do dnia dzisiejszego. Pojawieniu się zjawiska nazywanego kulturą młodzieżową, która wielu sytuacjach pozwala młodzieży na sięganie po to co dotychczas zarezerwowano tylko dla dorosłej części społeczeństwa – seks i używki. Alkohol stał się częścią kultury młodzieżowej. Jej elementem pojawiającym się w najbardziej typowych sytuacjach i zachowaniach młodzieży, niezbędną częścią takich form spędzania czasu wolnego jak: prywatki, dyskoteki, spotkania w kawiarni czy pubie, koncerty i spotkania muzyczne. To co jest tabu, zakazane staje się nagle „trendy”, jest „coolowe”. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest coraz większa rola rówieśników, idoli młodzieży, głównie różnego typu artystów – aktorów, piosenkarzy, członków grup muzycznych, plastyków. W świetle różnych międzynarodowych badań znaczącą rolę w zakresie postaw młodzieży względem alkoholu mają w dalszym ciągu rodziny (rodzice). Do znaczących czynników modelujących zaliczyć należy: postawy rodziców wobec picia alkoholu przez dorastające dzieci; picie alkoholu przez rodziców (modelowy wzór picia); wsparcie rodzinne udzielane dziecku; kontrolę zachowań (bezpośrednio przez egzekwowanie reguł, pośrednio przez perswazję)⁸⁸. Nic więc dziwnego że problem ten znajduje odzwierciedlenie w licznie podejmowanych, także współcześnie

⁸⁶A. Zieliński, Normy społeczne związane z alkoholem, maszynopis Instytut Neuropsychologiczny, Warszawa 1986

⁸⁷S. Gnoiński. O alkoholizmie wśród dzieci szkół powszechnych Wilna (Badania statystyczne) w: „Trzeźwość” 1938 nr 11-12, s. 482

⁸⁸A. Zieliński, Ewolucja wzorów używania alkoholu wśród dorastającej młodzieży w Polsce w XX wieku, PARPA, Warszawa 2006 s. 53-54

badaniach. Badaniach bardzo ważnych z punktu widzenia szeroko rozumianej społeczności. To z jakim bagażem doświadczeń młodzi ludzie wejdą w swoje dorosłe życie zawsze będzie ograniczało lub wyzwalało ich możliwości funkcjonowania we współczesnym świecie. W ostatnich dwudziestu latach można mówić o wielu różnorodnych sondażach, podejmowanych przez szereg instytucji, dotyczących problematyki spożywania alkoholu przez dzieci, młodzież, dorosłych - mężczyzn i kobiety. Problemem w kontekście niniejszej pracy są w szczególności wyniki badań dotyczące spożywania alkoholu przez młodzież zwłaszcza dziewczęta oraz młode kobiety. Ukazują one ogrom problemu z jakim mamy do czynienia. Z badań bowiem wyłania się tragiczny obraz naszej współczesności, gdzie picie alkoholu przez młodzież czy kobiety staje się statystyczną normą. Skala alkoholizowania się polskiej młodzieży jest porównywalna z danymi w tym zakresie z innych państw i kształtuje się na średnim europejskim poziomie.

„Według raportu technicznego z badań HSBC 2006, IMiD 2007 pt. "Zdrowie subiektywne, style życia i środowisko psycho - społeczne młodzieży szkolnej w Polsce", dziewięciu na dziesięciu uczniów w wieku 15 - 16 lat ma już za sobą doświadczenia z pić procentowych napojów, większość z nich nawet na długo przed piętnastymi urodzinami. Blisko 22% z nich pierwszy raz sięgnęło po alkohol w wieku 11 lat lub nawet mniej, natomiast 15% - mając lat 12.”⁸⁹ Polskim, a myślę że nie tylko, problemem jest inicjacja alkoholowa jaka ma miejsce w domu rodzinnym. To właśnie często sami rodzice zezwalają swojemu dziecku na picie alkoholu w czasie rodzinnych uroczystości, często mając nadzieję, że dzięki temu nauczą je kulturalnego i bezpiecznego spożywania napojów alkoholowych, przy okazji niejako będąc pewnymi że ograniczą jednocześnie ryzyko sięgania dziecka po alkohol poza domem. W licznych badaniach rodziców dotyczących ich stosunku do spożywania alkoholu przez ich dzieci, ponad 20% z nich wyraziło lub wyraziłoby zgodę na jego picie przed ukończeniem 18 roku życia przez ich dziecko. Tymczasem charakteryzujące wiek dojrzewania eksperymentowanie z alkoholem nie jest bezpieczne, a żadne programy profilaktyczne nie zastąpią mądrego wychowania przez odpowiedzialnych rodziców. Zezwalanie dzieciom na picie alkoholu niesie ze sobą duże ryzyko. Tendencje te znajdują odzwierciedlenie w badaniach prowadzonych przez studentów krakowskich uczelni w ramach prac magisterskich czy licencjackich. Dla przykładu M. Wątołek w przeprowadzonych w 2008 roku badaniach wśród młodzieży gimnazjalnej z klas drugich stwierdziła, że kiedykolwiek w życiu alkohol piło 59% badanej młodzieży w tym odpowiednio 66% chłopców i 56% dziewcząt. Najczęściej spożywanym alkoholem było piwo (38%). Wśród chłopców trunek ten preferowało 45% respondentów, wśród dziewcząt 33%. Bardzo niepokojący jest fakt, że zarówno w grupie chłopców jak i dziewcząt, wskaźnik picia wódki przekroczył próg 20%. Znacznym problemem jest także częstotliwość picia alkoholu. W grupie dziewcząt dominuje picie raz w miesiącu – 82%, w grupie chłopców także – 42%, ale fakt że spora część z nich pije codziennie (27%) budzi szczególnie niepokój⁹⁰. W podobnych badaniach Paweł Żbik uzyskał następujące wyniki: 65% młodzieży gimnazjalnej ma za sobą inicjację alkoholową, 54% z nich spożywa alkohol średnio raz w miesiącu, 14% kilka razy w miesiącu, pozostali (9%) kilka razy w tygodniu. Jeżeli chodzi o abstynencję to zauważyć można sporą różnicę między dziewczętami a chłopcami. Nie pije bowiem 19% dziewcząt, podczas gdy chłopców tylko 5%. W grupie licealistów odsetek niepijących chłopców równy jest 0%, natomiast wśród dziewcząt wynosi on 20%. Częstotliwość picia alkoholu jest też większa w porównaniu z grupą gimnazjalistów. Tu wyniki prezentują się następująco: w grupie chłopców - kilka razy w tygodniu oraz kilka razy w miesiącu ten sam wskaźnik po 36%, dalej raz w miesiącu – 29%. W grupie dziewcząt odpowiednio najczęściej wskazywana odpowiedź to kilka razy w

⁸⁹<http://www.narkotyki.pl/wokol-alkoholu/lkoholwrdpolskiejmodziey/> z dn.22.08.2010

⁹⁰Opracowano na podstawie: M. Wątołek, Zjawisko alkoholizowania się wśród młodzieży gimnazjalnej, Praca magisterska napisana pod kierunkiem naukowym dr M.Banach, Kraków 2008r., s.85-109

miesiącu 50%, oraz po 16% na wskaźniki raz w miesiącu i kilka razy na tydzień. Alkoholem jaki dominuje wśród badanej młodzieży zarówno gimnazjalnej (43% wyborów) jak i licealnej (80% wyborów) jest piwo. Na drugiej pozycji jeżeli chodzi o korzystanie z alkoholu jest wódka, w przypadku gimnazjalistów z 22% wskazań, a u licealistów z 52%⁹¹.

Przywykliśmy niestety do mitu, że alkohol mniej szkodzi mężczyznom niż kobietom, że mężczyźni mogą więcej tego alkoholu wypić oraz że mężczyźni także lepiej trawią alkohol. Jest to niestety największy z mitów, jakie dotyczą picia alkoholu, który powoduje dodatkowo największe szkody, bo często niestety panowie próbują popisać się i piją ambicjonalnie, nieproporcjonalnie do swoich możliwości. Negatywnie na pewno odbija się to na ich zdrowiu. Jest rzeczywiście tak, że jeśli kobieta i mężczyzna wypiją w tym samym czasie te same ilości alkoholu, to więcej go będzie jednak w organizmie kobiety, bo kobiety mają naturalnie mniej rozbudowaną tkankę tłuszczową, jednak nie oznacza to, że picia alkoholu przez mężczyznę może odbywać się po niższych kosztach niż u kobiety. Wypicie tej samej ilości alkoholu będzie skutkowało tymi samymi efektami zdrowotnymi, mimo że mężczyzna szybciej wytrzeźwieje, czy szybciej pozbędzie się tego alkoholu ze krwi. Ponadto wyżej wymieniony fakt nie oznacza, że mężczyźni rzadziej i mniej łagodniej chorują po alkoholu. W społeczeństwie funkcjonuje mit, że alkoholikami są mężczyźni, a porządne kobiety nie piją alkoholu. Jest to jednak nieprawda. W wyniku przeobrażeń kulturowych i społecznych jakie zachodzących w ostatnich latach coraz więcej osób sięga po (zależność alkoholowa lub nadużywanie alkoholu). Piętno tej choroby jest dla kobiet szczególnie dotkliwe, dlatego też sięgają one po alkohol w samotności, znacznie trudniej jest im także zwrócić się o pomoc. Alkohol czyni większe szkody w tkance mózgowej kobiet z uwagi na większą jej wrażliwość na alkohol niż u mężczyzn, stąd też kobiety szybciej się upijają i mają mniejszą tolerancję na alkohol, a ponadto szybciej wywołuje on u nich uzależnienie. Kobiety piją mimo tego, że są świadome konsekwencji rodzinnych, społecznych, łącznie z utratą pracy, co jest dla nich większym problemem niż objawy somatyczne. Nawet jeśli podejmują leczenie, to ich terapia jest utrudniona, gdyż często towarzyszą kobietom zaburzenia depresyjne i traktują one alkohol jako poprawiacz samopoczucia. Chwilowo alkohol faktycznie tak działa, ale są to złudne „dobre” – strony spożywania alkoholu. Wśród kobiet występuje zróżnicowanie w zachowaniach związanych z pićm alkoholu w zależności od wieku, pełnionych ról życiowych oraz stanu cywilnego. Na ogół kobiety, które piją, spożywają mniej alkoholu i mają mniej problemów związanych z alkoholem oraz objawów uzależnienia niż mężczyźni, ale wśród najintensywniej pijących, kobiety dorównują mężczyznom lub przewyższają ich pod względem liczby problemów powstałych w wyniku picia. Wbrew panującej powszechnie opinii kobiety, które pełnią wiele ról (np. mężatki pracujące poza domem, matki), mogą doświadczać mniej problemów z alkoholem niż te, które nie pełnią tylu ról. Pozbawienie możliwości pełnienia roli życiowej (np. roli żony, matki lub pracownika) może spowodować wzrost ryzyka nadużywania alkoholu. Czas pojawienia się pierwszych problemów z alkoholem a rozpoczęciem leczenia jest krótszy u kobiet niż u mężczyzn. Badania kobiet-alkoholiczek w trakcie leczenia wskazują, że często doświadczają one silniejszych fizjologicznie zaburzeń we wczesnym okresie picia, pomimo iż spożywają mniej alkoholu niż mężczyźni. Wyniki wskazują, że konsekwencje związane z intensywnym pićm u kobiet mogą pojawić się wcześniej lub być silniejsze. Przewlekłe nadużywanie alkoholu zbiera większe żniwo ofiar śmiertelnych wśród kobiet niż u mężczyzn. Wskaźnik umieralności alkoholiczek jest wyższy aż od 50 do 100% w porównaniu do wskaźnika umieralności uzależnionych mężczyzn. Coraz więcej dowodów wskazuje, że wpływ alkoholu na wątrobę jest silniejszy u kobiet niż u mężczyzn, szczególnie alkoholowa marskość wątroby oraz

⁹¹Opracowano na podstawie: P. Żbik, Zjawisko alkoholizowania się młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej, Praca magisterska napisanej pod kierunkiem naukowym dr M. Banach, Kraków 2008r., s. 46-76

zapalenie wątroby następuje po stosunkowo krótkim okresie intensywnego picia. Powtarzające się spożycie dużych ilości alkoholu może wywołać u kobiet zanik miesiączki, zmniejszenie wielkości jajników, zanik ciałek żółtych z towarzyszącą niepłodnością oraz samoistne poronienia, może stanowić również o zwiększonym ryzyku wystąpienia raka piersi. Dalsze picie może prowadzić do wczesnego wystąpienia menopauzy.

Wpływ alkoholu na rozwijający się płód

Ludzki płód ma zredukowaną zdolność eliminacji alkoholu i dlatego koncentruje się on dłużej w macicy niż w innych częściach organizmu. Po każdym kieliszku matki płód jest pijany dłużej niż ona. Gdy poziom alkoholu przekroczy ilość, jaką może pomieścić wątroba kobiety, zaczyna on krążyć po całym organizmie. W szczególności koncentruje się w mózgu rozwijającego się dziecka. Może to zakłócić równowagę hormonalną, zdolność łożyska do przenoszenia tlenu, albo doprowadzić do uszkodzenia mózgu dziecka. Alkohol wpływa odwadniająco na organizm, niszczy ścianki tkanek i możliwe, że dlatego mózg niemowlęcia, którego matka piła, jest wysuszony i mniejszy. Woda zostaje wyssana z rozwijających się komórek. Alkohol zabija je, bądź uszkadza ich działanie. Płyn rdzeniowy staje się zbiornikiem alkoholowym. Z badań analizy mózgu wynika, że u osób, u których rozpoznano Alkoholowy Zespół Płodu (FAS), występują zaburzenia w rozwoju komórek oraz zawsze zaatakowane jest podwzgórze odpowiedzialne za intelekt, osiągnięcia i zdolności do nauki. Dziecko kobiety pijącej nie ma żadnych szans na to, aby urodziło się całkowicie zdrowe. Noworodki z FAS mogą być roztrzęsione, podenerwowane, mogą przesadnie reagować na dźwięk i mieć trudności w zasypianiu oraz słaby odruch ssania. Ponadto alkohol nie zawsze wywołuje FAS czy FAE. Mogą pojawić się pojedyncze uszkodzenia płodu, które później objawią się w formie somatycznej lub pod postacią problemów psychicznych, społecznych, czy kłopotów w nauce.

Alkohol etylowy jest związkiem chemicznym, szybko i całkowicie wchłaniającym się z przewodu pokarmowego, łatwo przenika przez błony komórkowe i dostaje się do krwiobiegu. Zasadniczy proces absorpcji alkoholu dokonuje się z żołądka (20%-25%) i z jelita cienkiego (75%-80%). Maksymalne jego stężenie we krwi pojawia się od 0,5 do 2h od spożycia. Metabolizm alkoholu odgrywa podstawową rolę w jego eliminacji z organizmu. Najważniejszym narządem metabolizującym alkohol jest wątroba. Utlenianie alkoholu etylowego w wątrobie odbywa się głównie za pomocą enzymu dehydrogenazy alkoholowej ADH. Głównym produktem utleniania alkoholu jest aldehyd octowy. Wykazuje on 10-krotnie wyższą toksyczność od etanolu. Badania in vitro prowadzone na zarodkach zwierzęcych wykazały, że alkohol powoduje gwałtowne opóźnienie ich wzrostu nawet gdy nie dopuści się do powstania aldehydu octowego. Zahamowanie tego procesu nie ma żadnego wpływu na uszkodzenia zarodka powodowane przez alkohol⁹².

Alkohol bardzo łatwo przenika przez łożysko, już po około 40 do 60 minutach poziom alkoholu we krwi dziecka jest taki sam jak we krwi matki. Brak wykształconych mechanizmów jego enzymatycznej eliminacji sprawia że płód wykazuje bardzo małą tolerancję wobec etanolu⁹³. Alkohol wpływa na rozwijające się w łonie matki dziecko w dwojaki sposób: bezpośrednio - zaburzając prawidłowy wzrost i różnicowanie komórek, oraz pośrednio poprzez obniżenie dopływu substancji odżywczych oraz zburzenia hormonalne. Zdrowy organizm rozwija się uporządkowany sposób. W okresie zarodkowym (który trwa u ludzi około 8 pierwszych tygodni po zapłodnieniu) w 24 do 30 godzin życia zarodka

⁹²E.K. Michaelis, M.L. Michaelis, *Komórkowe i molekularne podstawy teratogennych właściwości alkoholu*, w., *Alkohol a zdrowie. Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem*, pr. zb. pod red. R. Durdy, PARPAMEDIA, W-wa 1998r, s. 27.

⁹³E. Czech, M. Hartleb, *Poalkoholowe uszkodzenia płodu jako niedoceniana przyczyna wad rozwojowych i zaburzeń neurobehawioralnych u dzieci*, „Alkoholizm i Narkomania”, Tom 17, nr. 1-2, s. 9-20.

następuje pierwszy podział zarodka. Pojedyncza komórka dzieli się na 2, a one z kolei na 4 itd. W czasie 3 tygodni ciąży tworzą się trzy listki zarodkowe zwane ektodermą, endodermą i mezodermą. Z ektodermy rozwija ją się: mózg, rdzeń kręgowy, nerwy, skóra, paznokcie, włosy. Z endodermy powstaje tkanka układu oddechowego, i przewodu pokarmowego oraz ważne dla życia organy, takie jak: wątroba czy trzustka. Z mezodermy wykształca się serce, nerki, kości, mięśnie, komórki krwi oraz inne narządy. Do końca trzeciego tygodnia następuje podział mózgu na jego trzy podstawowe części: przodomózgowie, śródmózgowie i tyłomózgowie. Na tym najwcześniejszym etapie rozwoju przeznaczenie poszczególnych mnożących się komórek jest już ściśle określone. Pod koniec okresu zarodkowego mamy już blisko 1 miliarda komórek, które tworzą ponad 4 tysiące różnych struktur anatomicznych. Ośmio - tygodniowy zarodek posiada już ponad 90% struktur dorosłego człowieka. Aby mogło dojść do wykształcenia się poszczególnych organów, komórki muszą przejść w odpowiedni sposób cały cykl rozwojowy. Pierwszy etap to wspomniany już podział i proliferacja (namnażanie). Następnie dochodzi do wzrostu i różnicowania, prowadzącego do ich zindywidualizowania się zarówno strukturalnie jak i funkcjonalnie. Wreszcie ostatnim etapem jest wędrówka dojrzewających komórek do miejsca ich przeznaczenia. Czynniki hormonalne, żywieniowe oraz komórkowe odgrywają ważną rolę na każdym z wymienionych etapów⁹⁴.

Pod wpływem alkoholu rozwój płodu zostaje zaburzony na wiele sposobów. Działając bezpośrednio na komórkę może spowodować jej śmierć. To powód dla którego rejony mózgu, które zostały narażone na działanie alkoholu, zawierają mniej komórek niż pozostałe części mózgu. Utrudnia transport aminokwasów – ważnych składników białek oraz glukozy – głównego źródła energii dla komórek. Osłabia ukrwienie łożyska i płodu powodując jego niedotlenienie (hipoksję) oraz dezorganizuje regulację hormonalną i chemiczną, kontrolującą dojrzewanie i migracje komórek nerwowych w mózgu⁹⁵.

Syndrom FAS – to hasło, które wzbudza lęk. Kojarzy się z upośledzeniem umysłowym oraz uszkodzeniem mózgu i do niedawna wydawało się schorzeniem egzotycznym, z którym nigdy nie przyjdzie się nam zetknąć w naszej cywilizacji. Tymczasem uszkodzenia poalkoholowe mózgu u dzieci zdarzają się częściej niż nam się do tej pory wydawało. Nie ma dokładnych polskich statystyk dotyczących tego schorzenia, jednak wiemy, że kobiety w Polsce sięgają po alkohol w czasie ciąży i niestety robia to stosunkowo często. Z badań przeprowadzonych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że czyni to około 30 % kobiet.⁹⁶ Część z nich pije w pierwszych tygodniach ciąży, nie wiedząc o swoim stanie, a to właśnie w pierwszych tygodniach życia rozwijający się mózg jest najbardziej narażony na alkoholowe uszkodzenia. Na podobne uszkodzenia narażone są pozostałe narządy wewnętrzne, intensywnie rozwijające się w czasie procesu organogenezy.

Jak wynika z definicji Płodowego Zespołu Alkoholowego, przyczyną jego wystąpienia jest spożywanie przez kobietę ciężarną alkoholu etylowego. Alkohol spożyty przez matkę, szybko przechodzi do płynu owodniowego i bardzo szybko osiąga w nim równoważne stężenie jak w surowicy matki. Już po około 40 do 60 minutach od wypicia alkoholu, jego stężenie we krwi płodu jest dokładnie takie samo jak we krwi rodzieli. Pamiętać należy, że okres eliminacji toksyny z płynu owodniowego jest prawie dwukrotnie dłuższy niż eliminacji równoważnego stężenia z surowicy u dorosłego człowieka.⁹⁷ Tak naprawdę alkohol krąży w środowisku zewnętrznym, jakim jest płyn owodniowy i w środowisku wewnętrznym, jaki jest organizm

⁹⁴P. Łaszczycza, *Wiedza neurobiologiczna jest przydatna pedagogowi*, w: „Biomedyczne podstawy rozwoju z elementami higieny szkolnej”, pr. zb. pod red B. Doleżych, P. Łaszczyczy, wyd. Adam Marszałek, Toruń, 2006, s.213-232.

⁹⁵Tamże, s. 20-21.

⁹⁶M. Klecka, *Ciąża a alkohol. W trosce o dziecko FAS*, Wydawnictwo Parpamedia, broszura informacyjna.

⁹⁷G.H. Bręborowicz, *Położnictwo i Ginekologia*, tom I, Wydawnictwo PZWL Warszawa 2001, s. 15 – 27.

rozwijającego się dziecka. Czyli nie tylko alkohol uszkadza organy wewnętrzne, ale także i zewnętrzne. Najbardziej wrażliwym na działanie alkoholu jest centralny system nerwowy. 98 W roku 1973 dwaj amerykańscy lekarze Kenneth Lyons Jones i David W. Smith wprowadzili termin Fetal Alcohol Syndrom (FAS) – Alkoholowy Zespół Płodu - na określenie tych zaburzeń. Obserwując grupę dzieci matek uzależnionych od alkoholu, opisali szczegółowo wzór deformacji i długotrwałe konsekwencje wewnątrzmacicznej ekspozycji na alkohol. Opracowanie definicji FAS miało doniosłe znaczenie, ponieważ umożliwiało wyodrębnienie nowego, rozpoznawalnego klinicznie zespołu chorobowego który różnił się od innych zespołów wad wrodzonych a występującego wyłącznie u potomstwa matek pijących alkohol w czasie ciąży. Jones wraz ze swymi współpracownikami zdefiniował trzy główne kategorie nieprawidłowości spotykanych u dzieci z FAS: spowolnienie rozwoju fizycznego w okresie przed- i po urodzeniu, upośledzenie funkcjonowania intelektualnego i społecznego oraz zaburzenia koordynacji ruchowej, zespół ściśle określonych anomalii twarzy wraz z nieprawidłowościami budowy kończyn i narządów wewnętrznych⁹⁹. Odkryto, że alkohol należy do grupy teratogenów mogących przynieść każdy z czterech wymienionych tragicznych rezultatów. Główna zasada teratologii głosi, że im większa dawka teratogenu np. alkoholu, tym głębsze uszkodzenia i szkodliwy wpływ na potomstwo. Wielkość i rodzaj zaburzeń rozwojowych zależy również od momentu rozwojowego płodu w którym następuje ekspozycja na szkodliwą substancję oraz czasu trwania tejże. Skutki teratogennego wpływu alkoholu zależą zatem od: dawki alkoholu (nawet bardzo mała dawka może być niebezpieczna), okresu ciąży (w każdym trymestrze może dojść do specyficznych uszkodzeń typowych dla danego momentu rozwojowego), kondycji zdrowotnej matki (stan odżywienia, wyposażenie genetyczne), tzw. „stylu picia”.

Alkoholowy Zespół Płodu bardzo szybko stał się głównym obszarem działań teratologów. Badacze twierdzą że: „FAS jest najbardziej wyrazistym przypadkiem teratogenezy, jaki do tej pory odkryto. Prawdopodobnie wyraźniejszego już się nie odkryje”¹⁰⁰.

W Polsce badaniami nad szkodliwością wpływu alkoholu na płód zajęli się między innymi prof. K. Niemiec z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Analizował on próbki moczu kobiet ciężarnych, które przynosiły je na rutynowe badania. W próbkach doszukiwał się wskaźników rozpadu alkoholu. Badania wykazały, iż co trzecia kobieta spożywała alkohol podczas trwania ciąży. Nie oznacza to jednak, że co trzecie dziecko urodziło się z FAS, aczkolwiek należy brać pod uwagę, że prenatalna ekspozycja na alkohol może być przyczyną trudności rozwojowych, które potencjalnie mogą wystąpić u tych dzieci.

Do dzisiaj nie ustalono czy istnieje dawka alkoholu, która mogłaby być bezpieczna aczkolwiek z powyższych badań jednoznacznie wynika, iż alkohol posiada silne właściwości teratogenne a spożywanie go podczas trwania ciąży niesie ze sobą szereg negatywnych skutków rozwojowych.

Na temat ilości dzieci, które mogą mieć powikłania rozwojowe związane z prenatalną ekspozycją na alkohol, nie można się wypowiedzieć jednoznacznie. Z pośrednich badań szacunkowych wynika, bowiem, że liczby te są zbliżone do liczby innych krajów europejskich. Przyjęte zostało natomiast, że w Polsce rodzi się około 3- 5 dzieci z FAS na 1000 żywych urodzeń¹⁰¹. Nie wolno zapomnieć, że wybiórcze szkody związane ze spożyciem alkoholu przez ciężarne, jakie mogą pojawić się u ich potomstwa, są dziesięciokrotnie częstsze niż zdiagnozowany pełnoobjawowy FAS.

W praktyce klinicznej wykorzystuje się nomenklaturę, zaproponowaną przez Narodową Akademię Nauk USA w 1996 roku, związaną z ekspozycją na alkohol etylowy w życiu

⁹⁸D. Hryniewicz, *Specyfikacja pomocy ...*, dz. cyt., s. 8.

⁹⁹M. Klecka, dz. cyt., s. 1-2.

¹⁰⁰ M. Klecka, *Fascynujące ...*, dz. cyt., s. 20.

¹⁰¹ Raport z badań, www.ciazabezalkoholu.pl, 2007.

wewnątrzłonowym. Podstawową jednostką jest pełnoobjawowy Płodowy Zespół Alkoholowy. Dodatkowo wyróżnia się Płodowy Zespół Alkoholowy, ale bez potwierdzonej wewnątrzmacicznej ekspozycji na alkohol, Niepełny Płodowy Zespół Alkoholowy, Związane z Alkoholem Wady Wrodzone (ang. ARBD - Alcohol Related Birth Defects) oraz Związane z Alkoholem Zaburzenia Rozwoju Układu Nerwowego (ang. ARND - Alcohol Related Neuronal Defects). Każda z tych jednostek posiada odrębne kryteria kliniczne, dzięki którym można zakwalifikować pacjentów do konkretnej grupy i ustalić najwłaściwszą dla niego terapię.¹⁰² W 2000 roku, autorzy pięciostopniowej kategorii klasyfikacji FAS, w celu uściślenia pojęć, zaproponowali nazwę Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD). Ostatnie wspólne oświadczenie NEOFAS (National Organisation of Fetal Alcohol Syndrome) i FASD Center of Excellence In Washington DC z 15 kwietnia 2004 roku brzmi następująco: „Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) jest ogólnym terminem opisującym całe spektrum skutków rozwojowych u potomstwa matek pijących alkohol w okresie ciąży. Skutki te mogą obejmować zaburzenia rozwoju fizycznego, umysłowego, zachowania, uczenia się; mogą trwać przez całe życie. Termin FASD nie jest terminem przeznaczonym do wykorzystywania w diagnostyce klinicznej”.¹⁰³

FAS został umieszczony na liście Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych IC-10: Rozdział XVII pt. Wady wrodzone, zniekształcenia i nieprawidłowości chromosomalne (Q00 – Q99); Inne wrodzone wady rozwojowe (Q80 – Q89); Wrodzone wady i zespoły wad rozwojowych ze względu na znane przyczyny egzogenne, gdzie indziej nie sklasyfikowane (Q86), obejmujące teratogenne działanie substancji przenoszonych przez łożysko i mleko matki; Płodowy Zespół Alkoholowy (dysmorficzny) kod: Q86.0.¹⁰⁴ Znajomość i rozumienie tych terminów jest konieczne, albowiem poszczególne określenia są stosowane w opiniach lekarskich i psychologicznych przeznaczonych dla szkół, rodziców, pracowników socjalnych i innych profesjonalistów.

Alkoholowy Zespół Płodowy - obraz kliniczny, charakterystyka

Termin Alkoholowy Zespół Płodowy, jak już pisałem, został użyty po raz pierwszy w roku 1973 przez amerykańskich naukowców K.L. Jonesa i D.W. Smitha. Nazwą tą określono zespół nieprawidłowości stwierdzanych u niektórych dzieci narażonych w okresie prenatalnym na ekspozycje alkoholu. Popularnie na określenie tego syndromu stosuje się skrót FAS pochodzący od pierwszych liter nazwy Fetal Alcohol Syndrome. Opracowanie definicji FAS umożliwiło wyodrębnienie nowego, rozpoznawanego klinicznie zespołu chorobowego wyraźnie różnego od wszystkich innych zespołów wad wrodzonych, a występującego wyłącznie u potomstwa matek pijących alkohol w ciąży.

Na wystąpienie u dziecka Alkoholowego Zespołu Płodowego ma wpływ wiele czynników, między innymi: częstotliwość i ilość spożywania alkoholu, stadium rozwoju płodu w momencie narażenia na wpływ alkoholu, faza ciąży, w trakcie, której kobieta spożywa najwięcej alkoholu, stan odżywienia kobiety w ciąży, przyjmowanie przez nią innego rodzaju środków psychoaktywnych, czynniki genetyczne oraz ogólny stan zdrowia kobiety w ciąży¹⁰⁵.

Należy podkreślić, iż FAS jest jednostką chorobową, której można całkowicie uniknąć stosując odpowiednie działania prewencyjne. Te działania można już podjąć nie w momencie zauważenia problemu alkoholizmu u ciężarnej, ale dużo wcześniej. Podstawowym

¹⁰²P. Raczyński, *Materiały informacyjne o FAS dla lekarzy*, opracowanie: P. Raczyński, Wydawnictwo Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2007, s.4.

¹⁰³M. Klecka, M. Janas-Kozik, *Dziecko z FASD ...*, dz. cyt., s. 8.

¹⁰⁴International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2007, [online] <http://www.srisangworn.go.th/icd10tm/icd10tm>, (z dnia 02.03.2010).

¹⁰⁵Por., J. Cholewa, *Alkoholowy Zespół Płodowy FAS*, „Wychowawca” 2008, nr 4, s. 15.

warunkiem jednak jest powstrzymanie się przez kobietę ciężarną od picia alkoholu w jakiegokolwiek postaci i nawet w najmniejszej ilości przez cały okres ciąży. Z badań wynika, że w społeczeństwie panuje niestety błędne przekonanie, że mała ilość alkoholu, najlepiej pod postacią wina, nie szkodzi dziecku kobiety pijącej. Mimo, że zdecydowana większość Polaków wie, iż picie alkoholu w ciąży szkodzi, to nadal funkcjonują zasłyszane teorie jak ta o dobroczynnym wpływie na krew „symbolicznej lampki wina” do obiadu pitego przez ciężarną, czy też piwa karmelowego na proces laktacji. Należy wyraźnie zaznaczyć, iż stwierdzenie to jest nieprawdziwe, gdyż nawet najmniejsza ilość alkoholu, nie musi, ale może zaszkodzić dziecku.

Wnioskiem ostatecznym jest stwierdzenie, że tylko pełna abstynencja w czasie ciąży może uchronić płód od obejmujących całe spektrum objawów klinicznych związanych z ekspozycją w życiu prenatalnym na alkohol. Jednak nie wszystkie dzieci, których matki piją alkohol w czasie ciąży, cierpią na FAS. Opisywane są przypadki w publikacjach medycznych, że chronicznie pijące matki dzieci ze stwierdzonym FAS, rodziły zupełnie zdrowe dzieci po zerwaniu z nałogiem. Jednak równie często zdarza się, że biologiczne matki dzieci z FAS umierają, zanim ich dzieci osiągną dorosłość.

Kobiety w wieku rozrodczym sięgają po alkohol częściej niż po papierosy lub inne używki. Nawet kobiety pijące okazjonalnie mieszczą się w grupie ryzyka urodzenia dziecka z subtelnymi, ale jednak długotrwałymi problemami neurorozwojowymi. Natomiast matki nadużywające alkoholu podejmują bardzo duże ryzyko urodzenia dziecka z pełnoobjawowym FAS. Według badań opublikowanych w jednym z najbardziej renomowanych czasopism naukowych „Science”, jednorazowe upicie się w ciągu ostatniego trymestru wystarczy, by spowodować nieodwracalne uszkodzenia płodu. „Po raz pierwszy udało nam się zrozumieć mechanizm, zgodnie, z którym alkohol uszkadza płód. Mechanizm ten ingeruje w podstawowy układ transmiterów w mózgu, zgodnie, z którym dosłownie prowadzi komórki nerwowe do samobójczej śmierci.”¹⁰⁶

Częstym objawem Płodowego Zespołu Alkoholowego jest niska masa urodzeniowa noworodka oraz niedobór wzrostu. Materiałami budulcowymi, które płód potrzebuje, aby prawidłowo rosnąć podczas ciąży, są aminokwasy i glukoza. Liczne badania wykazały, iż alkohol hamuje transport przezłożyskowy tych substancji, prowadząc tym samym do ich niedoboru u płodu i spowolnienia jego wzrostu. Zaobserwowano również, iż uzupełnianie glukozy, mimo spożywania alkoholu w nieznacznym stopniu niweluje jego negatywne skutki. Kolejnymi substancjami, poza aminokwasami i glukozą, których transport do organizmu dziecka hamuje alkohol, są niektóre witaminy, w tym tak ważne jak witamina B6 czy kwas foliowy. Ta pierwsza odgrywa ważną rolę w metabolizmie białek, druga ma ogromne znaczenie dla syntezy DNA. Można więc potwierdzić już wcześniej przedstawiony wniosek, iż stan odżywienia matek spożywających alkohol niewątpliwie będzie wpływał na nasilenie negatywnych skutków u płodu alkoholiczek.¹⁰⁷

Dwaj amerykańscy lekarze Kenneth Jones i David Smith, wraz ze współpracownikami określili szereg nieprawidłowości spotykanych u dzieci z Alkoholowym Zespołem Płodowym. Do najważniejszych ich przejawów należy zaliczyć: spowolnienie rozwoju fizycznego, które przejawia się w niskiej wadze urodzeniowej, niskim wzroście w porównaniu do rówieśników oraz małą głową w stosunku do wieku. Powolny przyrost obwodu głowy jest skutkiem równie powolnego zwiększania się wymiarów mózgu. Nedorozwój fizyczny jest prawdopodobnie wynikiem upośledzenia transportu łożyskowego glukozy, które powoduje alkohol¹⁰⁸. W skład zespołu typowych zaburzeń budowy ciała wchodzi anomalia budowy: twarzy, czaszki, uszu, oczu oraz układu kostnego. Do swoistych

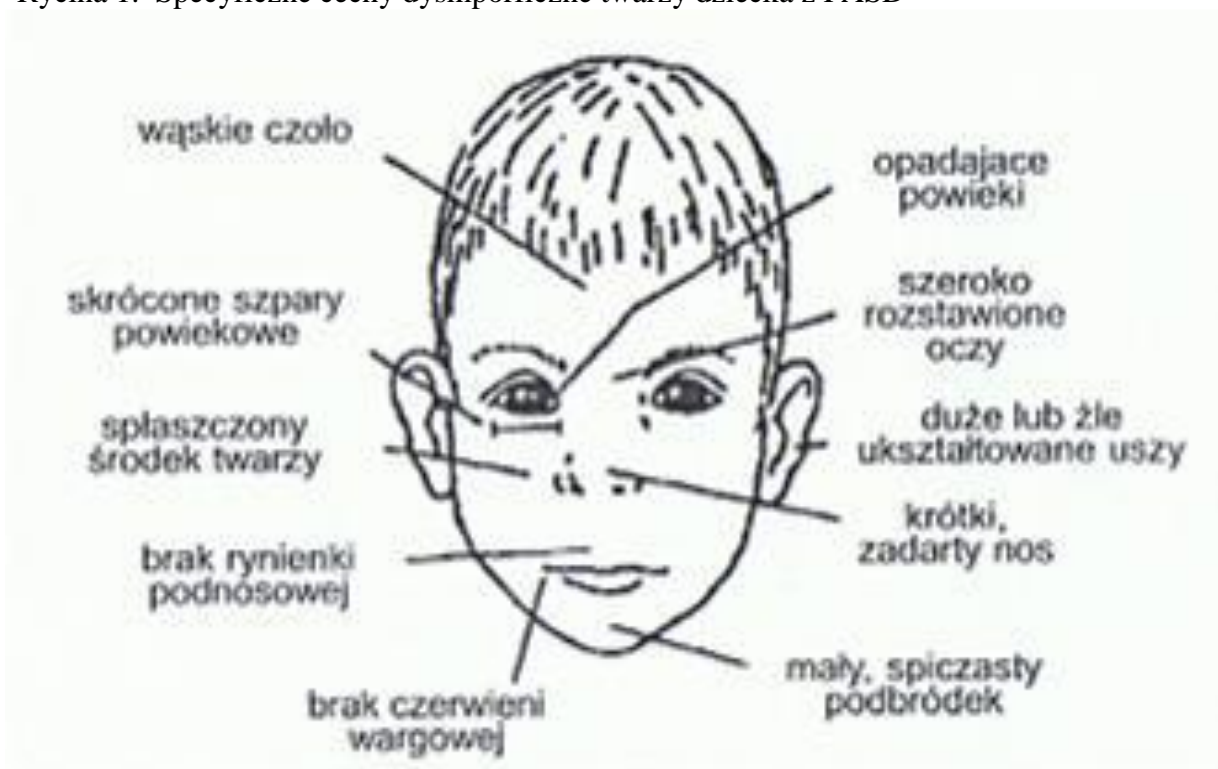
¹⁰⁶M. Klecka, *FAScynujące ...*, dz. cyt., s. 40 – 42.

¹⁰⁷ Tamże, s. 28.

¹⁰⁸ Por., M. Przysiałowska, *Płodowy Zespół Alkoholowy*, „Remedium” 2006, nr 10, s. 31.

deformacji w obrębie twarzoczaszki szczególnie charakterystyczne dla wyglądu dzieci z Alkoholowym Zespołem Płodowym należą: skrócone szpary powiekowe, szeroka nasada nosa; spłaszczenie środkowej części twarzy i obniżenie grzbietu nosa; spłaszczona lub słabo zaznaczona rynienka podnosowa; ścięczenie górnej wargi; opadająca jedna lub dwie powieki; krótki zadarty nos. A także ubytki słuchu; skolioza; skrócone piąte palce stóp i dłoni, paznokcie hipoplastyczne, obecność podłużnej bruzdy na powierzchni dłoniowej rąk¹⁰⁹. Najbardziej charakterystyczne cechy dysmorficzne twarzy dziecka z FAS prezentuje poniższa rycina.

Rycina 1. Specyficzne cechy dysmorficzne twarzy dziecka z FASD



Źródło: M. Banach (red.) *Dzieci wymagające specjalnej opieki zdrowotnej*, Fundacja Oświecenia Publicznego, Kraków 2004

Na rozwój FAS wpływa wiele czynników. Najważniejsze z nich to: ilość oraz częstotliwość wypijanego przez matkę alkoholu; faza ciąży, na którą przypada okres największego spożycia alkoholu; stadium rozwoju płodu; stan odżywienia matki; przyjmowanie innych niż alkoholu substancji psychoaktywnych; czynniki genetyczne; ogólny stan zdrowia matki. Alkohol wpływa na rozwijający się płód w dwojaki sposób: bezpośrednio- zaburza prawidłowy wzrost i różnicowanie komórek oraz pośrednio- obniża dopływ tlenu oraz substancji odżywczych a także zaburza gospodarkę hormonalną. Najsilniej uszkadzający wpływ ma w czasie pierwszych 6- 8 tygodni życia płodu, kiedy to kobieta nie zdaje sobie nawet sprawy z tego, że jest w ciąży. W każdym okresie życia zarodka i płodu alkohol- zwęża naczynia krwionośne w łożysku i sznurze pępowinowym- przyczyniając się do upośledzenia odżywiania i dotlenienia organizmu. Niska waga urodzeniową oraz niedobór wzrostu w stosunku do wieku metrykalnego to jedne ze skutków upośledzonego transportu łożyskowego. Prawidłowy wzrost i rozwój w okresie życia wewnątrzmacicznego wymaga stałego dostarczania przez łożysko aminokwasów- podstawowy budulec dla białek będących niezbędnymi elementami

¹⁰⁹ Por., M. Bäcker, *Alkoholowy Zespół Płodowy- niechciane picie, niezawinione kalectwo*, „Kultura i Edukacja” 2004, nr 1, s.129.

dla budowy i czynności komórek oraz glukozy, która dostarcza energii niezbędnej dla syntezy białek i komórkowego materiału genetycznego (DNA)¹¹⁰.

Dla płodu jest najbardziej wrażliwy na teratogenne właściwości alkoholu w pierwszym trymestrze ciąży. Alkohol uszkadza u płodu zarówno strukturę, jak i funkcje mózgu. Alkohol uszkadza głównie hipokamp, płaty czołowe, spoidło i jądra podstawy oraz mózdzek, szlaki łączące obie półkule mózgu, zmniejsza też grubość kory mózgowej – wszędzie tam powoduje powstanie anomalii w zakresie i struktur, i funkcji. Przyczynia się również do upośledzenia migracji komórek, ich spowolnienia lub wędrówki do niewłaściwych okolic mózgu. Należy dodać, że nadmierne zwiększenie aktywności elektrycznej w strukturach mózgu może wywołać obrzęk i uszkodzenie komórek nerwowych. W wyniku tak licznych uszkodzeń może dojść do opóźnienia sprawności ruchowej dziecka oraz jego mowy, do upośledzenia zmysłu równowagi, słuchu i powonienia. U noworodka mogą wystąpić zakłócenia rytmu snu, brak zdolności do reagowania i adaptacji, słaby odruch ssania, drżenie, trudności w wygaszaniu nieistotnych bodźców zmysłowych, nadaktywność. W dzieciństwie, młodości oraz w wieku dorosłym zdarzają się przypadki upośledzenia pamięci, trudności z rozwiązywaniem problemów, podjęciem złożonej decyzji, przetwarzaniem i magazynowaniem informacji, myśleniem abstrakcyjnym. Może pojawić się upośledzenie orientacji wzrokowo-przestrzennej, trudności z zapamiętywaniem przedmiotów, przenoszenie uwagi z jednego zadania na drugie, upośledzenie koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz problemów z oceną poznawczą (z oceną wagi, rozmiaru, ilości, długości) osoby te wydawać się mogą niezdarne, zwłaszcza podczas wykonywania zadań wymagających precyzji ruchów. Mogą się również pojawić kłopoty z czytaniem, ortografią oraz posługiwaniem się językiem werbalnym i pozawerbalnym. Osoby narażone na kontakt z alkoholem w życiu płodowym mają również trudności na poziomie zachowania. Należą do nich między innymi trudności z utrzymaniem uwagi i koncentracją, upór, wycofywanie się oraz niski poziom socjalizacji i umiejętności komunikowania się. Często pojawiają się problemy z nadużywaniem alkoholu i narkotyków, zachowania antyspołeczne oraz skłonność do zaburzeń zachowania¹¹¹. Alkohol uszkadza płód bardziej niż jakikolwiek narkotyk, ponieważ jego działanie nie ogranicza się do niektórych tylko obszarów, ale upośledza całość funkcjonowania dziecka w sferach: fizycznej, psychicznej i społecznej. Pomimo, iż substancje psychoaktywne nie są w stanie wywołać tak poważnych konsekwencji jak alkohol nie wolno bagatelizować skutków, jakie niosą dla rozwijającego się płodu. Marihuana, kokaina, amfetamina, heroina, nikotyna- każda z nich wpływa destrukcyjnie na rozwijające się pod sercem matki dziecko.

U kobiet ciężarnych przyjmujących substancje uzależniające można stwierdzić obecność także pewnych innych cech, mających znaczący wpływ na wynik ciąży. Tryb życia, stan zdrowia fizycznego i psychicznego, sposób odżywiania się oraz status socjoekonomiczny są ważnymi czynnikami, pozwalającymi przypuszczać, jaki będzie stan urodzonego przez nie dziecka.

Narażenie w życiu płodowym na działanie alkoholu lub niektórych innych substancji psychoaktywnych może spowodować upośledzenie rozwoju somatycznego i psychicznego oraz wpłynąć na zaburzenia zachowania. Dla opracowania planu skutecznego działania zapobiegawczego i interwencyjnego, niezbędne jest poznanie mechanizmów działania tych substancji a także poznania interakcji zachodzących między nimi. Ponadto konieczne jest poznanie ich wzajemnego oddziaływania z czynnikami związanymi z trybem życia¹¹².

Nie istnieje bezpieczna dawka alkoholu, którą można wypić podczas ciąży z całkowitą pewnością, że nic się nie stanie rozwijającemu się dziecku. Nie wiemy również czy istnieje taki okres ciąży, w którym można pić alkohol bez szkody dla rozwijającego się organizmu

¹¹⁰ Por., tamże, s. 26.

¹¹¹ Por., tamże, s. 29- 30.

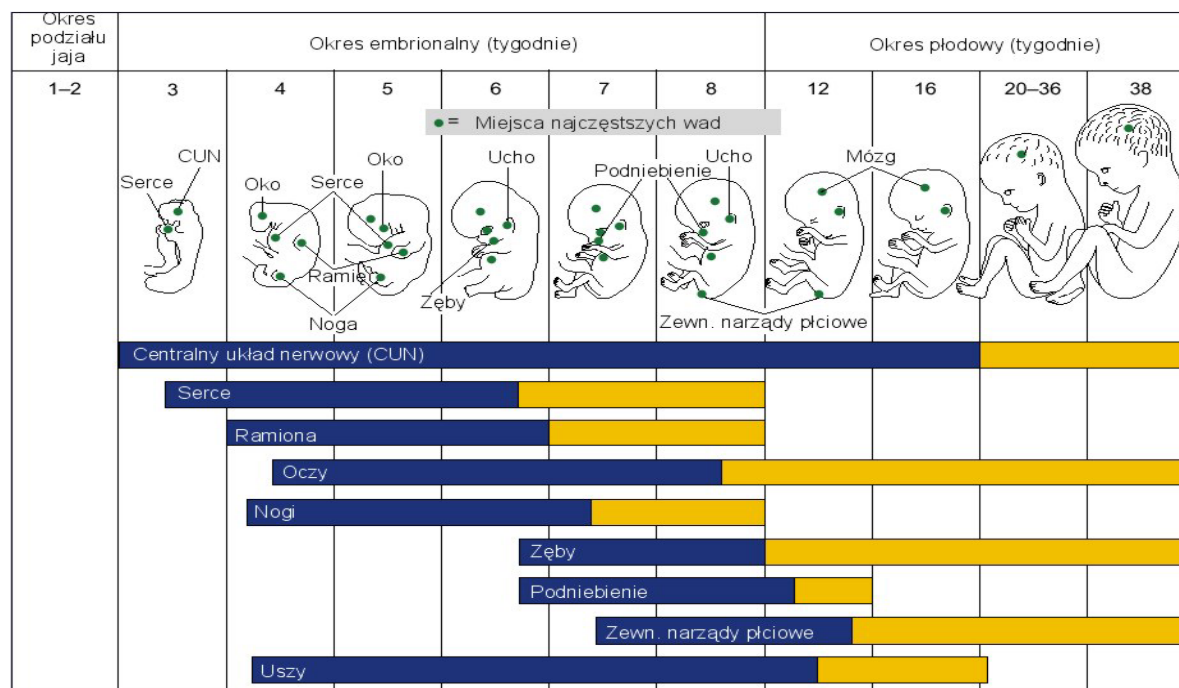
¹¹² Por., W. Dyr, *Teratogenne działanie alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 2005, nr 1-2, s. 20- 23.

dziecka. Alkohol może wyrządzić rozwijającemu się embrionowi wiele szkód. Począwszy od poważnego uszkodzenia, wspomnianego wcześniej centralnego układu nerwowego, poprzez uszkodzenia układu pokarmowego, nerek, serca, płuc, deformacje twarzy i na poronieniu kończąc.¹¹³

Badania prowadzone nad określeniem krytycznych momentów narażenia płodu na działanie alkoholu opierają się na hipotezie, że picie w czasie ciąży prowadzi do strukturalnych i biochemicznych zaburzeń w obrębie organu, który znajduje się w momencie intensywnego rozwoju kiedy zadziała na niego alkohol. Naukowcom, za pomocą wielu badań i obserwacji udało się ustalić okresy szczególnej podatności płodu na powstanie wad wrodzonych w wyniku ekspozycji na etanol. Spożycie alkoholu w I trymestrze ciąży uszkadza mózg, osłabia rozwój komórek, atakuje główne organy płodu takie jak serce czy nerki, prowadzi do deformacji twarzy, powoduje poronienia. Spożycie alkoholu w II trymestrze ciąży osłabia rozwój mózgu, powoduje poronienia zagrażające życiu matki, uszkadza mięśnie, skórę, gruczoły, kości i zęby. W III trymestrze ciąży osłabia rozwój mózgu i płuc oraz prowadzi do zaburzenia rozwoju wzrostu¹¹⁴

U dzieci obciążonych FASD stwierdza się również zwiększenie ryzyka występowania często spotykanych wad wrodzonych, które pojawiają się w wielu przypadkach z przyczyn niekoniecznie związanych z alkoholem. Jednak wrodzone wady serca, rozszczep wargi i podniebienia, anomalie dróg moczowych i narządów płciowych oraz rozszczep kręgosłupa zdarzają się do 60 razy częściej u dzieci narażonych na wpływ alkoholu w życiu płodowym niż w populacji ogólnej.

Rycina 2. Narządy płodu najbardziej wrażliwe na teratogenne działanie alkoholu.



Źródło: E. Czech, M. Hartleb, Poalkoholowe uszkodzenia płodu jako niedoceniana przyczyna wad rozwojowych i zaburzeń neurobehawioralnych u dzieci, Alkoholizm i Narkomania, Tom 17, nr. 1-2, s. 13.

¹¹³M. Klecka, *Ciąża a alkohol. W trosce o dziecko FAS*, Wydawnictwo Parpamedia, broszura informacyjna.

¹¹⁴ M. Banach, *Dzieci wymagające specjalnej ...*, dz. cyt., s. 6.

W powyższej rycinie na niebiesko zaznaczono okresy, w których dochodzi do większości poważnych uszkodzeń płodu związanych z piciem alkoholu; kolor żółty to okres, w którym pojawiają się nieprawidłowości czynnościowe oraz mniejsze defekty strukturalne.

Dzieci przychodzące na świat z FAS mają problemy ze snem, ssaniem i połykaniem, cierpią na bóle żołądka i wymiotują. Są ciągle pobudzone, sfrustrowane i drażliwe. Charakteryzują się niską masą urodzeniową i wzrostem, zniekształconymi ustami i podniebieniem. Co dodatkowo potęguje problemy z przybieraniem na wadze i ze wzrostem. Dlatego w dalszej diagnostyce bardzo ważne jest skrupulatne odnotowanie wszystkich wyników badań i pomiarów dziecka. Dieta niemowlaka powinna być cały czas kontrolowana i w razie potrzeby modyfikowana, gdyż niektóre z pokarmów mogą uczulać dziecko. Dlatego najlepiej, jeśli będzie karmione piersią, oczywiście pod warunkiem, że kobieta karmiąca nie spożywa alkoholu, a ze swojej diety wyeliminowała produkty spożywcze mogące wywołać u dziecka reakcje alergiczne. Istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo, że dzieci z FAS będą spały o nieregularnych porach, a ich sen będzie niespokojny i często przerywany przebudzeniami.

Mały człowiek o okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa rozwija się najszybciej w ciągu swojego życia. U dzieci z FAS rozwój ten będzie opóźniony, dlatego rodzice powinni pobudzać dziecko poprzez stosowanie gier i zabaw dostosowanych do jego wieku i możliwości rozwojowych.

Dzieci z FAS nie potrafią uczyć się na własnych błędach, dlatego będą je powtarzać wielokrotnie. Żeby pomóc im w rozwinięciu samokontroli, zdolności uczenia się i zapamiętywania, niezbędne jest utrzymywanie dyscypliny, ograniczeń i wymagań. Konsekwencje powinny być wyciągane natychmiast, a nie po upływie czasu, ze względu na to, że dziecko może mieć problemy z połączeniem nagród i kar ze swoim działaniem. Metoda nagradzania jest najskuteczniejszą formą rozwijania umiejętności poznawczych, czasami w przypadku dzieci z FAS skutkować może tylko metoda pochwał, która stymuluje jego poprawne zachowanie.

Patrząc przez pryzmat licznych nieprawidłowości rozwojowych u dzieci z FAS należy podkreślić ogromne znaczenie wiedzy na temat tej choroby. Niestety z przykrością należy odnotować fakt, że wiedza na temat wpływu alkoholu na rozwijający się płód jest wśród młodych kobiet znikoma. Niewielka jest też grupa osób wiedząca jak postępować w sytuacji poczęcia dziecka obciążonego syndromem FAS. Problem ten najczęściej występuje w środowiskach patologicznych a więc w tych, w które wchodzi z pomocą pracownicy socjalni. Ważne jest zatem aby posiadali oni minimalną chociaż wiedzę o tym jak pomagać rodzinom, u których pojawiło się dziecko z Alkoholowym Zespołem Płodu.

Od czego pracownik socjalny czy asystent rodziny ma zacząć pomoc, gdzie skierować na badania czy konsultacje medyczne, psychologiczne, pedagogiczne pozwalające zdiagnozować stan dziecka i określić najpilniejsze zadania związane z niesieniem niezbędnej pomocy i opieki. Pracownik socjalny czy asystent rodziny wkraczając w takie środowisko rodzinne winien zdawać sobie sprawę ze swojej odpowiedzialności i w miarę możliwości skutecznie pomagać.

Czym zatem kierować się w rozwiązywaniu problemów rodziny i dziecka?

Na co zwrócić uwagę, od czego zacząć?

Pierwsze niepokojące sygnały świadczące o tym, że dziecko może być chore, jest jego wygląd. Wydaje się że stosunkowo łatwo zaobserwować niepełny rozwój fizyczny objawiający się mniejszym wzrostem, niższą wagą, mniejszym rozmiarem głowy, a także zwłaszcza w przypadku pełnoobjawowego FAS występowaniem niektórych cech dysmorficznych twarzy. Warto zatem podjąć próbę skierowania dziecka do ośrodka diagnozującego tę chorobę. Oczywiście główny problem polega na tym, że jeszcze stosunkowo niewielka liczba instytucji taką diagnozę może przeprowadzić. W Polsce

najbardziej znanym ośrodkiem diagnostycznym jest Centrum Opieki Zastępczej w Lędzinach woj. Śląskie.

Ale z uwagi na prowadzone przez ten ośrodek szkolenia psychologów, pedagogów czy pracowników socjalnych pojawia się coraz więcej placówek mogących taką diagnozę przeprowadzić. Po zdiagnozowaniu dziecka należy uświadomić rodzicom ich szczególną odpowiedzialność i znaczenie w procesie wyprowadzania dziecka z jego problemów. Należy tu oczywiście mieć świadomość, że uszkodzeń, zaburzeń pierwotnych czyli tych nabytych w wyniku zaburzonego rozwoju w okresie życia płodowego nie usuniemy, ale możemy w miarę skutecznie przeciwdziałać pojawianiu się tzw. zaburzeń wtórnych uniemożliwiających w konsekwencji ich występowania normalne funkcjonowanie osoby na poziomie psychicznym i społecznym. Działania te winny przebiegać zgodnie z pewnymi zasadami. Zasady te wini asystenci rodziny przedstawić rodzicom i niejako przygotować ich do działań zgodnych z interesem dziecka. A że tak naprawdę najtrudniej zrozumieć i w pełni zaakceptować zachowania dziecka chorego na FAS, to fakt ten nabiera ogromnego znaczenia.

Co zatem mogą zrobić pracownicy socjalni w sytuacji kontaktu z rodziną posiadającą dziecko z FAS?

Po pierwsze zapoznać ich ze specyfiką choroby. Namówić do zbierania informacji pozwalających zrozumieć FAS. Najważniejsze bowiem jest, aby rodzice zrozumieli na czym ta choroba polega. Jak zachowuje się dziecko, jakie są mechanizmy jego zachowania? Błędne ich odczytanie może bowiem prowadzić do pogłębienia się defektów występujących u dziecka. A zatem dostarczenie odpowiedniej lektury, spotkania z osobami mogącymi udzielić konkretnych i kompetentnych informacji o specyfice choroby i funkcjonowaniu w niej dziecka, jest podstawa budowania świadomości rodzica. Zbieranie informacji można zacząć od postawienia pytania: Jakie są możliwości i potrzeby mojego dziecka chorego na FAS? Następnie warto sprawdzić historię dziecka tj. opisać jego dotychczasowe funkcjonowanie w rodzinie – domu, przedszkolu, szkole i innych instytucjach. Przeprowadzić rozmowę z dzieckiem i rodzicami. W pełni zaangażować rodziców tj. wyzwolić w nich chęć do poznania specyfiki funkcjonowania własnego dziecka. Zaszczepić konieczność obserwowania dziecka w różnych sytuacjach życiowych w domu jak i poza nim.

Kolejnym krokiem będzie opracowanie z rodzicami planu działania ukierunkowanego na pomoc dziecku. Takim przełomowym momentem będzie pytanie: co należy zrobić aby dziecko mogło zacząć odnosić sukcesy w domu przedszkolu czy szkole? Na tym etapie należy zachęcić rodziców do poszukiwania odpowiedzi w literaturze przedmiotu. Można wskazać kilka podstawowych książek opisujących problem, artykułów w prasie, czy wskazać na konkretne strony internetowe, na których pojawiają się konkretne informacje. Warto skontaktować rodziców z osobami mającymi doświadczenie w postępowaniu z dzieckiem z FAS. Mogą to być psychologowie z poradni, pedagog w szkole (pod warunkiem, że nie jest im obca tematyka FAS) lub rodzice dzieci, których dotyczy ten sam problem. Oczywiście na tym etapie należy podjąć już konkretną pracę z dzieckiem a może także z rodzicami.

Kolejny krok to ocena i kontrola przebiegu realizacji działań. A zatem stawiamy pytanie: Czy dziecko zaczęło odnosić sukcesy? Czy dobrze się czuje wraz z wprowadzonymi zmianami? Jak reagują jego rodzice. Czy należy zmodyfikować działania podejmowane w stosunku do dziecka i w stosunku do rodziców? Jeżeli plan nie przynosi zakładanych rezultatów należy zastanowić się czy mam jakieś inne pomysły, które możemy wdrożyć w życie? Czy można udoskonalić realizowany plan? Czy jakieś inne osoby nie powinny zostać włączone w realizowanie planu? Czy dziecko nie powinno zostać skierowane na dodatkowe badania (medyczne, psychologiczne, logopedyczne)? Jeśli wszystko, czego spróbowaliśmy nie sprawdziło się, jak jeszcze można mu pomóc?

Na wszystkich etapach pracy z dzieckiem i rodziną należy robić odniesienia. A zatem zindywidualizować tok pracy z dzieckiem i rodzicami. Zaangażować jak największą liczbę

osób do pracy z dzieckiem i najbliższymi. A co najważniejsze należy uświadomić sobie i rodzicom, że jest to specyficzna forma treningu cierpliwości. Bowiern efekty w postaci zmian w sposobie zachowania i funkcjonowania dziecka w środowisku przychodzą stosunkowo późno, postępują małymi krokami.

Prowadząc pracę z rodziną, asystent musi być gotowy do podejmowania trudnych rozmów z rodzicami. Musi nauczyć się zwracać o pomoc, kiedy jest potrzebna, i tego samego musi nauczyć rodziców dziecka. Powinien znaleźć najlepszą drogę porozumienia z rodzicami i dzieckiem oraz sposób na pełną komunikację w samej rodzinie. Powinien poznać rodzinę, dziecko z problemem, jego sposób funkcjonowania, cele i potrzeby. Warto aby nauczył się sam, a w końcowym efekcie także rodziców, współpracować z innymi ludźmi pracującymi z dzieckiem, pomagającymi mu w rozwiązywaniu jego palących problemów. Pracownik socjalny musi umieć dostosowywać swoje plany pracy z rodziną do bieżąco pojawiających się problemów i działać adekwatnie do sytuacji.

Ważnym elementem w pracy z rodziną dziecka z FAS to stworzenie grupy wsparcia dla rodziców i ich dziecka. Warto w środowisku lokalnym znaleźć osoby doświadczone i znające specyfikę tej choroby. Skontaktować z nimi rodziców. Włączyć do grupy pedagoga, psychologa, wychowawców i nauczycieli z placówek edukacyjnych i wychowawczych. Dziecko i rodzice nie mogą zostać sami w walce z chorobą.

Asystent rodziny powinien uświadomić rodzicom konieczność dokumentowania rozwoju własnego dziecka, wykorzystując do tego celu współczesne możliwości techniczne tj. aparat fotograficzny, kamerę a w innych przypadkach nawet aparat telefoniczny.

Rozpoczynając pracę z rodziną, w której jest dziecko z FAS, pracownik socjalny musi zwrócić uwagę na podstawowe założenia, jakie w pracy z dzieckiem chorym należy respektować. Należą do nich następujące: ograniczenie nadmiernej stymulacji; zmniejszenie nadwrażliwości sensorycznej; konsekwencja; stałość w otoczeniu; polisensoryczność bodźców; motywacja wewnętrzna i zaburzenia przywiązania. Istnieje też konieczność zwrócenia uwagi rodziny na zasady jakie w wychowaniu i opiece nad dzieckiem z Fas należy uwzględniać. Są to : konkret; stałość; powtarzanie; rutyna; prostota; szczegółowość, zasady; nadzór. Ich przyjęcie i przestrzeganie pozwoli na, z jednej strony zrozumienie przejawów choroby u dziecka manifestujące się w postaci nieakceptowanych zachowań, a z drugiej strony na ich ograniczenie.

Pracownik socjalny musi mieć świadomość, że małe dzieci rozwijają się w środowisku opartym o bliskie relacje z rodziną, i że te relacje wpływają praktycznie na wszystkie aspekty ich rozwoju. A zatem wczesne pielęgnowanie tych relacji ma decydujący i długotrwały wpływ na sposób w jaki ludzie się rozwijają, na ich zdolność do uczenia się i na ich zdolność do regulowania własnych emocji. Bliskie, pozytywne, wspierające relacje, zwłaszcza z rodzicami i opiekunami są kluczowe, zarówno dla przetrwania fizycznego jak i do zdrowego, prawidłowego i pełnego zarazem rozwoju społeczno-emocjonalnego. Relacje są sposobem dzieci na poznanie świata i swojego miejsca w nim. Relacje jakie pojawiają się w kochającej rodzinie zapewniają niezbędny komfort, ochronę, zachęcają i jednocześnie chronią przed stresami pojawiającymi się w życiu każdego dziecka. Poprzez zdrowe relacje społeczne dzieci rozwijają swoje emocje, które obejmują zdolność do współdziałania, współpracy i współtworzenia z innymi, wyrażające się u dzieci w podejmowaniu wspólnej zabawy, komunikowania się, uczeniu z innymi, doświadczenia emocji. Relacje pielęgnowanie w właściwie funkcjonującej rodzinie są kluczowe dla rozwoju zaufania, empatii, współczucia, zrozumienia drugiego człowieka.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, że im dłużej dziecko przebywa w niekorzystnych dla siebie warunkach tym mocniej utrwała negatywne skutki wynikające z niekorzystnej dla niego sytuacji rozwojowej. Tym trudniej skorygować, ograniczyć czy

wyeliminować zaburzone zachowania. Im dłużej dzieci żyją w szkodliwych warunkach, tym większe ryzyko, że poniosą trwale negatywne skutki takiego oddziaływania.

Niestety, wiele kobiet nadal pije w czasie ciąży. Znaczna część z nich ryzykuje urodzeniem i posiadaniem dziecka z Alkoholowym Zespołem Płodu oraz związanych z tym problemów. Zatem znalezienie nowych sposobów profilaktyki i budowania świadomości w tym zakresie jest bardzo ważnym zadaniem w kontekście kondycji zdrowotnej współczesnego społeczeństwa. Widzę tutaj znaczne możliwości oddziaływania pracowników socjalnych, asystentów rodziny, pedagogów, nauczycieli i wychowawców kształtujących postawy kolejnych pokoleń młodych ludzi. Poczyniono już znaczne postępy w propagowaniu wiedzy o Alkoholowym Zespole Płodu i zapobieganiu temu niekorzystnemu dla społeczeństwa zjawisku. Kampanie reklamowe, spoty emitowane w środkach masowego komunikowania to znaczący przykład takich działań. I chociaż jest już dziś jasne, że picie przez kobietę ciężarną dużych ilości alkoholu grozi uszkodzeniem płodu, że zaprzestanie spożywania alkoholu może wywrzeć pozytywny wpływ nawet na takie procesy i funkcje jak rozwój fizyczny i zachowanie, to niestety ta wiedza nie jest jeszcze wiedzą eliminującą czy nawet ograniczającą fakt występowania tego zjawiska. Wydaje się że ciągle to działania niewystarczające.

A przecież potrzeba tak niewiele.

Wystarczy, że kobiety w ciąży powstrzymają się od spożywania alkoholu!

Literatura przedmiotu:

BANACH M.(red.), Dzieci wymagające specjalnej opieki zdrowotnej. Fetal Alkohole Syndrome (Alkoholowy Zespół Płodu) i Fetal Alcohol Effects (Alkoholowy Efekt Płodu), Fundacja Oświecenia Publicznego TAAP, Kraków 2004

BĄCZER M., Alkoholowy Zespół Płodowy- niechciane picie, niezawinione kalectwo, „Kultura i Edukacja” 2004, nr 1

BREBOROWICZ G., Położnictwo i Ginekologia, tom I, Wydawnictwo PZWL Warszawa 2001

CHOLEWA J., Alkoholowy Zespół Płodowy FAS, „Wychowawca” 2008, nr 4

CZECH E., HARTLEB M., Poalkoholowe uszkodzenia płodu jako niedoceniana przyczyna wad rozwojowych i zaburzeń neurobehawioralnych u dzieci, „Alkoholizm i Narkomania”, Tom 17, nr. 1-2

DYR. W., Teratogenne działanie alkoholu, „Alkoholizm i Narkomania” 2005, nr 1-2

Dziennik Ustaw Ustawa o Pomocy Społecznej, 1990 nr 87 poz. 506, art. 1.ust.1

Dziennik Ustaw z 2013 r. poz. 182, z 2012 r. poz. 1544 i 1548, z 2013 r. poz. 509.

Dziennik Ustaw z 2013 r. poz. 135, z 2012 r. poz. 1519, z 2013 r. poz. 154, 866

Alkoholizm w: *Słownik Języka Polskiego*, pod red. M. Szymczak, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1982

GNOIŃSKI S., O alkoholizmie wśród dzieci szkół powszechnych Wilna (Badania statystyczne) w: „Trzeźwość” 1938 nr 11-12

HRYNIEWICZ D., Specyfikacja pomocy

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2007, [online] <http://www.srisangworn.go.th/icd10tm/icd10tm>

KLECKA M., Ciąża a alkohol. W trosce o dziecko FAS, Wydawnictwo Parpamedia, Warszawa 2007

KLECKA M., FAS-cynujące dzieci, Wydawnictwo Św. Stanisława BM Archidiecezji Krakowskiej, Kraków 2007

KLECKA M., JANAS-KOZIK M., Dziecko z FASD, Rozpoznanie różnicowe i podstawy terapii, Wydawnictwo Parpamedia, Warszawa 2009

KLECKA M., Cięża a alkohol. W trosce o dziecko FAS, Wydawnictwo Parpamedia, broszura informacyjna

ŁASZCZYCA P., Wiedza neurobiologiczna jest przydatna pedagogowi, w: Biomedyczne podstawy rozwoju z elementami higieny szkolnej, Doleżych B., Łaszczyca P. (red.), wyd. Adam Marszałek, Toruń, 2006

MATEJEK J., Działalność ośrodków adopcyjno-opiekuńczych w procesie przygotowania i wspierania rodzin zastępczych, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2008

MATEJEK J., Ośrodek Pomocy Społecznej jako instytucja wspierająca rodzinę na poziomie gminy, w: Z teorii i praktyki pracy socjalnej, M. Banach, J. Matejek (red.), MTM. Levoca 2012

MICHAELIS E.K., Michaelis M.L., Komórkowe i molekularne podstawy teratogennych właściwości alkoholu, w: Alkohol a zdrowie. Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem, DURDA R. (red.), PARPAMEDIA, Warszawa 1998

PACEWICZ A., Jak pomóc dziecku nie pić, PARPA, Warszawa 1997

Raport z badań, www.ciazabezalkoholu.pl, 2007.

RACZYŃSKI P., Materiały informacyjne o FAS dla lekarzy, opracowanie: P. Raczyński, Wydawnictwo Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2007

PRYZSTAŁOWSKA M., Płodowy Zespół Alkoholowy, „Remedium” 2006, nr 10

WATOREK M., Zjawisko alkoholizowania się wśród młodzieży gimnazjalnej, Praca magisterska napisana pod kierunkiem naukowym dr M. Banach, Kraków 2008r

ZIELIŃSKI A., Ewolucja wzorów używania alkoholu wśród dorastającej młodzieży w Polsce w XX wieku, PARPA, Warszawa 2006

ZIELIŃSKI A., Normy społeczne związane z alkoholem, maszynopis Instytut Neuropsychologiczny, Warszawa 1986

ŻBIK P., Zjawisko alkoholizowania się młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej, Praca magisterska napisanej pod kierunkiem naukowym dr M. Banach, Kraków 2008

dr Marek Banach
Instytut Pracy Socjalnej
Uniwersytet Pedagogiczny
im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie

Aksjologiczno – kulturowe uwarunkowania postrzegania sensu życia człowieka

Anna Opar, Tadeusz Piątek (PL)

Streszczenie: *W artykule omówione zostały wybrane aspekty teoretycznych i praktycznych uwarunkowań postrzegania sensu życia przez człowieka w kontekście aksjologiczno – kulturowym. Odzwierciedleniem sensu życia są aspiracje i orientacje życiowe człowieka.*

Słowa kluczowe: *Sens życia, aspiracje życiowe, orientacje życiowe*

Abstract: *Article discusses some aspects of the theoretical and practical considerations of perception by the human sense of life in the context of axiological – culturally. A reflection of the meaning of life are the aspirations and orientations of human life.*

Keywords: *The meaning of life, life aspirations, life*

Wprowadzenie

Pojęcie *sens życia* pojawia się w kontekście człowieka, jego funkcjonowania, jakości jego życia, jego aspiracji życiowych, itp. Samo pojęcie *sens życia* jako pojęcie dwuczłonowe ma w swoim znaczeniu podwójny wymiar. Pierwszy wymiar to kontekst pierwszego członu czyli znaczenie słowa *sens*. Z łacińskiego *sensus* – oznacza zmysł, podejmowanie lub w innym znaczeniu to logiczność, rozsądek. Pojęcie *sens* jest pojęciem wieloznacznym ponieważ jest:

- zamiennie używane z pojęciami znaczenie,
- intencjonalnym odniesieniem do przedmiotu poznania,
- synonimem racjonalności,
- rozumiane jako przyczyna, racja, w szczególności przyczyna celowa czegoś [por. Stróżewski 2005: 466-466, por. Dyrda 2009: 29].

Pojęcie sensu często związane jest z istotą i znaczeniem jakiegoś przekazu, z użytecznością czynności, z ich wartościowością, ekonomicznością, z właściwościami jakiejś idei.

Równie ważnym i złożonym pojęciem jest pojęcie *życie*. Z punktu widzenia dokonywanych analiza życie jest splotem działań człowieka, które kończy śmierć. Życie determinowane jest czasoprzestrzenią. Zarówno czas jak i miejsce w których żyjemy w znacznej mierze decydują o jakości samego życia. Należy również uwzględnić, że życie jest wartością podstawową, ważną dla wszystkich gatunków. Jak zauważa M. Cieślak, życie ludzkie jest tą wartością, „która o wszystkim innym przesądza. Bez życia nie ma człowieka, a bez człowieka wszystko co ludzkie traci swój sens na zasadzie *contradictio in adiecto*” [Cieślak 1985: 288].

Z kolei sens życia każdego człowieka wyznacza dążenie do realizacji zamyślonych i uświadomionych celów oraz działania podejmowane na rzecz ich realizacji. W życiu każdego człowieka, *sens życia* jest zjawiskiem, które prowadzi do pytań ważnych egzystencjalnie między innymi do pytań *o sens życia tu i teraz*, do pytania *po co żyje?* [por. Furmanek 2006].

M.J. Dyrda w książce pt. „Pedagogika społeczna. O aspiracjach, jakości i sensie życia” przywołuje twierdzenia twórcy logoterapii – V Franki, który twierdzi, iż egzystencja człowieka to przede wszystkim poszukiwanie sensu [Franki 1998: 21]. Każdy człowiek jest nastawiony mniej lub bardziej refleksyjnie wobec swego życia i cały czas towarzyszy mu jakaś koncepcja sensu życia. Zmierzając do nadania sensu swojemu bytowaniu, człowiek świadomie i podświadomie kieruje się ku temu, który objawia się w wewnętrznym głosie, kierującym ku dobru. ... Dopiero odnoszenie się w określony sposób do świata

fizycznego, społecznego i transcendencji nadaje życiu ludzkiemu pełny wymiar i jednocześnie jest wyrazem jego aspiracji oraz rozumienia sensu istnienia. Kiedy poszukuje się istoty sensu życia, wówczas wskazuje się na dążenie do celu ważnego z jednostkowego punktu widzenia. Wynika z tego, iż życie ma sens wówczas, kiedy człowiek do czegoś dąży, a traci w sytuacji braku obiektów dążeń [por Dyrda 2009: 29-30].

Życie to między innymi pokonywanie trudności. Pytając jednak o *sens życia* pytamy nie o to, czy rozumiemy te dwa wyrazy, lecz o to: *czy warto żyć? Czy życie ma wartość?* M.J. Dyrda na podstawie przeprowadzonych badań (badania metodą sondażu diagnostycznego na grupie 105 uczniów Liceum, 116 studentów 112 dorosłych [por. Dyrda 2009: 12]) i uzyskanych danych stwierdza, iż respondenci zdając sobie sprawę z życiowych trudności, uważają, iż życie jest sensowne. Tak stwierdziło 22,9% uczniów, 27,8% studentów i 29,5% osób dorosłych. Natomiast 45,7% uczniów, 54,8% studentów i 52,7% dorosłych wyraża przekonanie, iż życie jest trudne, ale sensowne. Taka postawa świadczyć może o ich gotowości do pokonywania trudności życiowych po to, aby zrealizować aspiracje.

Innym niezwykle ważnym zjawiskiem obserwowany jest negatywne nastawienie do życia. Dość liczna grupa – a mianowicie 15,2% uczniów, 10,5% studentów i 4,5% dorosłych – stwierdziła, iż życie nie ma zbyt wiele sensu lub jest bezsensowne. Jak dalej zauważa M.J. Dyrda wyniki badań mogą wskazywać na to, iż respondenci zdają sobie sprawę z trudności w osiągnięciu wysokiej jakości życia i nadaniu mu sensu. Jednak ich optymistyczne podejście do tego problemu – ważne jest z punktu widzenia aspiracji [por Dyrda 2009: 30-37].

Orientacje życiowe

Zagadnienie aspiracji życiowych, jest zagadnieniem ważnym zwłaszcza w czasach globalizacji, w okresie przemian społeczno – ekonomicznych. Przemiany społeczno-ekonomiczne mają charakter przemian cywilizacyjnych, a tym samym wpływają na zmianę modelu współczesnego Polaka, współczesnego Europejczyka, współczesnego człowieka – jego systemu wartości. Obecne społeczeństwo określa się mianem społeczeństwa informacyjnego, społeczeństwa wiedzy, gdzie jedną z cech takiego społeczeństwa jest konieczność kształcenia ustawicznego, samokształcenia, które to cechy wpisują się w realizację celów życiowych. Zagadnienia te nabierają szczególnego znaczenia w kontekście przemian filozofii, kultury i edukacji, wobec wyzwań współczesności. Wybór orientacji życiowych staje się coraz trudniejszy wobec dynamiczności i zmienności ponowoczesnej rzeczywistości [por. Cudowska 1999: 10]. Orientacja życiowa jest najczęściej definiowana jako układ celów życiowych i środków ich realizacji. Jest ona zasadniczym elementem subiektywnym „sposobu życia”. Jest jednak obiektywnie uwarunkowana, tzn. jest skutkiem i czynnikiem regulacji stosunków z otoczeniem. Zawiera w sobie trzy elementy: a) poznawczy, b) afektywny, c) dyrektywny. Stanowi ona historycznie zmienny sposób widzenia wartości sensu życia, a według J. Pietera (1938) określenie sensu swego życia jest „naczelną” potrzebą człowieka [Hejnicka-Bezwińska 1991: 17].

Orientacja życiowa powinna być bezpośrednią podstawą działania człowieka, inaczej ujmując – planowania własnych działań w wyniku których osiągnięty zostanie zamierzony cel życiowy [por. Piątek 2007]. Orientacja życiowa może być zatem traktowana jako wskaźnik sensu życia [por Furmanek 2006] a jednocześnie warunek i skutek istnienia sensu życia w świadomości człowieka. Na podstawie badań orientacji życiowych można rekonstruować sens życia i wnioskować o szansach rozwoju badanych. Człowiek współczesny ma nieograniczone niemal możliwości zaspokajania potrzeby sensu życia, ale nie każdy sposób jest jednakowo korzystny z punktu widzenia szans rozwoju. Wybór sposobu zaspokajania potrzeby sensu życia jest uwarunkowany społecznie i kulturowo oraz zdeterminowany jest przez osobiste doświadczenie człowieka. Dokonany wybór zawsze powoduje określone skutki

dla dalszego rozwoju jednostki i rozwoju całego społeczeństwa [Hejnicka-Bezwińska 1991: 37].

Aspiracje życiowe

Aspiracje są czynnikiem silnie determinującym zachowanie człowieka, współdecydują o planach życiowych oraz bliższych i dalszych zamierzeniach, pragnieniach a także warunkują w wysokim stopniu aktywność jednostki związaną z realizacją jej planów życiowych. Posiadane aspiracje mogą zarówno stymulować rozwój jednostki w kierunku jej dalszego doskonalenia i sięgania po coraz trudniejszych celów, jak również mogą być czynnikiem hamującym rozwój. Wśród aspiracji szczególne miejsce zajmują poglądy związane z osobistymi perspektywami życiowymi [por. Internet 1].

Aspiracje jednostki to zespół dążeń ukształtowanych na podstawie hierarchii wartości właściwych tej jednostce. Zależą one od samopoznania, samooceny i samookreślenia jednostki, a także od sytuacji społecznej. Aspiracje to dążenia, cele do których jednostka dąży długotrwale, np. założenie rodziny, zdobycie określonego stanowiska, zawodu. Aspiracje określa się również jako życzenia, pragnienia, zamierzenia dotyczące wyników własnego działania oraz osiągniętych w przyszłości stanów związanych z wykonywaniem określonego zadania lub osiągnięciem jakiegoś celu. *Słownik języka polskiego* (1988) podaje, że w mowie potocznej aspiracje są zwykle rozumiane jako „dążenie do czegoś, pragnienie osiągnięcia czegoś (najczęściej w odniesieniu do ambitnych zamierzeń, celów, ideałów życiowych itp.; ambicja, wymaganie”. *Słownik współczesnego języka polskiego* (2001) pod hasłem aspiracje zamieszcza następujące określenie: cele, które ktoś stawia przed sobą” [Pilch 2003: 195].

Aspiracje są jednym z komponentów osobowości człowieka, interesującym zarówno psychologów, socjologów jak i pedagogów.

Aspiracje życiowe studentów UR

Młodzież akademicka stanowi tę grupę społeczną, która musi sprostać tym dylematom, zmianom i wyzwaniom cywilizacyjnym. Realia współczesnego życia powinny zwłaszcza dla tej zbiorowości stanowić przedmiot refleksji i przyczynek do określenia własnej wizji przyszłości [por. Krasnodębska: 1997.]. Badania prowadzone w środowisku rzeszowskich studentów miały dać odpowiedź na pytanie: w jakim stopniu orientacje życiowe studentów nastawione są na wartości „materialne”, a w jakim stopniu na wartości „niematerialne”.

Podmiotem badań byli studenci piątego roku studiujący Rzeszowie (UR). Studenci Ci dorastali w okresie przemian społeczno – politycznych, byli świadomym uczestnikiem i świadkiem dokonujących się zmian. Można przypuszczać, że zdarzenia tego okresu miały wpływ na kształtowanie się postaw życiowych tej grupy społecznej.

Problematyka badań została skupiona wokół zagadnień: „Jakie globalne i szczegółowe wartości studenci czynią przedmiotem swoich własnych orientacji życiowych i zawodowych”; Jaki jest stosunek studentów do ich przyszłej pracy zawodowej?; Jakie są ich aspiracje życiowe i zawodowe?

W badaniach zastosowano metodologię ilościowo-jakościową badań, gdzie z metod ilościowych zastosowano m.in. badania sondażowe, z badań jakościowych zastosowano wywiad-rozмовę. Dobór grupy badawczej był dobozem celowym, natomiast ze względu na charakter pilotażowy badań zastosowano uproszczoną analizę statystyczną badań.

W badaniach udział brali studenci kierunków studiów: z edukacji techniczno-informatycznej, fizyki, historii, filologii polskiej, socjologii, filozofii – łącznie 103 osoby.

W celu uzyskania informacji jakimi wartościami ogólnoludzkimi kierują się studenci Uniwersytetu Rzeszowskiego zadano im między innymi pytania sprawdzające jaką wartość

przedstawiają dla nich określone cele i dążenia życiowe. Pytano również o to, które wartości odgrywają najważniejszą rolę w ich życiu, ponadto starano się ustalić ich rangę.

Tab. 1. *Cele i dążenia studentów w hierarchii ich wartości*

Lokata	Kategoria odpowiedzi	\bar{x}	(M \bar{x}) Płeć (K \bar{x})	
1.	Osiągnięcie szczęścia rodzinnego	4,78	4,75	4,79
2.	Możliwość osiągnięcia niezależności osobistej	4,60	4,50	4,67
3.	Wykonywanie pracy dającej satysfakcję	4,35	4,31	4,38
4.	Doskonalenie własnej osobowości	4,20	4,06	4,29
5.	Osiągnięcie stabilizacji materialnej	4,18	3,94	4,33
6.	Zapewnienie sobie spokojnego życia	4,15	4,19	4,13
7.	Zdobycie maksymalnej wiedzy i zawodowej	4,03	3,81	4,17
8.	Zapewnienie sobie awansu społeczno-zawodowego	4,00	4,00	4,00
9.	Uznanie prestiżu i poważania w swoim środowisku	3,68	3,69	3,67
10.	Uzyskanie prawa do samodzielnego przeżycia własnej biografii (własnej przygody)	3,50	3,44	3,54
11.	Osiągnięcie wyższej pozycji materialnej od rodziców	3,45	3,50	3,42
12.	Osiągnięcie wysokiej pozycji społeczno-politycznej	3,15	3,06	3,21
13.	Prowadzenia własnego przedsiębiorstwa dochodowego	3,00	2,63	3,25
14.	Zdobycie (sławy) rozgłosu	2,65	2,81	2,54

(* Skala odpowiedzi od 1 –do 5)

Wyniki badań przedstawione w tabeli 1 oraz inne uzyskane informacje w czasie badań jednoznacznie wskazują, że dla studentów najwyższą wartości stanowi rodzina – szczęście stworzonej rodziny. Z tymi wynikami koreluje pierwsze miejsce w hierarchii wartości jaką zajęła „miłość” (dla 93,75% badanych mężczyzn i 83% kobiet najważniejszą wartością w życiu jest miłość, na drugim miejscu znajduje się prawda, a na kolejnych rodzina, sprawiedliwość, pokój, praca, nauka, pieniądz, demokracja, piękno, podmiotowość) [por. Piątek 2008].

Aksjologiczny – kulturowy aspekt sensu życia

Zdolność do tworzenia kultury jest wyłączną domeną aktywności człowieka. Droga realizacji tego zadania jest zróżnicowana treściowo twórcza aktywność człowieka. Zdaniem G. Radbrucha, sens ludzkiego życia zawiera się w tworzeniu świata kultury [por Szyszkowska 1977:15], co oznacza jednocześnie, że sens ludzkiego życia zawiera się w generowaniu wartości, w tym dobra.

Świat kultury jest wynikiem twórczej pracy człowieka. Powstaje jako rezultat świadomego zmierzania człowieka ku wartościom. Kreowanie kultury – jako właściwość szczególna aktywności człowieka – powstaje jako rezultat rozmaitych rodzajów twórczości. Z kolei odnalezienie sensu istnienia wymaga wyboru jakiejś twórczej drogi, stosownie do tkwiących w nas twórczych właściwości indywidualnych [por. Obuchowski 1986].

W naszej rzeczywistości kulturowej utarło się przekonanie, iż tym, co w szczególny sposób wyróżnia człowieka jest jego rozum. Inaczej, rozumność jest *differentia specifica* człowieka. Dlatego zdaniem M. Szyszkowskiej należy zwalczając ten pogląd głosić, iż tym, co stanowi *differentia specifica* człowieczeństwa jest zdolność do tworzenia i współtworzenia świata

kultury [por. Szyszkowska 1977: 15]. Wymaga to, nie tylko aktywności intelektualnej, ale również wrażliwości, uczuciowości, wyobraźni oraz kształtowania w sobie zdolności do świadomego i zamierzonego, lecz pozbawionego zewnętrznego przymusu, wykonywania czynności, czyli zaangażowania woli.

To zaangażowanie woli oparte jest na systemie wartości. Jak zauważa W. Furmanek – dzięki wartościom człowiek ma szansę realistycznie rozumieć siebie i świat, w którym żyje oraz w inteligentny sposób kierować własnymi zachowaniami nadając im osobowy sens. Okres transformacji cywilizacyjnej – i skorelowanej z nią transformacji kulturowej – owocują szeregiem różnorodnych zjawisk nieobojętnych dla każdego człowieka. Zakłócenia aksjologiczne, zagubienie w świecie wartości, *życie w smogu informacyjnym i aksjologicznym*, *wielki wstrząs* [por. Fukuyama 2000] i tym podobne określenia starają się opisać niektóre z nich. Jednocześnie wskazują one również na to, że świat wartości jest dla każdego człowieka światem zjawisk ważnych egzystencjalnie [por. Furmanek 2006]. Media współkreują wartości oparte na pośpiechu, sensacji, brutalności, ukazują bezradność wobec wszelkich patologii społecznych i gospodarczych, tym samym odwracając uwagę ludzi od pytań najważniejszych dla każdego człowieka o sens życia o wartości stanowią podwaliny sensu życia, orientacji i aspiracji życiowych. Jednocześnie media pośrednio wskazują na te systemy postępowania każdego człowieka, które umożliwiają mu przetrwanie, określenie swojego miejsca w tej nowej tworzącej się rzeczywistości. Oparte są one na przedsiębiorczości, często także na umiejętnościach stosowania niedozwolonych prawnie metod, sprycie i przebiegłości. Promowanie takich postępowania w istocie rzeczy obniża *siłę kapitału społecznego* [por. Fukuyama 2000, por. Furmanek 2005, por. Furmanek 2005].

Dominującym stał się materializm praktyczny, prymat posiadania rzeczy nad osobą, prymat konsumpcjonizmu, nad osobowym – wewnętrznym, psychicznym i duchowym życiem człowieka. Wielość i różnorodność dylematów rozwojowych, kulturowych i moralnych niemal każdego człowieka owocują zmianami ujawniającymi się w hierarchii uznawanych i stosowanych w jego życiu wartości a tym samym zmieniają widzenie sensu swojego bytu, sensu życia. Wartościami dominującymi stają się wartości pozorne. I jak zauważa W. Furmanek w natłoku spraw codziennych zwykle zapominamy o tym, że sprawą o podstawowym i nadrzędnym znaczeniu – dla każdego z osobna człowieka – jest uświadomienie sobie faktu swojego niepowtarzalnego istnienia oraz odnajdywanie sensu własnego życia [por. Furmanek 2006].

Dzięki wartościom człowiek ma szansę realistycznie rozumieć siebie i świat, w którym żyje oraz w inteligentny sposób kierować własnymi zachowaniami nadając im osobowy sens. Sens życia, sens istnienia można upatrywać i odnajdywać w:

- wartościach absolutnych;
- wartościach utylitarnych;
- innym konkretnym człowieku (miłość kobiety do mężczyzny, czy dziecka);
- wzorze jakiegoś człowieka (bohatera filmu, czy literatury);

własnym idealnym wzorze wyobraźniowym [por. Furmanek 2006].

Podsumowanie

Jak słusznie zauważa M.J. Dyrda poszukiwanie sensu życia wymaga intelektualnej aktywności jednostki, aspirowania ku coraz wyższym, nawet idealnym celom.

Człowiek w badaniach naukowych rozwiązuje bardzo trudne problemy naukowe, zmierza w kierunku wyjaśnienia mechanizmów biologicznych życia a jednak – człowiek sam dla siebie wciąż pozostaje zagadką. Jakże często nie potrafi on w pełni poznać i zrozumieć samego siebie, a przez to nie umie rozwiązać oraz wyjaśnić wielu podstawowych problemów własnego istnienia

Człowiek może i powinien świadomie znajdować wizję swojego sensu życia, bo sensu życia nie można ukształtować z zewnątrz, każdy człowiek musi odnaleźć swój sens życia.

Literatura:

- CAMUS A., 1971, *Eseje*, Warszawa, ISBN 83-06-01250-X
- CIEŚLAK M., 1985, *Życie ludzkie jako przedmiot ochrony*, (w:) *System prawa karnego. O przestępstwach w szczególności.*, red. I. Andrejew, L. Kubicki, J. Waszczyński, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź.
- CUDOWSKA A., 1999, *Metodologiczne konteksty orientacji życiowych współczesnych studentów*, Białystok, ISBN: 83-86696-56-7
- CZAPIŃSKI J., Panek T. (red.), 2006, *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków 2005*, , Warszawa.
- CZAPIŃSKI J., Panek T. (red.), 2007, *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków 2007*, Warszawa.
- DYRDA M.J., 2009, *O aspiracjach jakości i sensie życia*, Wyd. Oficyna Wydawnicza ASPRA – JR, Warszawa 367s., ISBN 978-83-7545-015-6
- FRANKI V., *Homopatiens*, Warszawa 1998,
- FUKUYAMA F., 2000, *Wielki wstrząs. Natura ludzka a odbudowa porządku społecznego*, Warszawa.
- FURMANEK W., 2005, *Sens życia kategorią pedagogiki wartości* (w:) *Wartości w pedagogice* red. W. Furmanek, Rzeszów – Warszawa 2005, s 50-76.
- FURMANEK W., 2006, *Sens życia a sens pracy człowieka*, [w:] *Pedagogika pracy i andragogika w konstelacji europejskiej i globalnej*, red. Z. Wiatrowski, Włocławek.
- FURMANEK W., 2006a, *Zarys humanistycznej teorii pracy*, Wyd. IBE, Warszawa, ISBN 978-83-88845-84-0
- HEJNICKA-BEZWIŃSKA T., *Orientacje życiowe młodzieży*, Bydgoszcz 1991, ISBN 83-86244-08-9.
- HROŃCOVÁ J., EMMEROVÁ I., 2004, *Sociálna pedagogika*, Wyd. PF UMB, Banská Bystrica, 280s. ISBN 80-8083-028-2
- Internet 1: www.lcez.lublin.pl/pliki/wartosci_i_aspiracje_mlodziemy.doc (luty 2007)
- KRASNODEBSKA A., 1997, *Orientacje aksjologiczne młodzieży akademickiej. Z badań nad studentami uczelni opolskich*, Opole.
- KUCZYŃSKI J., 1981, *Sens życia*, Książka i Wiedza, Warszawa, 261s.
- OBUCHOWSKI K., 1986, *Człowiek intencjonalny*, Warszawa.
- PIATEK T., 2007, *Planowanie działań – czas kategorią aksjologiczną pedagogiki pracy*, [w:] *Praca człowieka jako kategoria współczesnej pedagogiki*, red. W. Furmanek, Rzeszów–Warszawa 2007, ISBN 978-83-88845-82-6
- PIATEK T., 2008, *Aspiracje życiowe i zawodowe studentów (na przykładzie studentów Uniwersytetu Rzeszowskiego)*, (w:) *Wybrane problemy pedagogiki pracy w aspekcie przygotowania do zatrudnienia*, red. R. Gerlach, A. Kulpa-Puczyńska, R. Tomaszewska-Lipiec, Bydgoszcz, 2008, s. 271-278, ISBN: 978-83-7096-656-0.
- PIATEK T., 2011, *Společno-pedagogiczne uwarunkowania aspiracji i planów życiowych studentów*, (w:) *Teoria i praktyka wartości w pedagogice* red. nauk. W. Furmanek, Rzeszów, s. 262-282, ISBN: 978-83-7338-653-2.
- PILCH T., *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, Warszawa 2003
- STRÓŻEWSKI W., 2005, *Istnienie i sens*. Kraków,
- SZCZEPAŃSKI J., *Sprawy ludzkie*, Warszawa, 1971
- SZYSZKOWSKA M., *W poszukiwaniu sensu życia*, Warszawa 1977.

WOJTYŁA K., 1999, *Elementarz etyczny*, Wyd. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin, 103s.,
ISBN 83-87703-40-0

Dane do kontaktów:

Anna Opar

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

e-mail: aniaopar@poczta.fm

Tadeusz Piątek

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

e-mail: tpiatek@poczta.fm

Logoterapia v procese osvojenia dieťaťa

Stanislava Hulinová, Eva Žiaková (SR)

Abstrakt Väčšina autorov poukazuje na logoterapiu ako jednu z psychoterapeutických metód, ktorej využiteľnosť siahá do rôznych oblastí ľudského života. Tento príspevok sa zaoberá problematikou náhradnej starostlivosti, a jeho cieľom je v konkrétnom projekte zakomponovať logoterapeutický prístup do procesu osvojenia dieťaťa.

Kľúčové slová: logoterapia, zmysel života, osvojenie dieťaťa.

Abstract Most authors points to logotherapy as one of psychotherapeutic methods, which extends applicability to different areas of human life. This contribution deals with the care, and aims to incorporate the specific project logotherapy approach to the process of adoption of the child.

Key words: logotherapy, meaning of life, adoption.

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 „Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie“

Úvod

Proces osvojenia dieťaťa mnohokrát so sebou prináša veľa náročných situácií, ktoré si neraz vyžadujú dávku sebaobetovania, pokory, trpezlivosti, zriekania sa, a to ako zo strany žiadateľov o osvojenie tak aj zo strany dieťaťa. Preto niet pochyb o tom, že proces osvojenia dieťaťa potrebuje neustále hľadanie možností a prostriedkov pre jeho uľahčenie a zefektívnenie. Keďže využitie logoterapeutického postupu v oblasti náhradnej starostlivosti je na Slovensku veľmi málo rozvinuté, chceli by sme načrtnúť jeho využitie práve v tejto oblasti.

1. Úskalia osvojenia dieťaťa

Osvojením dieťaťa v našej krajine sa dieťa neodvolateľne a natrvalo stáva členom adoptívnej rodiny, ale úspech závisí na prijatí týchto právnych vzťahov, čo sa odráža v psychickej integrácii dieťaťa do adoptívnej rodiny a prejavuje sa v odmeňovaní vzťahov medzi rodičom a dieťaťom, vzájomnými pocitmi spolupatričnosti a subjektívnym pocitom trvalosti. Kľúčovou úlohou adoptívnych rodičov a dieťaťa je práve rodinná integrácia.

Adoptované deti by sa postupne mali integrovať do ich nových náhradných rodín, ale tiež potrebujú rozlišovať medzi adoptívnou a biologickou rodinou a tak nájsť zmysel ich statusu adoptovaného dieťaťa. Deti, u ktorých proces integrácie prebieha hladko, sú najčastejšie tie, ktoré sú umiestnené v rannom veku a nie sú poznačené negatívnou skúsenosťou s predošlým umiestnením; vytváranie nových príležitostí môže byť oveľa vyššie u detí, ktoré zakúsili nepriaznivé prostredie (napr. deti odobraté biologickým rodičom, z dôvodu obáv o zneužívanie a zanedbávanie dieťaťa) alebo majú negatívnu skúsenosť z ústavnej starostlivosti v inej krajine (Dozier, Rutter, 2008). Pre deti, ktoré sú osvojené vo vyššom veku je náročnejšie zvyknúť si v novej rodine, a preto je dôležité, aby sa tak ako rodičia tak aj dieťa snažili vzájomne sa spoznať, a tak vytvárať spoločné životné prostredie (Thomas, et.al., 1999.). V adoptívnej rodine vzniká potreba rozlišovať adoptívnu rodinu od biologickej v zmysle zvládnuť pocity dieťaťa vo vzťahu k biologickej rodine, nájsť zmysel v adoptívnej rodine, neklásť si otázku „prečo“. Brodzinsky (2005) tvrdí, že adopcia je pre osvojené deti

veľmi stresujúca a ambivalentné pocity sa môžu objaviť akonáhle je dieťa dost' staré na to, aby pochopilo dôsledky osvojenia, ako napríklad, že nie len že získal rodinu ale aj stratil, že sa líši od väčšiny svojich rovesníkov a že medzi ním a jeho adoptívnymi rodičmi nie je biologické puto. Úlohou adoptívneho rodiča je pomôcť dieťaťu vyjadriť a pomenovať svoje pocity týkajúce sa osvojenia, ktoré on už by mal mať zvládnuté. Rodičovská otvorenosť by mala pozitívne pôsobiť na emocionálny a behaviorálny vývin dieťaťa, zvýšenie sebavedomia a rozvoj identity dieťaťa.

2. Súčasný stav skúmania danej problematiky

Dosiahnuté zistenia zrealizovaných výskumov na Slovensku aj vo svete, reflektujú potrebu vytvárania účinných postupov pre zefektívnenie práce v procese osvojenia zo strany sociálnej práce.

V roku 2007 Inštitút pre výskum práce a rodiny na Slovensku uskutočnil empirický sociologický výskum *efektivity zabezpečovania náhradného rodinného prostredia pre deti*. Výskum okrem iného reflektuje aké sú najčastejšie dôvody rozhodnutia prijatia dieťaťa do náhradnej rodinnej starostlivosti a aké skupiny detí je ťažšie umiestniť do rodinného typu náhradnej starostlivosti. Ako hlavný dôvod prijatia dieťaťa do náhradnej rodiny bola zaznamenaná neplodnosť partnerov, túžba po dieťati tých ľudí, ktorí žijú bez partnera, a pomoc opustenému dieťaťu. Až 88,8% respondentov nemôže naplniť svoju potrebu rodičovstva prirodzenou formou, preto si vyberá možnosť stať sa náhradným rodičom, prostredníctvom čoho budúci osvojiteľia uvádzajú, že sa môžu stať úplnou rodinou, naplniť túžbu po dieťati, nájsť zmysel života. Výsledky ďalej uvádzajú, že najväčším problémom pre žiadateľov je prijať do svojej rodiny opustené dieťa, rómske dieťa a dieťa rodičov závislých na drogách. Žiadanejšie sú dievčatá pred chlapcami a deti v čo najmenšom veku (Bernhauserová, 2007).

Program vzdelávania náhradných rodičov ako prevencia a riešenie situácií sociálneho ohrozenia skúmal najčastejšie psychologické a sociálne problémy u detí. Náhradní rodičia ako najčastejšie problémy označili hyperaktivitu detí, sociálnu neprispôsobivosť, problémy so vzdelávaním, ťažkosti vo vzťahoch s rovesníkmi a inými ľuďmi (Kelley, 2004).

Rueter, Keyes, Iacono a McGue (2009) skúmali vzájomné rodinné interakcie kde sa u adoptovaných adolescentov prejavili viaceré konflikty v porovnaní s adolescentmi, ktorí vyrastajú v biologických rodinách. Podobne aj v rodinách, ktoré mali adoptované aj biologické dieťa sa vzťahy adoptovaných detí s rodičmi v období adolescencie vyznačovali častejšími problémami ako s biologickými deťmi.

Skúmanie emocionálnych a sociálnych problémov preukázalo, že u detí, ktoré vyrastali v náhradných rodinách sa vyskytli výraznejšie emocionálne problémy a problémy v správaní (Rosnati, Montiroso, Barni, 2008).

Prostredníctvom meta - analýzy, ktorá porovnávala adoptované a biologické deti Van IJzendoorn, Juffer, a Poelhuis (2006) zistili, že deti, ktoré vyrastali v detských domovoch majú nižšie IQ ako deti, ktoré vyrastali vo vlastnej alebo náhradnej rodine. Pri porovnaní s deťmi vyrastajúcimi v biologických rodinách, adoptované deti dosahovali v IQ testoch rovnaké skóre, avšak ich schopnosť učiť sa bola na nižšej úrovni.

U detí, ktoré boli adoptované do prvého roku života neboli zaznamenané výrazne odlišnosti v schopnosti pripútania, výške a školských výkonoch. Tieto odlišnosti boli výraznejšie u detí, ktoré vyrastali v nevhodnom prostredí (Van IJzendoorn, Juffer, Poelhuis, 2006).

3. Logoterapia

Jedinečnosť logoterapie neplynie z psychologických stratégií alebo techník, ale zo schopnosti logoterapie prispôbiť sa potrebám každého jednotlivca. To vyžaduje aby

terapeut bol schopný improvizovať v konkrétnych situáciách, pričom bude dohliadať na jedinečnú celistvosť individuálneho klienta (Lukas, Hirsch, 2003).

Nemecká psychoterapeutka Elizabeth Lukasová si všimla, že ak chce rešpektovať individualitu svojich klientov, ich jedinečné situácie, potom namiesto toho aby nasledovala špecifické predpisy musela počúvať jej klientov: „... *otvorila som uši jednoduchým výrazom mojich klientov, vyhládala som melódiu ich hlasov a hľadala som...stopy po zmysle...*“ (Fabry, Lukas, 1995) Frankl vždy zdôrazňoval dôležitosť vnímať každého človeka ako jedinečnú bytosť; duchovnú bytosť, ktorou on alebo ona je a čerpať z toho.

3.1 Súčasné logoterapeutické metódy

Spomínaná psychoterapeutka E. Lukasová (1997) sa využívaním logoterapeutických techník zaoberá výchovným, osobným a rodinným poradenstvom. Autorka chápe logoterapiu vo výchove ako uhol pohľadu, ktorý je nasmerovaný na prevzatie zodpovednosti za svoj život a svoje konanie a negatívne sa stavia k myšlienke všetko dovoliť a podporovať vybitie afektov. Vedie k poučeniu, ako výchovou nadobudnúť sebvýchovu. Podstatou využitia logoterapie vo výchove je definovať problém. Úlohou sociálneho poradcu je poukázať klientovi, že je jedinečný a jeho okolie ho potrebuje. Uvedomenie si vlastnej hodnoty je základom pre zdravý a spokojný život. Ak bude klient schopný nasmerovať svoj život na druhých, jeho život nadobudne zmysluplnejší rozmer.

Medzi kompetencie sociálneho pracovníka patri aj spolupráca, poradenstvo a stretávanie sa s rodinami, ktoré sa pripravujú na osvojenie dieťaťa, alebo si dieťa už adoptovali. Logoterapeutický prístup sa dá využiť aj v práci sociálneho pracovníka pracujúceho v oblasti náhradnej rodinnej starostlivosti. V interakcii so žiadateľmi dominuje oblasť sebareflexie, motivácie, sebaakceptácie a akceptácie iných či spôsob spracovávania reality hlavne pokiaľ ona sama spôsobuje záťaž. Pre žiadateľov i pre ďalší vývoj vzťahu medzi nimi a personálom pomáhajúcich profesií je veľmi dôležité minimalizovať pocit, že sú objektmi pozorovania a hodnotenia, v prospech pocitu, že môžu byť aktívnymi subjektmi interakcie, ktorí ju ovplyvňujú, ale môžu z nej aj niečo načerpať. Logoterapeutický prístup k človeku odmieta predstavu o sebestve ako základnej motivácii človeka. Tento prístup však akcentuje obraz človeka, ktorého najvyššou potrebou je potreba pochopiť zmysel. Ak je zmysel odcudzený a chýba jeho pochopenie, človek nedokáže vedome utvárať svoj vlastný život. Jeho duchovný potenciál zostáva nevyužitý, čo vedie k rôznym poruchám a môže byť častým zdrojom neurotizácie osobnosti. Napríklad ak si jednotlivec alebo manželia chcú osvojiť dieťa, toto rozhodnutie im prináša množstvo odriekaní a prekonania sa (musia podstúpiť široké spektrum vyšetrení...), ktoré sa môže javiť pri záverečnej bilancii ako zbytočné, nezmyselné a neefektívne (Grznárová, 2000). Práve v takýchto situáciách je možné využiť logoterapeutický prístup.

Logoterapia disponuje metódami ktoré sa dajú využiť aj v oblasti osvojenia dieťaťa. Patri sem sebatranscendencia, ktorá sa prejavuje schopnosťou človeka presahovať sám seba, pre vyšší cieľ. Táto schopnosť prináša duševnú stabilitu. Ak človek žije len pre seba a vlastné blaho, žije v neustálom strachu o svoj život. Človek, ktorý sa dokáže odosobniť a žiť svoj život pre iných, je spokojný a vyrovnaný, pretože jeho život má zmysel. Ďalšou metódou je dereflexia, ktorá je opakom sebareflexie, a znamená odvrátenie od seba pozorovania, od dôležitosti vlastného ja. Intenzívne venovanie pozornosti vlastnej osobe môže viesť k psychosomatickým ťažkostiam, ktorými dnes trpí značná časť populácie. Klientovi táto metóda ukazuje na čo by nemal myslieť. Vopred sa mu poskytne iný, veľmi dôležitý myšlienkový obsah, na ktorý má zamerať svoju pozornosť, a tým odvieť jeho pozornosť k sebe samému. Metóda sebaďistancie, resp. sebaodstupu, je charakteristická tým, že človek je schopný presiahnuť sám seba, a tak dokáže mať voči sebe aj odstup, ktorý ho uschopňuje pozeráť na seba a svoje city s nadhľadom. Človek sa v určitej situácii vnútorne dištancuje od

vlastných citov. Tým, že dokáže mať odstup od seba samého, získava nový postoj. Paradoxná intencia ako ďalšia metóda logoterapie spočíva v tom, že klient si paradoxne želá to, čoho sa najviac bojí.

„Človek sa môže vysmiať svojmu vlastnému strachu, iba vtedy, keď sa od neho vnútorne dištančuje, keď sa so svojimi citmi nestotožňuje“. No a poslednou je metóda, ktorá spočíva v pretvorení utrpenia na ľudský výkon a je zameraná na vyrovnanie sa s minulosťou, tým, že sa človek rozhodne vyťažiť z nepriaznivej situácie čo najviac a postaví sa problému tvárou v tvár. Lukasová hovorí, že ľudia, ktorí prešli utrpením dokážu mať najhrdinskejšie postoje. Trápenie a bolesť posilňujú duchovný rozvoj človeka (Lukasová, 1997).

3.2 Poradenstvo zamerané na zmysel (MCC meaning - centered counseling)

Na zmysel orientovaný prístup je zakorenený v zásadách logoterapie V. E. Frankla, rozširuje klasickú logoterapiu a integruje sa v rôznych oblastiach psychoterapie ako napríklad v existenciálnej, humanistickej, kognitívno – behaviorálnej terapii a pod. (Halama, 2007).

Wong (in Halama, 2007) hovorí, že poradenstvo orientované na zmysel je konceptuálny model, ktorý zdôrazňuje prvenstvo zmyslu života v procese adaptácie a osobného rastu. Poradenstvo zamerané na zmysel vychádza z toho, že osobný rast sa dosiahne vtedy, ak človek nájde zmysel v situácii, v ktorej sa nachádza, aj keď ide o utrpenie. Podľa Frankla (1997) život má zmysel v každej situácii a úlohou človeka je tento zmysel objaviť a realizovať.

Na zmysel orientovaný prístup uprednostňuje psycho – vzdelávací prístup, ktorý vybaví klienta praktickými zručnosťami pre zabezpečenie lepšieho života. Účinok MCC zabezpečuje to, že zmysel sa považuje za jadro konštrukcie. MCC zahŕňa kultúrne, spirituálne otázky a závery pozitívnej psychológie pretože zmysel je individuálne chápaný ale sociálne a kultúrne postavený. MCC čerpá z jedinečnej ľudskej schopnosti hľadať a vytvárať zmysel napriek nepriaznivým životným situáciám. Tento model je vo svojej podstate technicky integračný pretože zmysel nevyhnutne v sebe zahŕňa kognitívne, behaviorálne, motivačné, afektívne, naratívne a kultúrne komponenty. Stručne povedané, MCC vybavuje sociálnych pracovníkov, psychológov, terapeutov základnými princípmi a zručnosťami motivovať a posilňovať klientov zvládnuť záťažovú životnú situáciu a poskytnúť im nástroje na obnovenie ich životného poslania.

Niektoré súčasné štúdie sa zaoberali skúmaním zmyslu života v skupinovej terapii, v ktorých sa potvrdila dôležitá úloha spoločenstva pri hľadaní zmyslu.

Lee a kol. opisuje na zmysel orientovanú intervenciu, ktorá vychádza z Folkmanovej teórie vytvárania zmyslu ako stratégie zvládania (coping strategy). Respondentov tvorili pacienti s rakovinou prsníka a hrubého čreva, ktorí sa zúčastnili 4 sedení orientovaných na hľadanie zmyslu. Výskum preukázal, že u respondentov sa prejavili významné zmeny v optimizme, sebavedomí a sebaúčinnosti (Breitbart, Rosenfeld, Gibson, Pessin, Poppito, Nelson at al. 2010).

V podobnom výskume na základe Franklovej logoterapie vypracoval Breitbart a jeho kolegovia psychoterapeutickú skupinu s orientáciou na zmysel, pre pomoc pacientom s pokročilou rakovinou, na udržanie alebo posilnenie ich zmyslu života, pokoja a cieľa v ich životoch. Všetky sedenia boli zamerané na vysvetlenie konceptov a zdrojov zmyslu života, vplyv rakoviny na utváranie zmyslu života a identity. Výskumu sa zúčastnilo 160 respondentov, ktorých tvorili onkologickí pacienti z kliniky „Memorial Hospital“ v New Yorku. Táto štúdia potvrdila významný vplyv psychoterapeutickej skupiny na redukciu stresu, zvýšenie duchovnej pohody a zmysluplnosti (Breitbart, Rosenfeld, Gibson, Pessin, Poppito, Nelson at al. 2010).

Ak v psychoterapeutickej skupine orientovanej na zmysel zameníme pacientov za náhradných rodičov a problematiku ochorenia za problémy vo výchove, je možné, že sila skupiny bude rovnako pozitívne vplývať na životnú zmyslupnosť jej členov, ako v prípade zrealizovaných výskumov.

3.3 Logoterapia v príprave náhradných rodičov

Na Slovensku poskytujú prípravu a ďalšie vzdelávanie profesionálnych rodičov príslušné úrady práce, sociálnych vecí a rodiny alebo akreditované subjekty z neziskového sektora. V súčasnosti majú akreditáciu tieto neziskové organizácie: Úsmev ako dar, Návrat a Miesto pod slnkom.

Výcvikový program PRIDE sa vyvinul z dlhoročného projektu iniciovaného štátnymi i neštátnymi subjektmi venujúcimi sa otázkam starostlivosti o deti v štáte v Illinois v USA. Spoločnosť priateľov detí z detských domovov Úsmev ako dar tento program prijala a aplikuje ho pri starostlivosti o dieťa a jeho rodinu od roku 2002 (www.usmev.sk).

Ako model v praxi, PRIDE poskytuje štandardizovaný, konzistentný, štruktúrovaný rámec pre nábor, prípravu a výber rodín, ktorým zabezpečuje školenia, trvalý profesionálny rozvoj a sprevádzanie dieťaťa a jeho rodiny (náhradnej i biologickej) v záujme naplnenia jeho potrieb. Program PRIDE má tri hlavné komponenty a 14 krokov alebo aktivít, ktoré vychádzajú z týchto komponentov. Tento program využíva viac ako 30 štátov na celom svete (www.cwla.org). Výcvikový program PRIDE ponúka možnosť vyskúšať a uvedomiť si vlastné silné stránky ale i potreby súvisiace s náhradnou starostlivosťou o deti, či osvojením dieťaťa. Tento výcvik sa na Slovensku poskytuje predovšetkým pre potenciálnych náhradných rodičov, profesionálnych rodičov, ale aj odborníkov či dobrovoľníkov, ktorí pracujú v oblasti náhradnej starostlivosti.

Parent – rodič

Resources – zdroje

Information – informácie

Development – rozvoj

Education - výchova

Cieľom programu PRIDE je predovšetkým; uspokojiť a naplniť všetky vývinové i špecifické potreby detí umiestnených v náhradných rodinách; posilniť a podporiť všetky rodiny okolo dieťaťa - biologickej, širšiu i náhradnú; zvýšiť kvalitu náhradnej rodinnej starostlivosti prostredníctvom efektívneho náboru, prípravy a tréningu, vzájomného hodnotiaceho procesu a sústavného rozvoja zručností náhradných rodičov (www.usmev.sk).

Program PRIDE je založený na špecifických zručnostiach nevyhnutných pre úspešné vykonávanie úloh náhradnej starostlivosti. Dali by sa rozdeliť do 5 kategórií:

- ochrana a výživa dieťaťa,
- naplnenie vývinových potrieb a rozpoznanie vývinových oneskorení dieťaťa (v oblasti zdravia, sebavedomia, sociálnych spôsobilostí, kultúrnej a sexuálnej identity...),
- podpora vzťahu dieťaťa s jeho biologickou rodinou,
- podpora stálosti dieťaťa a vytvorenie bezpečných trvalých, celoživotných vzťahov,
- práca v profesionálnom tíme (www.cwla.org).

Tím vyškolených odborníkov po celom Slovensku pracuje zodpovedne podľa princípov programu PRIDE v najlepšom záujme dieťaťa. Rozhodnutie odovzdať dieťa s pokojným svedomím do náručia tým pravých a pripravených náhradných rodičov je náročná a dlhá cesta.

Ak človek chce, aby sa jeho život stal plnohodnotným, musí mať zmysel, musí byť nasmerovaný na cieľ, ktorý chce dosiahnuť. Franklova (1997) „vôľa k zmyslu“, teda ľudská túžba nájsť v živote nejaký zmysel, je ústredným motívom človeka. Ak táto túžba človeka nie

je naplnená, jeho život smeruje k existenciálnemu vákuu resp. nedostatku zmyslu, ktoré môže spôsobiť vznik psychickej patológie, predovšetkým depresie a noogénnej neurózy.

Vlastnosťou potreby zmyslu života je charakter rastovej a rozvíjajúcej potreby v protiklade voči kompenzačnej a deficientnej povahe potreby, teda orientácia človeka na rast, rozvoj a prekročenie seba samého. Dôležitosť potreby zmyslu života tiež spočíva v odlišnosti od biologických potrieb. Kým uspokojovanie biologických potrieb je nutné k prežitiu človeka, neuspokojenie potreby zmyslu života vedie k deštrukcii človeka nepriamo (Halama, 2007). Ľudia bez zmyslu života nezomrú, avšak tým, že si často nevedia čo počať so svojim životom sa stávajú príťažou nielen pre svoje okolie, ale tiež pre celú spoločnosť. Realita poukazuje na to, že veľakrát ide práve o ľudí, ktorí prežili svoj život v detských domovoch. Jednou z možností ako bojovať s týmto problémom, je zahrnutie potreby zmyslu života do výchovy v náhradnej starostlivosti.

Návrhom je zaradenie potreby zmyslu života do výchovného programu PRIDE, kde by sa mohla potreba zmyslu zaradiť medzi 5 hlavných kategórií špecifických zručností vykonávania náhradnej starostlivosti. Ďalšou v poradí 6. kategóriou by mohlo byť: „*Naplnenie potreby zmyslu života prostredníctvom logoterapeutických techník.*“ Zakomponovanie potreby zmyslu života do prípravy náhradných rodičov a pracovníkov v tejto oblasti bude nútiť aj ich samých zamýšľať sa nad zmyslom života a hodnotami, ktoré vyznávajú a ktoré chcú odovzdať ďalším generáciám. Ako píše Frankl (1995) „*Zmysel nemôže byť daný, ale musí byť nájdený*“. Intervencia sociálneho pracovníka je preto zameraná na možnosť nasmerovania najprv náhradného rodiča následne dieťaťa k zmyslu. Frankl (1999) pri logoterapii vychádza už zo spomínanej sebatranscendencie človeka, čo v jeho chápaní znamená, že človek nie je len do seba uzavretým telesom - duševným zariadením, ale zjednodušene povedané človek je otvorený voči svetu, otvorený voči niečomu, čo je mimo neho samého. Sebatranscendencia prináša duševnú stabilitu.

4. Projekt výskumu

4.1 Výskumný cieľ

Hlavným cieľom bude prostredníctvom kvantitatívneho a kvalitatívneho výskumu zistiť zmysel života náhradných rodičov pre vypracovanie logoterapeutického postupu, ktorý bude slúžiť pre sociálnych pracovníkov pracujúcich v procese osvojenia dieťaťa.

4.2 Typ výskumu

kvantitatívny: Kauzálny - komparatívny výskum

kvalitatívny: Narrative approach (naratívne interview), obsahová analýza

4.3 Vymedzenie výskumných hypotéz:

HH1 Predpokladáme, že medzi existujúcimi náhradnými rodičmi a potenciálnymi náhradnými rodičmi budú rozdiely v napĺňaní jednotlivých komponentov zmyslu života.

VH1 Predpokladáme, že afirmácia žitia, teda sila a chuť žiť a dôvera v seba a svoj život bude u náhradných rodičov a budúcich náhradných rodičov odlišná.

VH2 Predpokladáme, že medzi existujúcimi a potenciálnymi náhradnými rodičmi a budú rozdiely vo vnímaní životnej spokojnosti.

VH3 Predpokladáme, že zaoberanie sa suicidálnymi myšlienkami medzi náhradnými rodičmi, uchádzačmi o náhradné rodičovstvo bude odlišné.

VH4 Predpokladáme, že medzi náhradnými rodičmi a potenciálnymi a budú rozdiely vo vnímaní slobody.

VH5 Predpokladáme, že hodnota života bude medzi existujúcimi a potenciálnymi náhradnými rodičmi rozdielna.

HH2 Predpokladáme, že rodové rozdiely náhradných rodičov spôsobujú rozdiely v

prežívání a naplňání jednotlivých komponentov zmyslu života.

HH3 Predpokladáme, že medzi bezdetnými náhradnými rodičmi a náhradnými rodičmi, ktorí majú aj vlastné deti budú existovať rozdiely v naplňaní a prežívání jednotlivých komponentov zmyslu života.

HH4 Predpokladáme, že náhradní rodičia považujú svoj život za zmysluplný.

4. 4 Výber výskumnej vzorky

Výskumná vzorka bude zložená z týchto skupín:

1. respondenti, ktorí sú adoptívnymi rodičmi minimálne jeden rok
2. respondenti, ktorí sa uchádzajú o osvojenie dieťaťa

Výber respondentov bude nenáhodný zámerný. Respondentov budú tvoriť náhradní rodičia, ktorí prešli výcvikovým programom PRIDE prostredníctvom neziskovej organizácie Úsmev ako Dar a tí, ktorí sú v príprave na osvojenie dieťaťa.

Predpokladaný počet je cca 60 respondentov. V kvalitatívnom výskume bude tvoriť výskumnú vzorku 6 náhradných rodičov.

4. 5 Výber metód a techník

4.5.1. Metodika: kauzálna – komparatívny výskum

Pre účely nášho výskumu sme z rôznych druhov metód vybrali alternatívu formy dotazníka. V tomto výskume bude použitý Test životných cieľov PIL (Purpose in life test), ktorý vznikol na základe teórie V. E. Frankla, a bol zostrojený dvojicou autorov Crumbaugh a Maholick, v roku 1964. Keďže sme už v teoretickej časti vychádzali z koncepcie zmysluplnosti života V. E. Frankla, tak sme si aj v empirickej časti vybrali metodiku, ktorá je vypracovaná na základe jeho teórie. Ide o 20 položkový test s klasickou sedem bodovou odpoveďovou škálou, v ktorej sa nachádzajú čísla v rastúcom poradí od 1 po 7 alebo klesajúcom poradí od 7 po 1. V nej sú vyjadrené obe krajné hodnoty, z ktorých respondent má zakrúžkovať jedno číslo na kontinuu na základe hodnotenia daného stavu alebo postoja. Osem položiek sa explicitne zaoberá zmyslom života (3, 4, 7, 8, 11, 12, 17, 20) šesť položiek životnou spokojnosťou (1, 2, 5, 6, 9, 19) tri slobodou (13, 14, 18) jedna strachom zo smrti (15) jedna samovražednými myšlienkami(16) a jedna hodnotou vlastného života (10). Rozdelenie položiek dotazníka do jednotlivých komponentov zmyslu života nám umožní porovnávať u respondentov každý komponent zvlášť, čo môže prispieť k presnejším zisteniam. Napriek tomu, že sa tento test používa, či už v oblasti klinického výskumu alebo vývinového, a jeho autori uvádzajú primeranú reliabilitu i validitu, objavujú sa aj výsledky, ktoré naznačujú aj jeho otázne psychometrické vlastnosti, najmä otáznu validitu (Halama, 2007).

Návrh štatistického spracovania

Výsledky budú spracované v štatistickom programe SPSS v. 20. V prípade parametrického (normálneho) testovania použijeme T – test významnosti rozdielov medzi dvomi nezávislými výbermi a v prípade neparametrického testovania, bude použitý Mann – Whitneyho U - test pre dva nezávislé výbery.

4.5.2 Metodika: Narrative approach, obsahová analýza

Křivohlavý oboznamuje vo svojej monografii Psychologie zdraví s koncepciou SEIQoL (“Schedule for the evaluation of individual quality of life”), ktorá dopĺňa dotazníkový prístup o výskumné interview, keď sa pýta na subjektívne vnímanú kvalitu života skúmaných respondentov. Táto kvalitatívna metóda prebieha tvárou v tvár výskumníka a skúmanej osoby, výskumník prijíma situácie tak, ako ich vidí skúmaná osoba, zaujímajú ho subjektívne významy, ktoré ľudom, udalostiam a javom skúmaná osoba pripisuje. Údaje sú holistické a zachytávajú široké osobnostné, sociálne, kultúrne a ďalšie faktory (Gavora, 2002).

Výskumné dáta tvoria rozsiahle a podrobné opisy výrokov skúmaných osôb. Vyznačuje sa relatívne ľahkou dostupnosťou, možnosťou rýchlej konfrontácie a relatívnej nevyčerpatelnosti informácií. Práve kvôli týmto charakteristikám by sme chceli uplatniť tento naratívny prístup založený na rozprávaní životných príbehov (oral history) ľudí, ktorí sa stali náhradnými rodičmi. Pre túto metódu sme sa rozhodli práve preto, aby sme sa vyhli nedostatočným odpovediam, ktoré nie sú zapustené do širokých životných situácií. Životný príbeh ukazuje človeka v kontinuu času a nie vo výrezoch. Budú nás zaujímať postoje k zmyslu života, motívy, prečo sa respondenti rozhodli pre osvojenie dieťaťa, impulzy vychádzajúce z rodiny a sociálno - kultúrneho prostredia, v ktorom náhradný rodič žije.

Prostredníctvom obsahovej analýzy priamych výpovedí životných príbehov respondentov budeme analyzovať celý príbeh a hľadať to, čo je pre nich významné. Táto metóda má svoje počiatky v antropológii, sociológii a psychológii. **Obsahová analýza** je kvalitatívno - kvantitatívna metóda analýzy obsahu komunikačných výpovedí určených recipientom. Patrí medzi základné metódy výskumu, akými sú pozorovacia metóda alebo opytovacia metóda (ankety, dotazníky). Pri použití tejto metódy sa meria kvalita (napr. miera informačnej kvality, zrozumiteľnosť, pravdivosť...), ktorá sa však transformuje do kvantitatívnych vyjadrení. Okrem textu je pomocou nej možné analyzovať aj neverbálny prejav. Kvalitatívna obsahová analýza je výskumná metóda pre subjektívnu interpretáciu obsahu cez systematickú klasifikáciu kódovania a identifikovania významov a vzorov (Hsieh, Shannon, 2005). Umožňuje výskumníkovi chápať sociálnu realitu subjektívnym spôsobom.

Spracovanie naratívneho rozhovoru prostredníctvom obsahovej analýzy

1. krok – príprava dát

Táto fáza zahŕňa pretransformovanie hovoreného príbehu do písaného textu. Cieľom je získať informácie týkajúce sa vzťahov a myšlienok. Patrí sem podrobné zaznamenanie odpovedí na kladené otázky, zaznamenávanie neverbálnej komunikácie – pauzy, zvuky, plač...

2. krok – definovanie jednotky analýzy

Príbeh môže byť kódovaný a diferencovaný až po definovaní jednotky analýzy. V našom prípade bude jednotkou analýzy: zmysel života

3. krok – kategórie a kódovanie

Kategórie a kódovacie schémy budú induktívne odvodené z dát.

4. krok – overenie kódovania na vzorke textu

Najlepším testom jasnosti a dôslednosti definovania kategórií je vyskúšanie kódovania na vzorke textu

5. krok – kódovanie celého textu

6. krok – posúdenie správnosti kódovania

Ide o spätnú kontrolu kódovania celého textu.

7. krok - Závery z kódovania

Tento krok zahŕňa vytváranie významu identifikovaných kategórií a ich vlastností. Výsledkom bude vypracovanie záverov a rekonštrukcia významov odvodených z dát. Tento krok je založený na schopnosti správneho posúdenia výskumníka.

8. krok – Výsledky

Výsledkom kvalitatívnej obsahovej analýzy nie sú štatistické výpočty, ale vzory, významy a kategórie, ktoré sú dôležité pre sociálnu realitu (**Zhang, Wildemuth, 2009**).

5. Predpokladaný prínos výskumu

Cieľom tohto výskumu bude získanie hlbších informácií o zmysluplnosti resp. bezzmyselnosti, cieľoch a spokojnosti života v rodinách, ktoré majú osvojené dieťa pre vypracovanie **logoterapeutického postupu**, ktorý bude slúžiť sociálnym pracovníkom pracujúcim v tejto oblasti.

Použitá literatúra:

- BERNHAUSEROVÁ, E. 2007. *Efektivita zabezpečovania náhradného rodinného prostredia pre deti. Záverečná správa VÚ č. 2222*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny.
- BREITBART, W.- ROSENFELD, B.- GIBSON, CH.- PESSIN H.- POPPITO, S.- NELSON, CH. at al. Meaning- centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. In: *Psycho – Oncology* 19: 21-28 [online]. 2010. Z databázy: EBSCO.
- BRODZINSKY, D., PALACIOS, J., 2005, Psychological issues in adoption: Research and practice, New York: Greenwood, pp. 327, ISBN 0-275-97970-9.
- DOZIER, M., RUTTER, M., 2008, Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care In CASSIDY, J., SHAVER, P. (Eds.), *Handbook of attachment*, New York: The Guildford Press, pp. 698–717.
- FABRY, J. - LUKAS, E. 1995. *Auf den Spuren des Logos. Briefwechsel mit Viktor E. Frankl*. Berlin/München: Quintessenz. 179 s. ISBN 3-86128-325-5.
- FRANKL, V. E. 1995. *Lekárska péče o duši*. Brno: Cesta. 280 s. ISBN 80-85319-39-X.
- FRANKL, V. E. 1997. *Co v mých knihách není*. Brno: Cesta. 117s. ISBN 80-85319-66-7.
- FRANKL, V. E. 1999. *Teorie a terapie neuróz*. Praha: Grada Publishing. 171 s. ISBN 80-7169-779-6.
- GAVORA, P. Rozhodnutie stať sa učiteľom - pohľad kvalitatívneho výskumu. In: *Pedagogická revue*, 2002, Roč. 54, č.3, s. 240 – 256.
- GRZNÁROVÁ, T. Logoterapeutický prístup v NRS, In: *Empatia* 2, 2000, 2 - 4.
- HALAMA, P. 2007. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: SAP - Slovak Academic Press. 198 s. ISBN 978-80-8095-023-1 2.
- HSIEH, H.-F.- SHANNON, S. E. 2005. Three approaches to qualitative content analysis. In: *Qualitative health research*, Vol.15, no. 9, 1277-1288.
- KELLEY, E. 2004. *Program vzdelávania náhradných rodičov ako prevencia a riešenie situácií sociálneho ohrozenia*. Bratislava: S.P.A.C.E., n.o. centrum pre analýzy sociálnej politiky.
- LUKAS, E. - HIRSCH, B. 2003. Logotherapy. In F. W. Kaslow, J. J. Magnavita, & R. F. Massey. *Comprehensive Handbook of Psychotherapy*. Vol. 3 Interpersonal / Humanistic / Existential, Chapter 14. New York: John Wiley & Sons.
- LUKASOVÁ, E., 1997, Logoterapie ve výchově. Praha: Portál, 208 s. ISBN 80-7178-180-0.
- ROSNATI, R.- MONTIROSSO, R.- BARNI, D. 2008. Behavioral and emotional problems among italian international adoptees and non-adopted children: Father's and mother's reports. In: *Journal of Family Psychology*, 22, 541 – 549. Z databázy ProQuest.
- RUETER, M. A. - KEYES, M. A. - IACONO, W. G. - MCGUE, M. Family interactions in adoptive compared to nonadoptive families. In: *Journal of Family Psychology*. 2009 23, 58 – 66. Z databázy ProQuest.
- THOMAS, C., BECKFORD, N., LOWE, M., MURCH, M., 1999, Adopted children speaking, London: BAAF. ISBN 1 873868 78 2. pp iv+160.
- VAN IJZENDOORN, M. H. - JUFFER, F. - POELHUIS, W. K. Adoption and cognitive development: A meta-analytic comparison of adopted and nonadopted children's IQ and school performance. *Psychological Bulletin*, 2006, 131, 301 – 316.
- ZHANG, Y. - WILDEMUTH, B. M. Qualitative analysis of content. In B. Wildemuth (Ed.), *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science*, p.308-319. 2009. Westport, CT: Libraries Unlimited.
- <http://www.usmev.sk/en/infoservis/vyrocná-správa>
<http://www.cwla.org/programs/trieschman/pride.htm>

Kontakt

Mgr. Stanislava Hulinová

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.

Katedra sociálnej práce FF UPJŠ

Moyzesova 9, 040 59 Košice

sstofanova@gmail.com, eva.ziakova@upjs.sk

Praca socjalna z osobami starszymi

Katarzyna Białożył (PL)

Streszczenie: *Praca socjalna jako jeden z podstawowych filarów polskiej pomocy społecznej, ma na celu doprowadzenie do sytuacji, w której to klient pomocy społecznej będzie w stanie samodzielnie, długotrwale i prawidłowo funkcjonować w społeczeństwie. Praca socjalna jako interdyscyplinarna profesja musi uwzględniać mnogość czynników generujących powstawanie licznych problemów społecznych. Współcześnie istotną zmianą, która niejako wymusza na pracy socjalnej poszerzanie swoich usług i świadczeń, jest starzenie się społeczeństw. Wzrost liczebności ludzi starszych, których życie znacznie się wydłużyło staje się wyzwaniem dla profesjonalnych pracowników socjalnych, którzy świadczą pomoc i wsparcie człowiekowi starszemu.*

W artykule zaprezentowane zostały cele, zasady pracy socjalnej z seniorem oraz role pracownika socjalnego, który musi „dostosować się” do wymogów stawianych mu przez seniorów.

Słowa kluczowe: *pomoc społeczna, praca socjalna, osoba starsza, starość, wsparcie.*

Summary: *Social Work as one of the basic pillars of the Polish social assistance aims to achieve a situation in which the client social assistance will be able to own, long-term and to function properly in society. Social work as an interdisciplinary profession must take into account a multitude of factors generating the emergence of many social problems. Today, a significant change, which somehow forces of social work expanding its services and benefits, is aging. The growing number of elderly people whose lives have greatly lengthened becomes a challenge for professional social workers who provide help and support older man.*

The article presents the objectives, principles of social work and the roles of senior social worker who has to "adapt" to the requirements of his seniors.

Keywords: *social work, social work, elderly person, old age support.*

Pomoc społeczna jako istotna instytucja polityki społecznej Polski, zmierza do tworzenia środowisk umożliwiających przezwyciężenie jednostkom lub grupą pojawiającego się kryzysu. Najważniejszym dokumentem, który nawiązuje do potrzeby pomocy społecznej jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, choć jak zauważa B. Uliasz „W Konstytucji Rzeczypospolitej Polski nie mamy zagwarantowanego prawa do pomocy społecznej. Konstytucja natomiast odwołuje się do pomocy społecznej w sposób pośredni, w szczególności przez zasady: pomocniczości, solidaryzmu i państwa socjalnego, a także instytucje zabezpieczenia socjalnego. Pomoc społeczna uruchamiana jest tylko wówczas, gdydana osoba nie potrafi samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb poprzez dochody otrzymywane bądź z pracy bądź ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego” (2013, s. 272). Mnogość i specyficzność sytuacji problemowych, które mogą stać się dla człowieka niemożliwe do samodzielnego przezwyciężenia, „niejako” stają się wyzwaniem dla pomocy społecznej, która musi dostosowywać się do zachodzących przeobrażeń. Zmiany społeczne, implikują przekształcanie i adaptacje systemu pomocy społecznej do coraz to nowszych wyzwań, problemów i patologii.

Wobec dokonujących się transformacji, na wielu płaszczyznach życia, pomoc społeczna staje przed ważnymi kwestiami, które należy rozpatrywać zarówno na poziomie indywidualnym jak i grupowym czy też społecznym. Zgodnie z obowiązującą Ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku, klientom korzystającym z pomocy społecznej przysługują dwa

rodzaje świadczeń: pieniężne i niepieniężne (zob. art. 36, Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004). Wśród świadczeń niepieniężnych znaczącą rolę przypisuje się pracy socjalnej, którą ustawodawca definiuje jako „działalność zawodową mającą na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi” (art. 6, Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004). Znaczenie pracy socjalnej wzrosło, w momencie gdy Polska, podobnie jak część państw europejskich zaczęła odchodzić od modelu państwa opiekuńczego, które w dużej mierze skoncentrowane było tylko na wypłacanie potrzebującym zasiłku. Ponieważ liczba problemów wciąż wzrastała/wzrasta, niemożliwym byłoby „utrzymywanie” potrzebujących jedynie z świadczeń pieniężnych, którymi dysponuje pomoc społeczna.

Stopniowo lecz sukcesywnie organy zajmujące się pomocą społeczną, zaczęły dążyć do usamodzielnienia się klientów oraz trwałego ich powrotu do prawidłowego funkcjonowania w społeczności. Narzędziem, który daje szansę do pomocy i wsparcia, nie tylko opartego na przekazywaniu zasiłku, stała się praca socjalna. „Praca socjalna jako narzędzie systemu wsparcia ma na celu doprowadzenie do całkowitego usamodzielnienia się klienta, który nie może stać się biernym biorcą świadczeń. Istotę działań pracownika socjalnego powinny stanowić kroki zmierzające do wywołania chęci zmiany w klientach, którzy często przyzwyczajają się do pobieranych zasiłków tym samym nie podejmują żadnych aktywności w celu przezwyciężenia zaistniałego kryzysu. Profesjonalna praca socjalna kształtuje przestrzeń życiową klienta i niejako tworzy warunki, które w sposób korzystny wpływają na dokonywanie zmian i wydobywanie możliwości i potencjału tkwiącego w jednostkach problemowych” (K. Białożył, 2013, s. 57). Należy również zaznaczyć, iż praca socjalna jako świadczenie niepieniężne przysługuje wszystkim osobom, które znajdują się w trudnej sytuacji życiowej, niezależnie od ich dochodu oraz stanu majątkowego. Profesjonalni pracownicy socjalni muszą być przygotowani na poradzenie sobie z różnego rodzaju problemami o zasięgu mikro jak i makrospołecznym. Bez wątplenia dużym wyzwaniem dla współczesnej pracy socjalnej stało się starzenie społeczeństw, które spowodowane jest jednoczesnym zmniejszeniem przyrostu naturalnego oraz wzrostem liczby osób starszych.

Według danych demograficznych Polska jest krajem starym demograficznie. Wyznacznik przekroczenia demograficznej starości określa iż w momencie gdy w danym społeczeństwie udział osób powyżej 60 roku życia przewyższy 12% mówi się o starości demograficznej. W Polsce w 1988 roku powyżej 65 roku życia było już 9,8% całego społeczeństwa, w roku 2010 odsetek ten wzrósł do 13,6% (zob. Rada ds. Polityki Senioralnej, 2013, s. 8). Natomiast według prognoz demografów w roku 2050 udział osób powyżej 60 roku życia, wśród polskiego społeczeństwa wyniesie 35,8% (zob. N. Piłkuła, 2011, s. 7). Wobec takich przewidywań, pomoc społeczna musi dostosowywać swoje działania i zakres usług do potrzeb najstarszej generacji. Istotnym jest, iż wraz z wzrostem liczebności osób starszych znacznie wydłużyło się ludzkie życie co skutkuje powiększeniem się grupy osób powyżej 80 roku życia. „Odsetek osób po 80. roku życia rośnie szybciej, niż odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w całej populacji. Odsetek ten, według przewidywań, wyniesie w roku 2035 7,2. będzie ponad dwa razy większy niż w roku 2010. Potrzeby i poziom samodzielności najstarszych seniorów różnią się od potrzeb nieco młodszych obywateli” (Rada ds. Polityki Senioralnej, 2013, s. 26).

Obok kwestii związanych z samodzielnym funkcjonowaniem i zaspakajaniem podstawowych potrzeb, polscy seniorzy borykają się również z problemami zdrowotnymi (zarówno w wymiarze biologicznym jak i psychologicznym), emocjonalnymi, materialnymi, bytowymi oraz społecznymi. Pogarszający się stan zdrowia, wpływa na fakt iż seniorzy stopniowo wycofują się z życia społecznego, ograniczając się jedynie do aktywności w gronie rodzinnymi lub przyjmując bierną postawę, co przejawia się w nieutrzymywaniu głębszych relacji i

kontaktów z otoczeniem oraz zanikiem więzi identyfikującej daną osobę z jej środowiskiem lokalnym. Sytuacja znacznie pogarsza się w momencie, gdy na naturalne zmiany jakie zachodzą w procesie starzenia się „nałożą się” jednostki chorobowe, które generują postępujące ubytki uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie. Dokonujące się upośledzenie wielu funkcji organizmu skutkuje obniżeniem sprawności ruchowej, intelektualnej a tym samym wpływa na fakt, iż senior staje się zależny od otoczenia.

Istotnym problem starzejącego się społeczeństwa polskiego, obok stanu zdrowia, stała się samotność, rozpatrywana na różnych płaszczyznach. Samotność i osamotnienie w wielu przypadkach staje się przesłanką do zaproponowania osobie starszej różnych, instytucjonalnych form wsparcia. Samotność najstarszej generacji w dużym stopniu spowodowana jest negatywnym postrzeganiem starości przez młodsze pokolenia oraz zmianami jakie dokonują się we współczesnych rodzinach. Na złą sytuację osób starszych wpływają zdecydowanie niskie emerytury, które uniemożliwiają przeciętnemu polskiemu seniorowi korzystania z ofert różnego rodzaju instytucji kulturalno-edukacyjnych.

Pomimo, iż społeczna pozycja seniorów, nie napawa optymizmem to wielu z nich nie korzysta z ofert pomocy społecznej ukierunkowanej na właśnie tę grupę wiekową. Sytuacja ta wynika z niewiedzy osób starszych oraz z mylnego przekonania tej generacji, iż pomoc społeczna adresowana jest wyłącznie do ludzi ubogich. Niemniej jednak polska pomoc społeczna w aspekcie osób starszych przybiera dwie podstawowe formy zarówno pomocy środowiskowej jak i instytucjonalnej. „Do pierwszej grupy możemy zaliczyć działania podejmowane przez najbliższe osoby z otoczenia – rodzinę oraz sąsiadów. Natomiast pomoc instytucjonalna dla osób w podeszłym wieku obejmuje różne formy do których należą: domy pomocy społecznej świadczące różnego typu usługi dla osób, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w swoim środowisku zamieszkania, zakłady opiekuńczo-lecznicze, placówki pielęgnacyjno - opiekuńcze, ośrodki wsparcia - dzienne domy pomocy społecznej, środowiskowe domy samopomocy, a także Kluby Seniora, Stowarzyszenia, Fundacje skupiające seniorów i świadczące dla nich pomoc w różnych formach” (J. Matejek, 2013, s. 2009). W tego typu formach pomocy społecznej musi odnaleźć się pracownik socjalny, który poprzez swoje zaangażowanie w działania powinien w sposób optymalny docierać do osób starszych.

Trudne jest jednoznaczne ustalenie i przyjęcie jednej definicji pracy socjalnej, która wpisuje się w kanon nauk humanistycznych, społecznych, teologicznych, prawnych i czerpie zarówno z pedagogii, socjologii, medycyny, filozofii i wielu innych dziedzin pokrewnych. Trudności definicyjne pogłębiają się w momencie gdy zawężymy tę formę oddziaływań do ściśle określonej grupy adresatów. Patrząc przez pryzmat obowiązujących regulacji prawnych należałoby uznać, iż praca socjalna z seniorami jest tożsama pracy socjalnej z innymi grupami odbiorców. Niemniej w dobie starzenia się społeczeństw pracownik socjalny nie może ograniczać się jedynie do schematycznego patrzenia na swoją profesję. Pracownik socjalny, który podejmuje działania z seniorami powinien patrzeć holistycznie na osoby starsze, które bardzo często potrzebują jedynie wsparcia informacyjnego, co umożliwi im aktywne włączyć się w życie społeczności lokalnej i korzystanie z palety usług placówek i instytucji ukierunkowanych na najstarszą generację.

A. Leszczyńska-Rejchert, dokonując analizy istniejących definicji pracy socjalnej, przyjmuje iż praca socjalna z osobami starszymi „(...) oznacza działalność praktyczną podejmowaną w ramach działań z zakresu pomocy społecznej na rzecz seniora, który znajduje się w sytuacji dla niego trudnej. (...) W zależności od specyfiki konkretnych problemów praca socjalna może przyjąć postać działań o charakterze opiekuńczym, kompensacyjnym lub pomocowym. W każdym przypadku może i powinna być pracą socjalno-wychowawczą, zmierzającą do zapewnienia starszej osobie możliwości pełnego rozwoju, a także pomyślnego starzenia się (2011, s. 63). Pomyślne starzenie się charakteryzuje się długim życiem w bardzo dobrej

kondycji psycho-fizycznej. Wśród determinantów pomyślnego starzenia się, literatura przedmiotu wskazuje na: szeroko definiowaną aktywność, prozdrowotne zachowania, zaspakajanie potrzeb wyższego rzędu, dotychczasowy styl życia, czynniki genetyczne oraz środowiskowe uwarunkowania (zob. N. Piłkuła, 2012a, s. 319). Aspekt pomyślnego starzenia się, współcześnie staje istotną kwestią, która wymaga zarówno podejmowania działań skoncentrowanych na seniorach jak i ich środowisku zamieszkania. Właśnie te przedsięwzięcia niejako powinny stać się dla pracowników socjalnych przestrzenią ich działań z zakresu pomocy i wsparcia. Ważnym elementem zaprezentowanej definicji staje się określenie „trudna sytuacja” bowiem dla każdego człowieka trudności są sprawą bardzo subiektywną i zindywidualizowaną. Ponadto wraz z upływem lat pojawiają się sytuacje charakterystyczne dla okresu jakim jest starość. Utrata istotnych ról społecznych i pojawienie się nowych, przejście na świadczenia państwowe, śmierć współmałżonka, straty związane ze śmiercią najbliższych przyjaciół itd. Zachowania oraz adaptacja do zachodzących zmian często dla seniora staje się wyzwaniem, któremu nie może samodzielnie sprostać, dlatego też tak ważnym staje się idea pracy socjalnej z człowiekiem starszym. „Pracownik służb społecznych musi umieć wytłumaczyć, że przejście na emeryturę, utrata ról i dotychczasowej pozycji, to koniec pewnego etapu w ludzkim życiu. Jednak należy pamiętać, że jeśli jeden okres się kończy to inny się zaczyna, dlatego należy dołożyć wszelkich starań aby jesień życia przybrała optymistyczne barwy. Najtrudniejsze w pracy socjalnej jest takie działanie które sprawi, że klientowi „będzie się chciało”, zatem podejście pracownika socjalnego musi być oparte na przekonaniu, że w każdym człowieku istnieje potencjał, który trzeba tylko umiejętnie wydobyć” (N. Piłkuła, 2013, s. 225).

Należy zaznaczyć, iż praca socjalna często sprowadzana jest przez klientów pomocy społecznej, do wąskiej płaszczyzny jaką jest przyznawanie świadczeń, wsparcia w załatwieniu różnego rodzaju spraw urzędowych, interwencji w sytuacji, która może zagrażać życiu lub zdrowiu klienta i jego rodziny. Niski prestiż społeczny pracowników socjalnych niejako, wynika z społecznego przeświadczenia, iż profesja ta sprowadza się wyłącznie do wypełniania dokumentów. Na pracowników socjalnych rzadko patrzy się przez pryzmat ich roli jako animatorów społeczności lokalnych czy też kreatorów pozytywnych i konstruktywnych zmian społecznych, które koncentrują się na tworzeniu przestrzeni przyjaznej grupom narażonym na wykluczenie społeczne. W odniesieniu do pracy socjalnej z ludźmi starszymi głównie ten aspekt pracy socjalnej nabiera szczególnego znaczenia, bowiem seniorzy pomimo iż stają się najliczniejszą grupą społeczną, równocześnie są słabsi pod wieloma względami, niż młodsze pokolenia.

Rodzaj i zakres działań pracownika socjalnego, który współpracuje z człowiekiem starszym zależy od wielu czynników, m.in. od stanu zdrowia, poziomu samodzielności w funkcjonowaniu jednostki, czynników ekonomicznych, chęci i możliwości seniora, jego postawy wobec starości, posiadania osób znaczących w tym krewnych i przyjaciół oraz dotychczasowych indywidualnych i bardzo subiektywnych doświadczeń. Dopiero po dokonaniu rzetelnej diagnozy potrzeb i możliwości osoby starszej, pracownik socjalny może określić cele oraz w jakiej kolejności i poprzez realizację jakich działań zostaną one osiągnięte.

Wśród szczegółowych celów pracy socjalnej z człowiekiem starszym, literatura przedmiotu, wskazuje na:

„-utrzymanie samodzielności życiowej bądź usamodzielnienie seniorów;

- zachowanie aktywności osób w starszym wieku;

- przygotowanie ludzi starszych do starości jako fazy życia;

- zapobieganie osamotnieniu, izolacji społecznej, marginalizacji i wykluczeniu społecznemu osób starszych;

- integrację społeczną ludzi starszych;

- zapewnienie seniorom korzystnego środowiska życia (tj. dostosowanego do ich potrzeb) (A. Leszczyńska-Rejchert, 2011, s. 64). Wymienione cele osiągnąć są poprzez szereg działań z zakresu pracy socjalnej, takich jak inicjowanie i tworzenie placówek wsparcia dziennego, które koncentrują się na optymalnym wykorzystaniu potencjału najstarszego pokolenia oraz konstruktywnym zagospodarowaniu czasu wolnego tejże grupy wiekowej, realizację projektów i programów socjalnych, których adresatami stają się najstarsi członkowie społeczeństwa, organizowanie i koordynowanie sieci instytucji i placówek, których oddziaływanie pozwoli na holistyczne podejście do człowieka starszego, współpracę pracownika socjalnego z rodziną osoby starszej, w celu zoptymalizowania systemu opieki nad nią.

Obecnie dużą rolę w pozytywnym przeżywaniu jesieni życia, przypisuje się aktywności społecznej seniorów. Wskazać tu można, iż jest ona, obok stanu zdrowia, głównym determinantem odczuwania wysokiej jakości życia seniorów (zob. N. Piкуła, 2012a, s. 313-324). Aktywność społeczna przybiera różne formy, w kontekście ludzi starszych, ważnym staje się szerzenie idei wolontariatu i zaangażowania się człowieka starszego w działania prospołeczne. Poprzez zachęcenie osób starszych do czynnego zaangażowania się w szeroko pojmowaną aktywność społeczną, pracownik socjalny może osiągnąć znaczą część zamierzonych celów. Aktywność społeczna pozwala na zaspokajanie wielu istotnych potrzeb takich jak choćby samorealizacja czy też poczucie przydatności i użyteczności, co w konsekwencji wpływa na podwyższenie samooceny. Jednostka, która posiada korzystną samoocenę lepiej przystosowuje się do zachodzących zmian, chętniej angażuje się w różnego rodzaju działalność a tym samym integruje się z środowiskiem co obniża ryzyko wykluczenia i marginalizacji społecznej.

Pomimo, iż współczesny senior, znacznie różni się od osoby starszej sprzed 20-30 lat, posiada większą świadomość swoich praw i możliwości, często, pomimo chęci, nie jest on w stanie podjąć jakiegokolwiek aktywności na płaszczyźnie społecznej, bowiem nie posiada wystarczającej ilości informacji na ten temat lub też odczuwa lęk z tym związany. W tym przypadku rola pracownika socjalnego powinna opierać się wyłącznie na udzieleniu niezbędnych wiadomości oraz zmotywowaniu do podjęcia tejże aktywności. Pracownik socjalny, musi pamiętać, iż wszystkie działania, które podejmuje osoba starsza muszą wynikać z jej własnej woli. „Praca socjalna opiera się na motywowaniu, animacji oraz aktywizowaniu potencjału tkwiącego w jednostce czy też grupie społecznej, aby osoby te poprzez podniesienie własnej samooceny i poczucia wartości, w miarę podejmowanych samodzielnych działań doprowadziły do sytuacji, w której nie muszą korzystać z świadczeń pomocowych (N. Piкуła, 2012b, s.18).

Pracownik socjalny, który pracuje z człowiekiem starszym, nie może „wyręczać” seniora z zainicjowanych działań. Jego rola powinna sprowadzać się do motywowania, pobudzania, zachęcania oraz towarzyszenia i wspierania w momencie gdy pojawią się chwile zwątpienia w sens danego przedsięwzięcia, a nie do „zmuszania mimo woli” do uczestnictwa w różnego rodzaju ofertach placówek wspierających czy też projektów.

Z punktu widzenia, przeżywania przez znaczną część seniorów samotności i osamotnienia, pracownik socjalny poniekąd przyjmując rolę inicjatora, asystenta i kreatora działań, ukierunkowanych na zmniejszenie odczuwania pustki a może i bezradności. Cele pracy socjalnej z człowiekiem starszym są realizowane poprzez szereg przedsięwzięć, które tak naprawdę zależą od możliwości, chęci i wyobraźni pracownika socjalnego, który musi dołożyć wszelkich starań, aby „trafić” do seniora. Ważnym jest, aby w realizowanych zadaniach pracownik socjalny przestrzegał określonych zasad i norm pracy z człowiekiem starszym. Do głównych zasad pracy socjalnej z seniorem zalicza się:

- zasadę niedyrektywnego kierowania rozwojem;
- zasadę koncentracji na możliwościach rozwojowych seniora;

- zasadę różnicowania oddziaływań wobec ludzi starszych;
- zasadę prowadzenia działań opartych na dokładnej diagnozie indywidualnych potrzeb i problemów danej osoby oraz na szczegółowym rozpoznaniu jej sytuacji środowiskowej;
- zasadę kształtowania korzystnej sieci wsparcia społecznego wokół seniora;
- zasadę wspierania nieprofesjonalnych opiekunów osoby starzej;
- zasadę wykorzystania sił społecznych seniora i jego środowiska życia;
- zasadę ulepszania warunków życia człowieka starszego;
- zasadę uwzględniania w działaniach na rzecz seniorów dotychczasowych doświadczeń osoby starzej;
- zasadę prowadzenia działań w ramach stosunku partnerskiego i przy współdziałaniu osoby starzej;
- zasadę stosowania - o ile to możliwe – działań wspierających osobę starszą, zgodnie z ideą pomocy do samopomocy, zasadą pomocniczości oraz celami edukacji gerontologicznej;
- zasadę uwzględniania i rozwijania podmiotowości;
- zasadę prowadzenia działań na rzecz seniorów z poszanowaniem jego godności i zachowaniem jego prawa do samostanowienia;
- zasadę zachowania optymizmu w relacjach z człowiekiem starszym, wytworzenie dobrego nastroju oraz posługiwania się humorem;
- zasadę prowadzenia działań z seniorami w atmosferze zrozumienia, akceptacji, serdeczności, życzliwości, tolerancji, szacunku i partnerstwa;
- zasadę ściślejszej współpracy z osobami oraz instytucjami działającymi na rzecz najstarszej grupy wiekowej (zob. A. Leszczyńska-Rejchert, 2011, s. 68-72).

Praca socjalna z seniorem powinna uwzględniać wiele aspektów życia człowieka starszego. Oczywiście głównym determinantem, który wpływa, na zakres podejmowanych działań jest stan zdrowia zarówno fizycznego jak i psychologicznego, niemniej jednak pracownik socjalny musi pamiętać, iż na stare lata ubytki zdrowotne są nieuniknione. Także kwestia rozwoju religijności i duchowości jeśli jest taka wola seniora powinna być realizowana. Jest to bowiem również istotne ogniwo stworzenia holistycznej opieki, wsparcia i podejmowania pracy z seniorem w wymiarze religijnym. Daje to bowiem specyficzną przestrzeń gdzie mankamenty ludzie zostają ukojone. Tak więc wszystkie działania, które pozwalają człowiekowi starszemu na optymalne i konstruktywne wykorzystanie potencjału w nim tkwiącego przy jednoczesnym kreowaniu przestrzeni pozwalającej mu na przeżywanie godnej starości.

Literatura:

- BIAŁOŻYT, K. 2013 *Praca socjalna jako istotny filar pomocy społecznej*, w: *ABC Administracji t. II*, S. Fundowicz, P. Śwital, M. Wiczorek (red.), Radom: Skauth, s. 384. ISBN 978-83-937938-1-5.
- LESZCZYŃSKA-REJCHERT, A. 2011 *Cele, zadania i zasady pracy socjalnej z seniorami*, w: *Koncepcje i praktyka działania społecznego w pracy socjalnej*, E. Marynowicz-Hetka (red.). Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, s. 218. ISBN 978-83-7299-706-7.
- MATEJEK, J. 2013 *Pomoc społeczna względem osób starszych na przykładzie działalności domów pomocy społecznej*, w: *Zaradzeniach socjalnych służeb s medzinarodnou ucastou*, I. KAMANOVÁ, M. KOSTURÍKOVÁ, L. ŠTEFÁKOVÁ (red.). Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku, s. 366. ISBN 978-80-89542-30-7.
- PIKUŁA, N. 2011 *Etos starości w aspekcie społecznym. Gerontologia dla pracowników socjalnych*. Kraków: WAM, s. 228. ISBN 978-83-7505-818-5.

PIKUŁA, N. 2012a *Zdrowie i aktywność społeczna jako determinanty jakości życia osób starszych*, w: *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość*, A. A. Zych (red.). Łaska: Progres, s. 435. ISBN 978-83-935887-0-1.

PIKUŁA, N. 2012b *Social economy in social work*, w: *Socialna praca, manažment a ekonomia*, L. Pekarčík E. Janigová (red.), Ruzomberok :VERBUM, s. 386. ISBN 978-80-8084-911-5.

PIKUŁA, N. 2013 *Úloha sociálneho pracovníka v prozdravotnej činnosti u starších osôb*, w: *Zaradieniach sociálnych služieb s medzinarodnou ucastou*, I. Kamanová, M. Kosturíková, L. Štefáková (red.). Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku, s. 366. ISBN 978-80-89542-30-7.

Rada ds. Polityki Senioralnej, 2013 *Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014-2020*. Warszawa, s.48.

ULIJASZ, B. 2013 *Regulacje prawne funkcjonowania Domów Pomocy Społecznej w Polsce*, w: *Zaradieniach sociálnych služieb s medzinarodnou ucastou*, I. Kamanová, M. Kosturíková, L. Štefáková (red.). Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku, s. 366. ISBN 978-80-89542-30-7.

Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku, Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593.

Katarzyna Białożyty – doktorantka Interdyscyplinarnych Studiów Doktoranckich w dziedzinie nauk społecznych na Wydziale Humanistycznym Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie. Asystent w Katedrze Gerontologii Społecznej w Instytucie Pracy Socjalnej Uniwersytetu Pedagogicznego, pracownik Ośrodka Wsparcia dla Osób Starszych Caritas Archidiecezji Krakowskiej. Obszar zainteresowań i badań naukowych dotyczy głównie pracy socjalnej i gerontologii. Stypendystka Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego (2012).

Osobnostné predpoklady sociálneho pracovníka ako nápomocný faktor ku zvládnutiu klientskej agresie

Eva Žiaková, Antónia Sabolová Fabianová (SR)

Abstrakt: *V príspevku poukazujeme na osobnostné predpoklady sociálneho pracovníka, ktoré mu môžu napomôcť pri zvládaní klientskej agresie, ktorú zaradujeme ku záťažovým situáciám a s ktorou sa sociálny pracovník potrebuje vo svojej profesii častokrát vysporiadať.*

Kľúčové pojmy: *osobnostné predpoklady sociálneho pracovníka, zvládanie, klientska agresia*

Abstract: *Paper reports about personal competencies of social worker. These competencies can be conducive to coping with client's aggression. Social worker has to coping with client's aggression.*

Key words: *personal competencies of social worker, coping, client's aggression*

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 „*Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie*“

Úvod

Pre zmysluplný výkon svojho povolania musí sociálny pracovník disponovať nie len vedomostnou prípravou, ale rovnako sú potrebné aj jeho sociálne spôsobilosti a určité osobnostné predpoklady. Skvalitnením osobnostných predpokladov, napríklad prostredníctvom supervízie, získava sociálny pracovník nápomocný faktor, ktorý mu môže napomôcť k zvládnutiu klientskej agresie.

Príspevok začíname problematikou kompetencií sociálneho pracovníka, poznatkami o klientskej agresii. Podstatnú časť príspevku tvoria informácie o možnostiach zvládania a vplyvu záťažových situácií na sociálneho pracovníka, medzi ktoré radíme klientsku agresiu, kde ako nápomocný faktor zvládania považujeme osobnostné predpoklady, hlavne komunikačné schopnosti, v rámci ktorých je definovaná empatia a asertivita, ako príklady osobnostných prístupov, ktorých zlepšením je možné zvládnuť klientsku agresiu. Tému osobnostných predpokladov sa venujeme aj preto, že ich považujeme za jeden z možných faktorov, ktorých transformáciou môžeme zvýšiť napríklad sebarealizáciu, ktorú Lukasová (1997, in Halama, 2007) považuje za jeden zo zdrojov zmyslu života.

Kompetencie sociálneho pracovníka a jeho osobnostné predpoklady

Kompetencie v sociálnej práci sú chápané ako schopnosť napĺňať požiadavky, ktoré sú kladené na profesiu sociálnej práce (Levická, 2003).

Najvhodnejším modelom osobnosti na výkon sociálnej práce je model pomáhajúcej orientácie. Takýto typ osobnosti preferuje sociálne, humánne, náboženské hodnoty a emocionálny prístup k riešeniu otázok. Vyznačuje sa verbálnymi schopnosťami výrečnosťou, feminnými črtami, sociálnou zodpovednosťou a schopnosťou pracovať s ľuďmi, je rád v poučujúcej, pomáhajúcej a terapeutickej role (Brnula, 2012).

Aby sociálny pracovník mohol pomáhať svojim klientom s riešením ich problémov, okrem profesionálnych kompetencií získaných prostredníctvom rôznych foriem vzdelávania, musí disponovať komplexnou osobnostnou výbavou (Levická, 2003).

Klientska agresia

Klient/ užívateľ sociálnych služieb je subjekt, ktorý využíva sociálne služby. Môže to byť osoba, rodina, skupina alebo komunita (Matoušek, 2003).

Pre klienta je charakteristické, že nie je schopný riešiť vlastnými silami, prostriedkami kolíznú situáciu, v ktorej sa ocitol. Čiže okrem existencie sociálne problémovej situácie musí byť zrejماً aj neschopnosť, respektíve momentálna neschopnosť vyriešiť túto situáciu vlastnými silami (Levická, 2003).

Sociálny pracovník sa s klientom môže stretnúť za rôznych okolností. Podnet, na základe ktorého klient prichádza, môže významnou mierou ovplyvniť prístup klienta k spolupráci so sociálnym pracovníkom (Levická, 2003).

Teda v rámci svojej profesie sa sociálny pracovník môže stretnúť s pestrou škálou klientov, ktorí majú rôzne psychické, či fyzické prejavy.

Náročné životné situácie klienta (spôsobené konfliktmi, frustráciou, stresom) totiž o sebe dávajú vedieť často až príliš dôrazne a nepríjemne. Pri stupňovaní a predlžovaní záťaže dochádza k chybám, až k dezorganizovanej činnosti. Človek sa stáva dráždivým, podozrievavým, nepriateľským, zhoršuje sa jeho schopnosť skúsenosti a aj nové informácie a poznatky, môže reagovať agresívne (Čáp, 1968).

Agresívne správanie definujeme ako aktivitu, ktorá sa prejavuje vyjadrovaním myšlienok a citov nevhodným, dehonestujúcim spôsobom, ktorým sa upierajú práva iných ľudí. Cieľom agresívneho správania je dominancia, degradácia iných, hostilné, nepriateľské neverbálne a verbálne prejavy, ktorými sa snaží druhých vyviesť z miery (Frk, 2002).

Agresívne správanie má veľmi rozmanitú podobu. Asi najznámejšie z delení je rozlišovanie verbálnej a fyzickej agresie (Lovaš, 2010).

Zvládanie klientskej agresie prostredníctvom osobnostných predpokladov sociálneho pracovníka

Väčšina ľudí proces zvládania záťažovej situácie vníma ako samozrejmosť, pretože sa týka ich dennodennej činnosti. V mnohých ohľadoch je zvládanie ako dýchanie, automatický proces, ktorý nevyžaduje žiadne zjavné úsilie. Avšak, ak ľudia čelia skutočne ohrozujúcej udalosti – stresorom – v našom prípade klientskej agresii- začnú si plne uvedomovať, že je potrebné urobiť konkrétne, určitým spôsobom zaužívané kroky, ktoré napomôžu situáciu zvládnuť. Vedome teda uplatnia vlastnú stratégiu zvládania (Snyder, 1999).

Človek sa snaží urobiť v situáciách agresívneho správania automaticky to, čo zvyšuje pravdepodobnosť jeho fyzického a psychického prežitia. Sebazáchovne pôsobí napríklad disociácia (akési rozkúskovanie) vnemov, afektov, citov, myslenia, reči a celého kontextu traumy, ktorá sa tým stane akosi neskutočnou. Nadmerná dráždivosť sa môže striedať s apatiou, silné afektívne výbuchy s úplným stiahnutím sa do seba, motorická zúrivosť so stavom úplného ochrnutia, striedajú sa rôzne stavy, myšlienky, sny. Ide o sebazáchovné reakcie, odreagovanie duševných a telesných impulzov (Poněšický, 2005).

Práca s agresívnym klientom je veľmi náročná. Vyžaduje od sociálneho pracovníka osobnú odvalu pracovať s týmto klientom a aj dobrú odbornú prípravu smerovanú k riešeniu konfliktných situácií. Jednou z alternatív riešenia je zachovať pokoj, komunikáciu udržať otvorenú pre vecnú argumentáciu, nereagovať na klientovu agresivitu nervozitou, neochotou, snahou „zastrašit“ klienta. Rozvážny prístup, z ktorého klient cíti aj snahu porozumieť a nájsť taký spôsob pomoci, ktorý je reálne uskutočniteľný. V prípade že nie je možné klientovi očakávaniu vyhovieť, je potrebné poskytnúť mu jednoznačné a zrozumiteľné vysvetlenie (Levická, 2004).

Ako jeden z podstatných faktorov, ktorý je nápomocný k zvládnutiu klientskej agresie považujeme preto správne rozvinutú schopnosť komunikácie, ktorá zahŕňa najmä empatický a asertívny prístup, ako osobnostné predpoklady zvládania záťažovej situácie.

Komunikačné schopnosti a zručnosti sú takými zložkami interpersonálneho konania, ktoré majú na jeho priebeh priaznivý vplyv. Sú dôležité aj v súkromnom živote a môžu ovplyvniť osobnú spokojnosť. Hovoríme o neverbálnej a verbálnej zložke komunikačných schopností (Frk, 2002).

Význam komunikácie v práci sociálneho pracovníka je daný aj potrebou nepretržitej interakcie s klientmi, kolegami či inými odborníkmi. Znalosti verbálnej ako aj neverbálnej stránky komunikácie sa objavujú ako jedna zo základných požiadaviek na výkon tejto profesie. Obzvlášť dôležitá je schopnosť synchronizácie verbálnej a neverbálnej stránky (Levická, 2002).

Počas komunikácie sociálneho pracovníka s klientom sa od sociálneho pracovníka očakáva, že bude disponovať okrem schopnosti komunikovať v jazykovej rovine klienta, ktorá je daná vekom, vzdelaním, profesiou klienta a pod. aj schopnosťou nezaujatého, objektívneho hodnotenia informácií (Levická, 2002) a aj:

- *Empatiou*

Empatický prístup znamená vstúpiť do súkromného, percepčného sveta toho druhého a udomáčniť sa tam, byť z momentu na moment citlivý voči meniacim sa pociťovaným významom, ktoré prebiehajú v druhej osobe, voči strachu, hnevu, nehe, zmätku alebo čomukoľvek, čo prežíva. Znamená to dočasne žiť v jeho živote, opatrne sa v ňom pohybovať a nehodnotiť (Brnula, 2008).

Predpokladom empatie je sociálna situácia (klient), bezprostredný komunikačný kontakt, zameranosť a sústredenie sa na druhého (Frk, 2002).

- *Asertivitou*

Agresivita zvyčajne vyvoláva u druhých neasertívne reagovanie. Agresívni klienti často sociálnych pracovníkov tak dlho „podpichujú“, až dosiahnu svoj cieľ alebo prenášajú zodpovednosť na druhých, aj keď to bolo v ich kompetencii, či sa klienti snažia urobiť dojem tým, že uvádzajú koľko významných ľudí poznajú (Frk, 2002).

Asertívne správanie predstavuje súbor taktík, ktoré nám napomáhajú presadiť svoju oprávnenú požiadavku alebo povedať „nie“ na neprijateľné nároky tak, aby sa tým nedotkli práva druhých (Herdová, 1997).

V súčasnosti asertívne správanie nadobúda čoraz väčší význam. Jeho prostredníctvom človek môže dosiahnuť sebaúctu, životnú spokojnosť, uvedomiť si vlastnú hodnotu a skvalitniť interpersonálny styk pri jednaní s klientom (Frk, 2002).

K zvládnutiu klientskej agresie môže napomôcť aj supervízia, ako faktor, ktorý výrazným spôsobom dokáže zveľadiť osobnostné predpoklady (empatiu, asertivitu) sociálneho pracovníka. Ako uvádza už Strieženec (1966), supervízia je metóda nepretržitého zvyšovania profesionálnej kompetencie sociálneho pracovníka, vedie k samostatnému vykonávaniu profesie a zároveň chráni klienta pred nekompetentnými zásahmi (in Schavel, 2010).

Účelom supervízie zameranej na sociálneho pracovníka je tiež udržanie prislúchajúcej úrovne motivácie pracovníka a v naplnení jeho potrieb vo vzťahu k práci (Havrdová, 2008).

Podľa M. Scherpnera (1999) supervízia zaručuje zvyšovanie profesionálnej kompetencie sociálnych pracovníkov, chráni klienta pred nekompetentnými intervenciami poradcu, vedie ku rozširovaniu možností a alternatív pri riešení problémov klienta a ku korigovaniu neefektívnych postupov (in Oláh, 2008). Ako uvádza Oláh (2008), supervízia je súčasne prevenciou syndrómu vyhorenia, ktorý môže byť dôsledkom nezvládania záťažovej situácie, akou klientska agresia je.

Záver

Práca sociálneho pracovníka je náročná. Dennodenne prichádza sociálny pracovník do kontaktu s ľuďmi, ktorí potrebujú pomôcť s riešením častokrát kolíznych situácií. Klienti prichádzajú v citových rozpoloženiach, ktoré môžu vyústiť aj do verbálnej či fyzickej agresie. Preto je potrebná nie len vedomostná príprava sociálnych pracovníkov, ale najmä rozvíjanie ich osobnostných predpokladov, ktoré môžu napomôcť k zvládnutiu klientov tak, aby klient obsiahol potrebnú pomoc, ale nie na úkor motivácie, nasadenia, či iných psychických alebo aj fyzických dôsledkov sociálneho pracovníka. Je potrebné rozvíjať osobnosť sociálneho pracovníka tak, aby v svojej práci videl naďalej zmysel.

Zoznam použitej literatúry:

1. BRNULA, P. *Sociálna práca: Dejiny, teórie a metódy*. : Bratislava: IRIS, 2012, 264s. ISBN 978-80-89238-77-4
2. BRNULA, P. *Sociálna práca so žiadateľmi o azyl a azylantmi*, Prešov: Občianske združenie Sociálna práca, 2008, 87s. ISBN 978-80-89295-10-4
3. ČÁP, J.; DYTRYCH, Z. *Utvárení osobnosti v náročných životných situáciách*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1968, 118s.
4. FRK, V., KREDÁTUS, J. *Komunikácia v personálnej a sociálnej praxi*. Prešov: Vydavateľstvo Cuper, 2002, 143 s. ISBN 80-8889-25-X
5. HALAMA, P. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: Slovak Academic Press, 2007. 223s. ISBN 978-80-8095-023-1
6. HAVRDOVÁ, Z.; HAJNÝ, M. *Praktická supervízie*. Praha: Galén, 2008. 213 s. ISBN 8072625321
7. HERDOVÁ, Z. *Asertívne správanie*. Bratislava: Belimex, s.r.o., 1997. 24s. ISBN 80-85327-30-9
8. LEVICKÁ, J. *Metódy sociálnej práce*. Trnava: Trnavská univerzita, 2003, 121s. ISBN 80-8907-43-83
9. LEVICKÁ, J. *Základy sociálnej práce*. Trnava: Spoločnosť pre podporu vedy a vzdelávania na FZaSP TU, 2004, 170s. ISBN 80-968952-3-0
10. LEVICKÁ, J. *Teoretické aspekty sociálnej práce*. LEVICKÁ, Trnava : Trnavská univerzita, 2002. 283 s. ISBN 80-89074-39-1
11. LOVAŠ, L. *Agresia a násilie*. Bratislava: Ikar, 2010. 197s. ISBN 978-80-551-1752-2
12. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, 288s. ISBN 8071785490
13. OLÁH, M.; TOMKA, M. *Príručka pre skvalitnenie supervízie v detských domovoch*. Bratislava: Asociácia vzdelávateľov v sociálnej práci, 35 s. ISBN 9788096990504
14. PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. Praha: Nakladatelství TRITON, 2005. 226s. ISBN 80-7254-593-0
15. SCHAVEL, M. a kol. *Supervízia a jej využitie v sociálnej praxi*. Bratislava : VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2010. 83 s. ISBN 978-80-89271-79-5
16. SNYDER, C. *Coping: the psychology of chat Works*. New York: Oxford University Press, 1999

Kontakt

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc., Mgr. Antónia Sabolová Fabianová
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, Moyzesova 9, 040 59 Košice
eva.ziakova@upjs.sk, sabolova.antoniam@gmail.com

Sociálna práca s deťmi s problémovým správaním v podmienkach akreditovaného subjektu

Beáta Rybárová (SR)

Abstrakt: *Príspevok sa zaoberá problematikou hľadania zmyslu života u detí s problémovým správaním. Prvá časť je venovaná problematike rodiny, a jej významu pre adolescentov v období utvárania životného rámca a životných cieľov. Druhá časť sa zaoberá sociálnou prácou s deťmi s problémovým správaním a pôsobením spolupracujúceho akreditovaného subjektu. Posledná časť prináša praktické poznatky a skúsenosti získané realizáciou výchovných skupinových programov, sociálnych skupinových programov pre deti s problémovým správaním a podnety k sociálnej práci smerujúce k dosiahnutiu pozitívnych zmien.*

Kľúčové slová: *zmysel života, rodina, adolescent, problémové správanie, akreditovaný subjekt.*

Abstract: *This paper deals with finding the meaning of life in children with behavioral problems. The first part is devoted to the issue of family and its importance for adolescents during the period of creating an environmental framework and life goals. The second part deals with social work with children with behavioral and treating co accredited body. The last section provides practical knowledge and experience gained from the implementation of educational programs group, social group programs for children with behavioral and social incentives to work towards achieving positive change.*

Keywords: *meaning of life, family, adolescent problem behaviors, accredited entity.*

Príspevok vznikol v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 „*Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie*“

Rodina a jej význam pri hľadaní zmyslu života u adolescentov

Väčšina z nás žije od narodenia v rodine. Je našou súčasťou a ovplyvňuje celý náš život. Nezamýšľame sa nad jej definíciou, úlohami, fungovaním, až kým sa nestretneme s rodinami, kde „niečo“ nefunguje a rodina zlyháva.

Rodina je síce krátke slovo, ale rozsah tohto pojmu je veľmi široký. Nie je možné vytvoriť definíciu, ktorá by v celej tejto šírke vystihla a presne vyjadrila čím rodina v skutočnosti je. S týmto pojmom pracuje mnoho rôznych vedeckých disciplín a každá si pre svoje účely definuje tento pojem.

Zákon o rodine č. 36/2005 Z.z. definuje rodinu založenú manželstvom, ako základnú bunku spoločnosti. Spoločnosť všetky formy rodiny všestranne chráni. Rodičovstvo je spoločnosťou mimoriadne uznávaným poslaním ženy a muža. Spoločnosť poskytuje rodičovstvu nielen svoju ochranu, ale aj potrebnú starostlivosť, najmä hmotnou podporou rodičov a pomocou pri výkone rodičovských práv a povinností.

V sociológii sa preferuje pojem sociálna inštitúcia alebo malá sociálna skupina, v sociálnej psychológii je rodina definovaná viac ako primárna skupina než inštitúcia. V. Kačáni (2004, s. 189) považuje rodinu za malú primárnu sociálnu skupinu, ktorá si v interakcii so širším spoločenským prostredím formuje svojskú, charakteristickú štruktúru. Je to útvar, v ktorom sa na základe príbuzenských emocionálnych vzťahov medzi manželmi, rodičmi a deťmi, súrodencami, resp. ostatným príbuzenstvom utvárajú osobitné, svojrázne vzájomné vzťahy.

V pedagogike sa zdôrazňuje jej výchovno – socializačná funkcia. Rodina je pre jedinca prvým prirodzeným spoločenským prostredím a socializácia v tomto prostredí je len z časti naplňovaná zámerným výchovným pôsobením, predovšetkým sa realizuje prirodzeným bezprostredným systematickým pôsobením. Ako uvádza S. Klapilová (2000, s. 27) rodina je najdôležitejším prevodným mechanizmom pri predávaní hodnôt z generácie na generáciu a zároveň je sama jednou z najvýznamnejších hodnôt ľudskej spoločnosti.

B. Kraus a V. Poláčková (2001, s. 57) uvádzajú, že rodina je nositeľom primárnej socializácie a je súčasne mediátorom vplyvu danej kultúry. Cieľom výchovy v rodine je uviesť dieťa do príslušného kultúrneho prostredia, naučiť ho orientovať sa v tomto prostredí plnom symbolov a spoločenských štandardov. Socializácia vedie k osvojovaniu si určitých sociálnych rolí a produktom je osobnosť jedinca ako výsledok jeho sociálnych skúseností získaných sociálnym učením.

V súčasnosti evidujeme v našej spoločnosti vysoký počet rodín, v ktorých je problém s ich funkčnosťou, problémovým správaním jej členov a vysoký počet detí, ktoré žijú v neúplných rodinách. Mnohé rodiny nezvládajú zabezpečovať plnenie svojich základných funkcií, a to hlavne ekonomickej a funkcie výchovnej. Deti vyrastajúce v takomto prostredí si do svojho života odnášajú zlú štartovaciu pozíciu a absenciu správnych a prospešných vzorov správania. V tomto prostredí majú veľmi malé možnosti na rozvoj svojej osobnosti, takmer žiadne očakávania od života, málo alebo v mnohých prípadoch vôbec žiadne podnety k zmene životných postojov. Pri vstupe do spoločnosti sú znevýhodnené mnohými bariérami.

Keď dieťa prichádza na svet nemá žiadnu stupnicu, podľa ktorej by mohlo merať svoju vlastnú hodnotu. Musí sa spoliehať na svoje zážitky s ľuďmi a na ich správanie, súvisiace s hodnotením dieťaťa ako osoby. Prvých päť, alebo šesť rokov je sebaúcta formovaná takmer výhradne rodinou. Každé slovo, každý výraz tváre, gesto alebo chovanie rodičov prijíma dieťa ako výraz svojho hodnotenia. Preto v rodinách, kde rodičia nemajú o svoje deti záujem, nevenujú im pozornosť, výchova prebieha len formou zákazov a trestov, je sebaobraz a sebahodnotenie dieťaťa na veľmi nízkej úrovni.

Konstruktívne vyrovnávanie sa s problémami obdobia dospievania a objavenie pozitívneho zmyslu života podľa P. Halamu (2007, s. 116) podporujú schopnosti a postoje, ktoré si človek osvojil už v detstve. Battista a Almond (In Halama 2007, s. 116) považujú za jadro zmysluplnosti života pozitívny životný koncept spojený s pocitom naplnenia životného rámca a životných cieľov, a ako najdôležitejší faktor jeho úspešného vybudovania vidia vytvorenie pozitívneho sebaobrazu. Človek si má vybudovať pozitívny sebaobraz v detstve a skorej adolescencii, pri čom mu najviac pomáha dôverujúce a podporné rodinné prostredie. Ďalšími faktormi sú podporný a zdieľajúci vzťah s dospelou osobou, ktorý vytvára atmosféru dôvery a akceptácie, kde môže mladý človek prežívať a vyjadrovať svoje pochybnosti a neistoty, a účasť vo vhodných referenčných skupinách.

Deti sa od mala učia pozorovaním, a rodina je pre nich prvým a najdôležitejším prostredím. Mladí ľudia sú obmedzovaní vzorcami správania, ktoré videli u svojich rodičov, vo svojom okolí, v komunite a neustále ich opakujú. Takto vznikajú rodiny v ktorých sa vyskytujú vážne poruchy niektorých, alebo všetkých funkcií. Deti žijúce v mnohoproblémových rodinách, nemajú sa ako a od koho naučiť komunikovať, riešiť konflikty, nevidia ako by mal fungovať v rodine otec, ako mama.

V období dospievania ako uvádza J. Smik (2001, s. 16) sú vzťahy k rovesníkom prežívané ako najdôležitejšie a sú veľmi intenzívne. Vzťahy k rodičom a dospelým autoritám sa uvoľňujú a menia svoj charakter. Toto obdobie je náročné aj pre funkčné rodiny, kde dospievajúci môžu počítať s podporou rodiny, kde funguje komunikácia. Na jednej strane je tu potreba získať si uznanie party, sociálnu pozíciu, status v nej a na druhej strane je tu potreba nestratiť primerané vzťahy s rodičmi a dospelými autoritami, len zmeniť ich štruktúru.

P. Halama (2007, s. 115) obdobie adolescencie charakterizuje zvýšeným záujmom a konfrontáciou s existenciálnymi otázkami života. Mladí ľudia hľadajú pravdu, kladú si otázky o zmysle života, začínajú si vytvárať životné plány a ciele, hodnotové systémy. Adolescent si uvedomuje vlastnú slobodu v rozhodnutiach, ale zažíva i intenzívnu existenciálnu úzkosť, keď sa musí vyrovnávať s existenciálnymi otázkami a vytvoriť si stabilnú identitu. Rizikom pre adolescenta v tomto období je snaha ujsť pred úzkosťou a námahou vlastnej aktivity k obranným mechanizmom, ako sú vyhľadávanie členstva v rôznych alternatívnych skupinách, rebelantstvo proti tradičným hodnotám, kriminálna činnosť, zneužívanie drog, sexuálna promiskuita. Používaním takýchto obrán adolescent preberá alebo si vytvára povrchný a nestabilný spôsob zvládania existenciálnej úzkosti, ktorý zabraňuje skutočnej konfrontácii s existenciálnymi záležitosťami a blokuje osobnostný rast jedinca.

V procese dospievania deti z dysfunkčných rodín sa omnoho skôr dostávajú do situácií, keď sú odkázané svoje problémy a vzniknuté situácie riešiť sami, bez pomoci dospelých. Práve ich nezrelosť a nedostatok informácií, skúseností, veľmi často vedie k chybám a zlyhaniam. V podporujúcom prostredí, ktoré pomôže dospievajúcim uvedomiť si dôsledky svojich rozhodnutí sú tieto chyby posunom, i keď predstavujú značné riziko. Inak je to v dysfunkčných rodinách. Rodičia nemajú o svoje deti dostatočný záujem, chýbajú im rodičovské zručnosti, nemajú kapacitu pochopiť potreby svojich detí, často na ne prenášajú svoje úlohy a role, ktoré sami nezvládajú. Tieto deti už od útleho detstva sú situáciou v rodine nútené sa samé rozhodovať, zabezpečovať si svoje potreby. J. Smik (2001, s. 20) za rozhodujúce rizikové faktory dospievania považuje práve zlyhania pri napĺňaní jednotlivých vývinových úloh. Dôsledky týchto porúch a frustrácií sa premietajú do citového prežívania seba samého a môžu sa stať zdrojom ďalších zlyhaní. Dochádza k vývinu neurotickej špirály – neadekvátna akcia – pochybnosti o sebe – narušené pocity – neadekvátna akcia – pochybnosti... Prvé neadekvátne reakcie a správanie prinášajú so sebou pocity úzkosti, napätie, depresiú, znižuje sa sebadôvera. Prichádzajú úvahy „Na nič nie som dobrý“, „Nikdy nič nedokážem“. A práve v tomto momente absentuje u týchto detí rodič, alebo iná dospelá autorita, ktorá by im vysvetlila, že v ich veku sú omyly prirodzené, a je to v poriadku. Že ich rozhodnutia nemusia byť správne, ale je to proces učenia a osamostatňovania sa. Omyly nie sú informáciou o ich osobnosti, ale len o jednej konkrétnej situácii, v ktorej sa nerozhodli správne, čo však neznižuje ich hodnotu.

Sociálna práca akreditovaného subjektu

Príčiny, prečo sa rodičia deťom nevenujú môžu byť rôzne. Je to nízka mentálna a sociálna úroveň rodičov a potreby detí si neuvedomujú, a nevedia ako inak s deťmi komunikovať. Sú rodiny, kde rodičia sú natoľko zaplavení svojimi problémami – práca, financie, kariéra, partnerské problémy, samota po rozvode, že si deti nevšímajú, neuvedomujú si ich prežívanie. V oboch prípadoch je však výsledok pre deti rovnaký a zo správania rodičov získavajú predstavu, že nie sú zaujímavé, že nemajú žiadnu hodnotu, že sú problémové.

Prevenia je podľa zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele súbor opatrení sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately na predchádzanie vzniku krízových situácií v rodine a na obmedzenie a odstraňovanie negatívnych vplyvov. Medzi takéto opatrenia patrí napr. organizovanie programov, tréningov, aktivít zameraných na podporu plnenia rodičovských práv a povinností, plnenia funkcií rodiny, na predchádzanie sociálno-patologickým javom a aktivít zameraných na podporu vhodného využívania voľného času detí. Za preventívne aktivity možno považovať aj opatrenia zamerané na predchádzanie, obmedzovanie a odstraňovanie negatívnych vplyvov ktoré ohrozujú psychický, fyzický a sociálny vývin dieťaťa a krízových situácií v rodine.

Intervencia pri riešení problémov v rodine sa realizuje sociálnou prácou a jej prostriedkami, ktoré vyplývajú v prvom rade zo zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele o SPO ako sú rôzne výchovné opatrenia

- upozornenie
- uloženie povinnosti zúčastniť sa odbornej diagnostiky
- uloženie povinnosti zúčastniť sa na liečbe v špecializovanej ambulantnej starostlivosti
- uloženie povinnosti zúčastniť sa na výchovnom alebo sociálnom programe.

Ďalšie intervencie spočívajú napríklad v poskytovaní odborného a špecializovaného poradenstva, rodinnej terapie. Orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately môže určiť akreditovaný subjekt alebo právnickú osobu alebo fyzickú osobu, ktorá má spolupôsobiť alebo spolupracovať pri výkone výchovného opatrenia po predchádzajúcom súhlase tohto akreditovaného subjektu alebo tejto právnickej osoby alebo fyzickej osoby.

Úrady práce evidujú deti s problémovým správaním, najčastejšie z dôvodov keď u detí dochádza k hrubému porušovaniu školskej dochádzky, požitiu alkoholu, správaniu ktoré ohrozuje zdravie a bezpečnosť spolužiakov, nerešpektovaniu autorít, užívaniu návykových látok, útekom z domu, krádežiam, fyzickému násiliu voči spolužiakom, ale i rodičom. Nachádzame však medzi nimi i deti, ktoré sú doma fyzicky týrané, zneužívané, zanedbávané, posielané kradnúť a žobrať.

Špecifiká práce akreditovaného subjektu sú v individuálnom prístupe ku klientom, možnosti naplánovať si prácu podľa potrieb klienta a jeho rodiny, primeraný počet rodín v starostlivosti jedného poradcu, práca v domácnosti a teréne v čase prítomnosti celej rodiny.

Kvalitná terénna práca je jedným z predpokladov pre efektívnu prácu s klientom. Aby sme porozumeli existencii druhého človeka, musíme sa vedieť orientovať v jeho prirodzenom svete. Pod pojmom prirodzený svet L. Klenovský (2006, s. 12) rozumie celok našich vzťahov k veciam, priestoru, ľuďom, hodnotám i k našim vlastným možnostiam, čo s tým urobíme... Vstúpiť do prirodzeného sveta druhého človeka znamená porozumieť významovým súvislostiam jeho videnia a prežívania sveta ako celku (vedieť sa pozerať na svet „jeho očami“) a vedieť sa orientovať a pohybovať v jeho kultúrnom prostredí, čo je v prípade terénnej sociálnej práce nevyhnutný predpoklad.

Môžeme povedať, že terénna sociálna práca s klientom je práve o videní. O videní klienta v jeho prostredí, s možnosťami ktoré má, či už objektívnymi, či subjektívnymi. O videní sociálneho pracovníka na návšteve v klientovej domácnosti, o videní skutočného záujmu o klienta zo strany pracovníka.

A. Ambrózová (2006, s. 55) uvádza, že človek sa lepšie učí, lepšie si osvojí a ľahšie prijme postupy, ktoré mal možnosť vidieť, ktoré si vyskúšal ako tie, ktoré mu boli iba vysvetlené alebo predvedené, postupy na ktoré prišiel on sám, ako tie, ktoré vymyslel niekto iný, postupy, pre ktoré sa rozhodol sám, pri ktorých pozná ich praktický zmysel, ktoré mu priniesli konkrétny pozitívny výsledok, postupy ktoré mu priniesli uznanie, postupy, ktoré sú prezentované ako ponuka skúseností či odporúčanie, ako tie, ktoré sú podávané direktívne. Je to metóda práce prospešná i pre sociálneho pracovníka, ktorý si môže vyskúšať ako sa dajú, resp. nedajú jeho návrhy v podmienkach klienta realizovať.

Pri práci v teréne si vnímavý sociálny pracovník môže všimnúť vznikajúce problémy, ktoré sa pri vhodnej prevencii dajú riešiť skôr ako prerastú do patologických zmien. Naproti tomu, keď pracovník nepracuje v teréne, dozvedá sa o problémoch až v čase, keď sú už tak rozvinuté, že ich nahlási príslušná inštitúcia – škola, lekár, susedia a práca s takýmto klientom je omnoho náročnejšia i nákladnejšia.

S terénnou prácou i prácou v komunite je úzko spojený prístup k problémom. Podľa L. Schuringovej (2007, s. 26) môže byť

- prístup poskytujúci
- prístup uschopňujúci.

Pre sociálneho pracovníka je dôležité vedieť tieto prístupy rozlíšiť, poznať ich výhody a nevýhody a v praxi viac preferovať prístup uschopňujúci. Pri poskytujúcom prístupe vládne aj nevládne organizácie rozhodujú v prospech ľudí. Predstava, ktorú tieto agentúry zdieľajú je, že ľudia nevedia čo je pre nich dôležité, nevedia ako vyriešiť svoje vlastné problémy. Špecialisti presvedčajú ľudí, že určité riešenia sú pre nich dobré, prospešné, správne. Pri uschopňujúcom prístupe sú klienti aktívne zapojení do procesu zmeny od začiatku, čím sa zvyšuje ich motivácia. Vidia zmysel, prospech, z realizovaných zmien, cítia sa schopnými, zodpovednými, hľadajú riešenia problémových situácií, veria, že zmeny môžu dokázať. Práve pri práci v prirodzenom prostredí klienta, v jeho komunite, sa najviac ukážu skutočné korene problémov klienta i riziká v spôsobe života, ktoré následne vedú k vzniku problémových situácií. Na základe takto získaných poznatkov je možné kvalitne a účinne s klientom pracovať a zároveň vypracovať systém efektívnej a cielenej prevencie.

Oblasti sociálnej práce pri realizácii výchovných programov

Aby bola práca s touto cieľovou skupinou úspešná, riešenie problémových situácií musí vychádzať priamo od klientov. I keď sa jedná o problémové správanie dieťaťa akreditovaný subjekt nepracuje len s jedným členom rodiny – tým problémovým, ale s celou rodinou. Rodičia by mali byť schopní tvorivo a samostatne riešiť problémy, prevziať plnú zodpovednosť za svoj život a život svojich detí. Preto je potrebné venovať pozornosť rozvoju rodičovských zručností, pravidiel a dôslednosti pri výchove detí, spôsobom ocenenia, pochvaly a trestu, mimoškolskej príprave detí, zmene postojov rodičov k vzdelaniu detí a plneniu školských povinností. Ukončenie školskej dochádzky a dosiahnutie vzdelania by sa malo stať súčasťou životných plánov. U detí je potrebné sa zamerať na podporu osobnej zodpovednosti za svoje rozhodnutia a ich dôsledkov, kvalitu života, voľbu zdravého životného štýlu, zvýšenie právneho vedomia, komunikačných zručností, zodpovedný prístup k vzdelaniu, budovanie medzigeneračného dialógu. Ďalšie aktivity týkajúce sa celej rodiny je potrebné orientovať na rozvoj a posilňovanie vzájomných väzieb medzi rodičmi a deťmi, možnosti spoločného trávenia voľného času, vytváranie stabilného, emočného, podporujúceho rodinného prostredia, pocitu spolupatričnosti. Celá rodina by sa mala oboznámiť so spoločensky pozitívnymi a žiaducimi sociálnymi zručnosťami a návykmi a začleniť ich do osobnostnej výbavy detí i rodičov. Ako uvádza R. Payne (2010, s. 18) podporí sa v nich uvedomovanie si

- vlastnej jedinečnosti - ich vlastností, schopnosti, zručností, ktoré sú originálne,
- spolupatričnosti - pomocou uspokojovania väzieb, potreby byť docenený ostatnými,
- moci a slobody - poskytnutie priestoru pre rozhodovanie o vlastnom živote, osude, tak aby dokázali niesť zodpovednosť za svoje správanie a za svoje rozhodnutia,
- vzorov a modelov - rozlišovanie dobra a zla, pravdy a klamstva formou rôznych pozitívnych príkladov z reálneho života,
- hľadania svojich zdrojov - potrebné k realizácii a udržaniu zmien.

Aktivity je prínosné realizovať individuálnou formou, skupinovú formou, prácou s celou rodinou, širšou rodinou a jej sociálnymi sieťami.

Z niekoľkoročných praktických skúseností v tejto oblasti sa potvrdzuje, že adolescenti v situácii, že sú pravidlá nastavené na základe logických a praktických dôvodov, že sú s nimi adekvátne vopred oboznámení, že ich dodržiavanie je vyžadované od každého, nemajú problém sa pravidlám prispôbiť, dodržiavať ich a za prípadné porušenie znášať následky.

Záujem dospelaj osoby o ich problém, akceptácia, nenálepkovanie, dôvera a neodsudzovanie v mnohých situáciách vedie k ochote otvorene rozprávať o svojich pocitoch, prežívaní, obavách. V situáciách, keď sa presvedčia o skutočnom záujme riešiť ich problém a nie ich len trestať, hľadať dôvody ich správania a nie len kritizovať a odsudzovať prejavy, nastávajú situácie, keď i tieto deti dokážu byť spontánne, a byť „naozaj deťmi“. Pri aktivitách sa

zapájajú do športových súťaží, tvorivých činností, zúčastňujú sa výletov, ale aj diskutujú o rôznych problémoch, situáciách, prezentujú, formulujú svoje názory, ktoré vedia podporiť argumentmi. Pri práci sa využíva podporná funkcia skupiny, jej bezpečné prostredie a dynamika. V skupine môžu riešiť svoje aktuálne problémy z rodiny, školy, vrstovníckych skupín, môžu si vyskúšať a získať nové zručnosti, v bezpečnom prostredí podpory a zažiť ocenenie. Uvedomia si, že v podobných situáciách ako oni sa nachádza mnoho detí, že problémy, spôsoby správania sa dospelých a vznikajúce situácie, v rôznych rodinách, školách sú si veľmi podobné.

Vzhľadom k súčasnosti, keď sa stretávame s veľkým počtom adolescentov a detí bez vzorov, cieľov, zmyslu života, je táto oblasť sociálnej práce veľmi potrebná, nakoľko sa tieto deti bez pomoci a podpory dostávajú na okraj spoločnosti, a ich nesprávne rozhodnutia zásadne ovplyvnia ich ďalšiu perspektívu.

Literatúra:

AMBRÓZOVÁ, A. a kol. 2006 *Proces terénnej sociálnej práce v sociálne vylúčenej komunite*, Bratislava, PDCS, 76 s. ISBN 80-969431-3-8.

HALAMA, P. 2007 *Zmysel života z pohľadu psychológie*, Bratislava, SAP - Slovak Academic Press, 223 s. ISBN 978-80-8095-023-1.

KAČÁNI, V. 2004 *Základy učiteľskej psychológie*, Bratislava, Slovenské pedagogické nakladateľstvo - Mladé letá, 230 s. ISBN 80-10-00429-4.

KLENOVSKÝ, L. 2006 *Terénna sociálna práca*, Bratislava, OZ Sociálna práca, 97 s. ISBN 80-89185-18-5.

KLAPILOVÁ, S. 2000 *Kapitoly ze sociální pedagogiky*, Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 63 s. ISBN 80-7067-669-8.

KRAUS, B. - POLÁČKOVÁ, V. et al. 2001 *Člověk - prostředí - výchova*, Brno, Paido, 199 s. ISBN 80-7315-004-2.

PAYNE, R.K. 2010 *Mosty z chudoby*, Košice, Equilibria, 293 s. ISBN 978-80-89284-53-5.

SCHURINGA, L. 2007 *Komunitní práce a inkluze Romů*, Ostrava, Goj, 179 s.

SMIK, J. Dospievanie a riziká dospievania. In Labáth, V. a kol. 2001 *Riziková mládež*, Praha, Slon, 157 s. ISBN 80-85850-66-4.

NÁRODNÁ RADA SR Zákon o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov č. 36/2005 Z.z..

NÁRODNÁ RADA SR Zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov č. 305/2005 Z.z..

Kontakt:

Mgr. Rybárová Beáta,
Katedra sociálnej práce FF UPJŠ
MIESTO POD SLNKOM, n.o., Košice
brybarov@gmail.com

Recenzie

Recenzia

Názov: Rozvíjenie sociálnych dovedností ľudí s poruchami autistického spektra.

Autorka: Nancy J. Patrick

Vydavateľ: Portál

Miesto zadania: Praha, 2011

Počet strán: 160

ISBN: 978-80-7367-867-8

Recenzent: Antónia Sabolová Fabianová

Pracovisko recenzenta: Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach

Nancy J. Patrick je sociálna pedagogička a psychologička, ktorá sa venuje oblasti porúch autistického spektra dlhé roky. V knihe *Rozvíjenie sociálnych dovedností ľudí s poruchami autistického spektra* prináša na 160 stranách tipy a stratégie ako človek s Aspergerovým syndrómom zvláda bežné situácie každodenného života. Kniha pozostáva zo šiestich kapitol, ktorým predchádza obsiahly úvod, v ktorom autorka uvádza hlavné rozdiely medzi bežnými ľuďmi a ľuďmi s Aspergerovým syndrómom vo viacerých sférach sociálneho pôsobenia. Záver knihy obsahuje autorkou ponúknuté škály, ktoré sú venované možnosti odhadnúť do akej miery človek zvláda nástrahy okolitého sveta.

Autorka zaujímavým a prehľadným spôsobom čitateľa navedie na konkrétnejšiu predstavu osoby s Aspergerovým syndrómom už v spomenutom obsiahlom úvode publikácie, kde sa čitateľ na jednej strane dozvedá o cielej tejto knihy, o tom, že kniha neobsahuje metodiky či praktické prístupy k ranej intervencii či intervencii u malých detí, ale že je venovaná najmä dospelým a dospelým s Aspergerovým syndrómom. Na druhej strane sa čitateľ dozvedá o tom čo tento syndróm predstavuje a kto sa pod pojmom "dospievajúci a dospelý" myslí. Pred tým ako sa autorka začne venovať jednotlivým kapitolám, vysvetľuje problematiku nezvyklého používania jazyka. Taktiež sa autorka venuje sociálnemu využitiu jazyka, jeho špecifikám, ako je napríklad samotný pozdrav či odzdravenie, nadviazanie konverzácie či náhla zmena témy, čo často spôsobuje poslucháčovi problémy. Zaujímavou časťou úvodu knihy je aj neverbálna komunikácia, kde autorka uvádza, že ľudia s Aspergerovým syndrómom majú obyčajne veľmi vážne problémy vyhodnotiť neverbálne kľúče, akými sú očný kontakt, výrazy tváre, gestá, postoje. V časti kde sa autorka venuje chápaniu myslenia iného človeka si čitateľ môže uvedomiť ako sú tieto procesy zložité a ako dokáže oslabenie týchto schopností spôsobiť mnoho sociálnych problémov. Keďže za hlavný deficit ľudí s poruchou autistického spektra sa považuje oslabená schopnosť alebo dokonca neschopnosť vcítiť sa do myslenia a citov inej osoby a nazerať na situáciu ich očami, čo často vedie k závažným nedorozumeniam a spoločenským problémom. Za spomenutie určite stojí aj ďalší z problémov ktorému sa ľudia s Aspergerovým syndrómom často nevyhnú, a to je doslovná interpretácia jazyka alebo tiež empatia, ktorá predstavuje jednu z najväčších oblastí nedorozumení, napriek tomu, že ľudia s Aspergerovým syndrómom niekedy hlboko prežívajú to, čo sa týka iných ľudí. Problém však vzniká vtedy ak si človek s Aspergerovým syndrómom neuvedomuje bolesť či záujem inej osoby.

V hlavnej časti knihy, pozostávajúcej zo šiestich kapitol sa Nancy J. Patrick venuje problémom, ktoré vyplývajú z poruchy autistického spektra a výrazne ovplyvňujú zvládanie bežných sociálnych situácií. Prvá kapitola s názvom Sociálny svet uvádza poznatky o tom, čo sú sociálne schopnosti, komunikačné schopnosti, v akom sú vzájomnom vzťahu, aké sú potrebné kroky k ich rozvoju.

Následne autorka prechádza k ďalšej kapitole venovanej problematike Priatelia a rodina. Táto kapitola sa zaoberá vzťahmi medzi ľuďmi. Obsahuje jednotlivé konkrétnejšie

témy akou je téma Rodina, Známy, Priatelia, Schôdzky, Manželstvo, Rodičovstvo, téma Cudzí ľudia, ktorým sa autorka venuje bližšie a ku ktorým následne uvádza príklad problému, jeho vysvetlenie, a hlavne, jeho možné riešenie.

V tretej kapitole sa autorka venuje zdraviu a zdravotnej starostlivosti. Poukazuje v nej na skutočnosť, že fyzické a mentálne zdravie je základom pre akékoľvek sociálne usporiadanie a životnú pohodu. Konkrétne vysvetľuje princípy zdravého životného štýlu aj na príkladoch ľudí s Aspergerovým syndrómom.

Témou bývania sa autorka zaoberá v štvrtej kapitole tejto knihy a uvádza v nej najmä sociálne schopnosti potrebné pre nezávislé bývanie. Ako v predchádzajúcich častiach, aj v tejto autorka príkladne vysvetľuje samotnú problematiku pre lepšie pochopenie na príkladoch z praxe, skúsenostiach konkrétnych ľudí.

Predposledná kapitola preberá komunikačné schopnosti potrebné pre oblasť zamestnania, výber profesie, keďže ako uvádza samotná autorka, zmysluplné povolanie je pre každého človeka natoľko dôležité, že jeho výber nie je možné ponechať náhode.

Poslednou témou sú nástroje k adaptácii, teda integrácii osôb s Aspergerovým syndrómom, ktoré sú napriek tomu, že už boli spomenuté, podrobnejšie popísané. Ide hlavne o pomôcky, ktoré ľuďom pomáhajú k tomu aby boli čo najviac nezávislí, produktívni a úspešní v oblasti starostlivosti o vlastnú osobu, bývanie, vzdelávanie,...

Knihu uzatvára autorkou ponúknutý akoby dodatok, ktorý je nazvaný ako Dotazníky a obsahuje od posudzovacej škály cez zoznamy a scenáre až po pravidlá osobnej bezpečnosti. V týchto častiach si môže čitateľ overiť nakoľko vhodne funguje v svojom sociálnom svete, prípadne môžu čitateľovi napomôcť k zahájeniu určitého systému pre rozvoj konkrétnych schopností potrebných pre sociálne fungovanie.

Autorka primeraným spôsobom spĺňa sebou dané ciele, ktoré uviedla na začiatku svojej knihy a v ktorej naznačuje komu je kniha určená. Odbornosť vyjadrovania je po celý čas čítania v rovnováhe s jasným pochopením myšlienok keďže autorka trefne podchyťáva každú problematiku knihy príkladom, kazuistikou. Štýl písania vtiahne čitateľa do problematiky a poukáže na mnoho informácií, ktoré aj keď nás častokrát obklopujú a bližšie sa nad nimi nezamýšľame sa stávajú pre nás po prečítaní obohacujúcimi.

Publikácia je dobrou voľbou pre človeka, ktorý chce zlepšiť svoje sociálne schopnosti alebo má záujem sa dozvedieť niečo o poruchách autistického spektra, je tiež ale vhodná aj pre čitateľa, ktorý má Aspergerov syndróm. Svojím obsahom je obohatením aj pre pracovníkov v oblasti sociálnej práce, pretože ponúka tipy a stratégie pre zvládanie situácií sociálneho života človeka s Aspergerovým syndrómom. Pozitívom sú aj vhodne uvedené kazuistiky, ktoré sociálnemu pracovníkovi môžu napomôcť pri praktických riešeniach problémov v rámci svojej práce, prípadne k tomu ako týmto problémom predchádzať. Ponúkaná kniha je teda vhodná ako jeden z možných návodov, na základe ktorých dokáže sociálny pracovník pracujúci v tejto oblasti primerane napomôcť pri rozvíjaní jednotlivých sociálnych schopností klienta, čo by malo byť jednou z priorit jeho práce.

Recenzia

Názov: Rizikový klient v sociálnej práci
Autorky: Soňa Šrobárová – Eva Žiaková
Vydavateľ: VERBUM - vydavateľstvo KU
Miesto vydania: Ružomberok, 2013
Počet strán: 150
ISBN: 978-80-561-0049-3
Recenzent: Beáta Rybárová
Pracovisko recenzenta: Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta UPJŠ Košice

Autorkám Soni Šrobárovej a Eve Žiakovej sa v monografii Rizikový klient v sociálnej práci na relatívne malej ploche podarilo prezentovať ucelený pohľad na problematiku sociálnej práce rizikovým klientom. Táto publikácia reflektuje potreby študentov sociálnej práce, ale aj sociálnych pracovníkov, ktorí pri svojej práci prichádzajú do individuálneho kontaktu s klientom.

Do sociálnej práce vstupuje mnoho premenných, z ktorých za hlavné môžeme považovať osobnosť sociálneho pracovníka, osobnosť klienta a špecifické problémy klienta. Práve kvalitná odborná príprava sociálnych pracovníkov je neoddeliteľnou súčasťou kvalitnej sociálnej práce v prospech klienta a kvality jeho života.

V publikácii na vysokej odbornej úrovni sú podrobne a systematicky zosumarizované existujúce poznatky problematiky typológie klientov a ich špecifik. Jednotlivé kapitoly sú venované klientovi sociálnej práce, rizikovému klientovi, klientovi v odpore, agresívnemu klientovi, neasertívnemu klientovi, klientovi v terapii, závislému klientovi, klientovi bez domova, nedobrovoľnému klientovi, klientovi vo výkone trestu odňatia slobody a po odpykaní trestu odňatia slobody, mlčanlivému klientovi, psychiatrickému klientovi, depresívnemu klientovi, manipulatívnemu klientovi, osvietenému klientovi a submisívnemu klientovi. Zaoberajú sa vymedzením a popisáním problematiky práce s konkrétnym typom rizikového klienta, zásad a špecifik komunikácie, metód a techník práce. Autorky sa zamerali aj na poradenský proces, jeho jednotlivé etapy, úlohy sociálneho pracovníka a budovanie vzťahu s klientom, ako podstatnej súčasti úspešného poradenského procesu.

Z pohľadu praxe má na poradenský proces a vzťah sociálneho pracovníka a klienta významný vplyv aktivita klienta a motív spolupráce. I keď sociálna práca s motivovaným a dobrovoľným klientom býva najčastejšie predmetom rôznych publikácií, a sociálni pracovníci sú skôr pripravovaní na takúto prácu, v praxi sa mnohokrát stretávame práve s klientom nemotivovaným, klientom ako odberateľom sociálnych služieb, nedobrovoľným klientom a klientom v odpore. Je potrebné si hneď pri prvom kontakte ujasniť, kto klienta distribuuje, akú zákonnú povinnosť si klient plní, prípadne aký prospech zo spolupráce má. Nastavenie klienta na spoluprácu nie je nemenné a vhodným prístupom a metódami zo strany sociálneho pracovníka je možné motivovať klienta k aktívnej účasti na riešení problému. Tiež je potrebné si uvedomiť, že aj spolupracujúci klient sa môže v priebehu poradenstva ocitnúť v situácii, ktorá je preňho náročná, citlivá, ohrozujúca a objaví sa odpor. Je úlohou sociálneho pracovníka aby pri svojej práci neustále citlivo vnímal nakoľko je účasť klienta v celom procese napĺňaním jeho potrieb a riešením jeho problémov, a nakoľko len chce vyhovieť svojmu okoliu, partnerovi, rodine, inštitúciám či zákonu. Odbornú pomoc pri tejto náročnej práci nájde práve aj v uvedenej publikácii

Situácia, keď sa sociálny pracovník stretáva s rizikovým klientom, býva pre pracovníka náročná a na jej zvládnutie sú potrebné vedomosti, ktoré vytvoria teoretický základ pri získavaní a osvojovaní si praktických zručností, a budovaní praktických skúseností.

V publikácii autorky venujú pozornosť komunikácii, verbálnej i neverbálnej, aktívnemu počúvaniu, práci s otázkami. V tomto smere je dôležité aby sociálny pracovník vedel akým dojomom pôsobí na svoje okolie, aké pocity a reakcie vyvoláva štýl jeho komunikácie, rýchlosť reči, výber a používanie slov, a pod. a mohol svoj prejav patrične korigovať. K tomuto uvedomeniu slúžia sociálno psychologické výcviky, ktoré by mali byť aktívnou a trvalou súčasťou osobného rastu každého sociálneho pracovníka pracujúceho s klientmi. Pri práci s klientmi si sociálny pracovník naplňa určité svoje potreby a je veľmi dôležité aby si vedome zanalyzoval ktoré to sú a čím v konkrétnej práci s klientom si ich naplňa, lebo v praxi môžu viesť k porušovaniu hraníc medzi klientom a sociálnym pracovníkom práve nadmernou pomocou, splývaním, obetovaním sa, ale i nepriepustnosťou hraníc, čím dochádza k poškodzovaniu klienta a jeho znefunkčňovaniu. Tejto dôležitej problematike sa v odbornej literatúre nevenuje dostatočná pozornosť, a mňa teší, že v uvedenej publikácii našla svoje miesto.

Jedným z najnáročnejších /aj na základe spätných väzieb sociálnych pracovníkov zúčastňujúcich sa supervízií/ je agresívny klient. Počet týchto klientov v poslednom období narastá. Predpokladáme, že významný podiel na tom má súčasný životný štýl, stres, ale aj práca médií, ktoré nie sú sociálnej práci veľmi naklonené. V občanoch sa buduje silný pocit požadovať a domáhať sa, ale bez ich aktívnej spolupráce, čo sa prejavuje aj v komunikácii so sociálnym pracovníkom. Slovná agresivita sa stáva súčasťou poradenských rozhovor, ako i vyhrážanie sa rôznymi sťažnosťami, žalobami, médiami a pod. Možno moc, ktorú takto klienti získavajú, zneisťuje a ochromuje sociálnych pracovníkov pri konkrétnej práci. Prínosné je, že v publikácii nájdeme nie len charakteristiku agresívneho klienta, ale i zásady vzťahu k agresívnemu klientovi, kroky sociálneho pracovníka k zvládnutiu agresívneho klienta, zásady komunikácie a metódy práce s týmto typom klienta.

V súčasnosti je aktuálna problematika psychiatrických pacientov. V roku 2012 bolo na vyšetrenie v psychiatrických ambulanciách prijatých takmer 400.000 pacientov, čo je v priebehu ostatných desiatich rokov nárast o 170.000 ľudí – teda o viac ako 42 %, pričom najvýraznejší nárast bol zaznamenaný u mladých ľudí vo veku 15-19 rokov. Pre sociálnych pracovníkov z tejto štatistiky vyplýva informácia, ako v súvislosti s týmto nárastom narastá i počet klientov sociálnej práce, ktorí sú psychiatricky liečení. Títo občania žijú v prevažnej miere vo svojich domácnostiach, s rodinou, a ich choroba a jej prejavy majú vplyv na funkčnosť rodinných systémov a vznik problémov. I keď je klient v starostlivosti odborného lekára, sociálny pracovník sa môže v určitej miere podieľať na rozvoji jeho samostatnosti, nezávislosti, podpore. Pomáhať mu zvládať bežné, denné sociálne kontakty, prijateľné formy komunikácie a reakcie na problémové situácie, zabezpečiť kontakt s inštitúciami a pod. Okrem klienta v terapii je súčasťou komplexnej práce aj práca s rodinou. Cieľom intervencií pri práci s rodinou je reagovať na potreby jednotlivých členov, poskytnúť im dostatok informácií o chorobe, prejavoch, možnostiach liečby, v rôznych združeniach či iných subjektoch poskytujúcich podporné a odľahčovacie služby a programy. Špecifickou je práca s detským klientom v terapii, kde sa v praxi ukazuje vysoký podiel rodinných problémov, násilia, rozvodov, zanedbávania starostlivosti na vzniku a rozvoji sociálno-patologického správania, a kde opätovne vyvstáva požiadavka na prácu s celou rodinou s cieľom zlepšiť jej funkčnosť a napĺňanie potrieb dieťaťa. Hospitalizácia, umiestnenie do zariadení a intenzívna práca s deťmi v nich je súčasťou procesu zmeny, ak ale nedôjde k zmenám v rodinnom prostredí, po návrate u dieťaťa dochádza k recidíve a často i k zhoršeniu situácie z presvedčenia, že situácia je nemenná, a dieťa na možnosti zmeny rezignuje.

Organickou súčasťou publikácie je i problematika práce s rizikovou rodinou a skupinou, čím autorky poskytli čitateľovi dôkladný prehľad a pochopenie rôznych aspektov sociálnej práce s rizikovým klientom, a ponúkli komplexný pohľad na problematiku. V kapitole o účinných faktoroch skupinovej dynamiky nachádzame v súvislosti s prácou

s mládežou cenné poznatky o využití skupiny v období prechodu adolescentov do dospelosti, keď práve skupina môže zabezpečiť podporný a zdieľajúci vzťah s dospelou osobou – sociálnym pracovníkom, ktorý vytvára atmosféru dôvery a akceptácie, prezentuje prirodzenú autoritu a rolu dospelého, kultúru spoločnosti a má výrazný vplyv na skupinové normy. Práve vo vhodných referenčných skupinách môže mladý človek prežívať a vyjadrovať svoje názory, pochybnosti a neistoty, zažívať ocenenie a prijatie.

Štruktúra práce je logická, jednotlivé kapitoly na seba nadväzujú, a vyústením je kapitola venovaná akceptácii, empatii a kongruencii v komunikácii sociálneho pracovníka s klientom. Kvalita komunikácie priamo úmerne podmieňuje funkčnosť, efektivitu a úspešnosť sociálneho pracovníka a v publikácii je jej venovaná zodpovedajúca pozornosť.

Náročnosť sociálnej práce a požiadavky kladené na sociálneho pracovníka prinášajú nároky na psychohygienu, ktorá je spolu s etikou obsahom poslednej kapitoly.

Predkladanú monografiu hodnotím pozitívne z pohľadu aktuálnosti spracovanej problematiky - vzhľadom na početnosť rizikových klientov v praktickej sociálnej práci. Práca poskytuje ucelený, erudovaný pohľad na spracovaný komplex problémov z viacerých uhlov, zachovávajúc kompaktnosť spracovanej témy. Môžu z nej čerpať sociálni pracovníci, poradcovia, terénni pracovníci, i študenti, ktorí v nej nájdu základné a podstatné informácie jasne a logicky usporiadané, obsahujúce celú šírku problematiky práce s rizikovým klientom.

Zborník príspevkov v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie.

**Ako nájsť zmysel života v sociálnej práci s rizikovými skupinami
2. ročník Košických dní sociálnej práce**

konanej dňa 22. 11. 2013 v priestoroch **Sokrates**, Košice, Moyzesova 9

Vydal: Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ Košice

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

Počet strán: 349

Náklad: 100 ks

ISBN: 978-80-8152-140-9

EAN: 9788081521409

Nepredajné

Za obsah článkov zodpovedajú autori. Bez gramatickej úpravy.

ISBN 978-80-8152-140-9
EAN 9788081521409