

WYBRANE PSYCHOLOGICZNE I SPOŁECZNE ZAGADNIENIA PRACY SOCJALNEJ

Redakcja naukowa:

Witold Jedynak

Jarosław Kinal

Andrzej Lipczyński

Dorota Rynkowska

**WYBRANE**  
**PSYCHOLOGICZNE I SPOŁECZNE**  
ZAGADNIENIA  
**PRACY SOCJALNEJ**

ISBN 978-83-64804-72-4

Redakcja naukowa:

**Witold Jedynak**  
**Jarosław Kinal**  
**Andrzej Lipczyński**  
**Dorota Rynkowska**

## **Wybrane psychologiczne i społeczne zagadnienia pracy socjalnej**

Rzeszów 2017



### **Redakcja naukowa**

Witold Jedynak  
Jarosław Kinal  
Andrzej Lipczyński  
Dorota Rynkowska

### **Recenzenci:**

dr habil. Henrietta Nagy, PhD  
prof.ThDr.Ján Šafin PhD

### **Wydawca:**

Stowarzyszenie "Kultura w sieci"  
KRS: 0000576123  
mail: [biuro@kulturawsieci.pl](mailto:biuro@kulturawsieci.pl)

### **Skład, opracowanie graficzne i druk:**

AdvertDruk  
ul. Krakowska 21  
41-503 Chorzów

### **ISBN:**

978-83-64804-72-4

Wydanie I, Format B5, arkuszy wydawniczych: 7,2 . Znaków drukarskich 288 263

Książka dostępna jest na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska. Pewne prawa zastrzeżone na rzecz autora. Zezwala się na wykorzystanie publikacji zgodnie z licencją – pod warunkiem zachowania niniejszej informacji licencyjnej oraz wskazania autora jako właściciela praw do tekstu. Treść licencji jest dostępna na stronie <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/pl/>



## SPIS TREŚCI

<b>Wprowadzenie/Introduction</b>	7
Andrzej Lipczyński <b>Klienci specjalnej troski w pracy socjalnej</b>	11
Mária Machalová <b>Edukačné sociálne poradenstvo (rozvíjanie edukačnej paradigmy v sociálnej práci)</b>	26
Tomas Hangoni <b>Špecifiká komunikácie s klientom sociálnej práce</b>	37
Maciej Gitling <b>Profilaktyka uzależnień od substancji psychoaktywnych</b>	43
ks. Witold Jedynak <b>Religijność bezdomnych i jej oddziaływanie na życie codzienne</b>	55
Bohuslav Kuzyšín, Milan Schavel <b>Supervízia v sociálnej práci na Slovensku</b>	66
Maroš Šip <b>Intervencia sociálneho pracovníka pri zabezpečovaní kvality života osôb v paliatívnej starostlivosti</b>	84
Małgorzata Artymiak <b>Skuteczność mediacji w percepcji klientów pomocy społecznej</b>	93
Justyna Iskra, Małgorzata Artymiak <b>Prężność psychologiczna jako osobowościowy zasób pracownika socjalnego</b>	105
Dorota Rynkowska <b>Style życia osób starszych niepełnosprawnych. Społeczny wymiar starości i niepełnosprawności</b>	117
Klara Łukasiewicz, Mariola Kinal <b>Anoreksja w przestrzeni wirtualnej</b>	130
Laura Ardelean <b>Inclusion of Romani People into Local Communities. Case Study: Girișu de Criș Commune, Bihor County</b>	144
Andrej Nikulin <b>Aplikácia moderných psychoterapeutických prístupov pri práci s dysfunkčnou rodinou.</b>	158
<b>Nota o autorach</b>	168



## WPROWADZENIE / INTRODUCTION

Problematyka pracy socjalnej staje się współcześnie przedmiotem ożywionej refleksji naukowej nie tylko w aspekcie teoretycznym, lecz także odnoszącym się do codziennej praktyki. Uwaga badaczy skupia się dzisiaj wokół nowych pytań dotyczących kształtu, metod, formy, otwartości na nieoczekiwane sytuacje i zmiany zachodzące w otaczającej nas rzeczywistości.

W pracy socjalnej poświęca się wiele uwagi zasobom tkwiącym w społecznościach i rozwiązywaniu problemów społeczności w różnych wymiarach na różnych poziomach ich społecznego funkcjonowania. Obecnie praca socjalna we współczesnym świecie traktowana jest jako jedna z ważnych dziedzin działalności społeczno-instytucjonalnej i zawodowej pracowników socjalnych. Działalność pracy socjalnej, sposób jej funkcjonowania i rozwiązywania problemów zasadniczo odnosi się do dwóch obszarów. Pierwszy z nich opiera się na takim typie praktyki, w której relacja pracownik socjalny- klient jest budowana na podstawie ugruntowanej naukowo wiedzy.

Drugi obszar odnosi się do otwartości pracy socjalnej na nowe zjawiska, problemy, czyli gotowość wchodzenia w aktualnie ujawniające się obszary, gdzie pomoc interwencja byłaby wskazana i potrzebna. Współczesna praca socjalna korzysta z bogatych doświadczeń wielu dziedzin, jednak jej zasadniczym punktem odniesienia jest pomoc i wsparcie udzielane jednostce, grupie czy środowisku. Praca socjalna to teoria i praktyka, interdyscyplinarna nauka oraz rozległa płaszczyzna działań, interpersonalnych, pozasystemowych, samopomocowych opartych na teorii ludzkich zachowań i systemów społecznych: „praca socjalna jest specyficzną działalnością profesjonalną, której zadaniem jest ułatwianie wzajemnego przystosowania jednostek, rodzin, grup i środowiska społecznego, w którym żyją oraz rozwijanie poczucia własnej wartości indywidualnej poprzez wykorzystanie możliwości tkwiących w ludziach, w stosunkach interpersonalnych oraz zasobach udostępnianych przez społeczności lokalne” (Rezolucja nr 16 Rady Europy).

Kwestie związane z problematyką pomocy społecznej i pracy socjalnej jako zagadnienia naukowe są stale podejmowane przez przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych. Jest to w dużej mierze spowodowane interdyscyplinarnością nauk



społecznych oraz nowych koncepcji dotyczących życia społecznego i roli pomocy społecznej. W niniejszej publikacji przedstawione zostały współczesne tendencje w pomocy społecznej i pracy socjalnej na tle rozwiązań wypracowanych w krajach Europy Środkowej i Wschodniej.

Celem publikacji jest przedstawienie różnych stanowisk i dorobku teoretycznego i praktycznego w zakresie nowatorskich koncepcji i metod prowadzenia pracy socjalnej w perspektywie międzynarodowej, dlatego też zamysłem twórców tomu była prezentacja badań i idei w językach ojczystych, tak aby publikacja była dostępna również dla badaczy, doktorantów i studentów ze Słowacji, Rumunii oraz Węgier. Zawarte w niniejszej publikacji rozdziały w języku słowackim oraz angielskim powstały na zaproszenie redaktorów tomu w uznaniu wkładu autorów tychże rozdziałów w rozwój dyscypliny pracy socjalnej.

Publikacja stanowi próbę pogłębienia refleksji, zarówno nad teoretycznym, jak i praktycznym wymiarem pracy socjalnej. Poza tym zachęca do wieloaspektowego spojrzenia na klientów i pracowników pomocy społecznej, jak i sposobów udzielania wsparcia i pomocy.

Niniejsza publikacja stanowi efekt współpracy międzynarodowej między pracownikami Instytutu Socjologii UR, specjalizującymi się w zagadnieniach związanych z pracą socjalną oraz psychologią społeczną. Dzięki tej współpracy możliwa jest wymiana doświadczeń i danych naukowych nie tylko na szczeblu krajowym, ale również regionalnym, co jest szczególnie istotne dla wzajemnego rozwoju partnerów instytucjonalnych oraz kontaktów interpersonalnych między naukowcami.

*Redaktorzy tomu*

\*\*\*\*

The issue of social work is becoming a subject of lively scientific reflection today not only in theoretical but also in everyday practice. Today's attention is focused around new questions about shape, methods, form, openness to unexpected situations, and changes in the surrounding reality.

In social work much attention is paid to resources in the community And solving community problems in different dimensions at different levels of their social functioning. Nowadays, social work in the modern world is regarded as one of the important areas of social, institutional and professional work of social workers. The activity of social work, the way it functions and solves problems basically refers to two areas. The first is based on the type of practice in which a social worker-client relationship is built on the basis of well-established knowledge.

The other area refers to the openness of social work to new phenomena, problems, ie, readiness to enter the currently revealing areas where intervention assistance would be indicated and needed. Contemporary social work benefits from a wealth of experience in many areas, but the key point of reference is the help and support of individuals, groups or the environment. Social work is a theory and practice, an interdisciplinary science, and an extensive field of interpersonal, extramural, self-help based on theories of human behavior and social systems: "Social work is a specialized professional activity designed to facilitate the adaptation of individuals, families, groups and the environment. The social life in which they live and the development of their individual self-esteem through the use of opportunities inherent in people, in interpersonal relations and the resources made available by local communities "(Resolution 16 of the Council of Europe).

The development of social work as a scientific discipline is visible both in terms of the number of students enrolling in this field annually And also publications on this subject. Issues related to social work and social work as a scientific issue are constantly addressed by representatives of various disciplines. This is largely due to the interdisciplinarity of social sciences and new concepts of social life and the role of social assistance. This publication presents the contemporary tendencies in social assistance and social work in the context of the solutions developed in the countries of Central and Eastern Europe.

The aim of the publication is to present various theoretical and practical positions and theories on innovative concepts and methods of social work in an international perspective, therefore the authors' idea was to present research and ideas in native languages so that the publication was also available to researchers, doctoral students and students. From Slovakia, Romania and Hungary. The Slovak

and English chapters in this publication have been written at the invitation of the editors of the volume to acknowledge the contribution of the authors of these chapters to the development of social work discipline.

The publication is an attempt to deepen reflection, both on theoretical and practical dimensions of social work. In addition, it encourages a multi-faceted look at clients and social workers, as well as how to provide support and help.

This publication is a result of international cooperation between employees of the Institute of Sociology of the University of Rzeszów, specializing in issues related to social work and social psychology. Thanks to this cooperation, it is possible to exchange experiences and scientific data not only at national level but also at regional level, which is particularly important for the mutual development of institutional partners and interpersonal contacts between scientists.

### **Klienci specjalnej troski w pracy socjalnej**

Pracownik socjalny wypełniając swój zawód, napotyka osoby z różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi, które w mniejszym lub większym stopniu wyraźnie wskazują na ich dysfunkcjonalność w zakresie intelektualnym, społecznym i psychicznym.

Kluczowym aspektem i zasadniczym wyzwaniem staje się umiejętność nawiązanie kontaktu z klientem z zaburzeniem psychicznym. Istotny tu staje się właściwy kontakt trwający przez cały okres procesu sprawowania opieki i ewentualnego specjalistycznego leczenia.

Uważa się, że dobry kontakt, jaki zaistnieje pomiędzy pracownikiem socjalnym, opiekunem społecznym a klientem stanowi warunek konieczny w dokonywaniu zmian we wszystkich obszarach, w jakich istnieją deficyty. Wielu praktyków uważa, że dobry kontakt jest chyba najważniejszym elementem pomocy, który gwarantuje dalszą współpracę z klientem.

Dopiero wówczas, kiedy istnieje profesjonalnie poprawny kontakt pomiędzy pracownikiem socjalnym a klientem, wtedy można dopiero rozpocząć oddziaływania terapeutyczne, szczególnie wobec klienta z zaburzeniami psychicznymi. Zanim jednak pojawią się efekty należy zwrócić uwagę na pewne czynniki, które zadecydują o powodzeniu.

J.Czabała (1997) uważa, że efekt terapeutyczny wymaga dobrego kontaktu, odreagowania emocjonalnego, zmniejszenia napięcia.

Relacja terapeutyczna kształtowana jest na bazie głębokiej empatii pracownika socjalnego wobec swojego klienta. Empatia zakłada przyjęcie przez pracownika socjalnego spostrzegania problemu z perspektywy klienta. Taka postawa nie oznacza zgadzania się ze wszystkim, o czym komunikuje klient, a w szczególności, co do oceny przyczyny jego choroby czy problemów, ale jest wynikiem zrozumienia dla jego cierpienia, które być może uruchomiło wiele

mechanizmów obronnych osobowości i przyczynia się do zniekształceń percepcyjnych rzeczywistości.

U podstaw zaufania jakim obdarza pracownika socjalnego jego klient leży dobry, profesjonalny i rzeczowy kontakt. Wzbudzanie zaufania jest nie tylko postawą osobistą terapeuty, ale może być także wynikiem całego kontekstu sytuacyjnego, w jakim odbywa się nawiązywanie relacji.

Nawiązanie kontaktu - szczególnie w pierwszym etapie - wymaga od osoby pomagającej zdania sobie sprawy z istnienia różnic i podobieństw pomiędzy pracownikiem socjalnym a klientem. Znaczenia nabiera rodzaj kontaktu pomiędzy pracownikiem socjalnym a jego klientem. Nawiązywanie kontaktu z osobą zaburzoną psychicznie posiada aspekt emocjonalny, poznawczy, jak i społeczny.

Decyzję o rodzaju tego kontaktu podejmuje sam pracownik socjalny. Może być bardziej osobisty bardziej bliski, podkreślający pozytywne konsekwencje podobieństwa, które ułatwiają empatię i poczucie bezpieczeństwa i autentyczność lub przeciwnie, wskazując na różnice. Różnice te mogą mieć znaczenie terapeutyczne, gdyż stanowią dla pacjenta źródło nowych wyzwań zmuszających do podjęcia innych form aktywności.

Prawidłowe relacje kształtują zaufanie, które wyrażają się w okazywaniu zainteresowania problemami klienta, bez względu na ich ważność.

Na każdym etapie kontaktu i realizacji zadań pracownika socjalnego zobligowany jest on do zauważanie wysiłku, jaki ponosi klient.

Trudności, z jakimi musi borykać się zarówno klient jak i pracownik socjalny to napięcie, które dla dobrej relacji powinno być odreagowane. Jednym ze sposobów mogących temu sprzyjać jest tworzenie takich warunków, aby klient miał możliwości - jeśli pojawi się taka potrzeba- wyrażał swoje emocje w formie dla niego najbardziej korzystnej i autentycznej ( płacz, złość wstyd, poczucie bezradności, a nawet zagrożenia).

Przygotowanie pracownika socjalnego w zakresie podstawowych zasad i metod psychoterapii stwarza klientowi klimat do wyrażenia swoich emocji dając

przyzwolenie na odreagowanie napięć, daje także możliwość zebrania informacji na temat jego najtrudniejszych problemów.

Pracownikowi socjalnemu trudno jest, aby na początku zająć się tymi problemami, gdyż może to wywołać niepokój i spowodować wycofanie się pacjenta z dalszej współpracy i poprzez uruchomienie mechanizmów obronnych zaprzepaścić dalsze relacje. Sposobem z wyboru jest w tym przypadku zauważenie i umiejętne tonizowanie zapobiegając pogłębianiu się problemu oraz uruchomieniu mechanizmów obronnych ( Czabała 1997). Pracownik socjalny z obszaru zainteresowania klientem z zaburzeniami psychicznymi nie może wyeliminować istniejących mechanizmów obronnych.

Wskazane jest też, aby przedyskutowano z klientem objawy zaburzeń i odpowiednie zasugerowanie pomocy specjalistycznej i możliwości poprawy stanu zdrowia. Ze względu na specyfikę kontaktu z klientem zaburzonym sukces osiąga się wówczas, kiedy pojawi się daleko idąca indywidualizacja problemów klienta i sposobów pomocy ( Lipczyński 2007).

Profesjonalne przygotowanie pracownika socjalnego z zakresu psychopatologii staje się warunkiem koniecznym w rozpoznawaniu zaburzeń psychicznych. Nie chodzi tutaj o postawienie diagnozy nozologicznej a jedynie zauważenie objawów, które sugerują jeszcze inny rodzaj pomocy, chociażby psychiatrycznej czy też psychologicznej.

Szczególnie trudnym zadaniem dla pracownika socjalnego jest podjęcie i nawiązanie kontaktu z pacjentem odmawiającym i uchylającym się od niego. Dlatego należy zdać sobie sprawę z pewnych uwarunkowań społecznych i środowiskowych, które mogą sprzyjać lub zakłócać tę relację i realizację koniecznych wyzwań ( Lipczyński 2007).

Człowiek ma naturalną tendencję do organizowania swojego doświadczenia w jedną zintegrowaną wewnątrznie całość, w spójny system przekonań, faktów idei i wartości. Dokonuje się analizy zależności jakie mogą istnieć lub już istnieją pomiędzy zaburzeniami psychicznymi, ich ciężkością, przebiegu a środowiskiem

w jakim żyje klient. Na pozytywne relacje pomiędzy środowiskiem a klientem mają wpływ warunki środowiskowe, w jakich przyszło żyć klientowi. Szczegółowa analiza warunków, w jakich powinien się odbywać kontakt z pacjentem o różnej ciężkości zaburzeń psychicznych pokazuje, że im bardziej osoba jest zdrowa i jej struktury osobowości są spójne, tym lepiej funkcjonuje w środowisku jednoznacznie zorganizowanym i bogatym w stymulację. Im bardziej to środowisko jest postrzegane jako wieloznaczne i chaotyczne, tym gorzej w nim funkcjonuje i tym częściej towarzyszy temu lęk i poczucie dziwaczności.

Dalsza analiza wyraźnie wskazała, że w skrajnych warunkach przy mniej lub bardziej zaburzonej strukturze i treści osobowości przebywanie klienta w środowisku o małej stymulacji, uruchamia w kliencie poczucie bezpieczeństwa i zadowolenie z przebywania w nim. Przy odwrotnych warunkach niejednoznacznych aktywizatorach pojawiają się odwrotne zachowania polegające na wycofaniu i unikaniu kontaktów.

Wnioski, jakie wynikają z dokonanej analizy należy jednak traktować z dozą prawdopodobieństwa, a nie pewności, ponieważ trudno jest jednoznacznie określić uniwersalne cechy środowiska społecznego i materialnego, które korzystnie wpływają na przebieg tej relacji (Sęk 1993).

W kontakcie pracownika socjalnego z klientem konieczne jest uwzględnianie jego właściwości psychicznych, gdyż osoby o różnym poziomie natężenia zaburzeń psychicznych, a tym samym o różnym poziomie organizacji osobowości mogą przebywając w tych samych warunkach i z tym samym terapeutą odnosić się do oferowanej pomocy bardziej lub mniej pozytywnie. Można w bardziej trafny sposób określić te środowiska, które zdecydowanie mają duże znaczenie w kontakcie pracownika socjalnego z klientem z zaburzeniem psychicznym.

R. Sommer i R.G. Alen (Sęk 1993) na podstawie obserwacji i badań stwierdzili, że istnieją dwa rodzaje środowisk mianowicie przyciągające i ucieczkowe. Do tych ogólnych cech środowiska przyciągającego należy jasna, zrozumiała i pozbawiona kontrastów przestrzeń, która swoją organizacją nie wprowadza niepokoju,

w której klient oraz pracownik socjalny mogą omawiać ważne, intymne problemy. Znakomitym miejscem okazuje się środowisko jak najbardziej bliskie i znane, chociażby jego dom z bliskimi osobami w otoczeniu.

Znając specyfikę zaburzeń psychicznych, zadanie, jakie stawia sobie pracownik socjalny nie należy do łatwych. Na trudności składa się wiele przyczyn wynikających nie tylko ze specyfiki zaburzenia psychicznego, ale także wielu niezależnych okoliczności (Lipczyński 2007; Sęk 1993).

Pracownik socjalny w swojej zawodowej praktyce niekiedy ma kontakt z osobami, które przeżywają kryzys nie tylko finansowy, ale emocjonalny, który wynika niekiedy z okoliczności niezawinionych przez klienta. Na ogół klient oczekuje szybkiego reagowania pracownika socjalnego, które miałyby polegać na uwolnieniu go od napięcia emocjonalnego i w niektórych okolicznościach od odpowiedzialności, aktywnego działania ( Wciórka 1992).

Kryzysy emocjonalne, egzystencjalne nie pojawiają się jedynie u osób z zaburzeniami psychicznymi. Za każdym razem, kiedy ze strony klienta pojawia się komunikat o rezygnacji z życia nie może być on bagatelizowany. Należy z wielką powagą podejść do twierdzeń osoby z zaburzeniami psychicznymi na temat własnego samobójstwa ze względu na istnienie ryzyka wprowadzenia w czyn tych werbalnych deklaracji.

W tej sytuacji standardowym zachowanie pracownika socjalnego jest wyraźny komunikat o jego gotowości niesienia pomocy. Pracownik socjalny przygotowany jest do tego, aby zaoferować skuteczną pomoc w rozwiązaniu problemu. Ma on możliwości korzystania pośrednio z zespołu kompetentnych osób lub bezpośrednio wykorzystując osobiste profesjonalne zasoby. Ważna jest także sama postawa prezentowana wobec tak destrukcyjnych planów pacjenta. Postawa stanowczego i kategorycznego odrzucenia samobójstwa, jako sposobu rozwiązania przeżywanych trudności.

Do nieprofesjonalnych działań pracownika należałoby dyskusowanie o zasadności jego decyzji. Bardzo profesjonalnym jest przejście do omówienia



tego, co stanowi istotną przeszkodę w realizacji celu, jako bezpośredniego źródła myśli suicydalnych. Taka operacjonalizacja problemu pomaga przenieść cały ciężar trudnej sytuacji z problemów emocjonalnych na konkretne sposoby zaradzenia kryzysowi (Lipczyński 2007).

Pracownik socjalny w każdym przypadku może korzystać z pomocy lekarzy specjalistów, szczególnie wówczas, kiedy mimo ich wysiłku nadal istnieje domniemanie dokonania samobójstwa. Nie jest to jednak proste, ponieważ klienci za wszelką cenę unikają kontaktu z psychiatrą w obawie przed stygmatyzacją (Lipczyński 2007).

Osoba będąca w kryzysie powinna być otoczona szczególną troską ze względu na możliwość samobójstwa, a jest to szczególnie ważne wobec osób samotnych, gdzie jedynymi źródłami oparcia mogą być właśnie pracownicy służb środowiskowych.

Wiele osób, z którymi pracownik socjalny ma profesjonalny kontakt ujawniają w różnym stopniu stany psychiczne, które charakteryzują się obniżonym nastrojem, utratą zainteresowań i zdolności cieszenia się, spadkiem aktywności, wzmożeniem męczliwości, osłabienia koncentracji uwagi, deklarowaną niską samooceną, poczucie winy oraz pesymistycznym widzeniem przyszłości nie tylko, co do własnej osoby, ale także otoczenia..

Symptomy te są na tyle wyraźne, że stają się punktem zainteresowania pracownika socjalnego i innych służb specjalistycznych.

W kontakcie z klientem pojawia się smutek, zubożenie, zniechęcenie do działania, objawy somatyczne. Bilans, jakiego dokonuje w tym stanie klient zazwyczaj jest ujemny, obarczający siebie za niepowodzenia, nawet za te, które pojawiają się bez jego udziału. W swoich wypowiedziach komunikują poczucie nieszczęśliwości, brak mocy w przeciwdziałaniu problemom dnia codziennego, brak zainteresowania otoczeniem, napięcie, osłabioną koncentrację, może też dominować poczucie bezużyteczności i brak wiary w siebie z onieśmieniem i skrępowaniem w sytuacjach społecznych. Symptomom tym może towarzyszyć

brak apetytu. Mają one swoją dynamikę i nasilenie i chroniczny charakter. Brak perspektywy na poprawę niekiedy sprawia, że klient rozważa uwolnienie się od nich w czynie samobójczym. (ICD-10 1997).

Praca z klientem z taką symptomatologią jest na tyle trudne, że na pierwszy plan, na którym skupia się podopieczny to somatyzacja stanu psychicznego. Dopiero wnikliwa analiza symptomów wyłania stan psychiczny, który zdecydowanie różnicuje depresję od innych zaburzeń psychicznych, szczególnie depresji maskowanej.

Postawy pracownika socjalnego przy pierwszym kontakcie wobec chorego już na wstępie może spowodować, że budowana między nimi relacja będzie miała charakter terapeutyczny, a ewentualne psychotraumatyzujące zachowania będą istotnie ograniczane.

Kontakt z osobą depresyjną nie należy do najłatwiejszych, ponieważ jest uwarunkowany symptomatologią, przy pełnej świadomości swojego odbioru społecznego. Świadomość tego stanu nie wpływa na poprawę kontaktu, wręcz odwrotnie, może jeszcze bardziej utrudniać i jeszcze bardziej pogłębiać i tak niską samoocenę.

Doświadczony pracownik socjalny nie będzie unikał rozmowy o samopoczuciu klienta, a otwarta i wyważona rozmowa może posłużyć klientowi do uzyskania wglądu w dynamikę depresji, ułatwić wytworzenie empatii między nimi, dając poczucie, że można służyć pomocą. i pogłębiać kontakt interpersonalny. (Habrak 1997).

Depresyjny klient nie zawsze potrafi znaleźć wytłumaczenie swoich dolegliwości, nawet wtedy, gdy jest poinformowany, że choroba, na którą cierpi jest depresją. Taka postawa wynika często z towarzyszących depresji przejawów rozregulowania rytmów biologicznych, wspomnianej wcześniej somatyzacji. Dlatego tak ważna jest rozmowa z klientem o jego wszystkich dolegliwościach, gdyż daje mu to poczucie, że jest rozumiany i że to, co przeżywa nie jest czymś niezwykłym i niespotykanym oraz beznadziejną chorobą.

Specyfiką klientów chorych na depresję przy poczuciu inności i wyobcowania jest koncentrowanie się na objawach szczególnie somatycznych przekierowując uwagę lekarza czy pracownika socjalnego z objawów depresyjnych na te właśnie objawy somatyczne.

Do klasycznego postępowania ze strony profesjonalistów należy wspierać, pocieszać i ciągle wyjaśniać. Należy też szczerze, ze zrozumieniem, rozmawiać z chorym o jego ewentualnych myślach samobójczych i wyjaśniać ich związek z chorobą, co pośrednio może wpłynąć na ich zaprzestanie. (Wciórka 1992).

Absolutnym nieprofesjonalnym zachowaniem ze strony pracownika socjalnego, lekarza będą wypowiedzi typu: „Jakoś to będzie”, „Nie ma powodu do obaw”, czy też pomniejszanie jego cierpienia, gdyż taka postawa może wzbudzić w chorym poczucie niezrozumienia, a nawet lekceważenia jego trudności.

Szczególnie wymagającym zainteresowania nie tylko samego pracownika socjalnego, ale także najbliższego otoczenia, rodziny są zasygnalizowane już wcześniej komunikaty suicydalne. Kontakt z pacjentem depresyjnym i jego rodziną często może się zakończyć propozycją skierowania do lekarza psychiatry czy nawet samą hospitalizacją, co wymaga od pracownika umiejętności rzeczowego przekonywania i pomocy rodzinie w podjęciu tej na ogół trudnej decyzji.

Kolejnym wyzwaniem dla pracownika socjalnego pozostają klienci, którzy wraz ze wzrostem napięcia emocjonalnego zachowują się agresywnie. Stanowi to efekt osłabienia poznawczej kontroli zachowania przy nasilającym się bodźcu wywołującym. Dotyczy to nie tylko aktualnie działających bodźców, ale także tych, które działały w okresie poprzedzającym. Zalegające bodźce sumują się z aktualnie działającymi i w konsekwencji dochodzi do gniewu, agresji.

Zgodnie z tym prawem nie ma znaczenia treść bodźców, które pierwotnie przyczyniły się do wzrostu pobudzenia emocjonalnego, ważna jest jedynie siła tego napięcia. Zillmann podkreśla, że źródłem tego pierwotnego pobudzenia mogą być bardzo różne czynniki od zwykłego wysiłku fizycznego, oglądania

filmów erotycznych, grozy po słuchanie rozdrażniającej, niekiedy głośnej muzyki (Strelau 2000).

Należy podkreślić, że napięcie emocjonalne może mieć swoje wewnętrzne, patologiczne źródło w chorobie psychicznej. Objawy psychopatologiczne typu wytwórczego ( zaburzenia spostrzegania – omamy, zaburzenia myślenia – urojenia) sprawiają, że agresja może być kierowana wobec wybranych osób, a nawet grup ( Lipczyński 2007).

W wielu chorobach psychicznych w związku z objawami wytwórczymi, agresja może być skierowana nie tylko jak wspomniano wcześniej do osób lub grupy, ale do samego siebie bez większego namysłu.

Agresja może, najczęściej jednak wynikać z objawów psychopatologicznych typu wytwórczego i mieć charakter obronny lub zapobiegający wobec spodziewanej katastrofy życiowej, a jej obiektem są osoby bliskie lub zupełnie obce. Doświadczony pracownik socjalny dość szybko zauważy agresywne nietypowe zachowanie swojego klienta. W wielu przypadkach klient z tego typu zaburzeniem poszukuje form odreagowania, dostępnych dla niego bardziej chroniące i bezpieczne.

Doświadczenie pracownika socjalnego skłania też do takich zachowań, które zmniejszają ryzyko wystąpienia agresji lub stworzenie takich okoliczności i klimatu sprzyjających do zwerbalizowania motywów. Jest to warunek podstawowy, aby poszukiwać wspólnie z zaburzonym klientem źródeł agresji bezpośrednich i pośrednich.

Podjęcie próby zaradzenia ewentualnym zachowaniom agresywnym powinno uwzględniać pewne zasady postępowania, które uwzględniają nie tylko potrzebę nawiązania kontaktu z pacjentem, ale także bezpieczeństwo osoby niosącej pomoc. W postępowaniu takim należy zorientować się, czy klient jest uzbrojony oraz unikać sytuacji w cztery oczy bez możliwości swobodnego dostępu do wyjścia.

Wskazane jest by w takich sytuacjach korzystanie z osób wzmacniających poczucie bezpieczeństwa oraz zorientowanie się w okolicznościach, które mogą powodować zachowania agresywne klienta i starać się eliminować je podczas prób nawiązywania kontaktu.

Podstawą kontaktu stanowi wypracowanie takiego postępowania pracownika, które gwarantuje klientowi poczucie gotowości niesienia pomocy w neutralizacji agresywnych impulsów.

W podobny sposób pracownik socjalny powinien postępować wobec osób, u których agresja nie ma swojego podłoża patologicznego typu wytwórczego. W skrajnych przypadkach, gdy trudno jest zapanować pacjentowi nad tego typu zachowaniami i gdy jest wynikiem nasilonego procesu chorobowego, należy poprosić o pomoc lekarza i zastanowić się nad hospitalizacją. (Wciórka 1992). Klient bez poczucia choroby, inności stanowi niebywałe wyzwanie.

Pracownik socjalny w swojej praktyce zawodowej może mieć kontakt z klientami, którzy okresowo w związku z okolicznościami życiowymi lub z natury swojej mają charakter roszczeniowy. Jest to dla pracownika socjalnego wyzwanie, ponieważ musi liczyć się z obowiązującymi przepisami w kontekście oczekiwań klienta.

Zachowania roszczeniowe o zbyt dużym nasileniu, wyraźnie zaznaczające się w kontakcie z klientem pojawiają się w zaburzeniach osobowości o charakterze paranoidalnym. Zawsze należy liczyć się z brakiem tolerancji na krytykę i niepowodzenie oraz z silnym przeżywaniem odrzucenia przez otoczenie.

Subiektywnie odczuwane odrzucenie wynika z błędnego interpretowania otaczającej rzeczywistości, szczególnie kontaktów interpersonalnych, gdzie zdarzenia nabierają bardzo subiektywnego znaczenia, szczególnie wtedy, kiedy zdarzenia te dotyczą klienta.

Na ogół pracownik socjalny już na początku może zorientować się, że ma do czynienia z osobą chorą psychicznie. Z wypowiedzi klienta wynikają na ogół treści

oskarżające innych o celowe robienie klientowi krzywdy, szczególnie przy braku obiektywnych przesłanek.

Silne przekonanie o słuszności swoich sądów może skłaniać klienta do działań przeciwko, które przy ostrym nasileniu mogą być bardzo niebezpieczne nie tylko dla samego klienta, ale dla domniemanego sprawcy tych sądów ( Dąbrowski 1989; Lipczyński 2007; ICD 10,1997, s 339).

Poza tymi objawami bezpośrednio związanymi z psychozą można zauważyć taką postawę w zaburzeniach osobowości, kiedy poczucie wartości, uzdolnień klienta jest nadmiernie wygórowane, bez obiektywnie istniejącego uzasadnienia. Klient staje się wówczas wrażliwy nawet na niewielką ocenę krytyczną lub obojętność. Domaga się wówczas oczekiwanego uznania, docenienia i niekiedy specjalnego potraktowania.

Bliższe poznanie klienta i jego rodziny-oczywiście w niektórych przypadkach – może sugerować indukowane systemowe poczucie niezaspokojonych, aczkolwiek nienależnych roszczeń.

Kontakt z osobą cierpiącą na zaburzenia psychiczne, u której dominuje postawa roszczeniowa, wymaga od pracownika socjalnego wielkiej uwagi i czujności i rozeznania w psychopatologii. Wynika to nie tylko z częstego uwikłania całej rodziny w ten system błędnych przekonań, ale także z pewnych charakterystycznych cech samego klienta. Kępiński (1992) określa osoby takie, jako osoby nieufne, skryte, uparte i zazdrosne. Kontakt z nimi jest balansowaniem pomiędzy obrażaniem się klienta a unikaniem, wycofywaniem się z kontaktu.

Dla pracownika socjalnego to wielkie wyzwanie wymagające profesjonalizmu, ponieważ na ogół brak jakikolwiek standardów postępowania z osobami z postawą roszczeniową.

Wychodząc na przeciw temu wyzwaniu można wykorzystać podejście , u podłoża którego leży rozumienie tych zaburzeń w kategorii lęku społecznego – tak jak sugeruje Kępiński –widząc tym samym możliwość jego redukcji (Kępiński 1988).

. Wynika to z faktu, że brak jest jednoznacznych standardów postępowania z osobą prezentującą postawę roszczeniową, jednak wychodząc z koncepcji Kępińskiego (1988), który u podłoża tego typu zaburzeń widzi lęk społeczny, dlatego też na jego redukcji należy się skupić podczas nawiązywania kontaktu.

Zdecydowanie tego typu klienci stanowią wyzwanie, z którymi pracownik socjalny z racji swojego przygotowania zawodowego nie może sobie poradzić. Konieczna jest pomoc w najlepszym wypadku psychologa klinicznego, psychoterapeuty.

Klient roszczeniowy żyje w swoistym dla siebie i zakłóconym porządku, który broni go przed chaosem i lękiem dezintegracyjnym. Doświadczenie sugeruje, aby w kontakcie z takim klientem, przynajmniej na samym początku pracy, unikać konfrontacji (atakowania i tłumaczenia fikcyjnego charakteru porządku). Znacznie korzystniej jest, aby na początku kontaktu koncentrować się na zrozumieniu uczuć i faktów, które do tego stanu doprowadziły.

Warunkiem koniecznym, jaki pracownik socjalny, psycholog powinien spełnić, to akceptacja historii życia klienta. Opowiadanie o tych, często bolesnych faktach powinno być uważnie wysłuchane, a emocje, jakie z nimi wiąże klient omówione i w miarę możliwości rozładowane.

Mając na uwadze sugestie Kępińskiego dojść do źródła lęku społecznego, co uruchamia system roszczeniowy. Może stanowić to drogę do zmniejszenia nastawień roszczeniowych, zwiększenia zaufania do otoczenia.

Pracownik socjalny z pewnym doświadczeniem zawodowym łatwo może zauważyć nie tylko stan psychiczny swojego klienta, który wyraźnie wskazuje na obniżenie nastroju, zaniedbanie, wypowiadający treści wskazujące na depresję, ale także drugi biegun choroby afektywnej dwubiegunowej czyli wzmożony napęd psychoruchowy – manię. Mania stanowi skrajny element tego zespołu zaburzeń.

Zaburzenie to, jak widać, dotyka właściwie każdego obszaru życia człowieka poczynając od dających się zauważyć symptomów somatycznych, emocjonalnych, poznawczych i motywacyjnych (Rosenthan 1994).

Nie tylko z samego zachowania podwyższonego bez uzasadnienia nastroju, chociażby gonitwa myśli, spontaniczne czyny i brak snu stoją w opozycji do normalnego poziomu funkcjonowania jednostki. Cechą jest długo utrzymujący się wzmożony nastrój, zwiększona energia i aktywność i samopoczucie fizyczne i psychiczne. To sprawia, że znacznie zwiększa się ilość kontaktów z otoczeniem, nawet nadmierna gadatliwość, euforia i skracanie dystansu.

Często dominującym uczuciem jest irytacja pojawiająca się w sytuacjach rywalizacji i zagrożenia nie spełnieniem ambicji chorego. Mimo tych symptomów klient może wykonywać pracę zawodową, pod warunkiem, że nie pojawiają się objawy psychopatologiczne typu wytwórczego. Ważne jest zdanie sobie z nich sprawy, gdyż to właśnie one decydują o możliwości nawiązania kontaktu i przeciwdziałaniu negatywnym konsekwencjom tego zaburzenia. (ICD-10 1997; Pużyński 1993).

W sferze poznawczej ujawnia się zbyt podwyższony nastrój. W konsekwencji osoba w tym stanie jest przekonana o swoich możliwościach odbiegających od rzeczywistości. W efekcie nie widzi bolesnych konsekwencji realizacji swoich planów, co często wiąże się z podejmowaniem nieprzemyślanych decyzji, konfliktów z prawem i z innymi ludźmi.

W przypadkach ekstremalnych klient maniackalny może mieć urojenia na swój własny temat i wtedy ogarnięty tą myślą działa z jeszcze większą siłą. W konsekwencji takiego działania zwiększa się grupa osób unikająca kontaktu z klientem. Manii często towarzyszy kompulsywne uprawianie hazardu, nieostrożne prowadzenie samochodu, nieudane decyzje finansowe oraz wyzywający makijaż i strój. Dla tej eksplozji aktywności charakterystyczna jest często znacznie obniżona potrzeba snu (Rosenthan 1994).



Pracownik socjalny, jeśli istnieją ku temu przesłanki powinien spowodować, aby klient w fazie maniakalnej nie podejmował znaczących i ryzykownych decyzji. Bezpośredni kontakt jest wtedy z reguły utrudniony, stąd opieka powinna skoncentrować się na jego najbliższych, dla których jasne staje się to, że zachowanie jest wynikiem toczącego się procesu chorobowego. Jeśli chodzi o kontakt z klientem w tej fazie, to nie należy do łatwych.

Zazwyczaj powinno się z klientem rozmawiać i informować o jego stanie zdrowia psychicznego i wpłynąć na podjęcie leczenia. Podczas samej rozmowy postawa osoby pomagającej winna cechować się zrozumieniem, ale i stanowczością, czego wyrazem jest niewdawanie się w polemiki, niepotrzebne dyskusje, gdyż to tylko wprowadza pacjenta w stan wzmożonej drażliwości (Wciórka 1992).

W każdym przypadku, kiedy pracownik socjalny ma kontakt z osobą zaburzoną psychicznie powinien respektować zalecenia:

wzbudzanie nadziei; wzbudzanie pobudzenia emocjonalnego prowadzącego do odreagowania przykrych emocji; zachęcanie klienta do podejmowania nowych aktywności, samodzielnie; zachęcanie pacjenta do poszukiwania nowych sposobów rozumienia siebie i swoich problemów; wyzwolenie pacjenta od poczucia niskiej samooceny i poczucia własnej niekompetencji, alienacji, bezradności i beznadziejności.

Podsumowując powyższe rozważania należy raz jeszcze podkreślić z naciskiem, że bez względu na to, kto niesie pomoc osobie z zaburzeniami psychicznymi i jakiego typu są to zaburzenia, połowę sukcesu osiąga się przez samo nawiązanie pozytywnego kontaktu pomiędzy terapeutą a pacjentem.

#### **Literatura :**

Czabała J. C. (1997), *Czynniki leczące w psychoterapii*. PWN, Warszawa.

Dąbrowski St., Jaroszyński J., Pużyński St. red. (1989), *Psychiatria*, t: 1,3. PZWL, Warszawa.

- Grzesiuk L. (1995), *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. PWN, Warszawa.
- Habrat E. (1979), *Psychoterapia*, [w:] Pużyński (red.) *Depresje*, PZWL, Warszawa.
- ICD-10 klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania*. (1997), Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa.
- Kępiński A. (1992), *Schizofrenia*. Sagittarius, Warszawa.
- Kępiński A. (1988), *Psychopatie*. PZWL, Warszawa.
- Lipczyński A. (2007), *Psychologia społeczna*. A4 Drukarnia, Chełm.
- Lipczyński A. (2007), *Psychologiczna interwencja w sytuacjach kryzysowych*. A4 Drukarnia, Chełm.
- Pużyński S. red. (1993), *Leksykon psychiatrii*. PZWL, Warszawa.
- Rosenhan D. L., Seligman M.E.P. (1994), *Psychopatologia*, t. 1, PTP, Warszawa.
- Sęk H. red. (1993), *Spółeczna psychologia kliniczna*. PWN, Warszawa.
- Strelau J. red. (2000), *Psychologia*, t. 3. GWP, Gdańsk.
- Wciórka. J. red. (1992), *Psychiatria praktyczna dla lekarza rodzinnego*. IPiN, Warszawa.

**Edukačné sociálne poradenstvo  
(rozvíjanie edukačnej paradigmy v sociálnej práci)**

### **Úvod**

Poradenstvo ako doteraz známy systém zámernej a inštitucionalizovanej pomoci, je pre mnohých stále neznámou, nedostupnou a tiež nevyhľadávanou službou. Prvky globálneho uvažovania ľudí súčasnosti možno podľa nás identifikovať aj v ich motivácii k vyhľadávaniu pomoci prostredníctvom iných a nových spôsobov poradenstva.

Ľudia uprednostňujú také informácie, ktoré sami aktívne spracúvajú podľa vlastných aktuálnych potrieb a tak sa vyhľadávanou formou poradenskej pomoci stáva *interaktívne vzdelávanie*.

Do popredia sa dostáva *neformálne poradenstvo realizované skupinovo a hromadne predovšetkým v rámci neformálneho vzdelávania a informálneho učenia* sa ľudí, a menej v rámci vzdelávania vo formálnych vzdelávacích inštitúciách..

Stúpa tiež popularita *sebavzdelávania a učenia* sa prostredníctvom *interaktívnych audiovizuálnych programov a internetu*.

Pre ilustráciu uvádzame, bez komentára, výsledky malej sondy, ktorú sme realizovali v súvislosti s uvažovaním o praktickom význame témy edukačného sociálneho poradenstva.

### **Názory dospelých na potrebnosť edukačného sociálneho poradenstva pri výskyte sociálnych problémov <sup>1</sup>**

Výsledky prieskumnej sondy názorov študentov externého štúdia Vysokej školy

---

<sup>1</sup> MACHALOVÁ, M. Sociálno-andragogické poradenstvo a sociálne problémy. In: Andragogika : časopis pro rozvoj a vzdelávání dospělých. Roč.14,č.3,2010, s. 11-12.

- Ženy: N = 56      Muži: N = 17      Spolu: N = 73
- Vek:  $x = 35,07$       Vek :  $x = 34,53$       Spolu:  $x = 34,80$
- Vzdelanie: VŠ = 9      SŠ = 63

V prípade vlastného sociálneho problému by prijali poradenskú pomoc vo forme:

1. **Odbornej pomoci prostredníctvom svojej účasti na diskusnom a interaktívnom vzdelávacom podujatí na tému problému** ( Ž+M ) 51%
2. **Riešili by svoj problém aktívne sami** (Ž+M) 71%
3. **Hľadali by informácie** (Ž+M)
  - na internete 77,84%
  - v rozhovoroch s blízkymi ľuďmi 72,28%
  - v knihách 38,88%
  - v rozhlase 4,17%
  - v televízii 2,78%
4. **Vyhľadali by individuálnu poradenskú konzultáciu - odborného poradcu**
  - Ženy 93,28% - Muži 62,50%
5. **Účastou na vzdelávacom podujatí v malých skupinách** (Ž+M) 80,60%
6. **Považujú vzdelávanie spôsobom diskusie, zážitkov a aktivity za účinný prostriedok svojpomoci pri riešení problému ich života** (Ž+M) 91,79%
7. **Uprednostnili by v rámci poradenskej pomoci podujatie v rámci neformálneho vzdelávania - kurzy, tréningy, besedy, prednášky mimo škôl** (Ž+M) 84,94%

## Celoživotné učenie sa a poradenstvo

V súvislosti s poradenstvom pre dospelých je koncepcia celoživotného vzdelávania a učenia sa ľudí objavná v tom, že podporuje vzdelávanie ako druh, formu a metódu aktuálnej situačnej i komplexnej integrovanej (holistickej) pomoci ľuďom. Obsahovo a metodicky, ako aj personálne dobre zabezpečené a vhodne vedené *poradenské vzdelávacie aktivity*, môžu zohrať dôležitú úlohu *skupinového a hromadného poradenstva pre dospelých*. Stávajú sa tak dôležitým prostriedkom prevencie aj riešenia sociálnych problémov dospelých. Zároveň sú jedným zo spôsobov aktivizácie individuálneho psychického potenciálu osôb a ich mobilizácie k svojpomoci pri zvládaní výskytu rozmanitých sociálnych problémov. Prostriedkom k tomu je *poradenský proces a sebariadené učenie* dospelých osôb.

Kritérium stanovenia cieľov edukačného sociálneho poradenstva vyplýva zo špecifického zamerania tohto poradenstva, v ktorom sa má klientom poradenstva prostredníctvom *edukačne sociálnych*, t.j. *výchovnovzdelávacích poradenských aktivít: a programov*:

Poskytnúť *poradenská pomoc* pri prevencii a zvládaní sociálneho problému.

Ponúknuť možnosť *poradenského vedenia k svojpomoci* pri prevencii a zvládaní sociálneho problému. Vedenie klienta k svojpomoci je orientované na *individuálnu psychickú zmenu*, ktorá v zásade vedie k potrebe zmeny situácie, okolností, podmienok i spôsobu vlastného žitia.

*Motivovať* klientov poradenstva **k rozvoju** ich *psychického a sociálneho potenciálu*. A tiež podporiť transformáciu dispozícií dospelých na ich spôsobilosti myslieť, cítiť, hodnotiť a konať v sociálnom prostredí na úrovni osobnostne vyspelej, t.j. *psychicky dospelej osobnosti, ktorá je - psychicky i sociálne adaptovaná a integrovaná; ktorá je myslením, cítením a konaním relatívne autonómna a zodpovedná; ktorá sa správa a koná prosociálne a žije ako tvorivá ľudská osobnosť*.

## Edukačné sociálne poradenstvo<sup>2</sup>

Naša predstava o prepojení edukácie s celoživotným poradenstvom je založená na úvahe o „mystickej svadbe“ *interného psychologického prostredia bytia človeka s externým prostredím človeka*. Aktivitami edukácie v súčinnosti so stratégiou celoživotného poradenstva, sa naskytá šanca a spôsob k pochopeniu človeka i jeho života v rámci jednoty a spolupôsobenia psychológie človeka – jeho psychiky, čiže myslenia a prežívania a tiež správania, konania – na strane jednej, s povahou prírodného, sociálneho, kultúrneho prostredia, v ktorom žije, na strane druhej. Sociálne problémy totiž vznikajú ako následok narušenej rovnováhy v systémovom vzťahu človeka a jeho spôsobu života v konkrétnom prostredí.

Zámerom práce na koncepte edukačného sociálneho poradenstva je vytvoriť inovatívny druh, obsah a metódu celoživotného poradenstva na základe uplatnenia výchovných a vzdelávacích procesov v poradenskej činnosti. S tým, že človeka chápeme ako permanentne sa rozvíjajúci systém, ktorý žije a prejavuje sa ako celok a jednota *Tela – Psychiky* (prežívania a konania) – *Duchovna* (vyššieho zmyslu života) – *Sociálna* (komunikácie a vzťahov).

Edukačné sociálne poradenstvo je hraničnou oblasťou poradenskej teórie a praxe, ktorá sa, zatiaľ, v systéme poradenstva nevyhranila. Termínom edukačné sociálne poradenstvo sa vyjadruje obsah sociálne podporných výchovno-vzdelávacích poradenských aktivít, ktoré sú adresované osobám v sociálnom ohrození. A to v dôsledku sociálnej udalosti či neúnosne zhoršených sociálnych životných podmienok.

Sociálne problémy vznikajú, prejavujú sa a pretrvávajú podľa princípu dialektickej jednoty vyjadrenej nasledovne: *problém jednotlivca je aj problémom všetkých, čiže spoločenstva ako celku. A problém spoločenstva je aj problémom jednotlivca, čiže konkrétneho člena rozmanitých skupín, v ktorých ľudia plnia svoje*

---

<sup>2</sup> MACHALOVÁ, M. Edukačné sociálne poradenstvo pre dospelých. In: Šerák, M. a kol. Celoživotní učení a sociální politika: vazby a přesahy. Praha : AIVD ČR, 2012. s. 153-167.

*sociálne roly a úlohy.* Poznanie psychológie človeka a psychológie sociálnych skupín má pre poradenskú p rozhodujúci význam.

**1.** Edukačné sociálne poradenstvo je možné vymedziť ako ***druh odborného a pomáhajúceho poradenstva.*** Zameriava sa na *zistenie príčin* vzniku sociálnych problémov, na *vymedzenie povahy* sociálnych problémov klientov, z hľadiska *edukačnej determinácie* ich výskytu - napr. z dôvodu nízkej úrovne vzdelania, nevhodnej profesijnej kvalifikácie v spojitosti so zamestnateľnosťou v určitom prostredí trhu práce, psychickou nezrelosťou dospelých osôb v spojitosti s ich nízkou úrovňou sociálnopsychologickej spôsobilosti k žitiu v sociálne náročných životných podmienkach.

**2.** Za konštitučný aspekt edukačného sociálneho poradenstva považujeme *sociálnu funkciu edukácie*. Ide o spôsob socializácie, personalizácie a enkulturácie človeka v rámci sociálnych skupín (rodiny, školy, zamestnania, záujmových a voľnočasových skupín a ďalších iných skupín).

Z hľadiska sociálnych klientov – účastníkov *poradenských programov, aktivít, poradenského procesu* považujeme edukačné sociálne poradenstvo za dôležitý prostriedok a významnú ***formu sociálnej pomoci*** a za ***druh sociálnej služby***.<sup>3</sup>

**3.** Edukačné sociálne poradenstvo sa realizuje v sociálnom prostredí. Je určené v medziach a v súlade s literou sociálnej politiky i vzdelávacej politiky ukotvanej v príslušných zákonoch (zákon o sociálnej pomoci, zákon o sociálnych službách, zákon o službách zamestnanosti, zákon o ďalšom vzdelávaní a ďalšie).

**4.** Z hľadiska poznatkovej a metodologickej bázy sa v edukačnom sociálnom poradenstve kapitalizujú poznatky viacerých vied, najmä *sociálnej andragogiky a sociálnej pedagogiky, sociálnej psychológie, poradenskej psychológie a andragogickej psychológie* v ich interdisciplinárnom prieniku. To môže podporiť

---

<sup>3</sup> MACHALOVÁ, M. Ciele a úlohy edukačného sociálneho poradenstva v kontexte celoživotného učenia sa. In: Sociálna a duchovná revue., roč. 3, č.1, 2012, s. 2-11.

účinnosť (synergický efekt) pri vytváraní programov podujatí edukačného sociálneho poradenstva.

5. Edukačné sociálne poradenstvo považujeme za **výchovno-vzdelávacie sociálne poradenské** vedenie ľudí v nasledujúcom duchu:

Aby sa rozhodli učiť sa a vzdelávať sa, v záujme dosahovania svojej **psychickej a životnej zmeny** i riešenia, či zlepšenia svojej sociálnej situácie.

Aby zotrvali v procese edukácie a aktívne sa na ňom podieľali vo vlastnom záujme zvyšovania, prehľbovania a rozširovania si svojej profesijnej kompetencie, ale najmä svojej **sociálnej a psychologickej spôsobilosti k životu** vôbec.

Aby sa naučili efektívne a systematicky učiť sa a rozširovali aj prehľbovali si svoje spôsobilosti jednak v súvislosti s ich uplatnením sa na trhu práce. A tiež v súvislosti s **konštruktívnym tvorivým prístupom k sociálnym životným úlohám, ktoré majú byť splnené v priebehu ich životnej cesty.**

Edukačným sociálnym poradenstvom sa odкрýva ďalší pohľad **na zmysel a zameranie edukácie** a tiež na význam využitia tradičných edukačných metód aj poradenstva. V situácii hospodárskeho „úpadku“ spoločnosti a jednotlivcov, môže byť edukačné sociálne poradenstvo nielenže finančne menej náročnou sociálnou pomocou, ale aj dlhodobou investíciou do rozvoja ľudských zdrojov. Jedine učením sa, človek mení vžitú, nefunkčnú a zdraviu škodlivú postoju k sebe, k druhým ľuďom i k realite. Ako príklad možno uviesť sociálny a psychický syndróm naučenej bezmocnosti, ktorý sa stáva „problémom človeka so sociálnym problémom“. Zmyslom edukačných sociálnych poradenských aktivít je profesionálna podpora učenia sa ľudí, aby sa dosiahla **zmena v ich nazeraní, v hodnotení a v postojoch k osobnej sociálnej situácii.**



## Rola celoživotného učenia sa<sup>4</sup> /<sup>5</sup>

V koncepte **edukačnej sociálnej práce** a **edukačného sociálneho poradenstva** v jej rámci, sa zviditeľňuje prienik teoretických aspektov *sociálnej práce a jej hraničných edukačných vied sociálnej pedagogiky a sociálnej andragogiky* a tiež presah *edukácie do praxe sociálnej práce*. V uvedenom koncepte sa tiež odzrkadľuje názor, ktorý sa nachádza vo formulácii **stratégie celoživotného učenia sa a celoživotného vzdelávania ľudí**, že sú to predovšetkým danosti a aktivity ľudí, ktoré hýbu rozvojom celej spoločnosti.

Vychádzame z predpokladu, overeného životom, že človek v primeraných podmienkach disponuje po celý svoj život schopnosťou zdokonaľovať sa psychicky a kvalitatívne na vyššej úrovni meniť svoje správanie i konanie. Psychologicky ide o proces dosahovania **celostnosti osoby**. A tá má tendenciu k *sebariadeniu a sebauvedomeniu*. Stane sa tak vďaka spontánnemu nezámernému učeniu sa skúsenosťou i zámernému riadenému učeniu sa, prostredníctvom vzdelávania sa. Je potrebné ľudí nabádať k tomu, aby rešpektovali *učenie sa ako prirodzený proces živého organizmu vôbec a človeka zvlášť*.

Vzhľadom k poslaniu sociálnych pracovníkov, ktorí majú poskytovať sociálnu pomoc vo forme edukačného sociálneho poradenstva, je nanajvýš užitočné chápať učenie sa človeka ako interiorizáciu – psychické zvnútornenie. To znamená formovanie štruktúr ľudskej psychiky spracovaním podnetov zvonka a osvojovaním si individuálne potrebných informácií. **Učí sa celá ľudská bytosť** a teda **učenie sa je živý a tvorivý proces**. Interiorizáciu chápeme ako komplexný proces tvorby, v ktorom sa rozvíja a prejavuje uvedomená i nevedomená časť psychiky človeka. Interiorizácia je taký proces učenia sa, ktorý sa nedeje iba kognitívne, tzn. poznávacími procesmi, ale aj podielom temperamentu jednotlivca,

---

<sup>4</sup> MACHALOVÁ, M. Ciele a úlohy edukačného sociálneho poradenstva v kontexte celoživotného učenia sa. In: Sociálna a duchovná revue, roč.3, č.1, 2012, s. 2-11.

<sup>5</sup> MACHALOVÁ, M. Edukácia dospelých a sociálno-andragogické poradenstvo. In: Andragogická revue, roč. 3, č.1, 2011, s.40-47.

jeho schopností, vlastností jeho osobnosti, jeho motivácie a hodnotovej orientácie. Interiorizáciou sa utvára a formuje ľudská osoba a jej *personálna, sociálna a kultúrna identita.*, ktorá sa komplexne označuje termínmi **osobnosť a individualita**. V našom chápaní je osobnosť socializovaný teda zospoločenštený človek a **individualita je psychicky, duchovne a sociálne vyspelá ľudská osobnosť**. Individualitu sme označili tiež termínom **psychicky dospelá osobnosť**.

Uvádzame to preto, že zmysel edukačného sociálneho poradenstva, podľa nás, spočíva v sociálnej pomoci s tým cieľom, aby sa u klientov sociálnej práce podporoval rozvoj ich **sociálnopsychickej spôsobilosti k životu**, ktorá je pre nás vo vymedzení konceptu edukačného sociálneho poradenstva zatiaľ hypotetickou premennou.

Predpokladáme, že podmienkou života človeka v sociálnom prostredí je jeho spôsobilosť **sociálne sa adaptovať**<sup>6</sup>, to znamená preukázať, uplatniť i rozvíjať svoju:

1. Schopnosť socializovať sa, to znamená učiť sa spôsobom nadobúdania sociálnej skúsenosti.
  - Jednotlivec sa učí tak, že sa socializuje „kontaktné“ v mikroprostredí, t.j. v malých skupinách prostredníctvom medziosobnej komunikácie a vzťahov medzi Ja a Ty a medziľudskej komunikácie medzi Ja a My, Ja a Vy, Ja a Oni (pričom My, Vy, Oni sú pomenovaním malých skupín, v ktorých sa jednotlivec pohybuje).
  - Jednotlivec sa učí tiež tak, že sa socializuje „dištančne“ v makroprostredí, t.j. vo veľkých skupinách prostredníctvom tak medziosobnej ako aj medziľudskej komunikácie a vzťahov medzi Ja a My, Ja a Vy, Ja a Oni (pričom My, Vy, Oni sú pomenovaním veľkých skupín, v ktorých sa jednotlivec pohybuje).

---

<sup>6</sup>.MACHALOVÁ,M. Biodromálna psychológia pre pomáhajúce profesie (sociálnych pracovníkov, sociálnych pedagógov a andragógov). Brno : IMS, 2010.

2. Schopnosť identifikovať sa, to znamená učiť sa identifikovaním sa s niekým a niečím v okolí a prostredí.

○ Jednotlivec sa **identifikuje sociálne**, to znamená osvojuje si, prijíma, rešpektuje a dodržiava sociálne vzory, normy, hodnoty, zvyky, tradície v komunikácii a vo vzťahoch medzi ľuďmi v skupinách, v ktorých žije. To všetko sa od neho očakáva i požaduje, a to všetko dodržiava viac či menej vedome a dobrovoľne, v záujme zachovania rovnováhy a súladu individuálneho a skupinového života človeka.

○ Jednotlivec sa **identifikuje psychologicky**, to znamená psychicky, čiže svojím myslením, emocionálnym a citovým prežívaním, záujmami, postojmi, hodnotami a konaním prijíma za svoje vlastné sociálne roly a sociálne úlohy rôzneho druhu (v rámci rodiny, profesionálneho uplatnenia sa, záujmového uplatnenia sa). To všetko sa od neho očakáva i požaduje, v záujme zachovania rovnováhy a súladu telesného, psychického, sociálneho a duchovného aspektu života človeka.

○ Jednotlivec sa **identifikuje kultúrne**, to znamená prijíma, rešpektuje a dodržiava kultúrne vzory, normy, hodnoty, zvyky a tradície malých skupín, v ktorých žije a rešpektuje kultúru širších spoločností ľudí aj mimo svojich sociálnych skupín. To všetko sa od neho očakáva a požaduje v záujme zachovania rovnováhy a súladu života ľudstva na Zemi.

○ Jednotlivec sa **identifikuje duchovne**, to znamená prijíma a ochraňuje i rozvíja duchovnú sféru svojho života uznávaním, rešpektovaním a dodržiavaním duchovných vzorov, noriem, hodnôt, zvykov a tradícií spoločnosti ľudí. Tým dosahuje a kultivuje aj svoju psychickú a sociálnu vyspelosť. To všetko v záujme uchovania a šírenia duchovných tradícií ako transferov dôležitého posolstva a spôsobu pre zmysluplné naplnenie osobnej histórie človeka a zmysluplnosti života ľudí vôbec.

## **Kontext edukačnej sociálnej práce<sup>7</sup>**

Koncept edukačnej sociálnej práce, ktorý tvorí rámec nášho uvažovania o edukačnom sociálnom poradenstve sme teoreticky uviedli v iných našich prácach. Tentoraz iba stručne konštatujeme, že teoretickú a praktickú autonómiu edukačnej sociálnej práce zdôvodňujeme sociálnou funkciou edukácie, to znamená sociálneho vychovávania, sociálneho vzdelávania a výchovnovzdelávacieho sociálneho poradenstva. Edukačnú sociálnu prácu chápeme ako novotvar a subsystém vedy - sociálna práca a subsystém praxe sociálnej práce. Edukačná sociálna práca sa profiluje tým, že pri riešení sociálnych problémov sociálnych klientov, ale rovnako i vo fáze identifikovania, a prevencie sociálnych problémov, pôsobí prostredníctvom cielených výchovnovzdelávacích a poradenských aktivít v rámci a prostredníctvom programov a aktivít celoživotného sociálneho vychovávania, vzdelávania a poradenstva. Základom pre implementáciu edukačnej konceptu edukačnej sociálnej práce je príprava a realizácia edukačných programov zameraných na potenciálnych a reálnych klientov sociálnej pomoci a sociálnej služby. Obsah i nástroje pomoci, ktoré používa edukačná sociálna práca súvisia so skutočnosťou, že život človeka má sociálny rozmer a vyžaduje od ľudí neustále prispôsobenie sa prostredníctvom učenia sa, ktoré má byť podnecované edukačnými aktivitami. Vplyv výchovy, vzdelávania a poradenstva nemožno obísť, pretože riešenie sociálneho problému je v konečnom dôsledku vždy zasahovanie do procesu psychickej a sociálnej adaptácie človeka v prostredí, v ktorom žije. Použitie edukačných prostriedkov je spravidla cieleným pokusom o korekciu osobného prístupu klientov k životnej situácii, udalosti, sociálnemu problému.

### **Záver**

Edukačné sociálne poradenstvo, tak ako aj ostatné druhy poradenstva, participuje na identifikácii sociálnych problémov a na poskytovaní poradenskej

---

<sup>7</sup> MACHALOVÁ, M. Edukačná sociálna práca. In: Sociálna a duchovná revue, roč.3, č.2, 2012, s.2-15.  
MACHALOVÁ, M. Edukačná sociálna práca. Prešov: PBF, 2014.

pomoci jednotlivcom, skupinám a komunitám. Na sociálny problém, reflektovaný tak teoreticky, ako aj prakticky – ako problém konkrétnych ľudí, sa v tomto druhu poradenstva nahliada cez optiku *edukačnej, t.j. výchovnej a vzdelávacej determinácie vzniku, pretrvávania a spôsobu riešenia sociálneho problému*. Samozrejme, že sa v poradenskom prístupe musí rešpektovať komplex determinantov, pretože sociálny problém je výsledkom mnohých príčin. V edukačnom sociálnom poradenstve sa, okrem vyššie spomenutých determinantov, prihliada tiež na vážny dopad *psychologických a duchovných príčin* na výskyt a individuálnu povahu sociálneho problému osôb a skupín. Prostriedkami, s ktorými sa pracuje v edukačnom sociálnom poradenstve, sú aktivity výchovného vplyvu a vzdelávania.

#### **Zoznam bibliografických odkazov**

- MACHALOVÁ, M. *Biodromálna psychológia pre pomáhajúce profesie (sociálnych pracovníkov, sociálnych pedagógov a andragógov)*. Brno : IMS, 2010. 220 s. ISBN 978-80-87182-10-9.
- MACHALOVÁ, M. Edukačné sociálne poradenstvo pre dospelých. In Šerák, M. a kol. *Celoživotní učení a sociální politika: Vazby a přesahy*. Praha : AIVD, 2012, s.153-167. ISBN 978-80-904531-3-5.
- MACHALOVÁ, M. Ciele a úlohy edukačného sociálneho poradenstva v kontexte celoživotného učenia sa. In *Sociálna a duchovná revue*. Vedecký recenzovaný zborník. Prešovskej univerzity. Roč. 3, č. 1, 2012, s. 2-11. ISSN 1338-290X.
- MACHALOVÁ, M. Edukačná sociálna práca. In: *Sociálna a duchovná revue*. Vedecký recenzovaný časopis. Roč. 3, č. 2, 2012, s. 2-15. ISSN 1338-290X.
- MACHALOVÁ, M. Edukácia dospelých a sociálno-andragogické poradenstvo. In: *Andragogická revue : česko-slovenský vědecký časopis zaměřený na teorii vzdělávání dospělých, rozvoj lidských zdrojů a andragogiku*. Roč. 3, č. 1, 2011, s. 40-47. ISSN 1804-1698.
- MACHALOVÁ, M. *Edukačná sociálna práca*. Prešov: Prešovská univerzita. 326 s. ISBN 978-80-555-1118-4.
- ŠERÁK, M. a kol. *Celoživotní učení a sociální politika. Vazby a přesahy*. Praha : AIVD, 2012. ISBN 978-80-904531-3-5.

## Špecifiká komunikácie s klientom sociálnej práce

Sociálna práca, stále viac rozvíjajúca sa aj ako vedná disciplína, má špecificky poznatkovo ucelený systém javov a procesov, ktoré následne v praxi pomáhajú realizovať praktickú sociálnu prácu. Na rozdiel od iných pomáhajúcich disciplín má sociálna práca veľmi rýchlu implementáciu praktickej aplikácie a realizácie sociálnych opatrení, smerujúcich ku klientovi. Jej elementárnym a zároveň základným realizačným nástrojom je komunikácia. Komunikácia medzi sociálnym pracovníkom a klientom. Vo všetkých etapách sociálnej práce, s jednotlivcom, skupinou ba i komunitou implementovaná. Z hľadiska profesionálneho ide proces náročný, nakoľko pregraduálna príprava na školách nie je postačujúca na dobre zvládnutie komunikačných techník, prostredníctvom ktorých sa zaručuje celková úspešnosť v sociálnej práci. Na osvojenie tejto profesionálnej kompetencie je potrebné realizovať výcvik v komunikačných schopnostiach. V jednotlivých etapách sociálnej práce s jednotlivcom jej významovosť je deklarovaná nasledovne:

**1. Pri prvom kontakte klienta so sociálnym pracovníkom.** Ide o mimoriadne významný aspekt, v ktorom sa kreujú základy spolupráce medzi klientom a sociálnym pracovníkom. Celý ďalší úspešný proces závisí od tohto momentu, v ktorom sa očakáva navodenie pocitu dôvery a nadobudnutie autority sociálneho pracovníka vo vzťahu ku klientovi, za pomoci takej profesionálnej kompetencie akou je sebainštrumentalizácia. V tomto prvom kontakte sa odporúča do komunikácie vniesť asertivitu a určitú dávku empatie. Asertivita by sa mala tiahnuť celým procesom sociálnej práce s klientom. Podľa Frka a Kredátusa (2005) pri asertivite ide o problém osvojiť si primerané presadzovanie vlastných názorov a hodnôt, teda naučiť sa riešiť zložité vzorce sociálneho správania. Súbežne s tým sa rozvíja aj akceptácia názorov iného človeka, partnera v komunikácii.

Taktiež určitá dávka empatie zaručuje spoluúčasť sociálneho pracovníka na probléme, ktorý klient má a vníma ho ako neriešiteľný. Empatia je veľmi dobrý komunikačný nástroj avšak pri preexponovanosti môže klientovi skôr poškodiť ako pomôcť, pretože súcit, ľútosťivosť a citová náklonnosť sú jednoznačnými zátarasami v komunikácii. Aj na tieto dva kompetenčné komunikačné nástroje je potrebný výcvik v oblasti asertívneho správania a empatie. Táto etapa je nesmierne dôležitá prostredníctvom jej úspešného zvládnutia môže sociálny pracovník prejsť k sociálnej diagnostike.

2. **Sociálna diagnóza.** Patrí taktiež medzi najdôležitejšiu etapu v sociálnej práci, prostredníctvom nej sa dozvedáme o probléme, ktorý klient má. Väčšinou klient vidí podstatu problému úplne inde. Prostredníctvom komunikácie sa dozvieme o probléme, teda ho identifikujeme. Na získavanie údajov, ktoré nám problém identifikujú aplikujeme diagnostický rozhovor. Prostredníctvom zvládnutia tohto nástroja môžeme nasadiť formy terapie. Vedenie rozhovoru v rámci sociálnej diagnostiky je náročný proces, ktorý predpokladá veľmi dobre zvládnuté techniky komunikačných procesov a zároveň zvládnutie techník, prostredníctvom ktorých sa o klientovi dozvieme viac, než by nám chcel povedať, alebo má určité osobné ale i spoločenské zábrany o nich hovoriť. Ide hlavne o zvládnutie projekčných komunikačných metód. Aj v diagnostickom rozhovore ostávame v rovine asertivity a empatie.

3. **Navrhovanie sociálnych opatrení (sociálna terapia).** V tejto etape sociálnej práce s jednotlivcom dochádza, po identifikácii sociálneho problému, stanovenia sociálnej diagnózy k navrhovaniu opatrení, ktoré by mali vyriešiť klientov problém, alebo ho aspoň eliminujú. V tejto fáze sociálno-komunikačné techniky smerujú k obom aktérom tohto sociálno-profesionálneho vzťahu. V rámci takejto komunikácie dochádza k vzájomnému komunikačnému prepojeniu záujmov sociálneho pracovníka, ktorý chráni záujmy klienta a klienta samotného. Sociálny pracovník navrhuje opatrenia, rôzne formy sociálnej terapie na odstránenie problému klienta a klient buď prijíma alebo odmieta tieto opatrenia. V rámci tejto

etapy je potrebné dosiahnuť jednotnosť, nemožno klientovi dať také terapeutické metódy, ktoré sú mu neprijateľné. Sociálny pracovník ponúka, pričom v tomto komunikačnom procese používa ďalšie submetódy v rámci komunikácie ako napríklad persúziu, logickú systemizáciu a argumentáciu, analýzu sociálnych javov a procesov, hodnotiacu metódu a ďalšie techniky a metódy, ktoré sa indikujú z hľadiska dvoch kritérií.

1. Podľa osobnosti klienta.

2. Podľa charakteru problému, ktorý klient má.

Tieto kritéria pri navrhovaní sociálnych opatrení je potrebné akceptovať hlavne v rámci komunikačných techník. Či sa jedná o osobnosť bez prejavov porúch správania, alebo osobnosť s prejavmi deviantneho správania, alebo osobnosti, ktorá k sociálnemu pracovníkovi prichádza z menej podnetného sociálneho prostredia a podobne. Podľa charakteru problému, ktorý klient má, môže ísť o klienta bezdomovca, nezamestnaného, azylanta, závislého, spoločensky neprispôsobivého a podobne, okrem toho je potrebné poznať aj prejavy v správaní takéhoto klienta a následne nastaviť proces sociálnej komunikácie s takýmto klientom. V komunikačnom procese je potrebné mať stále na pamäti vzťah, ako hlavné kritérium v komunikácii, medzi klientom a sociálnym pracovníkom, ktorý je úplne rovnocenný. Sú to dvaja aktéri, ktorí sa pokúšajú odstrániť problém, ktorý sociálny klient zdieľa. Avšak v tejto súvislosti je potrebné uviesť, že koordinátorom a manažérom tohto komunikačného procesu, z hľadiska profesionality, je sociálny pracovník, ktorý je na túto činnosť odborne pripravovaný.

4. **Sociálna intervencia (Sociálna terapia).** Ide tu o samotný rozsah sociálneho pôsobenia na klienta. V drivej väčšine pôsobíme slovom, ako terapeutickým nástrojom aj v rámci socioterapie. Rozvíjame komunikačné schopnosti s cieľom vyriešiť problém, a taktiež v rámci tejto metódy, etapy, používame submetódy, ako napríklad terapeutický rozhovor, klarifikáciu problému, persúziu, rôzne socioterapeutické techniky, psychorelaxačné techniky a podobne. Podľa cieľovej



skupiny, s ktorou realizujeme sociálny interventný zámer, nastavujeme zdroje komunikačného kanála.

V súvislosti s priebehom sociálnej intervencie musíme byť uzrozumiteľní, že komunikácia okrem svojej základnej funkcie, ktorou je informačná, má aj ďalšie významné funkcie, ktoré nesmieme opomenúť. Podľa Šuťákovej (Šuťáková, V.,J. Ferencová, M. Zahatňanská, 2015) ide hlavne o:

- Vzdelávaciu funkciu, ktorá v sebe zahŕňa aj informatívnu, poznávaciu a rozvojatvornú funkciu. Informatívna je uvedená do vzdelávacej, avšak v sociálnom interventnom pôsobení sa pokladá za základnú a interpretuje sa selektívne z hľadiska jej významosti.
- Socializačnú funkciu. V sociálnej intervencii ide hlavne o schopnosť sebainstrumentalizácie zo strany sociálneho pracovníka, aby vedel seba samého použiť okrem iného aj ako socializačný vzor vo vzťahu ku klientovi. Samozrejme nezanedbateľné v tomto procese sú aj vplyvy okolitého prostredia.
- Personálna funkcia. úzko súvisí so socializačnou funkciou, prostredníctvom nej sa stáva človek slobodnejší, pozná nevyhnutné javy a procesy, sebarealizuje sa, sebaobjektívizuje sa, naučí sa spoznávať seba samého, dokáže sa sebahodnotiť, sebamotivovať a sebariadiť v súlade so spoločenským konsenzom.
- Tlmiaca, redukujúca funkcia. Prostredníctvom nej sa redukuje duševné napätie, agresivita, neistota. Veľakrát sa v tejto súvislosti a prostredníctvom tejto funkcie redukujú, alebo aj odstraňujú frustrácie a deprivácie. V sociálnej terapii ide o ventilačnú metódu, ktorou sa veľakrát nič nevyrieši, ale klient môže nadobudnúť emocionálnu a sociálnu konformitu.
- Posilňujúca funkcia. Posilňuje aktivity klienta, vzájomné vzťahy medzi ľuďmi, sebadôveru, istotu, sebakritiku. Dôsledná aplikácia tejto funkcie je

najlepšou cestou dosiahnuť u klienta najvyššiu formu pomoci a to doviest' ho k svojpomoci.

Najvýhodnejšia a najefektívnejšia komunikačná cesta v sociálnej intervencii vedie cez motivačné faktory. Tu je potrebné pôsobiť najprv v procese navodenia motivácie. Zreálniť motivačné činitele u daného klienta, mali by vyvierat' z klientových požiadaviek, potrieb, záujmov, hodnôt a postojov. Na to, aby sme klienta viedli k svojpomoci, musíme dosiahnuť vysokú mieru motivácie. Bez náležitej motivovanosti klienta nemožno úspešne odstraňovať jeho sociálny problém, ak nebude sám presvedčený a vnútorne motivovaný, kladný výsledok sociálnej intervencie sa nedostaví. Na túto úlohu nám slúžia motivačné komunikačné nástroje:

- Zrozumiteľnosť hovoreného.
- Vedieť počúvať klienta.
- Vysvetliť očakávania klienta a realitu nožnej pomoci.
- Uviesť výhody pre neho samého z interventného pôsobenia.
- Uviesť výhody pre rodinu klienta a jeho blízke okolie.
- Vysvetliť podstatu nezávislosti a slobody, najvyšších sociálnych hodnôt, výhody prijatia a osvojenia svojpomoci.
- Vydvihnúť pozitívne vlastnosti klienta a na nich ďalej budovať sociálnu intervenciu, získava sa hodnota vlastnej osobnosti.
- Aplikovať obdobné prípady, ktoré sa skončili úspešne.
- Nabudiť v klientovi vôľu prekonávať ťažkosti.
- Uistiť ho vo vlastné sily a schopnosti.
- Ponúknuť nové životné alternatívy, ak tie predchádzajúce neboli v sociálnej konformite.
- Realizovať čiastkové pozitívne závery, vracat' sa k nim a priebežne ich vyhodnocovať a zaznamenávať progres v pozitívnom pretváraní osobnosti klienta alebo konštruktívnosti v jednotlivých krokoch sociálnej intervencie.

Zároveň je potrebné dodať, že motivácia musí prechádzať celým procesom práce s klientom. Ochabnutie akéhokoľvek procesu v motivačnom napätí klienta oslabuje samotnú intervenciu a ohrozuje výsledok tejto intervencie.

Komunikácia v sociálnej práci je proces na ktorý sa je treba vždy dobre pripraviť, neustále si osvojovať komunikačné techniky, pretože komunikácia je základným nástrojom vo všetkých pomáhajúcich disciplínach, nevynímajúc ani sociálnu prácu.

### **Zoznam bibliografických odkazov**

FRK, V. a J. KREDATUS, 2005. *Komunikácia v personálnej a sociálnej praxi*. Prešov: Akcent Print. ISBN 80-969274-5-0.

ŠUŤÁKOVÁ, V., J. FERENCOVÁ a M. ZAHATŇANSKÁ, 2015. *Sociálna a didaktická komunikácia*. Prešov: PU v Prešove, Fakulta humanitných a prírodných vied. ISBN 978-80-555-1280-8.

## Profilaktyka uzależnień od substancji psychoaktywnych

### Wstęp

Zjawiska patologiczne do których będziemy zaliczali m.in. narkomanię podlegają określonym ludzkim zachowaniu, dlatego ich uwarunkowania są związane z czynnikami wpływającymi na jednostkę czy grupę społeczną. Podłoża czynników egzogenicznych należy poszukiwać głównie w niewłaściwym funkcjonowaniu grup społecznych, ono bowiem w znacznym stopniu wyznacza postawy ludzkie.

Ważną kwestią stają się zatem odpowiednie programy profilaktyczne ukierunkowane na młodzież w celu zapobiegania pojawianiu się w życiu społecznym pełnoobjawowych zjawisk uzależnień od substancji psychoaktywnych. Jak zauważa P. Jabłoński, „ pewne grupy osób używające narkotyków „odchodzą” od nich wraz z nabywaniem doświadczeń związanych z ogólnym wzrostem dojrzałości psychospołecznej i pod wpływem korygującej presji środowiska społecznego”(Jabłoński 2003: 166). Wiele poglądów dotyczących efektywności profilaktyki uzależnień dotychczas było budowanych na zasadzie wyrażania opinii i przekonań niż na podstawie badań naukowych. Wiele instytucji społecznych oraz organizacji pozarządowych wprowadza programy profilaktyczne na rzecz osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, nie zawsze są one trafnie dobrane. Musimy pamiętać, że kwestie ważne i istotne dla jednych osób czy grup, okazują się czasami obojętne treściowo i emocjonalnie w odniesieniu do innych podmiotów. Dzieje się tak ponieważ profilaktyka narkomanii nie jest zagadnieniem jednoznacznym i poddającym się jasnym i prostym zasadom oceny (Tamże: 167). Ze względu na potoczne występowanie, w odniesieniu do substancji psychoaktywnych, takich pojęć jak używanie, nadużywanie i uzależnienie, należy

uporządkować te definicje i podać konkretne kryteria, które nie pozostawiają wątpliwości przy rozróżnieniu tych zjawisk. Są to ważne kwestie zarówno w prawidłowym budowaniu programów profilaktycznych, jak i w pracy socjalnej ukierunkowanej na osoby zażywające środki psychoaktywne.

### **Praca socjalna z osobami uzależnionymi**

Coraz większego znaczenia nabiera praca socjalna ukierunkowana na rzecz osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. Wielu badaczy uważa, że zasadniczo każdy człowiek może stać się narkomanem, gdy znajdzie się pod wpływem odpowiednich warunków zewnętrznych, rozumianych jako sytuacja psychologiczna danej jednostki, sytuacja społeczno-kulturowa czy środowiskowa, subiektywnie przez nią percypowana (Bielicki 1989: 95). B. Hołyst zauważa, że niektórzy badacze uważają, że zasadniczą w tym względzie rolę odgrywa stan psychiczny, w jakim znajduje się osobnik zarówno w okresie poprzedzającym rozpoczęcie używania środków odurzających, jak i w czasie, gdy już ich używa. Ich zdaniem, podatny grunt do uzależnienia stwarza występowanie u człowieka w takim okresie różnych reakcji nerwicowych, będących często wynikiem urazów psychicznych i stresów. Podkreśla się, że pewne cechy osobowościowe predysponują do występowania reakcji nerwicowej, warunkującej w następstwie skłonność do uzależnienia się. Zastrzec jednak należy, że czynniki osobowościowe mają znaczenie predestynujące, ale nie determinujące, tzn. że nie każdy, kto w takie cechy osobowościowe jest wyposażony, musi popadać w reakcję nerwicową, prowadzącą do uzależnienia się od środków narkotycznych, a jednocześnie nie każdy, kto takich cech osobowościowych nie ma, jest zabezpieczony przed uzależnieniem (Hołyst 2013: 220).

Uzasadniony niepokój budzi fakt, iż po środki psychoaktywne sięga coraz więcej młodych ludzi. Motywy sięgania przez młodzież po narkotyki są bardzo

różne, od ciekawości i przeżycia czegoś ekscytującego, po ucieczkę od problemów rodzinnych czy szkolnych. Współcześnie z nabyciem środków psychoaktywnych nie ma problemów, są one oferowane przez Internet, sklepy z dopalaczami, czy poprzez dystrybucje dilerów w szkole, na dyskotecę czy na placu zabaw.

Bez wątpienia narkomania jest dziś poważnym problemem społecznym. K. Olechnicki i P. Załęcki stwierdzają że jest to „uzależnienie się od narkotyków, stały nawyk ich zażywania, powodujący trwałe zmiany w uczuciach, świadomości, nastroju i zachowaniu, prowadzący do chorobowych przeobrażeń centralnego systemu nerwowego oraz ogólnego wyniszczenia organizmu i w wielu przypadkach śmierci. Narkomania bywa rozpatrywana jako forma dewiacji, a jej szczególne nasilenie w danej grupie społecznej czy społeczeństwie może być objawem i jedną z form dezorganizacji społecznej” (Cyt. za: Smyczek 2006: 12).

Należy nadmienić, iż terminy „narkomania” czy „narkotyki” odnoszą się zazwyczaj do substancji odurzających zabronionych przez prawo. Bania przeprowadzone w Polsce i innych krajach wskazują, że sposoby używania narkotyków związane z nimi wzory zachowań i indywidualne doznania mają wpływ zarówno właściwości poszczególnych narkotyków, jak i czynniki społeczne odnoszące się m.in. do kultury czy oczekiwań.

G. Adamczyk zauważa, iż pojecie „narkomania” powinno być używane tylko w odniesieniu do niektórych środków i stanów przez nie wywoływanych. Chodzi tutaj zwłaszcza o środki powodujące stany euforii, klasyczne silne narkotyki, takie jak opium, morfina, heroina czy kodeina. Pojęciem szerszym niż narkomania jest pojęcie „toksykomanii”. Określenie to zarezerwowane jest dla nadmiernego lub nałogowego używania środków leczniczych lub innych substancji naturalnych i syntetycznych, odurzających i nieodurzających, w celach niemedycznych (Adamczyk 2006: 20).

Niezwykle istotna jest tutaj profilaktyka uzależnień, która możemy określić jako działanie zapobiegające pojawieniu się w życiu społecznym pełnoobjawowych

zjawisk uzależnień od substancji psychoaktywnych. Szczególnie istotne jest podjęcie działań w stosunku do młodzieży szkolnej, gdyż jak wskazują raporty badań, coraz częściej dochodzi do inicjacji z środkami psychoaktywnymi w tej grupie wiekowej. Jak wskazuje P. Jabłoński jednym z celów prewencji jest niedopuszczenie, ograniczenie lub opóźnienie momentu rozpoczęcia używania narkotyków przez indywidualne osoby. Działania prewencyjne – podjęte dostatecznie wcześnie – redukuje (ilościową i jakościową) konieczność zajmowania się osobami uzależnionymi m.in. w systemie leczniczym i rehabilitacyjnym. Autor stwierdza, iż działania profilaktyczne łączą się w tej fazie z potrzebą oddziaływań terapeutycznych czy rehabilitacyjnych. Zatem efektywna strategia redukcji popytu na substancje psychoaktywne winna w sobie łączyć komponent prewencji z leczniczym (Jabłoński 2003: 167).

Należy zauważyć, iż w strategii antynarkotykowej uznaje się tzw. zrównoważone podejście, w którym w polityce społecznej równoważne i uzupełniające się są działania ograniczające zarówno popyt, jak i podaż narkotyków. Ważną kwestią stają się tutaj regulacje prawne, ścigające i penalizujące np. obrót, posiadanie czy używanie narkotyków. Jak wiadomo, prawo nie zawsze jest w stanie nadążyć za tym co „oferuje rynek” np. w sprawie sprzedaży dopalaczy. Nie mniej jednak w Polsce obserwujemy determinację odpowiednich władz i regulacji prawnych w tym względzie.

Edukacja zdrowotna społeczeństwa jak również profilaktyka używania i nadużywania substancji psychoaktywnych odgrywa ważną rolę w polityce społecznej, w tym pracy socjalnej. K. Ostaszewski stwierdza, iż w ostatnich latach nastąpiła ważna zmiana w podejściu do zapobiegania problemom wynikającym z nadużywania substancji psychoaktywnych. Polega ona na „stopniowym odchodzeniu od tradycyjnego podejścia, które koncentrowało się na uzależnieniu – alkoholizmie, narkomanii, nikotynizmie, lekomanii, jako głównym zagrożeniu związanym z używaniem tych substancji. Do problemów, poza uzależnieniem, zalicza się obecnie także inne szkody zdrowotne (np. zatrucia, infekcje, zaburzenia

psychiczne) oraz wypadki, samobójstwa, przestępstwa, konflikty, zaniedbywanie dzieci, przemoc domową, akty agresji i inne czyny popełniane pod wpływem alkoholu i innych substancji oraz w związku z nimi" (Ostaszewski 2008: 484).

Eksperymentowanie z różnymi substancjami jest charakterystyczną cechą okresu dojrzewania młodzieży. Jeżeli chodzi o skalę tego zjawiska, to odnotowujemy niepokojący jego wzrost, przy czym uwidacznia się obniżenie wieku inicjacji młodzieży sięgającej po środki psychoaktywne, oraz fakt, iż po środki te sięga praktycznie taki sam odsetek dziewcząt jak i chłopców. Badacze zgodnie stwierdzają iż alkohol i papierosy „torują drogę” marihuanie, a marihuana „toruje drogę” innym groźnym narkotykom.

Jak zauważa K. Ostaszewski, w okresie dojrzewania młodzież przejawia skłonność do zachowań problemowych. Ich występowanie i uwarunkowania wyjaśnia m.in. *teoria zachowań problemowych*. Do typowych zachowań problemowych młodzieży zalicza się: (Cyt. za: Ostaszewski 2008: 488)

- używanie substancji psychoaktywnych (papierosy, alkohol, narkotyki, leki psychoaktywne);
- przedwczesną aktywność seksualną;
- zachowania agresywne, stosowanie przemocy, znęcanie się nad rówieśnikami;
- drobne przestępstwa, wykroczenia, czyny chuligańskie, wandalizm;
- zaniedbywanie obowiązków szkolnych, wagary, nieukończenie szkoły;
- inne, np. kłamstwa, ucieczki z domu, itp.

W myśl tej teorii zachowania problemowe pełnią podobne funkcje w rozwoju psychospołecznym młodzieży i mogą być dla niej:

- instrumentem osiągnięcia pożądanego celu, np. są wyrazem dążenia do niezależności od rodziców i dają młodym ludziom poczucie autonomii;
- symbolicznym wyrazem niechęci młodzieży wobec tradycyjnych norm i wartości ludzi dorosłych i w ten sposób sprzyjają tworzeniu się własnego poczucia tożsamości;



- pewnym mechanizmem radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych.

Należy pamiętać o tym, że człowiek funkcjonuje w różnych układach społecznych, jest w ciągłej interakcji z otaczającym go środowiskiem. Jest sprawcą wielu zdarzeń będących wynikiem jego autonomicznych lub wymuszonych zachowań. Wynika z tego, iż człowiek, w zależności od różnych zmiennych środowiskowych, akceptuje istniejące wzory zachowań i postępuje zgodnie z nimi lub też odrzuca zastane (narzucone) wzory i w sposób świadomy tworzy własne. A. Doliński stwierdza, że zinternalizowane wzory ulegają modyfikacji przez konkretną rzeczywistość społeczną. Powołując się na K. Kruszewskiego autor stwierdza, iż nie możemy poznać i zrozumieć zachowania danego człowieka, jeśli nie dowiemy się, jak definiował sytuację, w której działał. Powyższe założenia możemy także odnieść do koncepcji przestrzeni sytuacyjnej i zachowania człowieka, zaproponowanej przez Ch. E. Osgooda. Za podstawowe założenia przyjął on występowanie czynnika wartościowania (uznanie czegoś za wartościowe lub nie), czynnika aktywności (związanego z witalnością, energią, zaangażowaniem) oraz czynnika potencjału (odnoszącego się do świadomości sprawowania kontroli, oceny względem innych) (Cyt. za: Doliński 2003: 382).

B. Hołyst stwierdza, że jednostkami uzależnionymi stają się ludzie, którzy są najczęściej osobami niedojrzałymi emocjonalnie, ze słabo rozwiniętym systemem kontroli wewnętrznej. Osoby takie często mają wygórowane wymagania życiowe i oczekują natychmiastowego spełnienia swoich potrzeb; występuje u nich dysproporcja między ambicjami i celami życiowymi a realnymi możliwościami ich realizacji. Zdaniem wielu autorów uzależnieni od narkotyków osobnicy mają ubogie zainteresowania, są bierni w związkach interpersonalnych, cechuje ich pustka uczuciowa i w dużym stopniu nieumiejętność kontaktowania się z innymi ludźmi (Hołyst 2013: 220-221).

Współczesna młodzież ma nieograniczony dostęp do środków masowego przekazu. Współczesne media oprócz elementów społeczno-komunikacyjnych,

edukacyjnych, stwarzają również zagrożenia dla globalnego odbiorcy. Coraz więcej ludzi jest pod natłokiem informacji oraz obrazów realistycznych i fikcyjnych. Szczególnie dotyczy to dzieci i młodzieży, którym trudno odnaleźć granice pomiędzy prawdą a fałszem. Koncepcja naśladownictwa czy modelowania zakłada, że obrazy prezentowane w mass mediach działają na widza jak model określonych zachowań prospołecznych czy antyspołecznych, których nie musimy się uczyć, ćwiczyć, powtarzać, trenować, aby te zachowania podjąć w jakiejś sprzyjającej sytuacji, kiedy nadarza się okazja. Obserwowanie pewnych wzorców zachowań, prezentowanych przez innych, zwykle przez osoby, z którymi obserwator się identyfikuje, powoduje, że zwykle podejmuje on te działania (Juszczak 2000: 102). W mass mediach podtrzymywany jest relatywizm etyczny, który oddziałuje negatywnie na osobowość młodego człowieka. Młodzi ludzie nie zawsze potrafią dostrzec, że media coraz bardziej wpływają na tok ich myślenia, sugerują sposób postrzegania pewnych spraw i wydarzeń. Nie zauważają, że sami pozwalają kierować ich życiem, m.in. narzucając im style i wzorce postępowania oraz światopoglądowe orientacje. Popularyzując informacje, media niejednokrotnie dalekie są od prawdy, media rozbudzają ciekawość skłaniającą do eksperymentowania z narkotykami. Zdaniem Cz. Cekiery środki masowego przekazu mają duży wpływ na etiologię narkomanii, budząc u młodzieży zaciekawienie i zainteresowanie sensacyjnymi opisami skutków działania narkotyków (Cekiera 1985: 257).

Równie ważną kwestią jest oddziaływanie grup rówieśniczych na jednostkę. Oddziaływanie to może być zarówno korzystne jak i destrukcyjne. Badania wskazują, że to właśnie grupy rówieśnicze stanowią oprócz Internetu, najczęstsze źródło informacji o środkach psychoaktywnych.

W Polsce zjawisko narkomanii pod wieloma względami upodobniło się do narkomanii w krajach zachodnich, przy czym jak słusznie zauważają K. Frieske i P. Poławski, największy problem z narkomanią polega na tym że stanowi ona przedmiot nie tylko zaciekłych sporów ideologicznych, lecz także dość złożonej

grupy interesów. Te pierwsze dotyczą zwłaszcza kwestii penalizacji tzw. „miękkich” środków odurzających, takich jak marihuana czy haszysz, oraz form interwencji państwa (Frieske, Poławski 1999: 196).

R.A. Skidmore i M.G. Thackeray wskazują, iż wszelkie uzależnienia niemal zawsze odbijają się na rodzinie, której należy wtedy pomóc zrozumieć problem, uspokoić jej obawy i poczucie winy, scementować jedność i nauczyć ją wspierać jej uzależnionego członka (Skidmore, Thackeray 1998: 288). Praca socjalna ukierunkowana na narkomanów wiąże się z problemami, z którymi pracownicy socjalni nie mieli dotąd do czynienia i których rozwiązanie wymaga nowych podejść i nowego myślenia.

A. Moffett, J. Bruce i D. Horvitz sporządzili listę wytycznych dla pracy socjalnej z kulturą narkotykową. Donoszą oni, że jedną z największych trudności w zastosowaniu tradycyjnych metod pracy z przypadkiem jest dostarczenie narkomanowi namiastki satysfakcji, zastępującej narkotyk. Autorzy zalecają, aby nie rezygnować z pracy z przypadkiem, ale stosować ją elastycznie zgodnie z potrzebami klienta, który może nie mieć silnej motywacji do porzucenia narkotyku. Narkomani szukają pomocy kiedy finansowo nie mogą udźwignąć kosztów nałogu, kiedy zachorują, kiedy ich przyjaciel umrze z przedawkowania, albo kiedy mają do wyboru leczenie lub więzienie (Cyt. za: Skidmore, Thackeray 1998: 288).

Jest bardzo ważne, aby klient-pacjent mógł, przy pierwszych spotkaniach rozluźnić się, poczuć, że jest akceptowany, aby dzięki temu pokonać bariery na drodze do przyjęcia pomocy i podjęcia leczenia. Jeśli narkoman sam zgłasza się z własnej woli na leczenie, to taka motywacja daje szansę powodzenia. Ważne jest tutaj także wsparcie ze strony rodziny i najbliższych osób. Jak przy innych uzależnieniach, żaden pojedynczy sposób prowadzenia terapii nie jest skuteczny dla wszystkich i różnorodność metod znakomicie zwiększa prawdopodobieństwo natrafienia na terapię, która w danym przypadku przyniesie skutek.

W obszarze działań z zakresu profilaktyki uzależnień pracownik socjalny występuje często w roli konsultanta. Konsultacja stanowi sposób świadczenia i doskonalenia usług na rzecz klientów. „Konsultacja jako proces jest techniką doskonalenia i rozszerzania świadczeń. Metoda ta umożliwia przekaz specjalistycznej porady i informacji technicznej do zastosowania przez personel w rozwiązywaniu problemów społecznych. [...] Konsultacja jest procesem wspomagającym, korzystającym z wiedzy technicznej i odbywającym się w kontekście profesjonalnej relacji między dwiema lub więcej osobami. Relacje tę cechuje wzajemny szacunek i zaufanie, które są pielęgnowane i podtrzymywane przez konsultanta z pomocą zdrowych zasad pracy socjalnej” (Tamże: 124).

Zgodnie z założeniami działania metodycznego praca socjalna z przypadkiem obejmuje określone procedury postępowania, nazywane etapami: diagnoza przypadku, opracowanie planu postępowania i prowadzenie przypadku. Pionierka pracy z przypadkiem M. Richmond twierdzi, że na prace z przypadkiem składają się procesy, które przez świadome dokonywanie indywidualnych aktów dostosowania się jednostek do otoczenia – rozwijają osobowość (Cyt. za: Kantowicz 2001: 89).

Zdaniem M. Richmond praca z przypadkiem, musi uwzględniać następujące elementy: (Tamże: 91)

- wgląd w cechy osobowości jednostki i rozpoznanie zasobów i zagrożeń środowiska (czyli rozpoznanie przyczyn zarówno indywidualnych, jak i społecznych, powodujących komplikacje w życiu jednostki);
- bezpośrednie oddziaływanie osoby na osobę (czyli nawiązywanie bezpośrednich kontaktów między pracownikiem socjalnym i klientem oraz dążenie do osiągnięcia pewnej zmiany w podejściu jednostki do jej problemów poprzez uaktywnianie);
- bezpośrednie oddziaływanie poprzez otoczenie społeczne (czyli przeprowadzenie postępowania w kierunku pozytywnej zmiany dotychczasowej sytuacji życiowej).

Oczywiście znane i opisywane są także inne metody pracy socjalnej m.in. metoda pracy z grupą, oraz pracy ze społecznościami. Wszystkie one przeszły odmienną ewolucję i stosowane są w chętnie w pracy socjalnej.

Jeżeli chodzi o profilaktykę uzależnień, to pracownicy socjalni jako specjaliści od pomagania, pracują z ludźmi po to, aby wzmocnić ich kompetencje i funkcjonowanie społeczne, umożliwić im dostęp do różnych form wsparcia społecznego i do zasobów, tworzyć humanitarne i odpowiednie do sytuacji usługi społeczne. Oddziaływanie pracownika socjalnego mogą więc mieć na celu: (Cyt za: Lipczyński 2016: 110)

- redukowanie bądź rozwiązywanie problemów zaistniałych we wzajemnych relacjach ze środowiskiem;
- zapobieganie zagrożeniom powstałym w wyniku dysfunkcyjnych relacji;
- przywracanie korzystnych interakcji poprzez wzmocnienie klienta (nabycie poczucia własnej wartości, możliwości kontroli nad własnym życiem), oraz wywarcie wpływu na funkcjonowanie środowiska.
- 

### **Zakończenie**

Narkomania i problemy z nią związane są przedmiotem zainteresowań wielu nauk społecznych i humanistycznych m.in. psychologii, socjologii, pracy socjalnej, pedagogiki, medycyny czy prawa. Patologie społeczne niezmiennie towarzyszą nam w życiu społecznym, niepokojące natomiast mogą być dane, które wskazują nam odsetek ludzi a szczególności młodego pokolenia sięgającego po środki psychoaktywne. Narkomania jest zjawiskiem złożonym i niejednorodnym, trudno bowiem osobę która zażywa środki psychoaktywne od czasu do czasu, nazwać narkomanem. Pamiętać jednak należy, iż wszelkie środki psychoaktywne zmieniają świadomość człowieka, a motywy sięgania po nie są bardzo wielorakie. Uzależnić możemy się bardzo szybko, natomiast droga wyjścia z nałogu jest procesem bardzo żmudnym i nie zawsze kończy się dla wszystkich sukcesem. Dlatego ważną kwestią stają się programy profilaktyczne, jednak muszą one być

przeżyłane tak, aby nie były tylko zbiorem informacji i działań w małym stopniu powiązanych z obecnymi teoriami osobowości.

B. Urban wskazuje, iż najbardziej widoczną cechą podejmowanych inicjatyw w dziedzinie profilaktyki jest brak ich powiązań w ramach przeżyłanego systemu uwzględniającego nie tylko charakter dewiacji, ale również ciągłość i transformację zaburzeń w zachowaniu na określonych etapach rozwoju emocjonalno-społecznego młodzieży oraz to, co od dawna podkreśla się we wszystkich kręgach społecznych i instytucjach wychowawczych – a mianowicie brak koordynacji treściowo spójnych i ukierunkowanych na ten sam cel przedsięwzięć profilaktycznych (Urban 2003: 22).

### Literatura

- Adamczyk G., (2006). *Narkomania jako problem społeczny*. W: G. Adamczyk, M. Jeżowski, L. Smyczek, *Postawy młodzieży szkół średnich wobec narkomanii. Studium socjologiczne*. Lublin. KUL.
- Bielicki E., (1989). *Wybrane problemy patologii przystosowania społecznego i pedagogiki resocjalizacyjnej*. Bydgoszcz. WSP.
- Cekiera Cz., (1985). *Toksykomania, narkomania, lekomania, alkoholizm, nikotynizm*. Warszawa. PWN.
- Doliński A., (2003). Sytuacyjny Kwestionariusz Osobowości jako narzędzie diagnozujące wymiary niedostosowania społecznego. W: D. Rybczyńska (red.). *Ciągłość i zmiana w obszarze profilaktyki społecznej i resocjalizacji*. Warszawa. Impuls.
- Frieske K.W., Poławski P., (1999). *Opieka i kontrola. Instytucje wobec problemów społecznych*. Katowice. Śląsk.
- Hołyst B., (2013). *Zagrożenia ładu społecznego*. Tom 1. Warszawa. PWN.

- Jabłoński P., *Profilaktyka uzależnień*. W: D. Rybczyńska (red.). *Ciągłość i zmiana w obszarze profilaktyki społecznej i resocjalizacji*. Warszawa. Impuls.
- Juszczak S., (2000). *Człowiek w świecie elektronicznych mediów – szanse i zagrożenia*. Katowice. UŚ.
- Kantowicz E., (2001). *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*. Olsztyn. UW-M.
- Lipczyński A., (2016). *Rola i zadania pracownika socjalnego w profilaktyce uzależnień*. W: W. Jedynak, J. Kinal, A. Lipczyński, D. Rynkowska (red.). *Wybrane psychologiczne i społeczne aspekty pracy socjalnej*. Rzeszów. UR.
- Ostaszewski K., (2008). *Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych*. W: B. Woynarowska (red.). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa. PWN.
- Skidmore R.A., Thackeray M.G., (1998). *Wprowadzenie do pracy socjalnej*. Katowice. Śląsk.
- Smyczek L., (2006). Wstęp do książki: *Postawy młodzieży szkół średnich wobec narkomanii. Studium socjologiczne*. Lublin. KUL.
- Urban B., (2003). *Teoretyczne wyznaczniki systemu profilaktyki społecznej w środowisku lokalnym*. W: D. Rybczyńska (red.). *Ciągłość i zmiana w obszarze profilaktyki społecznej i resocjalizacji*. Warszawa. Impuls.

## Religijność bezdomnych i jej oddziaływanie na życie codzienne

Bezdomność jest jednym z najpoważniejszych problemów społecznych. Zjawisko to występuje we wszystkich społeczeństwach, niezależnie od stopnia ich rozwoju i poziomu zamożności. Ulega ono przekształceniom w procesie zmian społecznych i dostosowuje się do aktualnych warunków cywilizacyjnych [Pindral, 2011, 42-43; Błażej i Bartosz, 1995, 9-17; Dębski, 2011, 62-63]. Bezdomność jest wyzwaniem nie tylko dla instytucji pomocy społecznej powoływanych i utrzymywanych przez państwo, ale również dla Kościoła, który jest prekursorem chrześcijańskiej dobroczynności w cywilizacji europejskiej. Kościół posiada bogatą tradycję i doświadczenie w zakresie opieki nad bezdomnymi. Stara się im pomagać nie tylko w wymiarze materialnym, ale również religijnym. Swoje metody pracy z bezdomnymi Kościół dostosowuje do zmian społecznych [Śledzianowski, 1996, 106-107].

W nauczaniu społecznym Kościół zwraca uwagę na los ludzi bezdomnych pozostających często na marginesie życia społecznego. Hierarchowie Kościoła katolickiego wzywają wiernych do zainteresowania się losem bezdomnych [Jan Paweł II, 1994, 28-29]. Papież Franciszek zachęca chrześcijan do okazywania pomocy bezdomnym. W każdym z nich należy widzieć człowieka, który oczekuje pomocy: „Można na bezdomnego spojrzeć jak na człowieka albo tak, jakby był psem. Oni doskonale czują, kto jak na nich patrzy” [Bątkiewicz-Brożek, [http](#)]. Papież zwraca uwagę na silną więź społeczną łączącą ludzi wykluczonych i biednych. Twierdzi, że są oni wyczuleni na potrzeby innych, zwłaszcza tych, którzy znajdują się w podobnej sytuacji: „Solidarność, jaką widzę wśród ludzi biednych, w ubogich dzielnicach, mimo wielu problemów, niełatwo spotykam gdziekolwiek indziej” [Bątkiewicz-Brożek, [http](#)]. Według papieża, „bezdomni mogą zmienić świat” [Bątkiewicz-Brożek, [http](#)].



Jedną z form wsparcia okazywanego osobom bezdomnym jest opieka duszpasterska. Kościół stara się pomagać bezdomnym, aby stworzyć im godne warunki życia, a także przywrócić ich społeczeństwu i wspólnotom kościelnym. Istotne znaczenie w życiu bezdomnych oraz w procesie ich wychodzenia z bezdomności ma religijność, z którą powiązany jest system norm i wartości umożliwiających prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie. Osobom bezdomnym, które wierzą i wykonują praktyki religijne wspólnoty kościelne starają się okazywać wsparcie, by mogły one nadal podtrzymywać i rozwijać swoją religijność, natomiast bezdomnym, którzy utracili wiarę ludzie Kościoła próbuje pomagać w odnalezieniu wiary, a także w powrocie do Boga i do społeczeństwa. Bezdomni mają często poczucie poniżenia i odrzucenia przez społeczeństwo, dlatego też rzadko przychodzą do kościoła na nabożeństwa, by modlić się z innymi, ewentualnie stoją gdzieś daleko na placu przykościelnym. Kościół musi więc wyjść naprzeciw bezdomnych prowadząc dla nich specyficzną ewangelizację [Głód, 2014, 233-234]. Działania te muszą być jednak poprzedzone badaniami terenowymi, które pozwolą zdiagnozować stan życia religijnego bezdomnych. Celem niniejszej publikacji jest przedstawienie religijności osób bezdomnych i jej specyfiki na podstawie badań empirycznych zrealizowanych w województwie dolnośląskim i pomorskim.

### **Deklaracjewiary bezdomnych**

Spółeczeństwo polskie pomimo, iż podlega permanentnym oddziaływaniom sekularyzacyjnym jest stabilne pod względem wyznaniowym. Deklaracje Polaków dotyczące wiary w Boga od wielu lat pozostają niemal niezmiennie. W okresie 1990-2014 wiarę w Boga deklarowało od 92% do 96% badanych Polaków (Centrum Badania Opinii Społecznej,1994:5-7; Boguszewski,2015:38-39). Równie stałe wydają się być opinie na temat przynależności do Kościoła katolickiego. Zależnie od czasu pomiaru i ośrodka badawczego, związek z Kościołem katolickim potwierdza od 88% do 96% respondentów (Centrum Badania Opinii Społecznej,1994:7; Główny Urząd

Statystyczny,2013a:99; Główny Urząd Statystyczny, 2013b:16-17; Główny Urząd Statystyczny,2014:195).

Z badań przeprowadzony wśród osób bezdomnych wynika, iż w tej kategorii społecznej autodeklaracje wiary są niższe aniżeli wśród ogółu Polaków. W województwie dolnośląskim<sup>8</sup> wiarę w Boga deklarowało 73,2% respondentów, z których 62,7% praktykuje z różną częstotliwością, pozostali (10,5%) wierzą, ale nie wykonują praktyk religijnych. Wśród badanych mężczyzn odsetek wierzących i praktykujących wynosił 59,9%, a wśród kobiet 72,3%. Do ateizmu przyznawało się 14,9% ogółu badanych [Głód, 2008, 101].

Autodeklaracje dotyczące wiary w Boga zbadano również wśród bezdomnych województwa pomorskiego<sup>9</sup>. Osoby głęboko wierzące i wierzące stanowiły tam 81,1% ogółu badanych. Co dziesiąty bezdomny twierdził, że jest osobą niezdecydowaną religijnie, ale przywiązaną do tradycji. Tylko 5,8% respondentów deklarowało obojętność religijną, natomiast do ateizmu przyznawało się 3,3% bezdomnych. Zdecydowana większość bezdomnych uważała, że należy do Kościoła katolickiego (81,1%), natomiast 4,9% badanych deklarował przynależność do innych Kościołów i grup wyznaniowych. jedynie co czternasty respondent nie identyfikował się z żadną grupą wyznaniową [Dębski, http, 256-257]

Bezdomni zamieszkujący województwo pomorskie wskazują na różne czynniki wpływające na ich wiarę w Boga. Dla jednych podstawą wiary jest tradycja i wychowanie w rodzinie (34,6%), dla innych osobiste przemyślenia i przekonania (34,2%). Niektórzy uważają, że oparciem dla ich wiary jest uczęszczanie do kościoła, spotkania z księżmi oraz kazania (11,1%), jeszcze inni deklarują, iż swoją wiarę budują na własnym doświadczeniu życiowym (17,3%) [Dębicki, http, 258]. Większość badanych (61,3%) uważa, że bezdomność nie wpłynęła na stan ich wiary, gdyż utrzymuje się ona na stałym poziomie. Postępy w wierze w okresie

---

<sup>8</sup> Przebadano 370 bezdomnych przebywających na obszarze województwa dolnośląskiego.

<sup>9</sup> Przebadano 527 bezdomnych przebywających na obszarze województwa pomorskiego.

bezdomności zadeklarowało 11,1% badanych, natomiast przeciwnego zdania jest 15,8% respondentów, którzy uważają, że bezdomność spowodowała osłabienie ich wiary [Dębski, http, 260].

Również odpowiedzi bezdomnych z województwa dolnośląskiego dotyczące motywów wiary w Boga były zróżnicowane. Najczęściej badani odwoływali się do religijnej tradycji domu rodzinnego oraz do wychowania w wierze katolickiej. Ponadto badani twierdzili, iż wiara jest dla nich lekarstwem na przetrwanie trudnego okresu życia, ratuje od całkowitej desperacji, wyzwala nowe siły, a także motywuje do działania i nadaje sens dalszemu życiu. Osoby wierzące, ale niepraktykujące argumentowały swoje postępowanie uprzedzeniami do Kościoła, a zwłaszcza do duchowieństwa, któremu zarzucały materializm, niemoralne życie, mieszanie się do polityki. Niektórzy nie odczuwali wewnętrznej potrzeby uczestnictwa w mszach, inni twierdzili, że nie mają odpowiedniego ubrania i są zbyt zaniedbani, by brać udział we wspólnej modlitwie. Bezdomni deklarujący ateizm, twierdzili, że wcześniej wierzyli w Boga, ale na skutek trudnych warunków życiowych utracili wiarę. Swój ateizm najczęściej uzasadniali faktem, że Bóg pozostawił ich bez opieki, gdy znajdowali się w trudnej sytuacji życiowej. Ponadto mieli poczucie krzywdy, niesprawiedliwości, a także wyrażali pretensje do Boga, że nie pomógł im w najbardziej dramatycznych wydarzeniach, które pozbawiły ich domu, rodziny i najbliższych. Tradycyjna wiara w Boga przekazana w domu rodzinnym okazała się dla części bezdomnych zbyt słaba, by przetrwać próbę czasu, a zwłaszcza, by przeciwstawić się trudnym doświadczeniom życiowym [Głód, 2016, 104-108; Głód, 2008, 102-107].

Dla bezdomnych z województwa pomorskiego bardzo ważna (33,3%) i raczej ważna (42,0%) jest religia, ponieważ wpływa na ich życie. Dla dwóch trzecich respondentów Bóg jest źródłem siły w ich codziennym życiu (68,0%), a dla 56,4% bezdomnych życie bez Boga nie miałoby sensu. Równie bardzo ważna (35,5%) i raczej ważna (37,6%) dla badanych okazuje się modlitwa, gdyż 73,8% badanych modli się w trudnych i znaczących okresach swojego życia, a 52,1%

uważa, że wiara w Boga może okazać się pomocą w wyjściu z bezdomności [Dębski, [http](http://), 275-277].

Bezdomni są mniej religijni i słabiej związani z Kościołem katolickim, niż ogół Polaków. Wskaźniki ich autodeklaracji wiary i przynależności do Kościoła katolickiego są niższe od wskaźników ogółu Polaków. Osłabienie więzi z społecznością Kościoła sprawia, że osoby bezdomne czują się odrzucone i wykluczone przez społeczeństwo, w którym katolicy stanowią ok. 90 % ogółu ludności Polski. W przywracaniu bezdomnych do społeczeństwa istotną rolę spełnia wiara, która nie tylko pozwala przetrwać dramatyczne wydarzenia, ale daje motywację do przezwyciężania trudności i przeciwności życiowych.

### **Praktyki religijne osób bezdomnych**

W tradycji katolickiej istnieje korelacja między wiarą i praktykami religijnymi. Kościół wymaga od swoich wyznawców, aby przynajmniej raz w tygodniu, tj. w niedzielę, a także w nakazane święta uczestniczyli w mszach świętych. Praktyki religijne powinny być przejawem żywej, wewnętrznej religijności. Uczestnictwo w praktykach staje się wyrazem osobistego zaangażowania człowieka w sprawy wiary, gdyż w ten sposób sprawuje on kult i oddaje cześć Bogu, w którego wierzy. Ponadto udział w praktykach religijnych potwierdza więź jednostki z społecznością wyznawców i wskazuje na jej podporządkowanie wymogom instytucjonalnym wyznawanej religii. Nie zawsze jednak wykonywanie praktyk religijnych jest inspirowane pobudkami religijnymi. Część wiernych spełnia bowiem obowiązkowe praktyki kierując się przede wszystkim tradycją, normami społecznymi, presją środowiska a zwłaszcza rodziny, prestiżem społecznym. Dlatego też nie można oceniać całokształtu religijności jedynie na podstawie obowiązkowych praktyk religijnych,

Badania socjologiczne wskazują, że w XXI wieku zmniejsza się uczestnictwo systematyczne Polaków w praktykach religijnych. Nieznaczną tendencję spadkową obserwuje się od 2005 roku. W latach 2005-2014 odsetek

osób wierzących i regularnie praktykujących (przynajmniej raz w tygodniu) zmniejszył się z 58% do 50%. Przybyło natomiast osób wierzących i niepraktykujących regularnie (z 32% do 35%), niewierzących i praktykujących (z 1% do 2%) oraz niewierzących i niepraktykujących (z 3% do 6%) (Boguszewski, 2015:38-39).

W przypadku bezdomnych częstotliwość uczestnictwa w mszach jest bardzo zróżnicowana. W województwie dolnośląskim 55,9% badanych z różną częstotliwością bierze udział w mszach, w tym w codziennie 7,0% a w każdą niedzielę 20,0%. Pozostali deklarują, że przychodzą na msze raz w miesiącu (2,7%), rzadko (20,8%) i w wielkie święta (5,4%). Do kościoła nie chodzi 31,4% bezdomnych, natomiast 5,7% badanych odwiedza kościoły jedynie po to, aby się tam schronić lub żebrnąć [Głód, 2008:129-130]. W województwie pomorskim największy odsetek bezdomnych uczęszcza na msze kilka razy w roku (24,0%). Regularnie, co najmniej raz w tygodniu na msze chodzi 21,3%, natomiast w ogóle w mszach nie bierze udziału 12,1%. Pozostali bezdomni deklarują, że uczestniczą kilka razy w miesiącu (10,2%), raz w miesiącu (12,6%), raz w roku (12,3%), rzadziej niż raz w roku (7,5%) [Dębski, 261-262]

W województwie dolnośląskim bezdomni najczęściej odpowiadają, że niedziele są dla nich jak każdy zwykły dzień (33,0%). Trudy i problemy z przeżyciem każdego dnia sprawiają, iż bezdomni nie dostrzegają różnicy między przeżywaniem niedzieli a dniem poprzednim. Podobnie sytuacja wygląda ze świętami, gdyż bezdomni spędzają je jak powszedni dzień. Święta są dla nich smutne, gdyż najczęściej spędzają je w samotności z dala od rodziny (34,3%). Ze względu na swój wygląd i zaniedbanie bezdomni unikają większych zgromadzeń ludzi. Trudne warunki życia, brak więzi z rodziną, zerwanie z tradycją zacierają różnicę między dniami zwykłymi a świątecznymi. Tylko 21,1% bezdomnych spędza święta uroczysto w schroniskach lub przy parafiach. Dla niektórych niedziele i święta są dobrym dniem na żebranie [Głód, 2016, 242-249; Głód, 2008, 134-144].

Oprócz uczestnictwa w nabożeństwach bezdomni wykonują również inne praktyki religijne. W województwie pomorskim z sakramentu spowiedzi raz w roku korzysta 16,3% bezdomnych, a do komunii raz w roku przystępuje 12,1%. W ogóle nie spowiada się 28,3% badanych, a 27,1% wcale nie przyjmuje komunii. Połowa bezdomnych (50,1%) nigdy nie czyta Pisma św. Najbardziej regularną i najczęstszą praktyką religijną wśród bezdomnych jest modlitwa, którą 41,1% bezdomnych odmawia systematycznie (codziennie, kilka razy w tygodniu). Pozostali bezdomni (47,6%) modlą się mniej systematycznie. Ich odpowiedzi lokują się w przedziale od raz w tygodniu do rzadziej niż raz w roku. Ogółem modli się 88,7% bezdomnych, natomiast prawie co dziesiąty badany (11,4%) nigdy się nie modli. [Dębski, 261]. Wśród bezdomnych województwa dolnośląskiego modlitwa jest również najczęstszą praktyką religijną, której codzienne wykonywanie deklaruje 27,8% badanych. Pozostali modlą się często (8,4%), w zależności od potrzeby (14,3%) i rzadko (12,2%). Ogółem, z różną częstotliwością modli się 62,7% bezdomnych. W ogóle nie modli się 17,8% bezdomnych [Głód, 2008, 124].

Bezdomni wyrażają różne motywy swojej modlitwy. Najczęściej modlitwa wzmacnia ich nadzieję, że będą mogli żyć dalej. Bezdomni proszą o odmianę swojego życia oraz o poprawę własnego losu. W wielu przypadkach modlitwa jest spowodowana określoną sytuacją, zwłaszcza, gdy pojawiają się trudności i bezdomni potrzebują pomocy od Boga. Częstotliwość modlitwy z reguły zwiększa się podczas pobytu w schroniskach czy domach opieki. Bezdomni, którzy nie modlą się, tłumaczą swoje postępowanie w różny sposób. Jedni twierdzą, że nie potrafią się modlić, inni znów, że modlitwa nie jest potrzebna człowiekowi bezdomnemu, który walcząc o przetrwanie, musi zajmować się przede wszystkim sprawami egzystencjalnymi i często nie ma czasu dla Boga. Dla jeszcze innych modlitwa nie ma sensu, gdyż trudne warunki życia wywołały u nich niechęć do Boga i do praktyk religijnych [Głód, 2016, 199-212; Głód, 2008, 124-126].

Uczestnictwo osób bezdomnych w praktykach religijnych jest silnie zróżnicowane. Najczęściej praktykują oni modlitwę indywidualną, która jest dla

nich źródłem siły w pokonywaniu życiowych trudności i przeciwności. Znacznie rzadziej uczestniczą w zbiorowych obrzędach religijnych przez co wykluczają się z społeczności kościelnych. Udział we wspólnej modlitwie, a zwłaszcza przeświadczenie o przynależności do Kościoła pomagałyby im w podtrzymywaniu więzi ze społeczeństwem, a przyszłości mógłby ułatwić wychodzenie z bezdomności i powrót do społeczeństwa.

### **Moralny wymiar religijności bezdomnych**

Religijność pozostaje w związku z moralnością, a postawy i zachowania moralne powinny być niejako naturalną konsekwencją wyznawanej religii. Stąd też istotne znaczenie dla ustalenia oddziaływania wiary i religijności na moralność ma określenie zgodności bądź niezgodności postaw i zachowań moralnych z systemem etycznym wynikającym z wyznawanej religii.

W ostatnim ćwierćwieczu społeczeństwo polskie podlega istotnym i wielorakim przemianom moralnym, które są uwarunkowane procesami modernizacji i sekularyzacji oraz prywatyzacji religii. Oddziaływaniom tym ulegają również osoby bezdomne, stanowiące jedną z kategorii społeczeństwa polskiego. Dla 43,4% bezdomnych istnieją wyraźnie ustalone kryteria określające, co jest dobre, a co złe. Odpowiedź taką najczęściej wybierają osoby głęboko wierzące i wierzące. Przeciwną opinię wyraża 37,3% badanych, natomiast 14,9% nie ma na ten temat zdania. Prawie połowa bezdomnych (47,2%) wyraża gotowość do niesienia pomocy innym osobom, mimo, że nie ma z tego żadnych korzyści. Co trzeci badany (32,5%) chce innym pomagać, ale interesowanie, ponieważ oczekuje, że w przyszłości będzie mógł liczyć na pomoc z ich strony. Dla 13,4% bezdomnych najważniejsze jest poleganie tylko na sobie, a okazywanie pomocy innym nie ma sensu. Najbardziej antyspołecznie nastawieni są bezdomni obojętni i niewierzący, natomiast osoby głęboko wierzące i wierzące częściej niż pozostali badani są skłonne pomagać innym, nawet jeśli nie mają z tego korzyści [Dębski, [http, 267-268](http://267-268)].

W postawach moralnych bezdomnych z województwa pomorskiego obserwuje się wyraźne zróżnicowanie. Większość badanych potępia zażywanie narkotyków (67,2%), kradzież (61,8%), przyjmowanie łapówek (59,3%), donosicielstwo (59,1%), niewierność małżeńską (56,1%). Wśród bezdomnych istnieje jednak znaczne przyzwolenie na rozwodzenie się (45,2%), niedokładne wypełnianie swoich obowiązków (42,9%), nadużywanie alkoholu (33,6%), usunięcie ciąży (29,1%), stosowanie środków antykoncepcyjnych (25,3%), niewierność małżeńską (25,1%). Osobami, które najczęściej wskazują, że powyższe czyny zasługują na potępienie są osoby głęboko wierzące i wierzące, natomiast osobami najbardziej tolerancyjnymi są niewierzący i obojętni religijnie [Dębski, http, 270-271].

Akceptacja ogólnie przyjętych, uniwersalnych norm moralnych jest ważna w procesie funkcjonowania jednostek w życiu społecznym. Osoby kierujące się w swoim życiu zasadami i wartościami uznawanymi przez społeczność z reguły nie mają trudności z przynależnością do tej społeczności, gdyż z nią się utożsamiają i równocześnie są przez tę społeczność akceptowane. W przypadku osób bezdomnych jednym z powodów ich wykluczenia jest częste naruszanie przez nich zasad moralnych. Jeżeli więc postawy i zachowania bezdomnych będą stawały się coraz bardziej spójne z przyjętymi przez społeczeństwo normami i wartościami moralnymi, wówczas wzrośnie szansa na przywrócenie bezdomnych społeczeństwu.

### **Podsumowanie**

Wiara w Boga oraz indywidualnie pojmowana religijność spełniają istotną rolę w życiu osób bezdomnych. Zdecydowana większość bezdomnych uznaje siebie za osoby wierzące, identyfikujące się z Kościołem katolickim. Ich wiara jest oparta na tradycji i wyniesionych z domu rodzinnego zwyczajach oraz na własnych doświadczeniach i przemyśleniach. Bezdomni są przekonani, że wiara oraz modlitwa indywidualna wpływają pozytywnie na ich życie. Mogą bowiem liczyć na pomoc Boga, a prywatna modlitwa dodaje im sił do przewycięzania trudności życiowych.



Osoby bezdomne rzadziej, niż statystyczny Polak uczestniczą w grupowych praktykach religijnych, co wynika ze specyfiki ich codziennego życia. Religijność bezdomnych nie wywiera silnego wpływu na ich postawy i zachowania moralne, gdyż w życiu bezdomnych uwidacznia się relatywizm moralny, charakterystyczny dla większości Polaków.

### Bibliografia

Bątkiewicz-Brożek, J., ([http](http://pl.aleteia.org/2017/02/28/papiez-udzielil-wywiadu-bezdomnym/)), Papież udzielił wywiadu bezdomny:

<https://pl.aleteia.org/2017/02/28/papiez-udzielil-wywiadu-bezdomnym/>

Błażej E., Bartosz B., (1995), O doświadczeniu bezdomności, Warszawa,

Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Boguszewski R., (2015), Zmiany podstawowych wskaźników religijności Polaków po śmierci Jana Pawła II, w: Religijność i Kościół 10 lat po śmierci Jana Pawła II. Opinie i diagnozy nr 31, red. M. Grabowska, Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, s. 35-47.

Centrum Badania Opinii Społecznej, (1994), Religijność Polaków: 1984-1994.

Komunikat z badań, BS/108/95/94, Warszawa, CBOS.

Dębski M., ([http](http://www.researchgate.net/publication/262566806_Religijnosc_osob_bezdomnych_w_wojewodztwie_pomorskim)), Religijność osób bezdomnych w województwie pomorskim:

[https://www.researchgate.net/publication/262566806\\_Religijnosc\\_osob\\_bezdomnych\\_w\\_wojewodztwie\\_pomorskim](https://www.researchgate.net/publication/262566806_Religijnosc_osob_bezdomnych_w_wojewodztwie_pomorskim)

Dębski M., (2011), Przyczyny bezdomności. Typologie i kwestie sporne, w:

Problem bezdomności w Polsce. Wybrane aspekty - diagnoza Zespołu

Badawczego, Gdańsk, Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z

Bezdomności, s. 59-86.

Głód F., (2008), Bezdomni. Psychologiczno- pastoralna analiza życia osobowości i próby resocjalizacji, Wrocław, Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu.

Głód F., (2016), Teologia dla bezdomnych, Wrocław, Papieski wydział Teologiczny we Wrocławiu.

- Głód F., (2014), *Z ludźmi, dla Kościoła i Ojczyzny. Wspomnienia duszpasterskie 1972-2014*, wyd. 1, Wrocław.
- Główny Urząd Statystyczny, (2013a), *Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, Warszawa, Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Główny Urząd Statystyczny, (2013b), *Wyznania religijne. Stowarzyszenia narodowościowe i etniczne w Polsce 2009-2011*, Warszawa, Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Główny Urząd Statystyczny, (2014), *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2014*, Warszawa, Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Jan Paweł II, (1994), *Encyklika „Sollicitudo rei socialis”*, Wrocław.
- Pindral A., (2011), *Definicje i typologie bezdomności, w: Problem bezdomności w Polsce. Wybrane aspekty - diagnoza Zespołu Badawczego*, Gdańsk, Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, s. 39-55.
- Śledzianowski J., (1996), *Resocjalizacja bezdomnych przez Towarzystwo Pomocy im. Brata Alberta*, Kieleckie Studia Pedagogiczne i Psychologiczne, t. 11, s. 105-122.

## Supervízia v sociálnej práci na Slovensku<sup>10</sup>

Sociálna práca sa za posledných dvadsať rokov na Slovensku etablovala postupne ako akceptovaná odborná činnosť profesionálov – sociálnych pracovníkov, ale aj ako teoretická spoločensko-vedná disciplína. V študijnom odbore sociálna práca sa postupne vymedzili obsahové rámce na vedeckom základe, postupne sa upevňuje aj spoločenský status sociálneho pracovníka. Úspešné etablovanie sociálnej práce, ako profesionálnej odbornej činnosti podporilo aj prijatie niektorých významných právnych noriem, ktoré vymedzujú obsah jednotlivých činností a definujú požiadavky na zameranie odbornosti a úroveň vzdelania sociálnych pracovníkov. Nároky, ktoré sú kladené na sociálnych pracovníkov si postupne, ako súčasť skvalitňovania odbornej činnosti vyžiadali aj využitie supervízie v ich odbornej praxi. Vznikla tak postupne potreba legislatívne upraviť aj supervíziu, ako integrálnu súčasť skvalitňovania výkonu sociálnej práce.

Ak by sme mali sprostredkovať význam supervízie ako odbornej činnosti, potom je nevyhnutné oprieť sa o tvrdenie členov Európskej asociácie supervízie (EAS), ktorá definuje supervíziu ako: poradenskú metódu, prostredníctvom ktorej osoby, tímy, skupiny a organizácie hodnotia svoju profesionálnu aktivitu, prípadne úspešnosť, postup s ktorým pomocou supervízora pracujú na riešení problémov osoby, tímy, skupiny a organizácie, ktoré sú prítomné v profesijných postupoch a situáciách, model pre výukové procesy, teoretické chápanie, ktoré umožňuje zhodnotenie faktorov, súvisiacich s potvrdzovaním a uplatňovaním profesijnej komunikácie. Havrdová (1999) uvádza napríklad definíciu podľa Robinsonovej z

---

<sup>10</sup> Tento príspevok je jedným z výsledkov riešenie vedeckovýskumného projektu VEGA č. 1/0015/16 *Posudzovanie vplyvu supervízie, ako preventívneho faktora syndrómu vyhorenia u odborných zamestnancov subjektov sociálnych služieb.*

roku 1940, ktorá definuje supervíziu v oblasti (vtedy) sociálnej starostlivosti ako: vzdelávací proces, v ktorom osoba vybavená určitými vedomosťami a zručnosťami prijíma zodpovednosť za výcvik osoby, ktorá disponuje nižšou úrovňou vedomostí a zručností v oblasti sociálnej starostlivosti.

### **Implementácia supervízie na Slovensku**

Prvé náznaky formovania systematickej, profesionálne špecializovanej supervízie sa objavili v bývalom Československu až začiatkom 70. rokov, kedy sa začal kreovať systém výcvikov

v psychoterapii. Tie nadväzovali na odborné vzdelávanie psychoterapeutov. V pomáhajúcich profesiách bol človek finálne kvalifikovaný ukončeným vzdelaním, prípadne teoretickou skúškou atestačného charakteru. Pracovníci týchto profesií sa spolu nestretávali, systematicky sa nevenovali analýze odbornej práce s klientom či pacientom.

V 80. rokoch, tak ako popisuje tento vývoj Gabura (2006) nastal posun vo využívaní supervízie na Slovensku. S pomocou českých kolegov sa začalo rozvíjať hnutie bálintovskej supervízie. Do Československa sa bálintovský prístup dostal v 80. rokoch. Neskôr sa ukázal ako metóda, ktorá sa dá použiť pre oveľa širší záber pomáhajúcich profesií než len pre psychoterapeutov. Tento prístup sa využíval na Slovensku s veľkým úspechom a doposiaľ sa uplatňuje v práci lekárov, sudcov, sociálnych pracovníkov, učiteľov a pod.

Jeho účastníkmi boli vtedy lekári, psychológovia, liečební pedagógovia a iní odborníci pracujúci v pomáhajúcich profesiách. Ďalšou širokou oblasťou uplatnenia, kde našla supervízia úrodnú pôdu, bola oblasť predmanželského a manželského poradenstva. Predmanželské a manželské poradne začali vznikať od roku 1971 a postupne sa vytvorila ich sieť pokrývajúca celé územie Slovenska na úrovni okresných miest. Keďže neexistovala žiadna odborná príprava poradcov a ukončené akademické vzdelanie pre túto prax bolo nedostačujúce, začal sa budovať na vtedajšie pomery dobre fungujúci systém supervízie. Časť vzdelávacích

stretnutí bola orientovaná na konkrétnu prípadovú prácu účastníkov, ale postupne sa stále naliehavšie ukazovala potreba systematickej supervízie, ktorá by skvalitňovala poradenský proces, minimalizovala poškodenie klientov, bola prevenciou voči burn – out syndrómu a zvyšovala odborné kompetencie poradcov a profesionálny status poradenstva. Preto sa začiatkom 90. rokov pripravil a realizoval projekt výcviku prvej skupiny supervízorov. Odborne pripravení supervízori začali po ukončení odbornej prípravy budovať systém vnútornej supervízie pre svojich kolegov.

Supervízia začala postupne prenikať do netradičných komerčných oblastí. V niektorých podnikoch sa súčasťou operatívnych porád vedenia stalo aj skupinové riešenie problémov, ktoré mali vedúci pracovníci s podriadenými, so spolupracovníkmi alebo

s ľuďmi mimo podniku. Podobne sa rozvíjala supervízia v oblasti predaja rôznych produktov. Predávajúci sa spolu stretávali, analyzovali situácie, v ktorých sa im nepodarilo presvedčiť kupujúceho a hľadali primerané a efektívne formy práce so zákazníkom.

Pre sociálnu prácu a využitie supervízie v sociálnej práci bol kľúčový rok 1999, kedy na podnet nemecko-slovenskej pracovnej skupiny pre vzdelávanie sociálnych pracovníkov, Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR podporilo projekt odbornej prípravy prvých supervízorov v sociálnej práci. Vďaka vyškoleniu supervízorov a super – supervízorov (tí, ktorí podporujú začínajúcich supervízorov alebo budúcich supervízorov počas supervízneho výcviku) sa vytvorila na Slovensku profesionalizovaná supervízna sieť, ako účinná pomoc vo všetkých oblastiach sociálnych intervencií (Schavel, 1999).

Supervízia v sociálnej práci vychádzala zo spontánnej potreby zvýšiť kvalitu profesionálnej činnosti sociálnych pracovníkov a sociálnych subjektov. Hlavnými aktérmi v príprave projektu vzdelávania supervízorov v sociálnej práci boli nemecký lektor a kolega Martin Scherpner, za slovenskú stranu Ján Gabura a Milan Schavel,

ktorý projekt prípravy supervízorov koordinoval a manažoval. V rámci tohto projektu boli postavené základné piliere obsahového zamerania vzdelávacieho programu v supervízii. V súčasnosti prostredníctvom ďalšieho vzdelávania sociálnych pracovníkov pripravuje kvalifikovaných supervízorov občianske združenie Asociácia supervízorov a sociálnych poradcov (ďalej len „ASSP“), ktoré vzniklo v roku 2001, prípravný výbor tvorili už spomínaní iniciátori Ján Gabura a Milan Schavel. Ďalšie akreditované vzdelávanie v oblasti prípravy kvalifikovaných supervízorov poskytuje taktiež Inštitút ďalšieho vzdelávania sociálnych pracovníkov zriadený v roku 2008 pri Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave.

Legislatívna úprava supervízie je v súčasnosti upravená v sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kurately – zákonom č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kurately a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o SPO a SK“) a to v jednotlivých častiach zákona nasledovne:

- § 47 ods. 7 (vykonávanie opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately v zariadení - detský domov, detský domov pre maloletých bez sprievodu, krízové stredisko, resocializačné stredisko, iné zariadenie):

(7) „Za účelom zvyšovania profesionality práce v zariadení zariadenie vypracúva a uskutočňuje program supervízie. Súčasťou programu supervízie je aj spôsob zabezpečenia tohto programu“.

- § 73 ods. 1, písm. s (pôsobnosť orgánov sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately):

Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny „organizuje a zabezpečuje odbornú prípravu zamestnancov orgánov sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately v oblasti sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately a supervízie“.

- v § 93 ods. 8 (spoločné ustanovenia):

(8) „Program supervízie na účely sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately môžu vykonávať len fyzické osoby, ktoré skončili odbornú akreditovanú prípravu supervízora v oblasti sociálnej práce alebo poradenskej práce“.

Legislatívna úprava supervízie v sociálnych službách - 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 upravuje podmienky vykonávania supervíznej činnosti nasledovne:

- v § 9 ods. 10 (povinnosti poskytovateľa sociálnej služby):

(10) „Poskytovateľ sociálnej služby je povinný na účel zvýšenia odbornej úrovne a kvality poskytovať nej sociálnej služby vypracovať a uskutočňovať program supervízie. Toto ustanovenie sa nevzťahuje na sociálne služby uvedené v § 42 až 47, § 56 a § 58 až 60“.

- Poskytovateľ je povinný vypracovať a uskutočňovať program supervízie, ak poskytuje:

sociálne služby na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb v zariadeniach, ktorými sú:

- nocľaháreň,
- útulok,
- domov na pol ceste,
- nízkoprahové denné centrum,
- zariadenia núdzového bývania.
- sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, ktorými sú: poskytovanie sociálnej služby v zariadení

pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek:

- zariadenie podporovaného bývania ,
  - zariadenie pre seniorov,
  - zariadenie opatrovateľskej služby,
  - rehabilitačné stredisko,
  - domov sociálnych služieb,
  - špecializované zariadenie,
  - denný stacionár,
  - opatrovateľská služba.
- o c) sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií, ktorými sú:
- monitorovanie a signalizácia potreby pomoci,
  - krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií.
- o d) podporné služby, ktorými sú:
- odľahčovacia služba,
  - pomoc pri zabezpečení opatrovníckych práv a povinností,
  - poskytovanie sociálnej služby v integračnom centre.
- o Poskytovateľ nie je povinný vypracovať a uskutočňovať program supervízie ak poskytuje:
- prepravnú službu (§ 42),
  - sprievodcovskú službu a predčitateľskú službu (§ 43),
  - tlmočnícku službu (§ 44),
  - sprostredkovanie tlmočnickej služby (§ 45),
  - sprostredkovanie osobnej asistencie (§ 46),
  - požičiavanie pomôcok (§ 47),
  - sociálnu službu v dennom centre (§ 56),
  - sociálnu službu v jedálni (§ 58),



- sociálnu službu v práčovni (§ 59),
  - sociálnu službu v stredisku osobnej hygieny (§ 60).
- v § 84 ods. 8 (kvalifikačné predpoklady a ďalšie vzdelávanie): „Supervíziu vykonáva fyzická osoba, ktorá splnila podmienku podľa odseku 4 písm. b) /vysokoškolské vzdelanie získané štúdiom v bakalárskom študijnom programe alebo magisterskom študijnom programe zameranom na sociálnu prácu, sociálnu pedagogiku, špeciálnu pedagogiku, liečebnú pedagogiku, psychológiu, alebo uznaný doklad o takom vysokoškolskom vzdelaní vydaný zahraničnou vysokou školou/ a absolvovala odbornú akreditovanú prípravu supervízora v oblasti sociálnej práce alebo poradenskej práce“.

### **Štruktúra supervízorov v sociálnej práci na Slovensku**

Supervízor v sociálnej práci by mal disponovať vlastnosťami charakteristickými pre pracujúcich v pomáhajúcich profesiách ako altruizmus, ochota pomáhať, schopnosť medzikultúrnej práce, flexibilita v používaných metódach a intervenciách, otvorenosť novým poznatkom a prístupom, a pod.

Avšak dobrý supervízor musí byť dobrým učiteľom i dobrým poradcom v jednej osobe. Supervízor rešpektuje svojich supervidovaných ako osobnosti a vyvíjajúcich sa profesionálov, je citlivý k individuálnym rozdielom (rasa, etnicita, pohlavie...) supervidovaných. Svoju autoritu a evaluačné kompetencie vníma ako prirodzené súčasť role supervízora. Dobrý supervízor sa teší, že môže byť pri profesijnom raste pracovníka. Má zmysel pre humor, ktorý obom – supervízorovi i supervidovanému pomáha preklenúť ťažké úseky ich spoločnej práce a dosiahnuť správnu perspektívu vzájomnej spolupráce.

Medzi profesionálne zručnosti supervízora patrí rozsiahly výcvik a bohaté skúsenosti v práci s klientom, ktoré mu pomohli získať širšiu perspektívu v odbore. Správny supervízor vie využiť širokú škálu supervíznych intervencií, z ktorých vie správne vybrať na základe určených potrieb supervidovaného učiť sa, štýlu učenia

a osobných charakteristík. Supervízor sa naďalej rozvíja pomocou kontinuálneho vzdelávania, sebahodnotenia, spätnej väzby od supervidovaných, klientov, iných supervízorov a kolegov.

Dobrý supervízor má vlastnosti dobrého učiteľa – vie správne aplikovať učebné teórie, oceňuje snahy supervidovaného učiť sa, ale i vlastnosti dobrého poradcu – objektívne zhodnocuje problémové situácie, poskytuje alternatívne pohľady a koncepcie problémových situácií, usmerňuje hľadanie riešení a pod.

Práve tieto skutočnosti nás podnietili vykonať prvú sondu medzi supervízormi v sociálnej práci na Slovensku zameranú na širokospektrálnu analýzu ich štruktúry a podnecujúcu k ďalším výskumným aktivitám.

### **Ciele výskumu**

Cieľom kvantitatívneho výskumu bolo zachytiť spätnú väzbu od supervízorov, ktorí pôsobia v oblasti sociálnej práce na Slovensku. Zistiť, aká je ich rodová, veková, vzdelanostná a odborná štruktúra, ako aj diagnostikovať oblasti a sektory ich profesionálneho pôsobenia.

### **Metodika výskumu**

Na zber empirických údajov sme využili dotazník vlastnej proveniencie. Pri tvorbe dotazníka sme vychádzali z predvýskumných aktivít a konzultácií z renomovanými odborníkmi v predmetnej problematike. Zber empirických dát v rámci reprezentatívneho výskumu bol zabezpečený elektronickým nástrojom ProSurvey.

Na štatistické testovanie sme použili test dobrej zhody  $\chi^2$ . Ak bola hladina významnosti – p hodnota (Sig.) použitých testov menšia ako 0,05, prijímame na základe našich údajov alternatívnu hypotézu. Na veľkosť odchýlky medzi skutočnými a očakávanými početnosťami, ako aj na jej smer poukazuje z-skóre (kritérium z). Za signifikantný rozdiel sme to považovali vtedy, ak hodnota kritéria z bola väčšia ako 1,96, alebo bola menšia ako -1,96.

## Výsledky výskumu

Na našom výskume sa celkovo zúčastnilo **141 supervízorov** pôsobiacich v oblasti sociálnej práce a majúcich príslušný typ vzdelania a praxe oprávňujúcich ich na výkon tejto činnosti. Z nami identifikovaného základného súboru sa výskumu zúčastnila **40,86 % vzorka**. Tento podiel považujeme za reprezentatívny – ponúkajúci efektívnu sondu do nami analyzovaných fenoménov a zabezpečujúci dostatočnú spätnú väzbu.

Ako prvý sledovaný demografický údaj sme vymedzili rodovú štruktúru. V tomto prípade sme ponechali aj priestor na to, aby sa nemuselo odpovedať na otázku o pohlaví. Využitý bol v 9 prípadoch (6,38 %).

### *Štruktúra supervízorov v sociálnej práci na Slovensku podľa pohlavia – výberový súbor*

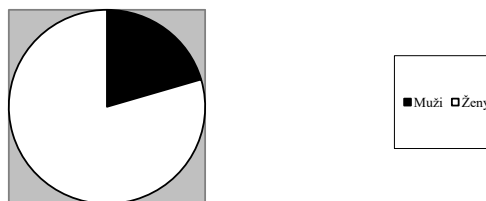
<i><b>Muži</b></i>	<i><b>Ženy</b></i>	<i><b>Bez odpovede</b></i>
<b>19,15 %</b>	<b>74,47 %</b>	<b>6,38 %</b>
<i><math>z = -3,57</math></i>	<i><math>z = 10,36</math></i>	<i><math>z = -6,78</math></i>

$$n = 141; p < 0,01; \chi^2 = 110,8$$

Zdroj: vlastný výskum, 2013.

Výsledky poukazujú na štatisticky významné zastúpenie žien v profesii supervízorky v sociálnej práci. V našom výskume sme ich identifikovali v 105 (74,47 %) prípadoch, pričom mužov sme identifikovali v 27 (19,15 %) prípadoch. Na porovnanie so základným súborom graficky zobrazíme rodové rozloženie supervízorov vo výberovom súbore bez respondentov, ktorí na túto otázku neodpovedali.

*Grafické zobrazenie štruktúry supervízorov v sociálnej práci na Slovensku podľa pohlavia – výberový súbor*



$$n = 132; p < 0,01; \chi^2 = 46,08$$

Zdroj: vlastný výskum, 2013.

Zo 132 supervízorov, ktorí poskytli informáciu o svojom pohlaví, bolo 79,54 % (105) žien a 20,45 % (27) mužov.

Pri analýze výberového súboru nás taktiež zaujímalo to, v akom samosprávnom kraji supervízori pôsobia. Na základe predvýskumných aktivít sme sa na tomto mieste rozhodli ponechať možnosť viacerých odpovedí. Jeden supervízor totiž môže za svoju spádovú zónu považovať územie viacerých samosprávnych krajov. *N* v tomto prípade neoznačuje počet respondentov, ale počet ich volieb.

Pri pohľade na výsledok testového kritéria  $\chi^2$  môžeme konštatovať homogénne rozloženie spádových oblastí supervízorov v sociálnej práci na Slovensku. Kritérium z významne poukázalo na veľkosť odchýlky medzi skutočnými a očakávanými početnosťami v Banskobystrickom, Košickom, Prešovskom a Trenčianskom kraji. Tieto rozdiely sú samozrejme dôsledkom rôznych geografických charakteristík, ktoré sa v kontexte supervízornej činnosti okrem iného odzrkadľujú aj na potrebe jej výkonu v týchto územných celkoch.

*Geografické rozloženie spádových oblastí supervízorov v sociálnej práci  
na Slovensku podľa samosprávnych krajov – výberový súbor*

<b>Banskobystrický kraj</b>	<b>18,44 %</b>
	<i>Z = 2,32</i>
<b>Bratislavský kraj</b>	<b>15,60 %</b>
	<i>Z = 1,21</i>
<b>Košický kraj</b>	<b>19,86 %</b>
	<i>Z = 2,88</i>
<b>Nitriansky kraj</b>	<b>13,48 %</b>
	<i>Z = 0,38</i>
<b>Prešovský kraj</b>	<b>17,73 %</b>
	<i>Z = 2,04</i>
<b>Trenčiansky kraj</b>	<b>7,09 %</b>
	<i>Z = - 2,11</i>
<b>Trnavský kraj</b>	<b>10,64 %</b>
	<i>Z = - 0,72</i>
<b>Žilinský kraj</b>	<b>15,60 %</b>
	<i>Z = 1,04</i>

$$n = 167; p > 0,05; \chi^2 = 12,09$$

Zdroj: vlastný výskum, 2013.

Ďalším demografickým znakom, ktorý sme sledovali, bola veková štruktúra supervízorov. Respondentom sme ponúkli možnosť zaradiť sa do vekového intervalu diferencovaného po 10 rokoch.

Z hľadiska vekového rozloženia nie sú supervízori v sociálnej práci na Slovensku homogénna skupina. Tento stav je pochopiteľný, akceptovateľný a dokonca aj žiadúci. Pri pohľade na výsledky vidíme signifikantnú dominanciu vo

vekových intervaloch 31 až 40 rokov a 41 až 50 rokov. Ide teda o profesionálov, ktorí sú na vrchole svojich pracovných síl, o odborníkov, u ktorých môžeme predpokladať dostatočné pracovné skúsenosti pre to, aby ponúkli profesionálny pohľad nezainteresovanej tretej strany a dovedli k zefektívneniu výkonu sociálnej práce.

*Veková štruktúra supervízorov v sociálnej práci na Slovensku –  
výberový súbor*

<b>20-30</b>	<b>31-40</b>	<b>41-50</b>	<b>51-60</b>	<b>61 a viac</b>
<b>5,67 %</b>	<b>41,13 %</b>	<b>35,46 %</b>	<b>15,60 %</b>	<b>2,13 %</b>
<i>z = - 4,25</i>	<i>z = 6,27</i>	<i>z = 4,58</i>	<i>z = - 1,30</i>	<i>z = - 5,30</i>

*n = 141; p < 0,01;  $\chi^2 = 86,67$*

*Zdroj: vlastný výskum, 2013.*

Dôležitou podmienkou výkonu supervíznej činnosti je vzdelanie. V súčasnosti je podmieňujúce byť absolventom minimálne 2. stupňa vysokoškolského štúdia v študijnom odbore sociálna práca alebo v príbuznom študijnom odbore. Práve adjektívum príbuzný je častokrát zdrojom mnohých rozpakov. Explicitne ho definuje zákon č. 448/2008 Z. z., čo sme uvideli pri opise základného súboru. Ide však iba o výkon supervízie v sociálnych službách. Navyše zákon nerieši ďalšie formy vzdelania, ako je doktorandské štúdium, rigorózne pokračovanie v študijnom odbore, vysokoškolské rozširujúce štúdium v príbuznom študijnom odbore a iné, ktoré častokrát prekonávajú rámec vzdelania 2. stupňa.

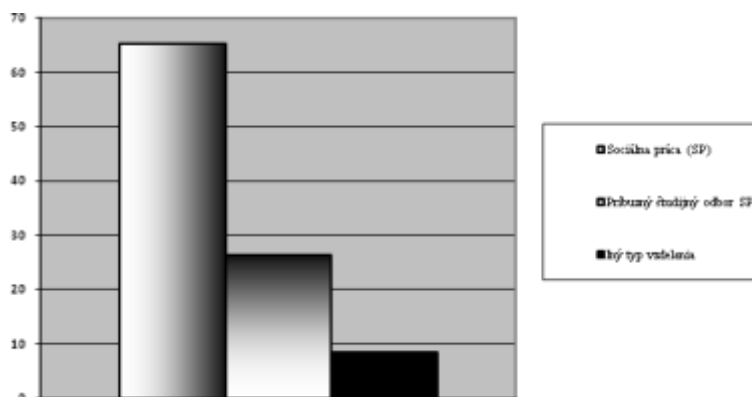
Inú polemiku vyvoláva schopnosť sociálnej práce (a teda aj supervízie v sociálnej práci) zachovať čistotu vlastnej vedeckej a odbornej profilácie. Taktiež je na mieste otázka, či je takáto čistota žiadúca a potrebná v súčasnom holistickom chápaní vedy.

Z uvedených dôvodov sme sa rozhodli zamerať svoju pozornosť aj na túto oblasť. Vzdelanostný profil sme zaznamenávali pomocou troch kategórií:

- 1) sociálnu prácu,
- 2) príbuzný študijný odbor sociálnej práce<sup>11</sup> a
- 3) iný typ vzdelania<sup>12</sup>.

Zo 141 supervízorov malo sociálnu prácu vyštudovaných 92 (65,25 %), príbuzný študijný odbor 37 (26,24 %) a iný typ vzdelania 12 (8,51 %) supervízorov.

*Vzdelanostný profil supervízorov v sociálnej práci na Slovensku –  
výberový súbor*



$n = 141; p < 0,01; \chi^2 = 71,26$

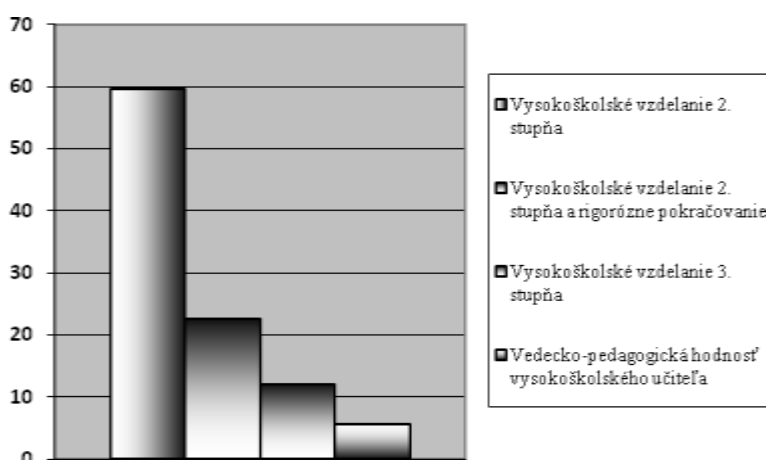
Zdroj: vlastný výskum, 2013.

<sup>11</sup> Podľa zákona č. 448/2008 Z. z., § 84, ods. 8, ide v kontexte oprávnenia vykonávať supervíziu v sociálnych službách o sociálnu pedagogiku, špeciálnu pedagogiku, liečebnú pedagogiku a psychológiu.

<sup>12</sup> Prevažne zdravotnícke, teologické, právne a ekonomické odbory.

Vzdelanostný profil supervízorov sme sledovali aj z pozície najvyššie dosiahnutého akademického alebo vedeckého titulu. Je totiž známym faktom tá skutočnosť, že supervízormi sa často stávajú profesionáli, ktorí celoživotne pracujú na zvyšovaní svojich profesionálnych kompetencií. Táto skutočnosť sa nám potvrdila.

*Vzdelanostný profil supervízorov v sociálnej práci na Slovensku podľa dosiahnutého akademického titulu – výberový súbor*



$$n = 141; p < 0,01; \chi^2 = 98,21$$

Zdroj: vlastný výskum, 2013.

Viac ako 40 % supervízorov účastných na našom výskume malo titul presahujúci rámec 2. stupňového vysokoškolského vzdelania.

Supervízori mali v našom výskume 2. stupňové vysokoškolské vzdelanie zastúpené v pomere 59,57 % (84), 2. stupňové vysokoškolské vzdelanie a rigorózne pokračovanie v pomere 22,70 %, (32), 3-stupňové vysokoškolské vzdelanie v pomere 12,06 % (17) a vedecko-pedagogickú hodnosť vysokoškolského učiteľa v pomere 5,67 % (8).

Ako sme už naznačili vyššie, mimoriadne dôležitým predpokladom výkonu supervízie v sociálnej práci je vlastná profesijná prax supervízora. Preto sa aj táto



oblasť stala predmetom nášho záujmu. S potešením môžeme konštatovať, že súčasní supervízori disponujú dostatočnými skúsenosťami pre výkon svojho povolania. Len 7,8 % (11) supervízorov z analyzovanej vzorky má profesijnú prax v sociálnej práci menšiu ako 6 rokov a viac ako 58,8 % (83) ju má v rozsahu 11 a viac rokov. Všeobecne akceptovateľnú hranicu profesijnej praxe v rozsahu 6 až 10 rokov napĺňa štatisticky významná časť supervízorov, a to 33,3 % (47).

*Rozsah profesijnej praxe supervízorov v sociálnej práci na Slovensku  
v oblastiach sociálnej práce – výberový súbor*

0 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	26 - 30	30 a viac
7,80 %	33,33 %	21,99 %	17,73 %	12,06 %	2,13 %	4,96 %
$z = -2,19$	$z = 6,46$	$z = 2,61$	$z = 1,17$	$z = -0,75$	$z = -4,12$	$z = -3,16$

$$n = 141; p < 0,01; \chi^2 = 70,61$$

Zdroj: vlastný výskum, 2013.

Z hľadiska analýzy profesijnej praxe supervízorov v sociálnej práci sme sa neuspokojili s čistým konštatovaním o jej dĺžke. Zaujímali nás aj oblasti, v ktorých ako profesionáli najčastejšie pôsobia. V tomto kontexte jednoznačne dominuje oblasť sociálnych služieb. Až 47,52 % (67) supervízorov z nášho výberového súboru sa identifikovalo práve v tomto kontexte. Rovnako zaujímavým zistením je pomerne nízka miera odborníkov, ktorí sú aktívni v oblastiach manažmentu a riadenia sociálnych subjektov v pomerovom zastúpení 2,84 % (4).

*Oblasti profesijnej praxe supervízorov v sociálnej práci na Slovensku – výberový súbor*

<b>Vzdelávanie a výskum</b>	<b>9,92 %</b>	$z = -2,14$
<b>Sociálnoprávna ochrana</b>	<b>20,57 %</b>	$z = 1,24$
<b>Sociálne služby</b>	<b>47,52 %</b>	$z = 9,83$

<i>Terénna a komunitná sociálna práca</i>	<b>9,22 %</b>	$Z = - 2,37$
<i>Manažment a riadenie sociálnych subjektov</i>	<b>2,84 %</b>	$Z = - 4,40$
<i>Iné<sup>13</sup></i>	<b>9,92 %</b>	$Z = - 2,14$

$n = 141; p < 0,01; \chi^2 = 110,35$

Zdroj: vlastný výskum, 2013.

Posledný sledovaný údaj v kontexte charakteristiky supervízorov v sociálnej práci na Slovensku sa taktiež týkal ich profesijnej orientácie. Zaujímalo nás, v akom pomere sa identifikujú do sektorového rozloženia.

*Sektorové rozloženie supervízorov v sociálnej práci na Slovensku – výberový súbor*



$n = 141; p < 0,01; \chi^2 = 68,08$

Zdroj: vlastný výskum, 2013.

V I. sektore, ktorý je charakterizovaný ako štátny a verejný, pracuje 61,70 % (87) supervízorov z našej vzorky. Tento sektor je tvorený subjektmi, ktoré sú napojené na štátny rozpočet, t. j. ide o rozpočtové a príspevkové organizácie. V II.

<sup>13</sup> Išlo o tieto oblasti: kompenzácie osôb s ťažkým zdravotným postihnutím, projektovanie v sociálnej práci, psychoterapia, resocializácia, práca so seniorom, práca s rodinou v kríze a poradenstvo.

sektore pracuje 4,96 % (7) supervízorov z našej vzorky. Ide o jednotlivcov alebo o organizácie zriadené za účelom produkcie zisku. Nazýva sa aj súkromný, privátny, ziskový alebo aj podnikateľský sektor. III. sektor je tvorený organizáciami, ktoré nie sú zaradené do I. a II. sektora. Je to mimovládny sektor, neštátny, neziskový. Je finančne a organizačne nezávislý od štátu. V našom výskume sa do III. sektora zaradilo 33,33 % (47) respondentov.

Štruktúra respondentov poukázala, že typickým supervízorom, resp. supervízorkou je žena vo veku 31 až 40 rokov, s 2. stupňovým vysokoškolským vzdelaním v odbore sociálna práca, v ktorom pôsobí 6 až 10 rokov. Zameriava sa na sociálne služby, pôsobí v 1. sektore a supervízii sa venuje o až 2 roky. Samozrejme, že toto zjednodušené zovšeobecnenie je vykonané iba na základe modusu zaznamenaného v jednotlivých odpovediach.

Výsledky skúmania širokospektrálnej analýzy štruktúry supervízorov v sociálnej práci na Slovensku ďalej poukázali na vysokú mieru feminizácie tejto činnosti. Miera zastúpenia žien siaha takmer k 80 %. Potešujúce je, že viac ako 40 % supervízorov účastných na našom výskume malo titul presahujúci rámec 2. stupňového vysokoškolského vzdelania a viac ako 58 % má profesijnú prax v rozsahu 11 a viac rokov. Supervízori v sociálnej práci na Slovensku sú teda kvalifikovanou a profesijne zdatnou skupinou odborníkov.

#### **Zoznam bibliografických odkazov:**

- GABURA, J. 2006. Sociálne poradenstvo. Bratislava : OZ Sociálna práca. 2006.
- HAVRDOVÁ, Z. – HAJNÝ, M. et al. 2008. Praktická supervize: Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize. 1. vyd. Praha : Galén, 2008. 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
- HAVRDOVÁ, Z. 1999. Kompetence v praxi sociální práce. Praha : OSMIUM, 1999. 167 s. ISBN 80-902081-8-5.

- SCHAVEL, M. 1999. Aktuálny stav a možnosti rozvoja sociálneho poradenstva na KÚ a OÚ – odboroch sociálnych vecí. In: Príručka sociálneho pracovníka. Dolný Kubín, 1999, s. 5 – 16.
- SCHAVEL, M. 1999. Perspektívy v príprave a ďalšom vzdelávaní zamestnancov sociálnej sféry. In: Práca a sociálna politika. roč. VII, č.4, s. 8 – 10.
- SCHAVEL, M. 1999. Príprava supervízorov v sociálnej oblasti. In: Empatia . roč. VI., č. 22, s. 54-56.

## INTERVENCIA SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA PRI ZABEZPEČOVANÍ KVALITY ŽIVOTA OSÔB V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI<sup>14</sup>

Paliatívna starostlivosť vychádza z holistických koncepcií, pretože sa usiluje o poskytnutie kvalitnej starostlivosti človeku, ktorý trpí nevyliciteľnou chorobou v pokročilom alebo terminálnom štádiu. Paliatívna starostlivosť kladie dôraz na úctu k životu a k človeku, zaoberá sa suportívnymi prvkami funkčnosti psychických, fyzických, sociálnych a spirituálnych procesov chorej osoby.

Vorlíček a kol. (2004, s. 521) popisuje paliatívnu starostlivosť ako „právo pacienta, ktorý ju potrebuje alebo si ju nárokuje, a je povinnosťou každého ošetrojúceho lekára poskytnúť mu ju v celej nožnej šírke.“ Obdobne v tomto kontexte reagujú autori Slováček a Slováčková (2012, s. 13), opierajúci sa o vyjadrenie WHO. Tí píšu, že paliatívna starostlivosť je „stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, nielen absencia choroby či postihnutia.“

Pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti chorým osobám sa nezameriavame iba na optimálnu úľavu od bolesti, ale súhrnne posilňujeme kvalitu života terminálne chorého, ktorá sa vzťahuje na komplexnú, individuálnu a kontinuálnu starostlivosť fyzickej, psychickej, sociálnej a spirituálnej entity jedinca. Nastavenie optimálnej kvality života napríklad pre pacienta s rakovinou a chronickým degeneratívnym ochorením v pokročilom štádiu, predstavuje v istom slova zmysle výzvu a prípravu adaptačného plánu dôstojného a plnohodnotného prežitia s týmto „handicapom“.

Všeobecne povedané, osobu, ktorá trpí nevyliciteľnou chorobou, je potrebné iniciatívne podporovať v systematickom vykonávaní aktivít, ktoré realizovala pred

---

<sup>14</sup> Táto štúdia je parciálnym výsledkom riešenia grantovej úlohy č. 2/2017 VGA „Sociálno-spirituálne potreby v paliatívnej starostlivosti“ v rámci Vedeckej grantovej agentúry Pravoslávnej cirkvi na Slovensku.

diagnostikovaním choroby,<sup>15</sup> povzbudzovať v objavovaní nových hodnôt života a nájsť stabilný bod – (človeka alebo vieru), o ktorý sa môže oprieť v ťažkých chvíľach svojho života.

Koncept kvality života každý človek percipuje heterogénnym spôsobom. Z rovnakého dôvodu považujeme za dôležité, aby sa s každou osobou zaobchádzalo individuálne po fyzickej a psychickej stránke s cieľom zlepšenia jeho kvality života (Turiziani et al., 2013), ktorú už skôr popisovali slávni učitelia. Aristoteles a Platón kvalitu života percipovali ako pocit šťastia. Pre Aristotela, šťastie znamenalo žiť a uspieť. Avšak, ľudia disponujú tendenciou oceniť to, čo vo svojom živote stratia. Aristoteles bol z prvých mysliteľov, ktorý v súvislosti s kvalitou života poukázal na rozdiel medzi životnými skúsenosťami človeka a ich očakávaniami (Plato 1972; Aristoteles 1925. In: Castañeda de la Lanza et al., 2015).

V iných odborných publikáciách v danej oblasti pozorujeme, že kvalita života sa vzťahuje na mieru spokojnosti, ktorú ľudia zažívajú a oceňujú vo svojom živote, konkrétne v osobitných aspektoch života, fyzickom a psychickom zdraví (Beauchamp and Childress 2012).

Ak chceme hovoriť o kvalite života v paliatívnej starostlivosti, mali by sme svoj postoj smerovať k celkovej aktívnej starostlivosti o pacienta, ktorý nereaguje na kuratívnu liečbu, no taktiež nesmieme pri tom zabúdať na akcentáciu hraníc ľudskej dôstojnosti. Zabezpečenie kvality života terminálne chorého si vyžaduje oveľa viac než len sociálnu solidaritu. Kvalita života závisí nielen od slobodnej voľby pacienta, ale aj od posilnenia vnímanej podpory. Flórez Lozano (2001) pod pojmom „vnímaná podpora“ myslí vnímanie podpory, ktorú poskytujú blízke osoby (rodina, priatelia, známi) a multidisciplinárny tím. Napokon, ak chorá osoba percipuje nízku „sociálnu pomoc“, môžu sa u nej objaviť známky nespokojnosti, emocionálne ťažkosti, poruchy správania, suicidálne myšlienky a v tom horšom prípade, aktívna požiadavka eutanázie.

---

<sup>15</sup> Samozrejme, ak mu to choroba dovoľuje.

Osoba, ktorá tvárou v tvár čelí ochoreniu je slabá a zraniteľná. Udržať si ľudskú dôstojnosť až do posledného dňa je niekedy príliš obťažné. Obzvlášť, ak dochádza k ireverzibilnému zhoršovaniu zdravotného stavu v konzekvencii zlyhávania základných životných funkcií.

Z toho dôvodu považujeme prácu multidisciplinárneho tímu pri zabezpečovaní podpory pacienta a zlepšenia kvality jeho života v paliatívnej starostlivosti za vítanú a zmyslupnú.

V súvislosti s multidisciplinárnym tímom v paliatívnej starostlivosti sa spája aj pojem „virtuálny tím,“ ktorý Spruyt (2011) vníma ako tím zabezpečujúci potreby pacienta v paliatívnej starostlivosti. Zvyčajne virtuálny tím je zložený z lekára, zdravotných sestier, sociálneho pracovníka, kňaza a iných špecialistov, s ktorými má pacient dlhodobý vzťah. Komunikácia je kľúčom na zabezpečenie schopnosti fungovania virtuálneho tímu v starostlivosti o chorú osobu.

Na konci života pacientom, ktorí využívajú služby paliatívnej starostlivosti je poskytnutý kompletný servis kontinuitnej starostlivosti (Goodlin and Rich 2015). Hlavným cieľom „komfortnej“ starostlivosti multidisciplinárneho tímu je uľahčiť najvyšší stupeň nezávislosti, dôstojnosti a zabezpečiť pohodlie do konca života. Zabezpečenie kompletnej starostlivosti nevyliciteľne chorému človeku znamená podľa Goodlin a Richa (2015) eliminovať mieru úzkosti a depresie a dosiahnuť lepšie výsledky celkového zdravotného stavu, fyzických, sociálnych, kognitívnych a emocionálnych funkcií.

Sociálni pracovníci sa mnohokrát podieľajú na príprave rodinných príslušníkov pre komplexnú rozhodovaciu zodpovednosť. Tento proces si často vyžaduje, aby sociálni pracovníci venovali pozornosť pocitom úzkosti u rodinných príslušníkov. Sociálni pracovníci tiež riešia komunikačné problémy, ktoré sú dôsledne pomenované členmi rodiny ako ich najdôležitejšie obavy. Sociálni pracovníci preto môžu zohrávať dôležitú úlohu pri dôležitých rodinných rozhodnutiach ako aj ďalších aspektov paliatívnej starostlivosti a starostlivosti na konci života (Rosenfeld

et al., 1999; Monroe 2004; Delva et al., 2002; Altilio 2008; Levy and McBride 2006; Rudolph 2000; Bushfield 2007. In: McCormick et al., 2010).

Intervencia sociálneho pracovníka pri zabezpečení kvality života nevyliciteľne chorej osoby znamená prinavrátiť „stratenú“ ľudskú dôstojnosť, pomôcť prežiť čo najaktívnejší život vzhľadom na prežívané utrpenie<sup>16</sup>.

Sociálny pracovník v paliatívnej starostlivosti napomáha klientovi byť aktívnym účastníkom v jeho vlastnej starostlivosti, klásť otázky, prijímať rozhodnutia a vykonávať rozhodnutia potrebné pre zmenu života. Poskytnutá pomoc môže zahŕňať odborné poradenstvo, podporu v rôznych oblastiach, ako je prispôsobenie sa chorobe: zmeny životného štýlu, udržiavanie vzťahov s rodinou a priateľmi, riadenie pocitov úzkosti, depresia, osamelosť, reakcie na stratu, stanovenie cieľov a dobré životné podmienky (*Department of Health and Human Services Palliative care*. [online]. [cit. 2017-06-12]. Dostupné z: <http://www.dhhs.tas.gov.au>).

Okrem fyzických problémov sa terminálne chorý pacient podrobuje psychosociálnym problémom v individuálnom, rodinnom a inom spoločenskom fungovaní. Taktiež môže potrebovať podporu praktických aspektov starostlivosti, ako sú financie, bývanie, potreby každodenného života alebo potreba duchovnej starostlivosti. Ako vyškolený odborník sociálny pracovník sa pokúša nájsť vhodné riešenie, eliminovať obavy všetkých zúčastnených strán. Na každom stretnutí v rámci interdisciplinárneho tímu by mali sociálni pracovníci zastupovať prania jednotlivca a rodiny (Ragesh et al., 2017).

Podľa Novellasa (2000. In: de la Torre Quesada 2017) pre dosiahnutie lepšej starostlivosti o nevyliciteľne choré osoby, sociálna intervencia<sup>17</sup> by mala smerovať k nasledujúcim cieľom:

---

<sup>16</sup> Umierajúci pacienti často prejavia spirituálnu a existenciálnu tieseň. Bruce a kol. (2011. In: Tornøe et al., 2015) opisuje existenčné utrpenie ako stav, kedy môže morbidne utrpenie zahŕňať obavy týkajúce sa beznádeje, márnosti, bezvýznamnosti, sklamanie, ľútosť, úzkosti a narušenie osobnej identity.



- Poskytnúť pomoc klientom a ich rodinám ako sa preniesť cez utrpenie spájané s chorobou.
- Poskytnúť informačné a poradenské služby, aby sa dosiahlo možné riešenie problému.

Cieľom sociálneho pracovníka v oblasti paliatívnej starostlivosti je podporovať blaho a dôstojnosť človeka, autonómiu klienta a jeho rodiny, poznať rozmery sociálneho zdravia, osobnú a rodinnú situáciu, stanovenie priorít potrebné na zváženie stratégie intervencie, dosiahnutie čo najvyššej kvality života pre klienta, rodiny a reagovať na biologické, psychologické, sociálne a spirituálne potreby klienta, zabrániť obavám a úzkosti klienta a rodiny prostredníctvom poskytovania informácií a správnu komunikáciou. K dosiahnutiu spomínaných cieľov používame teórie, funkcie, modely a nástroje sociálnej práce (Yerpes and Tejón 2011).

Zabezpečenie kvality života chorého v paliatívnej starostlivosti pre sociálneho pracovníka zosobňuje výzvu a vyžaduje promptný proces reakcie v zostavení terapeutického plánu. Sociálny pracovník osobitú pozornosť upriamuje na možnosť zachovania pacientovho vlastného sebaurčenia, zachovania jeho dôstojnosti a proaktívne zvládanie procesu umierania.

Participácia sociálneho pracovníka pri zabezpečovaní kvality života nevyliciteľne chorej osoby v paliatívnej starostlivosti zároveň podľa Silvestra et al. (2016) ponúka podporný systém v poskytovaní dobrej starostlivosti na konci životného cyklu. Starostlivosť vedie k lepšej kvalite života, zachovaniu dôstojnosti pacienta, „lepšej“ smrti z pohľadu pacienta a jeho rodiny, k menšej psychologickej záťaži pre pacienta, rodinu, opatrovateľov a zdravotníkov, k zníženiu nákladov

---

<sup>17</sup> Na inom mieste spomenutý autor uvádza, že sociálna intervencia sociálneho pracovníka by mala pri práci s chorým pacientom a jeho rodinou zahŕňať nasledujúce ciele: Pomôcť k zmierneniu utrpenia cez spoluúčasť na klientovej chorobe. Zaisťiť dobrú úroveň komunikácie medzi zainteresovanými členmi, ktorí participujú na zjednotení kritérií pre optimalizáciu cieľov. Podieľať sa na rozmanitosti požiadaviek, ktoré vzniknú v každej situácii a oblasti podpory. Zamerať sa na vyriešenie praktických problémov a komplikácií, ktoré môžu nastať v priebehu poskytovania informácií alebo poradenstva

spojených s nežiaducim, nevhodným a neefektívnym zaobchádzaním a k zvýšeniu angažovanosti zdravotníckeho personálu.

Sociálni pracovníci pomáhajú pacientom opísať bolesť, aby mohli lepšie komunikovať s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, informujú pacientov o ich právach, poskytujú informácie o komplementárnych terapiách, ako sú rôzne relaxačné, dychové a meditačné terapie, masážne terapie a akupunktúra. Sociálni pracovníci môžu ponúknuť intervenciu pre pacientov v paliatívnej starostlivosti v podobe riešenia problémov, relaxáciu, kognitívne riešenia, hypnózu, terapeutické využitie denníkov bolesti, stimuláciu, rozptýlenie a vizualizáciu (Walsh 2003).

Sociálni pracovníci sú v tomto smere považovaní za manažérov sledujúci a reagujúci na kvalitu poskytovaných služieb chorému pacientovi. Napriek tomu, že choroba kladie pacientovi „polená pod nohy“, sociálny pracovník sa snaží o znovuzačlenenie pacienta do bežného spôsobu života, znovuzískanie sociálnej roly a prevzatie zodpovednosti za svoje správanie a vyhlásenia, ktoré učiní v spojitosti s ochorením<sup>18</sup>. Okrem iného reaguje na potreby rodinných príslušníkov svojho klienta, pomáha im vyrovnáť sa s chorobou blízkeho človeka, resp. pomáha minimalizovať emocionálny tlak spájaný s každodennou starostlivosťou o klienta. Práca sociálneho pracovníka s umierajúcim človekom je pomerne náročná, nakoľko sociálny pracovník by mal byť nestranným pozorovateľom (nemalo by dôjsť k identifikovaniu sa s klientovou situáciou), ale zároveň empatickým, entuziastickým a racionálnym poradcom a to aj vtedy, ak vie, že klient zomiera.

Angažovanosť sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti demonštruje schopnosť nadviazať kontakt, rozvíjať a udržiavať vzájomné vzťahy. Sociálny pracovník nielenže poskytuje podporu a poradenstvo pre chorých, umierajúcich a ich príbuzných, ale ku koncu života človeka mu dáva najvzácnejší dar, ktorý možno nazvať ľudskosť. Na konci života, obzvlášť pri progredujúcom ochorení človek „stráca“ svoju tvár, cíti sa nepotrebný, nenaplnený a neexistenciálny.

---

<sup>18</sup> Pacient, pokiaľ to choroba a vek (18 rokov a vyššie) dovoľuje, by mal prevziať dostatočnú zodpovednosť za vyhlásenia týkajúce sa liečby.

Sociálny pracovník sa svojím záujmom o zomierajúceho človeka usiluje o pochopenie špecifických potrieb a hľadá možnosti, prostriedky ako uspokojiť potreby umierajúceho, tak, aby jeho život aj ku koncu nadobudol zmysel.

### Zoznam bibliografických odkazov

- BEAUCHAMP, T. L. and J. M. CHILDRESS, 2012. *Utilitarianism. Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York, NY: Oxford University Press.
- CASTAÑEDA de la LANZA, C. et al., 2017. Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico Quality of life and symptom control in the cancer patient. In: [Gaceta Mexicana de Oncología](#). Vol. 14, no. 3, pp. 150-156. ISSN 1665-9201.
- FLÓREZ LOZANO, JA., 2001. Reflexiones sobre la dignidad del enfermo terminal. In: *Medicina Integral*. Vol. 37, no. 8, pp. 333-337.
- GOODLIN, S. J. and M. W. RICH, 2015. *End-of-Life Care in Cardiovascular Disease*. London. ISBN 978-1-4471-6521-7.
- HANGONI, T., 2010. Zvyšovanie profesionálnych kompetencií sociálneho pracovníka. In: *Sociálna a duchovná revue : vedecko-odborný recenzovaný zborník*. Roč. 1, č. 4, s. 55-64. ISSN 1338-290X.
- [McCORMICK, A. J.](#), J. R. [CURTIS](#), P. [STOWELL-WEISS](#), C. [TOMS](#) and R. [ENGELBERG](#), 2010. Improving social work in intensive care unit palliative care: results of a quality improvement intervention. In: [J Palliat Med](#). Vol. 13, no. 3, pp. 297-304. ISSN 1557-7740.
- NOVELLAS, A., 2000. *Trabajo social en cuidados paliativos*. Barcelona: Naran Ediciones, S.A.
- RAGESH, G. et al., 2017. Palliative Care Social Work In India: Current Status and Future Directions. In: [Indian J Palliat Care](#). Vol. 23, no. 1, pp. 93-99. ISSN 1998-3735.

SLOVÁČEK, L. a B. SLOVÁČKOVÁ, 2012. Kvalita života nemocných v programu paliativní onkologické péče. In: *Paliativna medicína a liečba bolesti*. Roč. 5, č. 1, s. 13-17. ISSN 1339-4193.

[SPRUYT, O., 2011](#). Team Networking in Palliative Care. In: *Indian J Palliat Care*. P. 17-19. ISSN 1998-3735.

TURRIZIANI, A. et al., 2013. Improving the quality of life of terminally ill oncological patients: the example of palliative care at Hospice Villa Speranza. In: *Future Oncol*. Vol. 9, no. 6, pp. 771-776. ISSN 1479-6694.

[VORLÍČEK, J., Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol., 2004](#). *Paliativní medicína*. Vydavatelství: [Grada](#). ISBN 80-24702797.

YERPES, M. P. M. and I. L. TEJÓN, 2011. El Trabajador Social como Agente de Cambio en cuidados paliativos. In: *Documentos de Trabajo Social*. Vol. 49, pp. 270-276. ISSN 1133-6552.

### Internetové zdroje

*Department of Health and Human Services Palliative care*. [online]. [cit. 2017-06-12]. Dostupné z: <http://www.dhhs.tas.gov.au/palliativecare/about/team>

De La TORRE QUESADA, N., 2017. *Los Cuidados paliativos en trabajo social*.

[online]. [cit. 2017-06-12]. Dostupné z: <http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/4860/1/TFG-De%20la%20Torre%20Quesada%2C%20Natalia.pdf>

TORNØE, K. et al., 2015. A mobile hospice nurse teaching team's experience: training care workers in spiritual and existential care for the dying - a qualitative study. In: *BMC Palliative Care* [online]. [cit. 2017-06-12]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-015-0042-y>

SILVESTER, B. et al., 2016. *Improving Care at the End of Life: Our Roles and Responsibilities*. [online]. [cit. 2017-06-12]. Dostupné z:

<https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/pa-pos-end-of-life-position-statement.pdf>

WALSH, K., 2003. *Social workers in hospice and palliative care settings*. [online]. [cit. 2017-06-12]. Dostupné z:

<http://www.socialworkers.org/practice/bereavement/updates/EndofLifeCare-PU0204.pdf>

## Skuteczność mediacji w percepcji klientów pomocy społecznej

### Wprowadzenie

Rezolucja Rady Europy ujmuje pracę socjalną jako specyficzną działalnością profesjonalną, której zadaniem jest ułatwianie wzajemnego przystosowania jednostek, rodzin, grup i środowiska społecznego, w którym żyją oraz rozwijanie poczucia własnej wartości indywidualnej poprzez wykorzystanie możliwości tkwiących w ludziach, w stosunkach interpersonalnych oraz zasobach udostępnianych przez społeczności lokalne” (Wodz 1996:12).

Szczególnym obszarem zainteresowań pracowników socjalnych jest rodzina zagrożona dysfunkcyjnością. Jest ona nie tylko obiektem zainteresowań badawczych na płaszczyźnie pracy socjalnej oraz podmiotem polityki rodzinnej, ale przede wszystkim jest miejscem profesjonalnych działań diagnostycznych i profilaktyczno-wspierających (Ruszkowska, Winiarski 2014).

Najważniejszym zadaniem pracowników socjalnych jest wsparcie słabszych grup społecznych w pokonywaniu ich problemów: w wychodzeniu z ubóstwa, izolacji społecznej i nieporadności życiowej. Od sposobu zdefiniowania problemu, z którym boryka się człowiek – adresat przedsięwzięć podejmowanych w sferze pracy socjalnej, przyjętej wobec niego postawy (paternalistycznej bądź partnerskiej), dostrzegania całego kontekstu sytuacyjnego, często wiele zależy. Pracownik socjalny może w swojej pracy pełnić wiele ról – być coachem, doradcą, brokerem, pośrednikiem, mediatorem, negocjatorem bądź inicjatorem aktywności lokalnej (Kita 2014: 3-4).

Podstawowe instytucje w systemie pomocy - ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy społecznej rodzinie, ośrodki adopcyjno-opiekuńcze, poradnie psychologiczno- pedagogiczne, poradnie rodzinne, realizują określone działania na rzecz wsparcia rodziny.

Nieliczne grono badaczy i praktyków zwraca uwagę na dysfunkcjonalność w relacjach pracownik socjalny – rodzina, która jest generowana wyraźną niechęcią i budowaniem barier między pracownikiem a dorosłymi członkami rodzin. Przyczyn niewystarczającej efektywności pracy z rodziną upatruje się w: zbyt małej grupie specjalistów, braku czasu na kompleksowe wsparcie rodziny, wyraźnych brakach w zakresie infrastruktury pomocowej i w zakresie umiejętności diagnozowania oraz kontraktowania pomocy, jak również w braku ewaluacji tej pracy. Do innych niedostatków pracy z rodziną zaliczane są problemy pojawiające się we współpracy między przedstawicielami edukacji, służby zdrowia i sądownictwa, a także wady rozwiązań polegające m.in. na „papierowych” strategiach i niesprawności systemu lokalnego wsparcia rodziny (Kotlarska-Michalska 2011:55).

### **Rodzina dysfunkcyjna w perspektywie pracy socjalnej**

Sytuacja współczesnej rodziny jest diametralnie różna od tej sprzed kilkunastu czy kilkudziesięciu lat. Rosnące tempo życia, przemiany społeczne i kulturowe, a przede wszystkim dynamika rynku pracy, niosąca ze sobą znaczącą niepewność zatrudnienia, ryzyko utraty pracy i brak bezpieczeństwa finansowego pozwalającego na podejmowanie i realizację zadań życiowych – wszystko to stawia dzisiejszą rodzinę przed bardzo dużymi wyzwaniami. Wyzwani te, niejednokrotnie przerastają jej możliwości i wykraczają poza dostępne środki i strategie radzenia sobie. Doświadczana niepewność i brak stabilności przekłada się na trudności dotyczące wszystkich sfer życia rodzinnego i relacje rodzinne. Charakterystyczne dla systemowego rozumienia rodziny, jest współwystępowanie trudności w różnych sferach życia oraz ich wzajemne oddziaływanie na siebie. Stanowi to jednocześnie barierę nie do pokonania przez rodzinę pozbawioną profesjonalnego wsparcia. Rodzina posiada swoje zasoby, które wyposażają ją w umiejętności radzenia sobie w życiu. Wewnętrzne siły jednostki usytuował w kilku obszarach: kompetencji, zdolności, odwagi, talentu, zasobów, możliwości,

obietnic, źródeł i oczekiwań. Zwrócił również uwagę na to, że przeżycia traumatyczne, przemoc czy choroby - jakkolwiek są bolesnymi doświadczeniami dla osoby

- mogą być źródłem wyzwań i możliwości (Ciczkowska-Giedziun 2011:215).

Bez profesjonalnego wsparcia nie sposób ustalić rzeczywistych przyczyn doświadczanych trudności oraz podjąć konstruktywnych działań na rzecz ich zniwelowania. W szczególnej sytuacji znajdują się te rodziny, które są beneficjentami pomocy społecznej. Niejednokrotnie bieda, uzależnienia i przemoc występują jednocześnie w jednej rodzinie i utrudniają funkcjonowanie wszystkim jej członkom (Mikołajczyk-Lerman 2016:1-10).

I. Krasiejko (2012: 126-128) wyłoniła cechy charakterystyczne rodzin objętych wsparciem społecznym. Można pogrupować je w trzy kategorie:

I. Niskie umiejętności radzenia sobie z zadaniami i obowiązkami:

1) Niskie umiejętności opiekuńczo – wychowawcze rodziców (niska wiedza o rozwoju, potrzebach i możliwościach dziecka, typowych zachowaniach w danym etapie jego rozwoju, nierealne postrzeganie umiejętności i możliwości dziecka, zaniedbywanie nauki)

2. Niskie umiejętności prowadzenia gospodarstwa domowego (nieumiejętność racjonalnego gospodarowania pieniędzmi i produktami, brak nawyków organizacyjnych i porządkowych);

3. Niski poziom zaradności życiowej (niska umiejętność realizacji spraw urzędowych oraz korzystania z usług, unikanie kontaktów z przedstawicielami służb społecznych, bierność na rynku pracy);

II. Deficyty osobowościowe i problemy relacji

4. Niski poziom samooceny i kontroli nad własnym życiem (bierność, tendencja do wycofywania się, apatia, uległość, nadużywanie alkoholu);

5. Zburzone relacje małżeńskie i partnerskie (powierzchnowość i nietrwałość relacji, sztywny podział ról, relacje przemocowe);



6. Dysfunkcyjne cechy i problemy psychologiczne rodziców (niski poziom tolerancji

na frustrację, agresywność, labilność emocjonalna, brak kontroli impulsów, podwyższony poziom pobudzenia w sytuacjach stresowych, sztywne, surowe i karzące postawy wobec dzieci, sztywność, apodyktyczność lub brak zainteresowania, brak zasad);

7. Niska dojrzałość społeczno – emocjonalna rodziców (młody wiek rodziców, egocentryzm, deficyty odpowiedzialności);

8. Trudna sytuacja społeczna rodziców (brak partnera lub wsparcia z jego strony, brak wsparcia w rodzinie dalszej, nieumiejętność korzystania z instytucjonalnego systemu wsparcia)

9. Wpływ sytuacji kryzysowej związanej z etapami rozwoju rodziny lub zdarzeniami sytuacyjnymi (np. urodzenie kolejnego dziecka, zdrada partnera, rozwód, eksmisja,

śmierć członka rodziny);

III. Sytuacja materialna i patologie społeczne

10. Niewydolność materialna rodziny, trudne warunki mieszkaniowe.

13. Niska pozycja społeczna rodziców (zamieszkiwanie w enklawach biedy, niskie wykształcenie) i patologie w rodzinie (alkoholizm, narkomania, przemoc domowa, prostytutka).

### **Mediacja jako forma pomocy rodzinie**

Mediacja rodzinna jest procedurą rozwiązywania konfliktu, w której za zgodą stron i przy zachowaniu poufności, bezstronny i neutralny mediator towarzyszy członkom rodziny w procesie formułowania uzgodnień. Mediator pomaga stronom w zdefiniowaniu kwestii spornych, określeniu potrzeb i interesów stron oraz, o ile taka jest ich wola, wypracowaniu wzajemnie satysfakcjonującego i świadomego porozumienia (Gójska 2011:3).

Zwykle podopiecznymi instytucji pomocy społecznej są rodziny, w których oprócz trudności w realizacji funkcji ekonomicznej zapewniającej członkom rodziny rozmaite dobra materialne zauważalne, są problemy z podejmowaniem różnego rodzaju aktywności zmierzających do poprawy sytuacji rodziny. Bezrobocie powoduje niski status ekonomiczny rodzin, a to z kolei staje się podłożem dla dalszych trudności w realizacji zadań życiowych (Damon 2012).

Jako potencjalnie najistotniejsze sfery mediacji w pracy socjalnej wskazuje się: sprawy związane z podziałem opieki nad dziećmi, konflikty i spory w związkach małżeńskich i partnerskich (nieformalnych); nieporozumienia związane z podziałem opieki nad rodzicami i innymi niesamodzielnymi członkami rodziny (np. chorym, niepełnosprawnym rodzeństwem); sytuacje wymagające ustalenia, w jaki sposób podzielony zostanie majątek; w związkach formalnych i nieformalnych; sytuacje związane z wzajemną agresją i „do pewnego stopnia” przemocą w rodzinie<sup>11</sup>, problemy mogące prowadzić do dysfunkcji rodziny, takie jak bezrobocie, uzależnienia; relacje sąsiedzkie; relacje z instytucjami publicznymi, w tym świadczącymi wsparcie (Kalisz, Zienkiewicz 2015).

Z punktu widzenia prowadzenia środowiskowej pracy socjalnej najistotniejszy wydaje się interpersonalny wymiar mediacji, wyrażający się w znajdowaniu alternatywnych sposobów rozwiązywania konfliktów między członkami rodzin, z którymi pracuje pracownik socjalny, w grupach lub między członkami lokalnych społeczności. W ramach procesu mediacyjnego klienci mają możliwość odreagowania i rozładowania nagromadzonych emocji a także uporządkowania uczuć – wobec przedmiotu sporu, drugiej strony konfliktu oraz sytuacji, w której się znaleźli. We właściwie poprowadzonym procesie mediacyjnym klienci pracy socjalnej mają szansę na doświadczenie szacunku dla własnego stanowiska, prezentowanych potrzeb i oczekiwań. Doświadczenie szacunku dla własnych potrzeb i oczekiwań kształtuje i wzmacnia poczucie godności i pewności siebie, którego szczególnie brak klientom pomocy społecznej (Bunio-Mroczek 2016: 11-21)

Przyjmując sprawdzone w praktyce amerykańskiej pracy socjalnej zasady mediacji (Nocuń, Szmagałski 1998:184–185), to właśnie w sporach stron, które są powiązane pewnymi więzami, zwłaszcza osobowymi, mediacja wydaje się najbardziej skuteczna. Niejednokrotnie osoby doświadczające konfliktów rodzinnych czy interpersonalnych związanych z osobistymi problemami i intymnymi kwestiami nie decydują się na korzystanie z pomocy publicznych instytucji (np. ośrodki terapii rodzin). Oczekują pomocy profesjonalisty, ale zbyt trudno jest im wyjść z osobistymi problemami na zewnątrz. Ze względu na ściśle określony przedmiot, wyznaczone ramy czasowe oraz osobę neutralnego mediatora, mediacja postrzegana bywa jako optymalna interwencja. W praktyce pracy socjalnej mediacja, jak pisze S.Chandler: *jest zorientowana na rozwiązanie określonych problemów i planowania jako proces krótkotrwały. Na ogół w sporze najważniejsze są zagadnienia sprawiedliwości i uczciwości, a środki zaradcze są ściśle związane z prawami, jakie każda ze stron przyznaje drugiej. Konflikt w mediacji jest postrzegany nie jako coś negatywnego, ale jako usankcjonowane narzędzie osiągnięcia zmian indywidualnych i społecznych. Odpowiedzialność za skutki procesu zawsze spoczywa na stronach konfliktu* (Chandler za: Nocuń, Szmagałski 1998: 123).

Jednak ze względu na złożoność sytuacji życiowej klientów pomocy społecznej i różnorodność doświadczanych trudności, podjęcie mediacji wymaga dostosowania metod i dokonania wyboru adekwatnej strategii postępowania (Podobas 2015).

Biorąc pod uwagę przebieg mediacji – aktywny udział stron, które same wypracowują porozumienie bez niczyjej presji i zewnętrznego przymusu, proces mediacji daje uczestnikom poczucie sprawstwa i pozwala stanować o sobie z zachowaniem godności i wyznawanych dotychczas wartości.

Przez fakt, że w mediacjach „autorami” porozumienia są same strony, sami uczestnicy mediacji, zaangażowanie w mediację kształtuje odpowiedzialność za swoje czyny, ich konsekwencje i co się z tym wiąże – także przewidywanie

przyszłych zdarzeń. To bardzo cenna umiejętność, która często w znikomym stopniu charakteryzuje klientów pomocy społecznej. Możliwość przyjęcia odpowiedzialności i współdecydowanie to doświadczenie szczególnie korzystne. Warto także uświadamiać klientom, iż mediacje mogą dostarczyć wielowymiarowych korzyści przez fakt, że koncentrują się na rozwiązaniu konfliktu, a nie jego rozstrzygnięciu. Poprzez dialog i negocjacje w trakcie mediacji wzrasta rozumienie siebie i drugiego człowieka, konflikt gaśnie, poprawie ulega samopoczucie, odbudowuje się relacja. Przez możliwość naprawienia wyrządzonej krzywdy, mediacja daje okazję do skorygowania negatywnych skutków sytuacji i zapobiega rzutowaniu ich na dalszy rozwój relacji (Rynkowska, Artymiak 2014: 114).

### **Ocena mediacji przez klientów pomocy społecznej**

Realizowany projekt mediacyjny stanowił odpowiedź na potrzebę zasygnalizowaną przez pracowników socjalnych oraz terapeutów specjalistycznych poradni rodzinnych. Zauważyli oni, że zbyt często klienci pomocy społecznej trafiają do poradni rodzinnych w przekonaniu, że właściwą pomocą w ich sytuacji jest terapia rodzinna. Tymczasem w większości przypadków najbardziej adekwatną formą wsparcia w doświadczanych trudnościach jest mediacja. Tym, co najbardziej utrudnia zainicjowanie zmian i otwarcie się na pomoc, jest niejednokrotnie długotrwały, nabrzmiały konflikt wewnątrz rodziny lub między członkami rodziny a rodziną pochodzenia. W takiej sytuacji starania pracowników pomocy społecznej okazują się w niewielkim stopniu skuteczne lub ich efekty są bardzo krótkotrwałe.

Celem realizowanego projektu była pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach życiowych w rozwiązywaniu doświadczanych przez nie konfliktów. Rodziny te objęte były różnorodnymi działaniami pomocowymi, realizowanymi przez instytucje pomocy społecznej, jednak nigdy nie trafiły na mediacje. Projekt umożliwił grupie rodzin podjęcie próby rozwiązania konfliktów przy wsparciu

mediatorów. Mediacje prowadzone były przez dwóch mediatorów, jeden z nich był psychologiem. Udział obu mediatorów zapewniał oprócz profesjonalnie prowadzonej mediacji także ocenę zakresu niezbędnego wsparcia specjalistycznego uczestników mediacji/klientów pomocy społecznej po zakończeniu mediacji.

Po zakończonych mediacjach uczestnicy mieli okazję wypowiedzieć za pośrednictwem specjalnie opracowanej ankiety. Przeprowadzona ankieta pozwoliła ocenić przydatność mediacji jako formy wsparcia rodzin doświadczających różnorodnych trudności.

Ankieta została opracowana w celu zapoznania się z odbiorem mediacji przez uczestników. Pytania dotyczyły oceny:

- w jakim zakresie udział w mediacji pomógł w rozwiązaniu konfliktu,
- w jakim stopniu przyczynił się do samopoznania, pogłębienia wiedzy o sobie, pozbycia się negatywnych emocji
- przydatności mediacji w radzeniu sobie z trudną sytuacją w rodzinie
- otwartości na ponowne skorzystanie z mediacji w sytuacji konfliktu
- chęci polecenia mediacji innym osobom zainteresowanym

Analiza wyników ankiety oraz refleksji, komentarzy uczestników w trakcie i po mediacji, pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Uczestnicy mediacji wskazali informowanie przez MOPR o mediacji jako metodę wystarczającą. Jako inne źródła podają: internet, pedagog szkolny, MOPR, dzielnicowy, lekarz rodzinny, kurator, pracownik socjalny.
2. Mediacja została oceniona jako działanie pomocne w rozwiązywaniu konfliktu.
3. Udział w mediacji unaoczniał, pomógł uporządkować i zrozumieć istotę konfliktu i powody, dla których dotychczas konflikt nie został rozwiązany;
4. Zarówno sami uczestnicy, jak i obserwacja przez mediatorów potwierdziła wyraźne obniżenie napięć w rodzinie i rozładowanie negatywnych emocji dzięki mediacji.

5. Większość uczestników wskazała, iż wypracowane rozwiązanie wzmocniło ich poczucie sprawiedliwości.
6. Zdaniem uczestników udział w mediacji rodzinnej jest ważnym etapem pomocy rodzinie oferowanej przez instytucje zajmujące się wspomaganiem rodzin w kryzysie.
7. W opinii respondentów po wypracowaniu porozumienia, istotne jest dalsze wsparcie, którego oczekivaliby od pracowników MOPR. Część uczestników nie widzi takiej potrzeby. Być może świadczy to o tym, iż czują się pewnie w zaistniałej sytuacji – konflikt został rozwiązany, wypracowane porozumienie reguluje relacje.
8. Uczestnicy projektu deklarują, że chcieliby mieć możliwość w innych także trudnych sprawach skorzystać z pomocy mediatorów.
9. Mediacja została oceniona przez wszystkich uczestników jako warta polecenia forma rozwiązywania konfliktów i sporów.
10. Uczestnicy wyrażają gotowość skorzystania z pomocy innych specjalistów.

## **Zakończenie**

Praca socjalna to praca, której istotą jest relacja współpracy z osobą, grupą osób, które doświadczają szczególnego rodzaju trudności, w tym szczególnego nasilenia konfliktów wynikających z zewnętrznych i wewnętrznych uwarunkowań. Wobec wielu podejmowanych przez pracowników socjalnych działań, mediacja zajmuje szczególne miejsce. Można przyjąć, iż rozwiązanie konfliktu, który utrudnia komunikację i powstrzymuje przed pojęciem jakichkolwiek konstruktywnych inicjatyw, jest warunkiem podstawowym i niezbędnym do podjęcia przez pracownika socjalnego innych działań pomocowych. Z tego powodu kompetencje mediacyjne pracowników socjalnych stają się szczególnie pożądanymi kompetencjami (Grudziewska, Lewicka-Zelent, 2015). Pracownicy instytucji pomocy społecznej twierdzą, iż szkolenia z tematyki mediacji powinny być obowiązkowe dla wszystkich pracowników socjalnych. Nie mają oni bowiem

odpowiedniej wiedzy z tej dziedziny i nie są wystarczająco przygotowani do stosowania tej formy rozwiązywania konfliktów/sporów w pracy socjalnej (Mikołajczyk-Leman 2016:1-10).

Wydaje się zasadne oferowanie mediacji jako formy wsparcia rodzin w kryzysie realizowanej przez przeszkolonych w tym zakresie mediatorów lub poprzez ośrodki mediacyjne współpracujące z instytucjami pomocy społecznej. Jednakże pomimo tego, że pracownik socjalny łączy w swojej roli zawodowej wiele różnorodnych działań, warto zastanowić się czy będąc jednocześnie w podstawowej roli pracownika socjalnego ma on szansę spełnić wymogi stawiane mediacji poprzez zachowanie neutralności i bezstronności. W takich sytuacjach Korzystniej będzie skierować rodzinę do „zewnętrznego” mediatora lub mediatora zatrudnionego w tym samym ośrodku, lecz niezaangażowanego w bezpośrednią pracę z konkretną rodziną (Duda, Wojtanowicz 2014:114). Wskazaniem jest, aby w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej funkcjonowali mediatorzy, którzy w swoich działaniach będą wspierać rodziny i podejmować codzienną współpracę z pracownikami socjalnymi. Mediacja może z powodzeniem funkcjonować jako niezależna, oddzielna interwencja lub stanowić część realizowanego przez służby społeczne procesu pomocy rodzinie (wsparcie rodziny przed – i po mediacjach).

Udział w mediacjach dzięki rozwiązaniu konfliktu, przyczynił się do obniżenia napięć i pozbycia się negatywnych emocji, przez co ma szansę zmniejszyć zapotrzebowanie na dalsze wsparcie rodziny przez instytucje pomocy społecznej.

## **Bibliografia**

Bunio-Mroczek P., 2016, *Rodzaje mediacji i ich rola w pracy socjalnej*, „Zeszyty Pracy Socjalnej”, s.11-21.

Damon J. (2012). *Wykluczenie*, tłum. A. Karpowicz. Oficyna Naukowa, Warszawa.

Gójska A., 2011, *Mediacja w sprawach rodzinnych*, Wydawca: Ministerstw Sprawiedliwości, Warszawa, s. 3.

- Duda M., Wojtanowicz K., 2014, *Wykorzystanie mediacji w pracy socjalnej*, „Nová sociálna edukácia človeka II” , s.106-115.
- Grudziewska E., Lewicka-Zelent A., 2015, *Kompetencje mediacyjne w profesji pracownika socjalnego*, Difin SA.
- Kalisz A., Zienkiewicz A., 2015, *Polubowne rozwiązywanie konfliktów w pomocy społecznej. Komunikacja, psychologia społeczna, negocjacje i mediacje socjalne*, Wyższa Szkoła Humanitas, Sosnowiec.
- Kita S., 2014, *Praca socjalna w sytuacjach kryzysowych*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Kotlarska-Michalska, A., 2011, *Praca socjalna w rodzinie, z rodziną i dla rodziny w perspektywie ról zawodowych pracownika socjalnego i asystenta rodziny*, „Asystent rodzinny” nr 55.
- Krasiejko I., 2012, *Zawód asystenta rodziny w procesie profesjonalizacji. Wstęp do teorii i praktyki nowej profesji społecznej*, Toruń, s. 126-128.
- Mikołajczyk-Lerman G., 2016, *Mediacja jako alternatywna forma rozwiązywania konfliktów rodzinnych w opiniach pracowników instytucji pomocy społecznej z terenu województwa łódzkiego*, „Zeszyty Pracy Socjalnej”, nr 1, s. 1-10.
- Nocuń A.W., Szmagałski J., 1998, *Podstawowe umiejętności w pracy socjalnej i ich kształcenie*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice.
- Podobas I., 2014, *Mediacje i negocjacje w pracy socjalnej*. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich,
- Podobas I., 2015, *Metody i style pracy mediatora w obszarze mediacji socjalnych*, w: A. Durasiewicz, I. Podobas (red.), „Asystentura i mediacje socjalne”, Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka, Warszawa.
- Rynkowska, Artymiak, 2014, *Mediacje w pracy socjalnej*, Rzeszów.
- Ruszkowska, M., Winiarski, M., 2014, *Praca socjalna z dziećmi, młodzieżą i rodziną*, „Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich”, Warszawa.
- Saleebey D., 2000, *Power In The People: Strengths and Hope*, “Advances in Social Work”, nr 2, s. 128, za: Ciczkowska-Giedziun M., 2011, *Praca socjalna z rodziną*



*oparta na zasobach*, [w:] A. Kotlarska-Michalska (red.), *Dysfunkcje rodziny*,  
„Rocznik Socjologii Rodziny”, XXI, s.215

Wodz K., 1996, *Praca socjalna w środowisku zamieszkania*, Warszawa, s. 12.

## **Prężność psychologiczna jako osobowościowy zasób pracownika socjalnego**

### **Wprowadzenie**

Praca socjalna stanowi taką dziedzinę zawodowej aktywności, która związana jest z promowaniem społecznych zmian, rozwiązywaniem problemów dotyczących międzyludzkich relacji oraz wspieraniem podopiecznych w działaniach mających służyć podnoszeniu jakości ich życia, łagodzeniu cierpienia, rozwiązywaniu problemów, polepszaniu społecznego funkcjonowania. Bazuje na profesjonalnych działaniach mających na celu poprawę warunków życia jednostki i społeczeństwa. (Dubois, Miley 1999). Celem pracy socjalnej jest zapewnienie podstawowych warunków życia osobom, które są ich pozbawione, zaspokajanie lub pomoc w zaspokajaniu tych potrzeb, których podopieczni nie mogą zapewnić sobie samodzielnie, minimalizowanie negatywnego wpływu czynników, które nie mogą być zmienione lub usunięte oraz osiągnięcie bardziej satysfakcjonującego poziomu i jakości życia. Praca socjalna jest więc specyficzną formą działalności skierowaną do osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, zorganizowanym procesem zmiany dotyczącym relacji między jednostką i jej środowiskiem. Wykonywana jest przez profesjonalistów, którzy dysponują określoną wiedzą, umiejętnościami, predyspozycjami i kompetencjami. Stanowi dziedzinę wiedzy i praktyki czerpiącą z wielu nauk społecznych (np. socjologii, pedagogiki, psychologii) (Wódcz 1998: 12; Kowalczyk, Kowalczyk, Karczewska 2014: 15). „Misja pracy socjalnej to zmiana społeczna, wywoływana przez pracowników socjalnych na poziomie jednostki, rodziny, grupy społecznej, społeczności, a pośrednio także na poziomie całego społeczeństwa, w efekcie świadomie podejmowanych i planowo prowadzonych działań” (Kowalczyk, Kowalczyk, Karczewska 2014: 22).

## Kompetencje pracownika socjalnego

Praca z drugim człowiekiem zawsze obciążona jest ryzykiem wystąpienia problemów, nieporozumień, napięć i stresów wynikających z konieczności wchodzenia w relacje interpersonalne, które w przypadku pracownika socjalnego stanowią istotę działań mających na celu poprawę społecznego funkcjonowania osób traktowanych jako autonomiczne podmioty oraz członkowie grup społecznych. „Badania prowadzone wśród osób profesjonalnie świadczących pomoc, potwierdzają istnienie poważnych konsekwencji stresu, który towarzyszy ich pracy. Szczególnie silnie obciążające są zawody pomocowe, zawody służb społecznych, czyli te profesje, których wykonywanie jest związane z intensywnymi relacjami z innymi ludźmi oraz angażowaniem w ich problemy. Takie obciążenie może być powodem ciągłego pobudzenia emocjonalnego, jak również napięcia nerwowego, będących przyczyną licznych negatywnych następstw” (Świdarska 2013: 39).

Obszar aktywności pracy socjalnej stanowią relacje między jednostką, a środowiskiem społecznym. Jej istotą jest wywołanie zmian w efekcie różnorodnych świadomie podejmowanych i planowo prowadzonych działań (Kaźmierczak 2006: 96-97). Zasadniczym zadaniem pracownika socjalnego jest bowiem budowanie relacji pomocowej ukierunkowanej na daną osobę, czyli dynamicznej interakcji postaw i emocji pomiędzy pracownikiem a klientem, mającej na celu pomoc klientowi w osiągnięciu lepszego przystosowania pomiędzy nim samym, a jego środowiskiem (Kowalczyk, Kowalczyk, Karczewska 2014: 46). Istotą tej relacji jest określanie cech, jakimi powinna charakteryzować się osoba pomagająca. Do najważniejszych z nich należą: akceptacja klienta, autentyczność, spójność, postawa empatyczna, postrzeganie samego siebie jako osoby kompetentnej, godnej zaufania, wartościowej i potrzebnej innym, oraz świadomość własnej motywacji do pomagania (Mearns, Thorne 2010; Rogers 2002).

Pracownicy socjalni starają się podejmować taką aktywność, która ma na celu przynoszenie pozytywnych zmian lub wspieranie klientów w procesie samodzielnego ich dokonywania poprzez wzmacnianie motywacji do zmiany (Beckett 2010: 57; De Robertis 1998: 88). Artykuł 119. Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. wskazuje, że do głównych zadań pracownika socjalnego należy:

- dokonywanie analizy i oceny tych zjawisk, które powodują zapotrzebowanie na świadczenia z tytułu pomocy społecznej oraz kwalifikowanie do ich uzyskania;
- 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 środowisk społecznych;
- współpraca i współdziałanie z innymi specjalistami w celu przeciwdziałania oraz 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.

Pracownik socjalny pozostając w stałym kontakcie i relacji z drugą osobą powinien wykazywać się nie tylko zawodowymi kwalifikacjami, ale również kompetencjami, które będą umożliwiały realizowanie zadań związanych z wykonywaną pracą. Termin kompetencja łączy się bowiem ze sferą ludzkiego działania oraz dotyczy jego skuteczności. W literaturze przedmiotu spotykamy rozróżnienie wskazujące na występowanie kompetencji ogólnych, które odnoszą się do różnych dziedzin życia człowieka (McClelland 1973; Raven 1977) oraz specyficznych (Matczak 2001). Dodatkowo spotykamy również podział kompetencji na intrapersonalne, których przykładem mogą być kompetencje emocjonalne i interpersonalne, takie jak np. kompetencje zawodowe związane z wykonywaną pracą (Tucholska 2007). Zakładają one posiadanie określonych kwalifikacji i uprawnień dotyczących wykonywania danego zawodu oraz umiejętności niezbędnych do wykonywania pracy na danym stanowisku (Furmanek 2000).

Jak podają Kowalczyk, Kowalczyk i Karczewska (2014: 32, por. Whiddett, Hollyforde 2003) „kompetencja w zakresie wykonywanej pracy to zespół cech danej osoby, na który składają się charakterystyczne dla tej osoby elementy, takie jak motywacja, cechy osobowości, umiejętności, samoocena związana z funkcjonowaniem w grupie oraz wiedza, którą ta osoba sobie przyswoiła i którą się posługuje. Kompetencje to ogół trwałych właściwości człowieka, tworzących związek przyczynowo-skutkowy z osiąganymi przez niego wysokimi lub ponadprzeciętnymi efektami pracy, które mają wymiar uniwersalny, a więc wszystkie cechy pracowników, wiedza, umiejętności, doświadczenia, zdolności, ambicje, wyznawane wartości, style działania, których posiadanie i rozwijanie może być wykorzystywane przez pracowników socjalnych w procesie pomocowym”.

Thierry, Sauret i Monod (1994) podkreślają, że kompetencja jest to zdolność pracownika do takiego działania, które doprowadzi do osiągnięcia zamierzonego celu w danych warunkach i za pomocą określonych środków. Jest to również zdolność przystosowania się do zmieniających się warunków i umiejętności radzenia sobie z wyzwaniami. „U pracowników socjalnych, podobnie jak u przedstawicieli zawodów, które wymagają dużego oddania, przyjęcia na siebie licznych obowiązków oraz konieczności poświęcenia pracy wielu godzin, jako skutek oddziaływania licznych czynników stresorodnych, może pojawić się wątpliwość w posiadane kompetencje, a nawet utrata wiary w sens pozostawiania nadal w zawodzie. (...) Zawód pracownika socjalnego niesie ze sobą sporą dawkę stresu, co jest skutkiem konieczności świadczenia pracy ludziom, którzy potrzebują pomocy oraz wsparcia” (Świdorska 2013: 37). Czechowska-Bieluga (2013) zaznacza, że praca w instytucjach pomocy społecznej nierozdzielnie związana jest z realizowaniem trudnych zadań, polegających na kontakcie z ludźmi wnoszącymi negatywny bagaż swoich doświadczeń społecznych, a często również skłonności do zachowań patologicznych, które w konsekwencji mogą stanowić zagrożenie zdrowia, czy życia pracownika socjalnego. Efektem takich doświadczeń jest wyczerpanie emocjonalne i zawodowe, na które szczególnie narażone są osoby „pracujące w sektorze pomocy społecznej, w służbie zdrowia oraz zajmujące się wychowaniem, ponieważ działają one w obszarze psychologicznie ryzykownym i niezależnie czy są tego świadome czy nie, często cierpią a w ich funkcjonowaniu widać tego konsekwencje” (Ziarek 2007: 59).

Ciczowska-Giedziun (2011: 213-214) wskazuje, że w ostatnich latach w pracy socjalnej pojawiły się i coraz większą popularność zyskują koncepcje oparte na mocnych stronach jednostek, grup i społeczności. Mieszczą się one w szeroko rozumianej praktyce pracy socjalnej opartej na zasobach i odwołują się do teorii prężności, wyjaśniającej pozytywną adaptację w niesprzyjających warunkach życia. Najczęściej koncentrują się jednak na zasobach osób, czy grup będących podmiotem oddziaływań pomocowych (np. prężność rodzinna). Wzrost

zainteresowania koncepcją prężności służącą tłumaczeniu umiejętności radzenia sobie przez osoby z doznawanymi problemami i stresującymi, a nawet traumatycznymi sytuacjami, inspirowane do podjęcia analiz dotyczących roli i znaczenia tego osobowościowego zasobu w odniesieniu do pracowników socjalnych, którzy w swojej pracy chronicznie narażeni są na uczestniczenie w trudnych sytuacjach i mierzenie się z wyzwaniami.

### **Prężność jako zasób osobowościowy**

Prężność nie jest stałą właściwością konkretnej osoby, ale podlega zmianom, rozwojowi, modyfikowaniu w zależności od doświadczeń, momentu życia, sytuacji (Sikorska 2016). Termin *resilience* pochodzi od łacińskiego *salire*, które oznacza sprężynować (ang. spring, spring up) oraz *resilire* — odskakiwać, powracać do poprzedniego stanu (ang. spring back). W literaturze przedmiotu spotykamy dwa terminy, a mianowicie *resilience* i *resiliency*. Pierwszy jest utożsamiany z procesem skutecznego przezwyciężania negatywnych zjawisk i wydarzeń życiowych (rozumienie procesualne), drugi oznacza właściwość osobowości (Ogińska-Bulik, Juczyński 2008).

Prężność (*resiliency*) traktowana ją więc jako cecha osobowościowa, czyli właściwość podmiotowa ważna w procesie zmagania się zarówno z wydarzeniami o charakterze traumatycznym, jak i zdarzeniami występującymi w życiu codziennym (Ogińska-Bulik, Juczyński 2008). Tak rozumiana prężność zaproponowana została przez Blocków i Kremena (Block, Block 1980; Block, Kremen 1996). Wskazują oni, że prężność psychiczna stanowi zbiór podmiotowych właściwości, które umożliwiają osobie elastyczną adaptację do zmiennych warunków i sytuacji. „To właśnie prężność *ego* umożliwia jednostce skuteczną, plastyczną, a jednocześnie twórczą adaptację do zmieniających się warunków życia. Dzięki tej zdolności osoba wprowadza zmiany w osobowości i zachowaniu oraz utrzymuje poczucie kontroli i dystans wobec przeżywanych emocji. Może z energią angażować się w autonomiczne działanie w świecie, skutecznie

realizując zadania życiowe, mając jednocześnie dobry wgląd, będąc otwartą i rozumiejącą w kontaktach z innymi” (Oleś 2000: 212). Prężność ego jest zdolnością powracania do dobrego funkcjonowania po okresie trudności, strat i występujących stresów oraz radzenia sobie w obliczu wyzwań. Stanowi osobowościowy wyznacznik dobrego funkcjonowania człowieka, zdolności do otwartego uczestniczenia w wydarzeniach i relacjach z innymi oraz radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Jest ciągle rozwijającą się i doskonalącą zdolnością do zaradnego i adekwatnego radzenia sobie przez człowieka w realizacji codziennych zadań w zmiennych, często stresujących warunkach (Ogińska-Bulik, Juczyński 2008; Uchnast 1998). Jak zauważają Gąsior, Chodkiewicz i Cechowski (2016: 90) prężność stanowi zbiór „właściwości osobowościowych oraz umiejętności i kompetencji wspomagających radzenie sobie ze stresem, traumą, problemami życiowymi oraz przeciwnościami losu”.

Reivich i Shatte (2003: 27) prowadząc badania dotyczące prężności dodatkowo wskazują na konieczność kształtowania i rozwijania jej w ciągu życia oraz znaczenie wsparcia uzyskiwanego od innych w tym zakresie. Podkreślają, że prężność jest niezbędna do przezwyciężenia negatywnych doświadczeń życiowych, radzenia sobie ze stresem i urazami, ale jest również konieczna do tego, by nasze życie było coraz bogatsze w nowe treści i doświadczenia. W takim znaczeniu prężność wskazuje na cechy jednostki odpowiedzialne za to, jak poradzi sobie ona w trudnej sytuacji. „Tak też osoby o właściwościach *resiliency* nie da się złamać, potrafi nagiąć swoje schematy poznawcze i wykorzystać wiedzę w sposób elastyczny, mając nadzieję na korzystny wynik radzenia sobie z przeciwnościami życia” (Sęk 2008: 78-80).

Heszen i Sęk (2007) uważają, że prężność jest zbiorem umiejętności (kompetencji), które służą radzeniu sobie z problemami poprzez elastyczne i twórcze podejście do przeszkody. Główną rolę w radzeniu sobie z trudnościami odgrywa zdolność oderwania się od negatywnych doświadczeń własnej przeszłości i wzbudzania pozytywnych emocji. Ponadto do zakresu pojęcia prężności zaliczają



umiejętność tworzenia i podtrzymywania więzi społecznych, które dając osobie satysfakcję mogą wyzwalać w niej pozytywne emocje. W tym znaczeniu prężność jest nie tylko zbiorem właściwości osoby, ale i wynikiem wspólnego oddziaływania środowiska i cech jednostki, a ponieważ prężność jest zdolnością dynamiczną i zależną od kontekstu życia jednostki, więc istnieje możliwość jej kształtowania i rozwijania.

Osoby prężne to przede wszystkim te, które skutecznie radzą sobie z wyzwaniami w nowych, zaskakujących, trudnych sytuacji. Do symptomów prężności należą: świadomość motywów własnego zachowania, serdeczność, zdolność do bliskich relacji, społeczny talent, poczucie pewności siebie, produktywność, finalizowanie podjętych działań, spokojny, zrelaksowany sposób bycia, dobre działanie w zadaniach społecznych wymagających wyobraźni, umiejętność dostrzegania tego, co istotne w budowaniu relacji z innymi, stawianie czoła problemom, pomysłowość, wytrwałość, poczucie humoru, ceniecie własnej niezależności i autonomii, ciekawość świata, otwartość na nowe doświadczenia, akceptacja życia i jego darów, kontrola impulsywności (Ogińska-Bulik, Juczyński 2008, 2011, 2012; Uchnast 1997, 1998).

Semmer (2006) na podstawie przeglądu psychologicznych badań dotyczących prężności, wskazuje, że prężna osoba to ta, która przejawia tendencję do interpretowania otaczającego świata jako ogólnie sprzyjającego i oczekuje, że przydarzy się jej więcej rzeczy pozytywnych niż negatywnych. Nastawiona jest ugodowo i nie wykazuje skłonności ani pragnienia szkodenia innym. Postrzega stresujące wydarzenia przede wszystkim w kategoriach wyzwania i próbuje im sprostać angażując swoje możliwości i zdolności. Akceptuje pogorszenie sytuacji i traktuje doświadczane niepowodzenia jako normalne wydarzenia, które nie muszą wynikać z braku własnych kompetencji lub wskazywać na istnienie wrogiego świata, a napotkane trudności traktuje jako szansę na zdobywanie nowych doświadczeń. Uważa, że ma wpływ na swoje życie i charakteryzuje się stabilnością emocjonalną (zrównoważeniem). Connor (2006) zauważa, że osoby

prężne przejawiają wyższe poczucie własnej wartości i skuteczności oraz w większym stopniu angażują się w relacje z innymi ludźmi.

### Zakończenie

Aktywność zawodowa pracownika socjalnego związana jest z częstym uczestnictwem w sytuacjach trudnych wzbudzających silne emocje i prowadzących do negatywnych konsekwencji takich jak następstwa długotrwałego, silnego stresu, czy wypalenie zawodowe. Doświadczenia wynikające z pracy stanowią silne emocjonalne obciążenie, które nie pozostaje bez wpływu na życie osobiste i relacje pozazawodowe. Poszukiwanie zasobów chroniących przed negatywnymi konsekwencjami osób zaangażowanych w aktywność pomocową stanowi jeden z głównych elementów wsparcia pracownika socjalnego.

Wieloletnie badania dotyczące prężności (*ego-resiliency*) precyzyjnie wskazują, że stanowi ona osobowościowy zasób sprzyjający radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami oraz umiejętność powrotu do równowagi psychicznej po niekorzystnych doświadczeniach. Bycie osobą prężną nie wyklucza uczestniczenia w sytuacjach stresujących, czy zagrażających, ale pozwala osobie skutecznie radzić sobie z nimi. Block i Kremen (1996) zaznaczają, że prężność ego związana jest z byciem dzielnym w radzeniu sobie ze stresem, siłą charakteru i elastycznością w przystosowaniu się do nowych warunków. „Prężność psychiczna (...) odnosi się przede wszystkim do czynników chroniących oraz umiejętności i procesów związanych z dobrym radzeniem sobie w sytuacjach zagrożenia” (Gąsior, Chodkiewicz, Cechowski 2016: 76).

Bilska (2012) pisząc o wypaleniu zawodowym pracowników socjalnych zauważa, że sprzyjają mu takie cechy jak: niepewność, niska samoocena, bierność, zależność, poczucie kontroli zewnętrznej, niskie poczucie skuteczności zaradczej, styl kontroli polegający na unikaniu sytuacji trudnych, wysoka reaktywność, silna motywacja do pracy. Wskazane cechy pozostają w sprzeczności z tymi, które charakterystyczne są dla osób prężnych i sprzyjają skutecznemu działaniu

w zmiennych warunkach i sytuacjach. Położenie akcentu na budowanie programów wsparcia dla pracowników socjalnych opartych na rozwijaniu prężności powinno stanowić wyzwanie dla specjalistów mających służyć wsparciem tym, którzy zawodowo angażują się w działania pomocowe na rzecz drugiego człowieka

### Bibliografia

- Beckett Ch., *Podstawy teorii dla praktyków pracy socjalnej*, 2010, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- Bilska E., 2012, *Stres i wypalenie zawodowe pracowników socjalnych [w:] W kręgu zagadnień pracy socjalnej*, red. A. Kwak, E. Wyrwich-Hejduk, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- Block J. H., Block J., 1980, *The role of ego-control and ego resiliency in the origination of behavior [w:] Minnesota symposia on child psychology*, red. W. A. Collings, NJ: Erlbaum, Hillsdale.
- Block J., Kremen A. M., 1996, *IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connection and separateness*, „Journal of Personality and Social Psychology” nr 2.
- Czechowska-Bieluga M., 2013, *Poczucie zadowolenia z życia pracowników socjalnych w socjopedagogicznej perspektywie uwarunkowań pełnionej roli zawodowej*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Ciczowska-Giedziun M., 2011, *Praca socjalna z rodziną oparta na zasobach*, „Roczniki Socjologii Rodziny” nr 21.
- Connor K. M., 2006, *Assessment of resilience in the aftermath trauma*, „Journal of Clinical Psychiatry” nr 2.
- De Robertis C., *Metodyka działania w pracy socjalnej*, 1998, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice.
- Dubois B., Miley K.K., 1999, *Praca socjalna. Zawód który dodaje siłę*, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice.
- Furmanek W., 2000, *Podstawy edukacji zawodowej*, Fosze, Rzeszów.
- Gąsior K., Chodkiewicz J., Cechowski W., 2016, *Kwestionariusz oceny prężności (KOP-26) konstrukcja i właściwości psychometryczne narzędzia*, „Polskie Forum Psychologiczne” nr 1.
- Heszen I., Sęk H., 2007, *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa.
- Kaźmierczak T., 2006, *Praca socjalna, między upośledzeniem społecznym a obywatelskością*, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice.

- Kowalczyk B., Kowalczyk J., Karczewska A., 2014, *Pracownik socjalny w perspektywie zarządzającego procesem zmiany*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
- Matczak A., 2001, *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych. Podręcznik*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.
- McClellan, D. C., 1973, *Testing for competence rather than for "intelligence"*, „American Psychologist” nr 28.
- Mearns D., Thorne B., 2010, *Terapia skoncentrowana na osobie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2008, *Osobowość stres a zdrowie*, Difin, Warszawa.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2011, *Prężność u dzieci i młodzieży: charakterystyka i pomiar – polska skala SPP-18*, „Polskie Forum Psychologiczne” nr 1.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2012, *Prężność jako wyznacznik pozytywnych i negatywnych konsekwencji doświadczonej sytuacji traumatycznej*, „Polskie Forum Psychologiczne” nr 2.
- Oleś P., 2000, *Psychologia przelomu połowy życia*, TN KUL, Lublin.
- Raven J., 1977, *On the components of competence and their development in education*, „Teachers College Record” nr 78.
- Reivich K, Shatte A., 2003, *The Resilience Factor*, Broadway Books, New York.
- Rogers C., 2002, *O stawianiu się osobą*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań.
- Semmer N., 2006, *Personality, stress and coping [w:] Handbook of Personality and Health*, red. M. Vollrath, Wiley, Chichester.
- Sęk H., 2008, *Udział pozytywnych emocji w osiąganiu zdrowia [w:] Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*, red. I. Heszen, J. Życińska, Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa.
- Sikorska I., 2016, *Odporność psychiczna w okresie dzieciństwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Świdorska M., 2013, *Ryzyko rozwoju wypalenia zawodowego wśród pracowników socjalnych*, „Pedagogika Rodziny” nr 3.
- Tucholska K., 2007, *Kompetencje temporalne jako wyznacznik dobrego funkcjonowania*, TN KUL, Lublin.
- Thierry D., Sauret Ch., Monod N., 1994, *Zatrudnienie i kompetencje w przedsiębiorstwach w procesach zmian*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa.
- Uchnast Z., 1997, *Prężność osobowa. Empiryczna typologia i metoda pomiaru*, „Roczniki Filozoficzne” nr 4.
- Uchnast Z., 1998, *Prężność osobowa a egzystencjalne wymiary wartościowania*, „Roczniki Psychologiczne” nr 1.

- Whiddett S., Hollyforde S., 2003, *Modele kompetencyjne w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Wódz K., 1998, *Praca socjalna w środowisku zamieszkania*, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice.
- Ziarek E., 2007, *Zagrożenie wypaleniem zawodowym u pracowników pomocy społecznej* [w:] *Pomoc osobom wykluczonym społecznie*, red. W. Poleszak, Fundacja Kultury Chrześcijańskiej „Artos”, Lublin.

### **Style życia osób starszych niepełnosprawnych. Społeczny wymiar starości i niepełnosprawności**

Starość jest rozumiana w różny sposób. Socjologowie interesują się tematyką starości jako zagadnieniem ról społecznych, które zazwyczaj są odgrywane przez ludzi w różnych fazach życia społecznego. Socjologiczne spojrzenie na starość jest skupieniem się uwagi na takie zagadnienia jak (Panek, Szarota 2000:12):

- miejsce człowieka starego w społeczeństwie,
- miejsce człowieka starego w rodzinie,
- sytuacja ludzi starych na rynku pracy,
- potrzeby społeczne ludzi starszych,
- samotności, osamotnienie i uwarunkowania tych procesów,
- proces wycofania się z ról społecznych,
- wartości uznawane oraz preferowane przez osoby starsze,
- role społeczne, które są pełnione przez osoby starsze,
- sposoby życia w domach pomocy społecznej
- problemy zdrowotne osób starszych,
- nadużywanie alkoholu,
- samotność i izolacja społeczna osób starszych,
- przemoc wobec osób starszych oraz stygmatyzacja,
- dyskryminacja ze względu na wiek oraz wykluczenie społeczne

Powyżej wymienione zagadnienia traktuje się najczęściej jako takie zjawiska oraz procesy społeczne, które najczęściej zajmują się analizą zmian, jakie zachodzą w zbiorowościach społecznych.

Pojęcia starość oraz starzenie się można analizować na dwa sposoby – w aspekcie jednostkowym a także jako zjawiska, które dotyczą zbiorowości tychże jednostek, czyli społeczeństwa określonego regionu, kraju oraz części

świata. W aspekcie indywidualnym starość jest zjawiskiem biologicznym, który składa się na cykl bytu ludzkiego (Zych 2004:3). Według T.B. Kirkwooda, starzenie się jest procesem, w którym następuje upośledzenie funkcji życiowych organizmu, ponadto utrata zdolności adaptacyjnych do otoczenia, z narastającym prawdopodobieństwem zgonu (Kirkwood 1996:12). Przeważnie fazą procesu starzenia się jest stan nazywany starością..

Osoby w starszym wieku często muszą zmagać się z problemami, które wpływają na ich funkcjonowanie, samodzielność oraz zaradność życiową. W późniejszym okresie choroby oraz dolegliwości zazwyczaj prowadzą do inwalidztwa albo też niepełnosprawności i powodują, że senior staje się zależny od innych osób i instytucji.

Starzenie to złożony, wielowymiarowy proces, który przebiega zarazem w sferze biologicznej, psychicznej, jak i społecznej. Zmiany na poziomie biologicznym determinują znaczące przemiany w stanie funkcjonalnym, w aktywności zawodowej oraz partycypacji w różnorodnych sferach życia społecznego. W wymiarze fizycznym starzeniu towarzyszą głównie zmiany w wyglądzie, redukcja sprawności fizycznej (zwłaszcza w zakresie narządów zmysłu oraz ruchu) oraz równoczesne występowanie wielu schorzeń. Wskazane stany biologiczne mogą znacząco oddziaływać na funkcjonowanie psychiczne osób starszych, ponadto wywoływać lęk, zażenowanie czy wstyd, także pojawienie się objawów depresji. Oprócz tego zmiany w obrazie postrzegania własnej osoby powodować mogą trudności w samoakceptacji. Zakończenie aktywności zawodowej oraz wycofywanie się z życia społecznego, mogą powodować zawężenie interakcji społecznych, a następnie prowadzić do izolacji społecznej.

Przebieg samego procesu starzenia się w sferze pozamedycznej jest zależny od wcześniejszych uwarunkowań, a także nagromadzonych w okresie życia szerokich zasobów psychospołecznych. Status społeczno-ekonomiczny, ponadto styl życia, pełnione role społeczne, także przynależność do różnych grup społecznych, również posiadane sieci relacji społecznych to powiązane ze sobą

wyznaczniki przebiegu wieku starszego, łączące wcześniejsze okresy życia z okresem po zaprzestaniu aktywności zawodowej oraz przejściu na emeryturę. Należy zaznaczyć, że wymienione powyżej elementy, decydują ostatecznie między innymi o długości życia, chorobowości, ponadto stopniu niepełnosprawności, a co za tym idzie o stopniu samodzielności w codziennym funkcjonowaniu, również samodzielności w podejmowaniu decyzji oraz zakresie kontrolowania własnego życia. Mogą jednak określać stopień zależności od innych, czy też zapotrzebowanie na różnorodne wsparcie społeczne, którego otrzymania oczekuje się ze strony sieci relacji społecznych, w które są włączone osoby starsze. (Błaszczuk, Rynkowska 2016:73)

Starzenie może przebiegać w sposób prawidłowy, czyli wspomagany poprzez zasoby gromadzone od okresu dzieciństwa, następnie poprzez okres dorastania, ponadto wiek dorosły oraz kapitał zdrowotny wynikający np. z prowadzenia zdrowego stylu życia. Z kolei narażenie na różnorodne kategorie czynników chorobotwórczych może powodować zaburzenia w przebiegu starości, której towarzyszą liczne choroby oraz z czasem postępująca niepełnosprawność. Z uwagi na biologiczne rezultaty starzenia się osoby starsze częściej niż młodzi uskarżają się na różnorodne problemy zdrowotne, co z czasem może prowadzić do utraty samodzielności oraz zależności od opiekunów (Szukalski 2006:161).

Ograniczenia sprawności lub problemy zdrowotne w okresie wczesnej starości wiążą się najczęściej z dysfunkcjami występującymi już w młodszym wieku, dotyczącymi schorzeń i niepełnosprawności, które wymagały podejmowania leczenia i działań naprawczych od urodzenia lub we poprzednich okresach ontogenezy. Zmiany fizjologiczne zachodzące w starzejącym się organizmie najczęściej pogłębiają występujące wcześniej dysfunkcje oraz obniżają zdolności regeneracyjne ustroju, co wpływa na pojawianie się nowych zaburzeń i zmian patologicznych.

Osoba dotknięta dysfunkcjami nie jest zdolna samodzielnie funkcjonować w zakresie zaspokajania własnych potrzeb i relacji z otoczeniem oraz w pełnieniu



ról społecznych. Ograniczenia samodzielności w funkcjonowaniu codziennym seniora dotyczą:

- upośledzenia/utarty sprawności fizycznej i/lub psychicznej w czynnościach dnia codziennego;
- pogorszenia stanu zdrowia lub występowania choroby lub dysfunkcji i konieczności prowadzenia terapii, pielęgnowania, rehabilitacji;
- wystąpienie objawów ograniczonej lub utraconej orientacji czasoprzestrzennej uniemożliwiającej samodzielne życie bez opieki ze strony osób bliskich i/lub instytucji (np. miażdżyca uogólniona, choroba Alzheimera) (Błaszczuk, Rynkowska 2016:64)

W związku z procesem starzenia występują zmiany w obrębie mózgu, które prowadzą do zaburzeń pamięci i procesów poznawczych, co utrudnia starszej osobie rozumienie otaczającej rzeczywistości. Funkcjonowanie seniora jest także zależne od relacji z członkami rodzin, przebywającymi z nim codziennie lub wspólnie z nim zamieszkującymi. Prawidłowe relacje sprzyjają zachowaniu aktywności i wzmacniają poczucie bezpieczeństwa oraz poprawiają jakość życia osoby starszej. Ważne znaczenie dla stymulowania zdolności poznawczych i utrzymania praktycznych umiejętności ma aktywizacja seniora w formie różnych zajęć, które poprawiają samopoczucie i łagodzą występujące zaburzenia zachowania. Najlepszy efekt uzyskuje się poprzez ćwiczenia wymagające wysiłku, a oparte na względnie dobrze zachowanych umiejętnościach.

Aby w starszym wieku zachować zdrowie i dobre samopoczucie, nie powinno się skupiać tylko na dążeniu do zaspokajania podstawowych potrzeb. Dużą wagę należy przywiązywać do zachowania aktywnego trybu życia, poprzez kontynuowanie tych form aktywności, które dawały do tej pory dużo satysfakcji, a nie było na nie czasu, np.: uprawa ogródka działkowego, podróże, nauka języków obcych. Jeżeli jest to niemożliwe należy skupić się na rozwijaniu innych, nowych zainteresowań.

Aktywność senioralna spełnia wiele ważnych funkcji m. in.:

–adaptacyjną – służy lepszemu przystosowaniu do nowych, zmieniających się ciągle warunków zarówno sytuacji rodzinnej jak i społecznej;

–integracyjną – pomaga w przystosowaniu się do grupy osób w podobnym wieku;

–kompensacyjną – pozwala wyrównywać braki w takich zakresach jak brak pracy zawodowej itp.;

–kształcącą - prowadzi do rozwijania nabytych lub zdobywania nowych dyspozycji;

–rozrywkowo – rekreacyjną – poprzez wypełnianie czasu wolnego, neutralizuje stres oraz powraca chęci do życia;

–psychohigieniczną – prowadzenie aktywności poprawia jakość życia oraz zwiększa poziom satysfakcji.( Szatur–Jaworska , Błędowski ,Dzięgielewska 2006)

To, w jaki sposób człowiek przeżywa swoją starość wynikać może z indywidualnych uwarunkowań osobowościowych, ale również z przyjętego w danej rodzinie stylu życia, kultywowania tradycji.

#### Style życia osób niepełnosprawnych

Sposób funkcjonowania osoby starszej w codziennym życiu zależy od wielu czynników, których źródło tkwi w nastawieniu samego seniora do procesów zachodzących w starzejącym się organizmie oraz w ograniczeniach zdrowotnych i pozycji zajmowanej w środowisku społecznym w związku ze zmianą ról (wygaśnięcie stosunku pracy, odejście dzieci z domu, śmierć współmałżonka i osób znaczących w życiu seniora, opieka nad wnukami). W przypadku braku ograniczeń aktywności życiowej z przyczyn zdrowotnych lub ekonomicznych, nie ma przeciwskazań do aktywnego i samodzielnego funkcjonowania seniora w organizowaniu codziennego życia dającego radość. Możliwa jest także realizacja zaplanowanych form aktywności, na które wcześniej brakowało czasu z powodu

obowiązków zawodowych oraz opieki nad dziećmi i towarzyszenia im w procesie usamodzielniania się.

Główne znaczenie dla samodzielnego funkcjonowania seniora w codziennym życiu ma sytuacja zdrowotna i poziom sprawności. Wydłużające się lata życia nie muszą wiązać się z ograniczeniami codziennej aktywności, ponieważ wiele osób w okresie wczesnej starości kontynuuje działalność w sferze zawodowej i społecznej (w relacjach rodzinnych, sąsiedzkich i towarzyskich). Coraz więcej osób w podeszłym wieku podejmuje nowe formy aktywności poprzez rozwijanie zainteresowań, odkrywanie talentów, podejmowanie nauki, co umożliwia im uczestnictwo w zajęciach Uniwersytetów Trzeciego Wieku (Kawczyńska-Butrym 2008:162).

Aktywność osób w podeszłym wieku uwarunkowana jest potencjałem zdrowotnym samego seniora, warunkami socjalno-bytowymi, stanem rodziny i relacjami z osobami bliskimi, które zamieszkują wspólnie z seniorem lub są w pobliżu, gdy potrzebna jest pomoc bądź wsparcie w sytuacjach kryzysowych i problemach zdrowotnych. Poczucie przynależności do grupy i więzi z rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami ma znaczenie dla wyzwalań energii potrzebnej do utrzymywania aktywności życiowej, dzięki zaspokojeniu potrzeby przydatności. Dobre relacje interpersonalne pomagają człowiekowi w docenieniu sensu i wartości życia oraz w podejmowaniu starań o poprawę jego jakości.

Okres wczesnej starości nie wymaga korzystania z usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych pod warunkiem dobrego stanu zdrowia psychosomatycznego i braku niepełnosprawności. Większość osób osiągniętych wiek uprawniający do świadczenia emerytalnego kontynuuje zatrudnienie na tym samym lub innym stanowisku pracy, część podejmuje prace na podstawie umów cywilno-prawnych, zakłada działalność gospodarczą lub wykonuje inne formy pracy (opieka nad dziećmi, osobami niepełnosprawnymi, wolontariat).

Pojęcie stylu życia obejmuje nie tylko zachowania ludzkie, ale i psychospołeczne mechanizmy leżące u podstaw tych zachowań : motywacje,

potrzeby, wartości. Styl życia rozumiany jako „*najogólniejsza charakterystyka aktywności grupy społecznej lub jednostki, wyróżniająca specyficzne dla niej działania i wartości, podlega wielokrotnie różnym zmianom. Dokonują się one w miarę przechodzenia od jednej epoki życia do innej, są powodowane przez zmiany pozycji społecznej, pracę samowychowawczą, zmiany hierarchii wartości. Dlatego też praca nad własnym stylem życia nie jest dla dzisiejszego człowieka zadaniem jednorazowym*” (Płotka 2003:83).

Na styl życia składają się typowe zachowania w życiu codziennym. Styl życia poszczególnych osób zmienia się w cyklu życia, jest uzależniony od wielu czynników środowiskowych i także jednostkowych – poziom wykształcenia, stan zdrowia, aspiracje itd. W przypadku osób starszych niepełnosprawnych występuje – podobnie jak w przypadku młodszych osób – duża różnorodność stylów życia. Dostrzec jednak można pewne wspólne jego cechy: duża ilość czasu wolnego w budżecie czasu, istotny wpływ stanu zdrowia i poziomu sprawności, ograniczenie różnorodności kręgów społecznych, w jakich funkcjonują osoby starsze.

Aktywność osób starszych można scharakteryzować poprzez preferowanie przez nich wybranych stylów życia, takich jak:

–styl ekspansywny - charakteryzujący się orientacją na cele i wartości innowacyjne, wprowadza ciągły rozwój, nowe zadania i doświadczenia motywują do rozkwitu;

–styl zachowawczy – charakteryzujący się orientacją na wartości tradycyjne oraz stabilizację. Bardzo ważne są więzi rodzinne oraz koleżeńskie czy przyjacielskie.

Z kolei O. Czerniawska dzieli style życia najczęściej realizowane przez seniorów na sześć podstawowych grup (Czerniawska 1998:65):

–styl całkowicie bierny- charakteryzujący się pozostawianiem w domu i ograniczaniem kontaktów rodzinnych i społecznych do minimum. Ten typ zachowania może wynikać

–z choroby czy niepełnosprawności, gdzie barierą jest trudność w poruszaniu się, ale również inną sprawą są bariery psychiczne, gdzie starszy człowiek niechętnie korzysta z jakiegokolwiek formy aktywności, wycofuje się z życia społecznego i zamyka się w sobie;

–styl rodzinny – osoby realizujące ten styl czują się spełnione poprzez pełnienie roli babci czy dziadka pomagając dzieciom wychowywać wnuki. Ta forma aktywności zajmuje osobom starszym cały wolny czas przez co nie pozostaje im już czasu na inną formę aktywności;

–styl wynikający z posiadania ogródka działkowego – osoby, które posiadają ogródek działkowy zwłaszcza na emeryturze poświęcają cały swój wolny czas pielęgnacji i uprawie roślin co przynosi im pełną satysfakcję. Mogą w ten sposób nawiązywać nowe kontakty społeczne np. z członkami Rodziny Ogródków Działkowych oraz sąsiadami;

–styl oparty na aktywności w stowarzyszeniu społecznym – jest to styl realizowany zwłaszcza przez osoby starsze cieszące się dobrym zdrowiem oraz aktywne społecznie i towarzysko. Osoby takie działają w różnych Towarzystwach, stowarzyszeniach, kołach zainteresowań, związkach zawodowych, partiach politycznych oraz działają w wolontariacie. Osobom takim satysfakcję przynosi działalność na rzecz innych osób, pomoc oraz interesują się życiem społecznym;

–styl domocentryczny – jest to styl z pogranicza rodzinnego i całkowicie biernego. Osoby takie realizują się poprzez uprawianie swojego hobby (krzyżówki, hodowla kwiatów itp.) ale bez wychodzenia z domu. Korzystają ze środków masowego przekazu oraz angażują się w pomoc rodzinie;

- styl pobożny - realizują go ludzie religijni, którzy korzystając z nadmiaru czasu wolnego koncentrują się na aktywniejszym uczestnictwie w życiu Kościoła oraz licznych ruchach kościelnych.

Zasadniczo wyróżnić można następujące typy aktywności seniorów:  
(Chabior 2000:24)

- aktywność rekreacyjna - można wskazać wiele różnorodnych form indywidualnego albo grupowego czynnego wypoczynku, intensywność należy dobrać wedle upodobań i możliwości, interesują jest w przypadku pewnej spontaniczności - bez określonego harmonogramu;

- taniec - może odbywać się w formie lekcji wieczorków tanecznych, balu itp., jest to naturalna forma ruchu, taniec oprócz pewnej aktywności fizycznej integruje ludzi, istnieje możliwość poznania nowych osób;

- aktywność leczniczo-rehabilitacyjna - ten rodzaj jest ukierunkowany przede wszystkim na przywrócenie sprawności, przykładowo po przebytej chorobie albo też zapobieganie utracie sprawności (ćwiczenia gimnastyczne), wyróżnia się tutaj turnusy rehabilitacyjne, uzdrowiska, kurorty oraz sanatoria;

- wczasy i wycieczki - ten typ wymusza aktywność społeczną, daje poczucie odmłodzenia i zmiany, zwiedzanie interesujących miejsc, spacer, zdobywanie górskich szczytów, pływanie, jazda na rowerze i inne atrakcje bardzo pomagają w poprawie samopoczucia;

- aktywność rodzinna - częste kontakty z rodziną mogą być źródłem równowagi emocjonalnej oraz bezpieczeństwa;

- aktywność hobbistyczna - pasje, zainteresowania, hobby, taka aktywność przyczynia się do racjonalnego gospodarowania czasem, również rozwija zdolności manualne i intelektualne;

- aktywność społeczna - w niektórych przypadkach jest naturalnym pomostem między aktywnością zawodową a przejściem na emeryturę, może przejawiać się jako różnorodne kluby seniora, organizacje środowiskowe;

- aktywność kulturalna - kultura w sensie artystycznym jest potrzebna w społeczeństwie, kreuje możliwości czynnego uczestniczenia

w różnych formach życia kulturalnego, jako przykłady można wskazać zespoły tańca zapomnianego, teatr, czy też chór;

- aktywność edukacyjna - człowiek uczy się całe życie, umysł powinno się rozwijać i ćwiczyć niezależnie od wieku, szczególnie popularną formą są Uniwersytety III wieku. Poza tym są to także różnorodne kursy, które mają zazwyczaj charakter rozszerzający posiadaną wiedzę, wykształcenie oraz umiejętności;

- uprawa ogródków działkowych - jest to szczególna forma rekreacji, umożliwia aktywność ruchową oraz to w dodatku na świeżym powietrzu, ma to wielkie znaczenie przede wszystkim dla usprawnienia układu oddechowego, ogródki są formą relaksu.

Jednak badania nad ludźmi starszymi wyraźnie wskazują, że zagospodarowanie czasu wolnego przez seniorów jest ściśle skorelowane z wiekiem i poziomem wykształcenia. Generalnie jednak obszar zainteresowań seniorów jest dość wąski. Do rzadkości należy korzystanie z kina, teatru, zajmowanie się własnym hobby, angażowanie się w działalność społeczną czy polityczną. Najczęściej oglądają telewizję, słuchają radia i coraz częściej korzystają z Internetu. Wyniki badań wskazują, że przeważająca część seniorów w Polsce angażuje się w wolnym czasie w takie formy aktywności, które nie wymagają nakładów finansowych lub wymagają ich w stopniu minimalnym. Niezależnie od grupy wiekowej, niemal wszyscy Polacy spędzają jakąś część swojego wolnego czasu, czytając, słuchając radia albo oglądając telewizję. Biorąc pod uwagę najpopularniejszą bierną formę spędzania czasu wolnego, jaką jest oglądanie telewizji, zauważalne jest, że osoby po 60 roku życia wiele godzin spędzają przed telewizorem. Blisko 70% ogląda telewizję przez ponad 2 godziny dziennie. W sposób aktywny, ale niewymagający bardzo intensywnego ruchu (spacery, gimnastyka, jazda na rowerze itd.), spędza czas wolny 56% osób mających 70 lat i więcej, zaś populacji w wieku 60-69 lat osoby takie stanowią 72%.

Dużo mniej – co jest dosyć oczywiste – jest osób decydujących się na bardziej intensywny wysiłek fizyczny (bieganie, pływanie, aerobik, praca na działce itd.). W grupie wieku 70 lat i więcej takie osoby stanowią 14%, natomiast wśród osób w wieku 60-69 lat – 26% (Omyłka-Rudzka 2012).

### **Podsumowanie**

Jak pisze Z.Szarota (2004) życie wypełnione aktywnością ,to dobre życie. Aktywność człowieka jest sposobem porozumiewania się z innymi i otoczeniem. Aktywność nabiera szczególnego znaczenia wraz z upływem życia.

Generalnie, zatem, jeśli wziąć pod uwagę formy spędzania czasu wolnego, osoby starsze niepełnosprawne, w szczególności realizują bierny styl życia. Najważniejszym powodem są bez wątpienia ograniczenia zdrowotne, ale zapewne nie bez znaczenia jest też brak w tym pokoleniu nawyków i utrwalonych wzorów fizycznej aktywności. Jeżeli doda się do tego brak propozycji aktywności ruchowej dla ludzi starych, nie dziwi preferowanie przez te osoby biernych form spędzania czasu wolnego. Skutkuje to jednak pogarszaniem stanu zdrowia, gdyż aktywność ruchowa – dostosowana do możliwości organizmu – jest jednym z czynników prozdrowotnych.(Tobiasz-Adamczyk 2000)

Sposób przeżywania starości jest różny oraz zależny od wielu czynników, między innymi od wcześniejszych doświadczeń życiowych seniora, planu na życie, także stanu zdrowia, splotu nieprzewidzianych okoliczności, czy też światopoglądu.

Postęp techniczny i technologiczny przyczynił się do znacznego wydłużenia życia człowieka. Liczba osób starszych w społeczeństwie zwiększa się. Niestety wraz z wiekiem następuje szeroko rozumiane pogorszenie parametrów nie tylko fizycznych ale i psychicznych, które determinują powstawanie pewnych niepełnosprawności . Te z kolei oddziałują bezpośrednio na styl prowadzonego życia i jego jakość. Warto nadmienić, że w zależności od stylu życia, niepełnosprawność (w okresie starości) i jakość życia są ze sobą ściśle i relacyjne



powiązane. Jakość życia ściśle wiąże się z pojęciem życiowej satysfakcji. Ludzie których cechuje wysoka jakość życia, są zadowoleni i mają satysfakcjonujące relacje i kontakty społeczne . Jednak nie w każdym przypadku stan zdrowia pozwala na dowolny wybór stylu życia, a zatem świadomego doboru jego jakości.

### **Bibliografia:**

Błaszczuk K., Rynkowska D.(2014), *Wybrane problemy zdrowia publicznego w perspektywie pracy socjalnej*, Rzeszów

Błaszczuk K., Rynkowska D.(2016), *Problemy społeczne i opiekuńcze seniorów i ich rodzin*, Rzeszów

Chabior A.(2000) . *Rola aktywności kulturalno- oświatowej w adaptacji do starości*.  
Instytut Technologii Eksploatacji : Radom- Kielce

Czerniawska O.(1998), *Style życia ludzi starszych*, (w:) *Style życia w starości*,(red.)O. Czerniawska ,Łódź

Kawczyńska-Butrym Z.(2008), *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*, Lublin

Kirkwood T.B., *Human Senescence*, BioEssay, nr 18/1996

Omyłka-Rudzka M., *Sposoby spędzania czasu na emeryturze*. Komunikat z badań nr 4689 CBOS, Warszawa 2012.

Panek A., Szarota Z (2000)., *Zrozumieć starość*, Kraków

Płotka A., (2003), *Zdrowy styl życia psychicznego*, Lublin

Szarota Z.(2004), *Gerontologia społeczna i oświatowa* ,Kraków

Szatur–Jaworska B., Błędowski P.,Dzięgielwska M., (2006) *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa

Szukalski P.(2006), *Populacja osób bardzo starych w społeczeństwie polskim – stan obecny i perspektywy*, [w:] J.T. Kowalewski, *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*, Łódź

Tobiasz-Adamczyk B., (2000), *Psychospołeczne aspekty wieku podeszłego, Zarys gerontologii klinicznej*, Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ, Kraków

Trafiątek E.(2003), *Polska starość w dobie przemian*, WN Śląsk, Katowice 2003

Zych A, *Moderacja rozwoju – wyzwaniem dla gerontologii edukacyjnej*, Gerontologia Polska, nr 12/2004

## Anoreksja w przestrzeni wirtualnej

### Wstęp

Terapia internetowa, to świadczenie usług z zakresu zdrowia psychicznego za pomocą internetu. Współcześnie, gdy tempo i sposób życia sprawia, że coraz więcej czasu spędzamy online, wykorzystanie technologii informatycznej do tego rodzaju działań wydaje się mieć sens. Psychoterapia za pośrednictwem internetu wzbudza nie tylko duże zainteresowanie, ale i kontrowersje, związane m. in. z brakiem bezpośredniej relacji pacjent-terapeuta. Jednak to, co z jednej strony można odbierać jako wadę, może mieć również pozytywny wpływ. Wykorzystanie internetu w celach terapeutycznych daje chorym możliwość podjęcia leczenia bez wychodzenia z domu i podejmowania bezpośrednich kontaktów twarzą w twarz. Terapia zdaje się więc być szansą szczególnie dla tych chorych, którzy z jakiegoś powodu wycofali się z bezpośrednich relacji z otoczeniem, tak jak ma to często miejsce w przypadku anoreksji. Czy internetowa forma terapii znajdzie zastosowanie w przypadku chorych na to zaburzenie odżywiania?

### Czym jest anoreksja?

Termin *anorexia* jest połączeniem dwóch, pochodzących z języka greckiego, słów: *an*-brak oraz *orexis*-apetyt i stanowi ogólne określenie braku łaknienia bądź awersji do pożywienia (Tokarski 1980).

Już samo wykorzystywanie tego określenia w związku z zaburzeniami odżywiania, budzi pewne kontrowersje. Wielu badaczy wskazuje, że jego zastosowanie w tym kontekście jest niewłaściwe. Jak zaznacza Artur H. Crisp, osoba chora na anoreksję jest rozdarta pomiędzy ogromną chęcią jedzenia a lękiem przed skutkami spożycia pokarmu. To rozdarcie, jest, według niego,

jednym z najbardziej dotkliwych cierpień chorego (Crisp 1983). Chociaż niekiedy przyjmuje się, że u osób z anoreksją występują zaburzenia w ośrodku głodu i sytości, to nie można w tym przypadku mówić o braku apetytu. Jedna z chorych dziewcząt, 17-letnia Ania, opisując najcięższy moment przebiegu anoreksji, wyznaje: „Z tamtego okresu pamiętam jedynie ogromny ból – fizyczny i psychiczny, izolację od ludzi i świata, obsesyjne myśli o jedzeniu, paniczny lęk przed przytyciem i głód, do którego nie chciałam się przyznać sama przed sobą”.(Crisp 1983)

W celu rozpoznania jądłowstrętu psychicznego stosuje się dwa podręczniki diagnostyczne: DSM-IV-TR (2000) oraz Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych znanej pod skrótem ICD-10 (2000). Według tego ostatniego, anoreksja to przewlekłe zaburzenie psychiczne, charakteryzujące się celową utratą masy ciała wywołaną i/lub podtrzymywaną przez chorego. Obserwuje się tu również zniekształcony obraz siebie i lęk przed otyłością, ujawniający się w postaci natrętnej myśli nadwartościowej, która zmusza chorego do utrzymywania niskiej wagi. Zwykle stwierdza się występujące w różnym stopniu niedożywienie oraz wtórne zmiany hormonalne, skutkujące, u kobiet, zanikiem menstruacji (Starzomska 2006:18). Natomiast pierwszy z podręczników, DSM-IV-TR (2000), określa cztery kryteria, których występowanie świadczy o chorobie, są to: odmowa utrzymania wagi wyższej niż minimalna, lęk przed przybraniem na wadze, zaburzone odczuwanie własnej wagi, rozmiaru oraz kształtu ciała oraz zanik menstruacji (u kobiet) lub utrata libido (u mężczyzn) (Starzomska 2006:18).

Jednak mimo wielu badań i opracowań naukowych na jej temat, anoreksja wciąż pozostaje chorobą zbyt słabo zbadaną, o niemożliwych do wskazania bezpośrednich przyczynach.

## Spółeczeństwo sieci

Obecnie coraz więcej czasu spędzamy w internecie. Wykorzystujemy go zarówno w celach służbowych, do pracy czy nauki, jak i prywatnych, m.in. jako źródło informacji czy rozrywki, a także jako narzędzie komunikacji. z jego pomocą możemy wykonywać większość czynności, które niegdyś wymagały dużych nakładów czasu i energii, począwszy od zakupów spożywczych, poprzez załatwianie spraw urzędowych, aż po wirtualne zwiedzanie znanych muzeów czy galerii sztuki. Internet umożliwił również komunikowanie się z ludźmi z całego świata, bez względu na czas czy odległość, dzięki istnieniu czatów, forów, portali społecznościowych, itp. Według najnowszego raportu CBOS to właśnie prowadzenie rozmów za pośrednictwem komunikatorów i czatów jest jedną z najpopularniejszych aktywności podejmowanych w świecie wirtualnym – deklaruje ją 56 proc. użytkowników, a aż 67 proc. z nich korzysta z portali społecznościowych (CBOS 2016).

Coraz większa informatyzacja świata i jej znaczenie w życiu człowieka, stanowi punkt zainteresowania wielu badaczy społecznych. w Polsce CBOS regularnie prowadzi statystyki dotyczące użytkowania internetu. Dzięki temu możemy stwierdzić, że, po pierwsze, na przestrzeni ostatnich dwóch dekad w kraju nastąpił istotny i dynamiczny wzrost liczby internautów i po drugie, iż obecnie, choć liczba użytkowników nadal wzrasta, to rozwój ten nie jest już tak dynamiczny.

Na początku XXI wieku odsetek internautów wynosił zaledwie 17 proc., a już dziesięć lat później ponad dwa razy więcej – 51 proc. Jak wskazuje komunikat z badań z 2016 roku, aktualnie 65 proc. dorosłych mieszkańców Polski regularnie korzysta z internetu, a wśród nich dominuje odsetek ludzi młodych – niemal wszystkie osoby mające od 18 do 24 lat są użytkownikami internetu, a także znaczna część osób starszych, które nie ukończyły jeszcze 45 roku życia. (CBOS 2016)

Mimo, że dzięki mobilnemu internetowi można z niego korzystać niemal w każdym miejscu, wciąż najczęściej jest on używany w domu – takiej odpowiedzi udzieliło 98 proc. użytkowników. Tak więc internet właściwie zlikwidował odległość dzielącą nas od sklepów (zakupy internetowe), bibliotek czy księgarni (biblioteki cyfrowe, księgarnie internetowe), od banków (bankowość internetowa), znajomych (czaty, komunikatory, serwisy społecznościowe), wszelkiego typu wiadomości i informacji, itp. Załatwianie tych i innych tego typu spraw wiązało się zawsze z nakładem czasu czy energii, ale przede wszystkim z bezpośrednim kontaktem z drugim człowiekiem. Dziś kontakt taki wydaje się zbędny, skoro wszystko można zrobić za pomocą odpowiedniej strony internetowej czy aplikacji. Celem tej pracy nie jest jednak zgłębianie się w zalety bądź wady, jakie niesie za sobą informatyzacja życia społecznego, lecz próba dostrzeżenia w tym szansy dla osób, które z jakiś powodów unikają realnych kontaktów z innymi.

### **Samotność w chorobie**

Jednym ze skutków anoreksji, jak i zresztą wielu chorób, zwłaszcza tych, których konsekwencje odzwierciedlają się w wyglądzie chorego, są wycofywanie się jednostki z uczestniczenia w życiu społecznym, unikanie kontaktów z innymi ludźmi.

Przyczyn takiego zachowania można doszukiwać się, po pierwsze, w próbie ukrycia swojego ciała przez chorego, który wstydzi się własnego wyglądu. Tu należy wspomnieć, iż w anoreksji z jednej strony występuje zaburzony obraz siebie: osoby z tego typu zaburzeniami odżywiania postrzegają siebie jako grubych i niezgrabnych bez względu na to, jak niska jest ich waga i jak bardzo są wyniszczeni. z drugiej, anorektycy, jako osoby silnie uwrażliwione na opinie innych, dostrzegają reakcje otoczenia na zmiany zachodzące w ich wyglądzie (jak szybka, znaczna utrata masy ciała) oraz zachowaniu (np. zwiększona aktywność fizyczna czy ograniczenie ilości spożywanego pokarmu) i błędnie je interpretują, odbierając troskę innych jako zagrożenie ich wolności bądź krytykę.

Kolejnym powodem rezygnacji z utrzymywanych wcześniej kontaktów jest to, iż anorektycy starają się unikać sytuacji wiążących się z koniecznością jedzenia, zwłaszcza w towarzystwie.

Nie jesteśmy nawet świadomi tego, jak kult jedzenia wpisał się w naszą kulturę. Obecnie dostęp do produktów żywnościowych pochodzących z całego świata stał się, przynajmniej w krajach lepiej rozwiniętych, tak łatwy i szybki, iż konsumpcja stała się stałym elementem niemal wszystkich spotkań towarzyskich. Okazją do wspólnego jedzenia są już nie tylko święta czy ważne wydarzenia z życia rodziny, jak ślub czy chrzciny, ale nawet zwykłe spotkanie z przyjaciółmi, które często kończy się w pizzerii bądź kawiarni. Dla anorektyka każdy taki kontakt wiąże się z ryzykiem, że będzie zachęcany czy zmuszany do jedzenia. Nie jest to jednak jedyny czynnik wpływający na takie zachowanie. Wydaje się to okrutnym paradoksem, ale dla chorego, który nieustannie znajduje się w stanie głodu, jedzenie stanowi centralny obszar życia: „Myślisz o jedzeniu, marzysz o nim i śniesz. Staje się ono celem samym w sobie, sensem twojego życia, twojego istnienia. Podporządkowujesz mu każdą chwilę, myśl, działanie. Jedyny problem polega na tym, że go nie jesz” mówi jedna z chorych dziewcząt, co zdaje się potwierdzać Harriet Brown, opisując reakcję jej chorej na anoreksję córki, gdy w szpitalu zlecono założyć jej sondę\*: „Tylko nie sonda! Nie poczuję żadnego smaku!” (Brown 2011).

Wydaje się nie mieć to racjonalnego wyjaśnienia – jak osoba, która, mając taką możliwość, właściwie wcale nie je, może tak bardzo jedzenia pożądać? Autorka wyjaśnia: „Anoreksja nie pozwala człowiekowi jeść, ale nie jest w stanie oszukać tej pierwotnej siły. Stłumiony głód znajduje sobie inne formy wyrazu – [...] przymus smakowania i delektowanie się nawet tymi odrobinami, które zjada” (Brown 2011). Dlatego moment posiłku, nawet w postaci niskokalorycznego jogurtu czy jabłka, stanowi tak istotną chwilę w przebiegu dnia anorektyka.

---

\* Sonda, inaczej zgłębnik, to silikonowa bądź sztywna rurka, którą zakłada się pacjentowi przez nos albo jamę brzuszną do żołądka lub jelita w celu karmienia go.

Perspektywa, iż coś może ten moment zakłócić budzi lęk i obawę, a samotność wydaje się choremu szansą na zminimalizowanie tego ryzyka.

Wśród czynników wpływających na unikanie wydarzeń towarzyskich przez anorektyków wymienić należy również brak zrozumienia chorego okazywany mu często przez osoby z otoczenia i to nie tylko przez znajomych czy rówieśników, lecz także przez najbliższych, którzy nie są w stanie zrozumieć, dlaczego ich dziecko czy siostra, mając dostęp do większości dóbr, jest w stanie miesiącami czy nawet latami się głodzić.

Fakt, że chory zamyka się na świat zewnętrzny sprawia, iż często zaczyna on funkcjonować w innej, wykreowanej przez siebie i podporządkowanej anoreksji rzeczywistości, a to, co nie jest jej elementem lub też zaburza jej formę, odbiera jako zagrożenie bądź atak. Jest to zamknięte koło, im dana sytuacja wymaga od chorego większej elastyczności, tym bardziej stara się on jej unikać, a w konsekwencji w coraz to większym stopniu wycofuje się z życia społecznego. Im dłużej funkcjonuje się w tak hermetycznych, dopasowanych do anoreksji warunkach, tym ciężiej jest się mu uwolnić od niezdrowych nawyków związanych z chorobą i wrócić do normalnego trybu życia.

Bez względu na to, jaka jest przyczyna wyobcowania danej osoby chorej na zaburzenia odżywiania, pojawia się pytanie, jak tę sytuację zmienić? Co może sprawić, że anorektyk powróci do życia w społeczeństwie?

### **Rodzaje terapii internetowych**

W leczeniu zaburzeń odżywiania coraz większą rolę zaczyna odgrywać internet. Jak już zostało wspomniane, korzystanie z jego możliwości nie wymaga bezpośredniego kontaktu z zewnętrznym otoczeniem. Internet pozwala chorym i ich bliskim wyszukiwać informacji na temat zaburzenia, sposobów leczenia czy ośrodków oferujących pomoc, za jego pośrednictwem można również odnaleźć inne osoby z tym samym problemem lub specjalistów w tej dziedzinie czy terapię poprzez np. pocztę elektroniczną. Nie powinny już zaskakiwać określenia takie jak



psychoterapia online, e-terapia czy terapia internetowa. Obecnie szukanie pomocy psychologicznej czy psychoterapii prowadzonej za pomocą internetu nie jest czymś niezwykłym, dzięki temu możliwe jest świadczenie usług psychoterapeutycznych na odległość. Kontakt między pacjentem a terapeutą odbywać się może zarówno w czasie rzeczywistym (tzw. komunikacja synchroniczna, wykorzystuje się tu m. in. system videokonferencji czy czatu), jak i być odroczony w czasie (określany mianem komunikacji asynchronicznej, prowadzony jest z użyciem poczty elektronicznej) (*O terapii online...*)

Jak podaje Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (*American Psychological Association*), technologie w usługach terapeutycznych wykorzystywać można zarówno do celów terapeutycznych, jak i w profilaktyce oraz poradnictwie (APA 2013). w tym miejscu niniejszej pracy przywołane zostaną podstawowe pojęcia związane z terapią internetową oraz formy wykorzystywania internetu w leczeniu m. in. zaburzeń odżywiania:

- Telepsychologia, to usługi psychologiczne świadczone są dzięki wykorzystaniu technologii telekomunikacyjnych (APA 2013), tj. telefonu, poczty elektronicznej, videokonferencji, czatu czy stron internetowych, obejmujących m. in. blogi, strony samopomocowe oraz psychoedukacyjne;
- Telepsychoterapia, to terapia prowadzona na odległość – psychoterapeuta znajduje się w innym miejscu niż pacjent – na co pozwala wykorzystanie dwukierunkowej technologii umożliwiającej interakcję w czasie rzeczywistym (Kaplan 2017).

Zarówno telepsychologia, jak i telepsychoterapia to terminy odnoszące się do dość szeroko pojętej pomocy udzielanej dzięki wykorzystaniu nowoczesnych technologii, a nie tylko połączeń internetowych. Wspomnieć należy jeszcze, że pojęć telepsychoterapia, psychoterapia online oraz psychoterapia za pośrednictwem internetu używa się zamiennie. w obrębie tych pojęć mieszczą się:

- Psychoterapia poznawczo-behawioralna online (*Cognitive-Behavioral Therapy online*), która później zostanie bliżej przedstawiona;
- Psychologiczna interwencja internetowa (*Web-Based Intervention*), to interwencja, która może (ale nie musi) obejmować kontakt z terapeutą, może mieć na celu leczenie zaburzeń i problemów emocjonalnych bądź też zapobieganie im (poprzez np. udzielanie wsparcia psychologicznego lub poradnictwa w tym zakresie, psychoedukację, interwencje kryzysowe lub psychoprophylaktykę). Interwencje te opierają się na przekonaniu, iż niektórzy są w stanie w efektywny sposób walczyć z lękiem czy depresją poprzez samopomoc;
- Terapia na odległość (*Remote Therapy*), inaczej terapia internetowa (*Internet-Based Therapy*), to psychoterapia lub związana z nią praktyka psychologiczna, gdzie wykwalifikowany terapeuta spotyka się z pacjentem bądź klientem za pośrednictwem internetu, telefonu lub videokonferencji i obejmuje ona:
  - Psychoterapię online (leczenie zaburzeń oraz problemów emocjonalnych przez internetowy kontakt z terapeutą odbywający się w czasie rzeczywistym);
  - Terapię mieszaną (tradycyjna terapia wspierana jest o dodatkowe zadania czy materiały, które dostępne są dla pacjenta np. na specjalnej platformie internetowej);
  - Platformę internetową z programem terapeutycznym (pacjent może stosować program samodzielnie, bądź pozostając w kontakcie internetowym z terapeutą) (*O terapii online 2017*).

Badania pokazują, że niektóre z form terapii online przynoszą podobne lub nawet lepsze efekty, niż terapie tradycyjne (*O terapii online 2017*). W tym miejscu niniejszej pracy zostaną przedstawione dwa sposoby wykorzystania technologii informatycznej w leczeniu zaburzeń psychicznych oraz problemów emocjonalnych.

## **Psychoterapia poznawczo-behawioralna online**

Psychoterapia poznawczo-behawioralna online, znana pod skrótem CTB online (z ang. *Cognitive-Behavioral Therapy*), opiera się na kontakcie z wyszkolonym terapeutą za pośrednictwem internetu, odbywającym się w czasie rzeczywistym dzięki wykorzystaniu dwukierunkowej, interaktywnej technologii telekomunikacyjnej. Jest ona wykorzystywana w leczeniu wielu zaburzeń o podłożu psychicznym oraz problemów emocjonalnych. Pomaga rozwiązywać bieżące problemy, a także zmieniać negatywne wzorce myślenia oraz działania, zmniejszając stopień nasilenia negatywnych emocji ((*O terapii online* 2017).

Jak podaje Aaron T. Beck, u podstaw terapii leży przekonanie, że źródłem zespołów psychicznych, jak lęk czy depresja, jest zaburzenie myślenia, prowadzące do systematycznej, błędnej interpretacji określonych doświadczeń (jak np. wspomniane wcześniej mylne tłumaczenie przez anorektyka reakcji innych na jego wygląd). Ukazanie pacjentom ich błędnego postrzegania oraz wskazanie alternatywnej, bardziej prawdopodobnej wersji, skutkuje szybkim zmniejszeniem objawów (Beck 2011).

Istotnym czynnikiem wpływającym na skuteczność psychoterapii jest relacja pomiędzy pacjentem, a terapeutą. Kontakt ten powinien opierać się na wzajemnym zaufaniu, tylko wówczas terapia ma szansę przynieść oczekiwane efekty. Podstawowym problemem, który dostrzega się w odniesieniu do prowadzenia terapii internetowej jest to, czy sojusz między jej uczestnikiem a psychoterapeutą, uważany za podstawę efektywnej terapii, może rozwinąć się także wówczas, gdy uczestnicy nie mają ze sobą bezpośredniego kontaktu twarzą w twarz. Badania pokazują jednak, że w przypadku terapii poznawczo-behawioralnej porozumienie to może być z powodzeniem nawiązane z wykorzystaniem internetu i nie zachodzą tu istotne różnice w porównaniu z terapią tradycyjną (Cook, Doyle 2004).

Skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej online została udowodniona naukowo. Jedno z badań zostało przeprowadzone wśród osób

cierpiących na depresję, które w sposób losowy przydzielono do jednej z dwóch form terapii poznawczo-behawioralnej: tradycyjnej lub prowadzonej za pośrednictwem internetu, z czego obie składały się dokładnie z tych samych elementów, zawierały te same moduły, itp. Pacjenci, którzy uczestniczyli w terapii online, dzięki specjalnej platformie internetowej mieli dostęp do umieszczonych tam materiałów i raz na tydzień kontaktowali się z terapeutą za pośrednictwem poczty elektronicznej. Terapia obejmowała okres 8 tygodni, a jej wyniki pokazały, że po tym okresie znaczna poprawa nastąpiła u 53 proc. pacjentów biorących udział w terapii internetowej, w porównaniu do 50 proc. przy zastosowaniu terapii tradycyjnej. Terapia online przyniosła również większe efekty długoterminowe – po upływie 3 miesięcy 57 proc. osób z tej grupy utrzymało znaczącą poprawę, podczas gdy w drugiej grupie, odsetek ten wyniósł zaledwie 42 proc (Wagner et al 2017).

### **Wykorzystanie poczty elektronicznej w leczeniu zaburzeń odżywiania**

Poczta elektroniczna wykorzystywana jest w leczeniu anoreksji w dwojaki sposób. Po pierwsze, daje możliwość udzielania porad chorym za pośrednictwem e-maili. Zadawane w ten sposób pytania dotyczą przede wszystkim zachowań, które są charakterystyczne dla tego typu zaburzeń odżywiania, a także są to prośby o informacje o ośrodkach zajmujących się ich leczeniem, grupach samopomocy i organizacjach udzielających pomocy chorym. Podaje się również, że z tego rodzaju wsparcia korzystają zwykle anorektycy (i zazwyczaj są to kobiety), a następnej kolejności ich przyjaciele, rodzice, w końcu lekarze (Starzomska 2006:66).

Wiadomości kierowane do centrum konsultacyjnego są najczęściej pierwszym działaniem chorych podjętym w celu uzyskania wsparcia. Korzystający z tego typu pomocy twierdzą, iż nie byłoby w stanie nikomu zaufać w takim stopniu, by zwierzyć się ze swoich problemów psychicznych (Starzomska 2006:66).

Kolejnym zastosowaniem poczty elektronicznej w leczeniu zaburzeń odżywiania jest terapia prowadzona za jej pośrednictwem. Niesie ona za sobą co najmniej cztery zalety, które mogą przesądzić o wyborze tego rodzaju pomocy przez chorych:

- Duża anonimowość;
- Indywidualne podejście;
- Możliwość korzystania z terapii bez wychodzenia z domu;
- Możliwość uzyskania pomocy w miejscach oddalonych od ośrodków terapeutycznych (Starzomska 2006:66).

Paul H. Robinson oraz Marc A. Serfaty (2001: 181-193) dodają, że takie rozwiązanie może się sprawdzić szczególnie w tych przypadkach, gdy chorzy nie uznają konwencjonalnych form terapii.

Jak podkreślają badacze, znaczna część pacjentów, którzy podjęli się terapii za pośrednictwem e-maila, prawdopodobnie nigdy nie zdecydowałyby się na szukanie pomocy w kontakcie bezpośrednim (Robinson, Serfaty 2006). z tego też powodu, jak zaznaczają Martin Grunwald oraz Juliane C. Busse (2003), wiadomości kierowane do osób zmagających się z zaburzeniami odżywiania powinny być formułowane w sposób przemyślany i ostrożny, tak, by nie zniechęcić ich przypadkiem do terapii.

Nie jest to jedyne zagrożenie związane z taką formą leczenia. Jak podają Paul H. Robinson i Marc A. Serfaty (2001), wyklucza ona bezpośredni kontakt twarzą w twarz oraz możliwość szybkiej reakcji, na przykład w przypadku, gdy osoba jest agresywna bądź ma myśli samobójcze. Może się nawet zdarzyć, że w takiej sytuacji, terapeuta kontaktujący się z chorym poprzez wiadomości e-mail, zostanie pociągnięty do prawnej odpowiedzialności za autoagresywne zachowanie pacjenta. Pojawia się tutaj również zagrożenie związane z przestępstwami internetowymi, takimi jak włamania do systemu, które mogą skutkować ujawnieniem danych chorego.

Jednak, pomimo wad, porady e-mailowe mogą być sprawnym narzędziem umożliwiającym wychwycenie potencjalnych pacjentów terapii oraz osób zagrożonych zaostrzeniem choroby (Grunwald, Busse 2003).

### **Zakńczenie**

Pomimo, że nie powinno się bagatelizować wad wynikających z wykorzystywania internetu w celach terapeutycznych, takich jak brak bezpośredniego kontaktu terapeuty z pacjentem, uniemożliwienie szybkich reakcji czy niebezpieczeństwo związane z wyciekiem danych, to zalety tego typu działań w znacznej mierze niwelują te zagrożenia. Jak wskazują badania, psychoterapia prowadzona za pośrednictwem internetu może mieć porównywalne lub nawet lepsze skutki, niż terapia tradycyjna. Łatwość dostępu do tego rodzaju pomocy, zapewnienie większej anonimowości chorym oraz możliwość korzystania z terapii w domu, bez względu na miejsce zamieszkania, to cechy, które zdają się być kluczowe dla osób zagubionych, nieufnych, które unikają bezpośrednich kontaktów społecznych. Dlatego wydaje się, że zarówno poradnictwo, jak i psychoterapie prowadzone za pośrednictwem internetu mogą stać się istotnym narzędziem w walce z zaburzeniami o podłożu psychicznym oraz problemami emocjonalnymi, w tym z anoreksją. Nie ulega jednak wątpliwości, że tego rodzaju działalność powinna być prowadzona w sposób starannie przemyślany i monitorowana.

### **Literatura:**

- APA, *Guidelines for the practice of Telepsychology*, „American Psychologist”, grudzień 2013, s. 799, <https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0035001.pdf>, [17.06.2017 r.].
- Beck A. T., *Przedmowa*, w: J. S. Beck, *Terapia poznawczo-behawioralna. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*, Wydanie drugie, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011, s. 10
- Brown H., *Kiedy jedzenie wymaga odwagi*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2011.

- CBOS, *Komunikat z badań. Korzystanie z Internetu*, nr 92/2016, Warszawa 2016, [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K\\_092\\_16.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_092_16.PDF) [07.06.2017 r.].
- Committee on National Security Systems, *National information assurance (IA) glossary*, 2010, [https://www.cnss.gov/Assets/pdf/cnssi\\_4009.pdf](https://www.cnss.gov/Assets/pdf/cnssi_4009.pdf), za: APA, *Guidelines for the practice of Telepsychology*, „American Psychologist”, grudzień 2013, s. 792, <https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0035001.pdf>, [17.06.2017 r.].
- Cook J. E., Doyle C., *Working Alliance in Online Therapy as Compared to Face-to-Face Therapy: Preliminary Results*, „CyberPsychology & Behavior”, lipiec 2004, 5(2), <https://doi.org/10.1089/109493102753770480> [18.06.2017 r.].
- Crisp A. H., *Some Aspects of the Psychopathology of Anorexia Nervosa*, w: *Anorexia Nervosa. Recent Developments in Research*, red. P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner, D. Coscina, A. R. Liss, New York 1983, za: M. Starzomska, *Anoreksja. Trudne pytania*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- Grunwald M, Busse J. C., *Online Consulting Service for Eating Disorders – Analysis and Perspectives*, „Computers in Human Behaviour” 2003, 19, 469-477, za: M. Starzomska, *Anoreksja. Trudne pytania*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- Kaplan E. H., za: o *terapii online*, <https://www.psychoterapeuta.online/dlaczego-online/o-terapii-online> [09.06.2017 r.].
- O *terapii online*, <https://www.psychoterapeuta.online/dlaczego-online/o-terapii-online> [09.06.2017 r.].
- Robinson P. H., Serfaty M. A., *Computers, E-mail and Therapy in Eating Disorders*, „European Eating Disorders Review” (Special Issue: „New Technologies in the Treatment of Eating Disorders”) 2003, May-Jun., 11, 3, za: M. Starzomska, *Anoreksja. Trudne pytania*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- Robinson P. H., Serfaty M. A., *The Use of E-mail in the Identification of Bulimia Nervosa and Its Treatment*, „European Eating Disorders Review”, 2001, May-Jun., 9, 3, s. 182-193, za: M. Starzomska, *Anoreksja. Trudne pytania*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- Starzomska M., *Anoreksja. Trudne pytania*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- Szurkowska B., *Anoreksja i bulimia. Śmiertelne sposoby na życie*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2011.
- Tokarski J., *Słownik wyrazów obcych*, Wydawnictwo PWN, 1980, za: M. Pilecki, *Historia zaburzeń odżywiania się*, w: *Anoreksja i bulimia psychiczna*.

*Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, red. B. Józefik, Wydawnictwo UJ, Kraków 1999.

Wagner B., Horn A. B., Maercker A., *Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial*, „Journal of Affective Disorders”, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23886401> [09.06.2017 r.].



**Laura Ardelean**

**Inclusion of Romani People into Local Communities. Case Study: Girişu de Criş Commune, Bihor County**

Romani people represent the second minority in Romania from a numerical point of view, so public policies are undoubtedly about solving the problems related to them. The most active period, when authorities were intensively concerned with the integration of the Roma into society and diminishing the effects of social exclusion, was before Romania's entry into the EU in 2007, this being one of the many conditions our country had to observe.

According to the 2011 Census, Romania's stable population in 2011 was 20'121'641 of which 16'792'868 Romanians, 1'227'623 Hungarians, 621'573 Roma and the rest of other nationalities ([http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2015/05/vol2\\_t1.xls](http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2015/05/vol2_t1.xls) *Final results of the 2011 Census*: "Volume II: Stable Population (RESIDENT) - Ethnic and Confessional Structure." National Institute of Statistics May 2015, accessed on June 13, 2017 at 11:55). These are the official figures, but they do not seem to match reality, their number possibly being much higher. Estimates even go up to between 1 and 2 million of Roma, which would mean that Romania is a leader in Europe (Olah, Baltăţescu 2008: 15; Dejeu - 2015: 459) or between 1,452,700 and 1,588,552 heteroidentified, out of which 922,465 1,002,381 self-identified by the sources of the Research Institute for Quality of Life, 1998 ([http://www.edrc.ro/docs/docs/Romii\\_in\\_Romania.pdf](http://www.edrc.ro/docs/docs/Romii_in_Romania.pdf), p.2, accessed on May 13, 2017 at 18.00) or even between 1.8 and 2.5 million after the European Commission (2004 Report, *Regular Report on Romania's progress towards accession*, [https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/sites/near/files/archives/pdf/key\\_documents/2004/rr\\_en\\_2004\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/sites/near/files/archives/pdf/key_documents/2004/rr_en_2004_en.pdf), accessed on May 13, 2017 at 18.00) and the Minority Rights Group (<http://minorityrights.org/country/romania/>, accessed on May 13, 2017 at 18.00). If that were the case, then we would have, unofficially, the largest minority in Romania.

It is very difficult to establish the number of Romani people in Romania because many of them do not declare themselves as such. The reasons are as follows:

1. they do not speak the Romani language anymore and declare according to the language they adopted, Romanian or Hungarian.
2. they have been manipulated by censors.
3. they fear social exclusion.
4. the stereotypes of others regarding Roma ethnics.
5. they remember past oral events (slavery, holocaust), and so on.

Harmonious living between all ethnicities is a major issue; in this respect, marginalization, discrimination, stigmatization, preconceived ideas about Romani people, school segregation (Surdu 2003) must be avoided. At the same time, efforts are being made to encourage them to accept their ethnic identity and to preserve their cultural identity.

The hot issues faced by Romania in relation to these citizens are the lack of education and poverty associated with these populations, the reduced number of Roma employees, their low quality of life. Statistics show that it is the least educated ethnic group in Romania, many do not complete primary school, and the number of illiterates is 44% for men and 59% for women, according to the *Center for Documentation and Information on Minorities in South-Eastern Europe. Roma in Romania* ([http://www.edrc.ro/docs/docs/Romii\\_in\\_Romania.pdf](http://www.edrc.ro/docs/docs/Romii_in_Romania.pdf), accessed on May 13, 2017 at 19.00). National Education Law no. 1/2011 stipulates that in Romania the education is conducted in Romanian, as well as in the languages of the national minorities and in the languages of international circulation (<https://lege5.ro/Gratuit/geztsobvgi/legea-educatiei-nationale-nr-1-2011>, accessed on May 13, 2017 at 19.00), but even previously it was already regulated the study of the mother tongue in schools, so also the Romani language (Order No. 3533 of 31 March 1999). Although they have provided free special places

without admission to faculties or colleges, Roma candidates are not very interested.

After Law 68/1992 on the election of the Chamber of Deputies and Senators, which stipulates in art. 4 the participation of the organizations of citizens belonging to the national minorities to the elections and to have representatives in Parliament, several organizations were set up: the Democratic Union of the Roma, the Roma Ethnic Federation, the Roma Party, the Roma Union, etc. In order to communicate with these organizations, the state established in 1993 the National Minorities Council, which financed various programs and projects within the framework of the European Campaign for Combating Racism, Xenophobia, Antisemitism and Intolerance (Decision No. 783 of 28.11.1997).

The Recommendation 1203 (1993) of the Council of Europe made some proposals to governments, or the relevant local and regional authorities regarding the Roma in the field of culture, education, information, equal rights ([http://assembly.coe.int/nw/xml/Xref/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=1523\\_7&lang=en](http://assembly.coe.int/nw/xml/Xref/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=1523_7&lang=en), accessed on May 15, 2017 at 16.15). So in the order to adhere to European Union, the problem of the Roma was one of the priorities of the Romanian governmental program that not ended after the adherence (<http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Legislatie/HOTARARI-DE-GUVERN/HG430-2001.pdf>, <http://www.mmssf.ro/pub/imagemanager/images/file/Legislatie/HOTARARI-DE-GUVERN/HG1217-2006.pdf>; [http://www.anr.gov.ro/docs/Site2014/S\\_trategie/Strategie\\_final\\_18-11-2014.pdf](http://www.anr.gov.ro/docs/Site2014/S_trategie/Strategie_final_18-11-2014.pdf), accessed on May 15, 2017 at 16.30).

In 2005, a governmental structure for their representation was set up, namely the National Agency for the Roma, coordinated by the Minister for the Coordination of the General Secretariat of the Government, led by a president with the rank of State Secretary, appointed by decision of the Prime Minister. The Agency aims to apply, coordinate, monitor and evaluate the sectoral measures of

social intervention included in the Strategy of the Government of Romania for the improvement of the Roma situation approved by H.G. 430/2001, the modification of the strategy for improving the situation of the Roma. 522/2006 (<http://www.anr.gov.ro/>, accessed on May 15, 2017 at 18.00).

County Offices for Roma have been established in nearly all counties. In Bihor this office was established by order of Prefecture of Bihor County 115 / 16.March.2010.

Non-governmental organizations have been also actively and positively involved in programs aimed at integrating Roma into civil society and educating them in schools.

The Girisul de Cris commune is made up of the eponymous locality and the village of Tărian. It is located in the north-west of Romania in Bihor County, about 15 km from Oradea and it was included in the so-called metropolitan area, which led to population growth, many people from Oradea town buying land and building houses here . (<https://zmo.ro/download/04-SDL%20Comuna%20Girisu%20de%20Cris.pdf>, accessed on May 20, 2017 at 20.30; Şipoş, Chiriac, Moisa 2016: 140).



Girişu de Cris (Data source: geoportal ANCPPI (<http://geoportal.ancpi.ro>, accessed on May 15, 2017, 18.00), data base DGTAT)

The population is 3354 inhabitants. 62.5% of Romanian ethnicity, 21.4% of Hungarian ethnicity and 8.8% of Roma, 0.2% of Slovak ethnicity and 0.1% of German (Șipos, Chiriac, Moisa 2016: 141).

The area of the commune is 4482 ha. After the archaeological research it was established that the area was inhabited since the prehistoric period, even from the copper age (Șipos, Chiriac, Moisa 2016: 11-18).

According to the 2011 census, 317 Roma are living in Girișul de Criș village, but their number is higher ([http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2013/07/sR\\_Tab\\_8.xls](http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2013/07/sR_Tab_8.xls) Final results of the Census 2011: "Table 8. Stable population by ethnicity - counties, municipalities, cities, communes." National Institute of Statistics of Romania, July 2013, accessed on May 20, 2017 at 22.00).

On the ground we noticed that their homes are much more modest than the other ethnic groups. They live compactly in certain peripheral areas mostly because of self-localization and group solidarity. Many of the land they have built houses on are leased for 99 years by the town hall. Some have sewage and electricity. Paradoxically, although these communities are visibly poor, at many homes, we found satellite dishes and many Roma have mobile phones. The main source of income is state social assistance for disadvantaged families, single-parent allowances, day-to-day work, work abroad, work on farms in the area. There is a group dealing with horse trade and carriage.



Romani life at Girișul de Criș (photo Laura Ardelean)

To be eligible for welfare they have to fill a file. There are 40 files at the mayorship in Girisul de Cris, one file per family. This number usually varies by +/- 2 because in the months in which a family member goes to work they lose their right to state aid. The amount of money granted as social help is determined by AJPIS Oradea, as well as the working hours that must be provided for the benefit of the community. The elderly, women with very young children, or people with a handicap certificate are exempt from these hours of work. Children after the age of 16 must also work. A single person currently receives 142 RON and must work 10-15 hours per month. Applications are filed every three months, with the ANAF certificate and unemployment only for those able to work. Beneficiaries are required within 15 business days to report changes in their financial situation, such as engaging or going abroad to work. All this information is received at the city hall where there is a counselor who makes regular meetings in this regard. Every six months, a social investigation is conducted or whenever there are suspicions about a beneficiary. Regardless of the material situation, they can request help by completing an application. Many of them being illiterate are helped by an employee of the mayorship of the city to complete the application and instead of signing they draw some circles. Interestingly, some people do not declare themselves as Roma, but require social assistance for disadvantaged people. At present, 28 families work on this program. From each family a person does the work. The City Hall organizes them in three groups, namely:

1. 7 people considered the most healthy, work with the mayor's manager. They come to work at 8 o'clock on the scheduled date at the beginning of the week. They load logs, chop wood, mow and clean the ditch, keep the parks, eventually plant saplings here, usually work harder.

2. 7 people work under the remit of the sanitation service, some of these people are young, they can work also in the winter. They handle selective garbage collection. At the City Hall there are 3 garbage machines, one of which is

a bulldozer. Also every two weeks on Monday, garbage is collected at Girişul de Criş, and on Tuesdays at Tărian. In the last week of the month, bottles (PET) are collected on Wednesday. Thursday is collecting cardboard paper and Friday glass and aluminum cans. On the garbage trucks there are two employees of the mayor's office and two helpers from the seven. They pull the garbage bins from the front of the house but also the street basket to the garbage truck. They are not allowed to manipulate the garbage press. When the truck is full, the garbage is taken to a platform; there are five men and women who check again the garbage for selective collection. The bottles, the cans, the glass are placed in separate large bags. Before the second shipment comes, garbage is already selected. On another day, on Tuesday or Wednesday, garbage that has already been selected is put on a bulldozer and is taken to the dump at the Episcopia, and the PET go to the collection site. The five who pick up garbage on the platform go to work on the next day also, but later, to monitor the loading and make sure that garbage is not left after loading.

3. In the third category that works with the environmental inspector are the elders or those physically more sensitive that can still work. They are divided into the streets of Girişul de Criş and Tărian. A person has several streets under his command and comes twice a week to collect garbage, usually on Tuesdays and Thursdays. On Friday, a clean sweep is carried out, the center is swept, the dirt is cleared, the concrete gutters are cleaned and the park is cleaned. The rest clean up the designated streets, collect the garbage in bags that they leave on the side of the road. The tractor comes with two employees, collects the bags, transports them to the garbage platform where they are selected. Everybody works according to how many hours they have to do per month. For example, if he has 58 hours to collect garbage on Tuesdays and Thursdays, he does not participate in the clean sweep. But whoever has 96 hours is scheduled to participate in Friday's general clean up to 15 o'clock. They also clean the streets of animal waste that is loaded on a trailer and transported elsewhere.

The communities here also get involved in the cultural life of the commune. Each year, on the last Sunday of May, a "bogracs" competition has become a tradition, with a team of Romanians, one of Hungarians and one of Roma, each cooking fifty liters of "bogracs". The Town Hall provides each team with 20kg of meat and all other necessary ingredients in equal quantities. Three piles are made and then the teams draw the piles. Cooked food is about 100 portions that will be distributed to each ethnicity for free, based on vouchers. These are shared by competitors. A jury designates the winning team. For example, in 2015 the Roma team was the winner. On this occasion, the town hall is preparing 200L "bogracs" so everybody is able to receive a portion. Also on the day of the commune a horse contest is made which has become a kind of tradition. There are two categories, "The most beautiful horse" and "The most powerful horse". Fifteen – twenty barrels of 200L filled with concrete are prepared. The horse starts with two barrels, which it pulls for 50M, if it succeeds, another barrel is connected and the horse must travel the same distance and so on until the winning horse can be established. At this contest, almost all participants are Roma. These months are very active on the market because they buy and sell horses or transport grain. Wednesday go to the Sălard market with horses. Town Hall does not bring those who go to the markets these two days to work, given their specifics.

Those who can not apply for social assistance have jobs at close by farmhouses of chickens, cows, and prefabricated concrete building blocks. Every month a meeting is held when the possibilities of temporary or permanent openings from the surrounding are announced. Those who receive help but decide to go to work lose their social support. There is another category going abroad to work and when it returns to the country has the right to ask for help again. Abroad, they are engaged in gardening, agricultural work, vegetable gardening, greenhouse work, seasonal work. For those seeking social assistance, after applying they wait two or three weeks for the approval of the dossier, then in the



first month they provide the work and only the third month they receive the money. The Roma from the surrounding areas are not originally from there, most of them came in '82 -'90 to work on the pig farm and with time settled in the area. Unfortunately, the farm functioned only until '97, after which many were left without work.

Poverty is also the main reason why children do not go to school or drop out of school early, many being sent to daily labor by parents considering that helping their family is more important than spending time at school, but also because of tradition, for example girls getting married early, rarely get to graduate eight classes.

In Girişul de Criş there are two schools, namely the primary schools (with 1-4 grade) in Girişul de Criş and Tărian.

To prevent school dropout and to promote education among Roma children and encouragement after the completion of the eight classes to apply to vocational schools, schools from Tărian and Girişul de Criş have initiated and run two educational projects:

1. The *School after School* program for students from underprivileged families. It is desired to ensure the school attendance of children from families with a difficult material situation and the formation of skills that they will later use in embracing handicrafts. Within the project, students receive one meal per day, school supplies, food packs for Easter, Christmas, and are assisted and trained by volunteer school teachers. The stated goal is educational literacy assistance, diminishing the risk of school dropout as well as implementing community development strategies and school integration of marginalized children. In this respect, it is envisaged to provide a framework for the educational process, to prevent child neglect and adaptation to school issues. Faster integration into the school curriculum, community awareness of the socially disadvantaged child, change of society's perception of the problems of the student from the family with precarious material situation, stimulation and

development of self-esteem, consciousness of identity, interpersonal communication and relationship, etc. . The financial and material resources for this project come from the Betania Christian Center Association which provides daily food, school supplies, parcels for families, camps, etc. The Girişul de Criş Mayorship, which provides a meal a day and the school that provides space. The daily meal is provided through a catering company and the teachers involved receive the teaching materials necessary to carry out the educational instructive process. The schedule of activities under this project is as follows:

- a) lunch and recreational activities for primary classes - one hour.
- b) lunch for gymnasium - 1/2 hour.
- c) activities with specialized support for primary education - 1.5 hours.
- d) supervising and guiding the homework for gymnasium - 2 hours

In this respect five groups were formed by age. At the same time, it was attempted to co-interest the family in leisure activities and education in order to improve the intra-family relationship (children-adults)

TABEL DISTRIBUTIA PE CLASE A ELEVILOR

The Gymnasial School nr. 1 in Tărian for classes I-VIII: 209 pupils in total									
I-IV: total 114						V-VIII: total 95			
	Preparatory group (class o)	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Total	16	26	20	27	25	27	26	21	21
Roma	7	8	9	10	9	9	6	6	8

Out of a total of 209 pupils 72 are Roma. Classes are mixed, there are no special classes where only Roma study. According to the statistics on their

learning outcomes, it was found that for grades 5-8, 11 have a general average of 5 to 7 (at the Romanian section), one has the average between 7 and 9 and three between 9 and 10.

In the year 2015-2016 24 Roma had passing grades from classes 1-4 in the Romanian section and 7 in the Hungarian section. Three Roma did not pass. For classes 5-8 the Romani passing in the Romanian section was 15, with a number of 12 pupils not passing and 5 cases of school abandonment. The results of this program, after several years of application, are that the dropout rate, as well as the number of pupils repeating classes dropped. Home visits to Roma children and communication with their parents had a positive impact, making them aware of the importance of education and school in the formation of their children. Rewarding the diligent pupils, but also parents who send their children to school and get involved in their education, played an important role. However, the persisting problems are:

- There are still Roma students who have integration problems in a community of students, they always have the tendency to drop out of school, earning many absences lessening their chances of passing the class and completing eight classes.

- It was found that although students complete eight classes, they did not continue with their studies, they did not apply to the handicraft schools because they went to daily work without support from the family.

Parents of Roma children participate to a small extent in meetings in school, often staff has to personally visit students' families.

2. Another project that applies to the Tărian school is "Nurture" of the ROMAN-AID Foundation for Schools.

The project deals with the social and educational integration of children with behavioral, emotional or adaptation problems, with a high risk of marginalization and social exclusion. The mass education of students is supported. The method is a complementary educational method outlined in the

'70s in the UK and currently used in the UK, Ireland, the Isle of Man, Norway, Canada, New Zealand and Malta. It fully supports the inclusive education of all children aimed at combating school dropout and helping to increase the enrollment rate and participation in school and kindergarten. The project focuses on encouraging parents to enroll and send preschool children to kindergarten, at least in the upper preschool group, so that the child acquires the necessary skills to enter the preparatory class. The direct target group is eight 0-2 grade pupils of Tărian's first gymnasium number 1 and eight preschool children in the normal Tărian 1<sup>st</sup> kindergarten who are at risk of drop out or have difficulty in class integration. The indirect beneficiaries are all school community, parents and the local community. The project's results is improving children's behavior, their social and emotional development, increasing attendance at school and kindergarten, increasing the number of successfully integrated children, improving classroom levels, developing "learning to learn" skills. The funding sources for this project are sponsorships and own funds of the school.

The *School after School* project is approved by the school inspectorate. It is re-launched every year starting with 2011.

The Nurture Project. Children are taken at certain times (e.g. 8-10) and they are simply taught how to behave, how to hold a pencil in hand. Periodically, the child's profile is reviewed to see how he has progressed. This project was initiated in 2012 as well, in the first phase at the Giriş school, then it received a classroom. Children celebrate their birthday and make fieldtrips.

While students generally do not have good learning outcomes, opportunities have been found to engage them in activities for which they have outstanding skills such as sports and music. In this sense, we have achieved outstanding results with the rugby-tag team which is a mixed team of girls and boys. For example on June the 1st, 2017 at the national stage for the category 1-4 grades they won fourth place in Galați. The city hall covers travel expenses, meals. About 80% of the school's football team are Roma students.



Sport diplomas on the school wall in Girişul de Criş  
(photo Laura Ardelean)

The older students in the 8th grade were taken to the factories in Oradea to see how the work is done (for example, at Faist, company situated in the industrial area of Oradea), and in high schools (e.g. Traian Vuia) to become familiar with and spark their interest in embracing certain professions.

The kindergarten organizes summer school for about 15 children with social problems with a duration of 10 days. It is a very good substitute for holiday program, because the families don't have financial possibilities to pay for holidays.

The mayorship and the leadership of the school are actively involved in the inclusion of Roma people in the civil society. They want to diminish their living difficulties and to increase their education level. The negative facts are that even if they get welfare, the amount of money is not enough for living, the prices for food are high for their incomes, the parents usually do not understand the necessity of education, they do not consider that their children have to attend to professional schools, they do not have a perspective thinking, they live from one day to another. The mayorship and the leadership of the school try to integrate them into the community, to encourage them to preserve their specific traditions regarding occupations (e.g. growing and trading horses) or other customs.

## References

- Dejeu 2015 - Dejeu, Gheorghe, *Social Integration Mechanism. Case Study: the Gypsy Community in the Village of Tinca, Bihor County*, in Iulian Boldea (coord.), *Discourse as a Form of Multiculturalism in Literature and Communication*, ARHIPELAG XXI PRESS, TÎRGU MUREȘ, 2015
- Olah, Baltățescu 2008 – Olah, Șerban, Baltățescu, Sergiu, *Nevoi și servicii sociale în comunitățile de romi. Studiu calitativ în municipiul Oradea (Needs and Social Services of Roma Communities. Qualitative Study in Municipality of Oradea)*, în *Revista de Asistență Socială (Social Assistance Review)*, nr. 3-4, Polirom Publisher House, Iași, 2008
- Surdu 2003 - Surdu, Mihai, *Segregarea rromilor în educație. Distanță fizică sau socială (Segregation of Roma in Education: Physical or Social Distance?)*, Arvers Publisher House, Craiova, 2003
- Șipoș, Chiriac, Moisa 2016 - Șipoș, Sorin, Chiriac, Aurel, Moisa, Gabriel (coord.), *Monografia istorică a comunei Girișu de Criș (Județul Bihor) (Historical Monography of Girișu de Criș Commune (Bihor County))*, Cris County Museum Publisher House, Oradea, 2016

**Andrej Nikulin**

## **Aplikácia moderných psychoterapeutických prístupov pri práci s dysfunkčnou rodinou.**

Úloha a miesto rodiny v spoločenskom kontexte a rozvoji jednotlivca je zdôrazňovaná na úrovni všetkých spoločenskovedných disciplín. Pre sociológiu je rodina pôvodnou a najdôležitejšou spoločenskou skupinou a inštitúciou. Psychológia chápe rodinu ako primárnu skupinu, ktorá sa vyznačuje intimitou, vysokou súdržnosťou, emocionalitou a autentickosťou na základe silných citových väzieb v jej vnútri. Svoje nezastupiteľné miesto má rodina vo všetkých významných náboženstvách. V kresťanskej tradícii je rodina vnímaná ako dôležitý duchovný systém. Apoštol Pavol zdôrazňuje duchovnú stránku rodiny, používa výraz „malá“ alebo „domáca Cirkev“. Tak ako v Cirkvi, podľa apoštola Pavla, aj v rodine sa jednotliví členovia majú spájať vzájomnou láskou, úctou a vierou v Boha. Na druhej strane je Cirkev sama v niektorých veciach inšpirovaná životom človeka v rodine a vytvára rodinnú atmosféru, keď kňaza nazýva „otcom duchovným“ a veriacich „duchovnými deťmi“.

Rodina v živote jedinca má dôležité miesto a pre jeho formovanie zohráva rozhodujúcu a nezastupiteľnú úlohu (Kotekova 1998:8). Jej vplyv je dôležitý a cíiteľný najmä u detí v útlom veku a v období dospievania. Pre deti sa rodina stáva primárnym zdrojom zabezpečenia potrieb, počnúc biologickými končiac duchovnými, rodina stimuluje a usmerňuje vývin dieťaťa do zrelej integrovanej osobnosti, je zdrojom skúseností a vzorom správania, ktoré získava dieťa. Každá rodina je nositeľom špecifických hodnôt, ktoré ovplyvňujú jej dynamiku a interakciu s vonkajším prostredím. Rodina je zároveň otvoreným systémom, ktorý funguje vo vzťahu k širšiemu sociokultúrnemu kontextu, a ktorý sa vyvíja počas životných cyklov. Fisher hodnotí rodinu ako najdôležitejšiu sociálnu skupinu, v ktorej človek žije (Fischer 2009). Rodina zohráva veľkú úlohu vo

výchove zrelého jedinca, a preto je mnohými vnímaná ako základná spoločenská bunka.

Napriek tomu, že existuje množstvo definícií, ktoré sa snažia rodinu nejakým spôsobom vystihnúť a kategorizovať v praxi sa stretávame s tým, že každá rodina je jedinečná a neopakovateľná. Rodina, tak ako jedinec, nikdy nie je statickou, je vždy dynamická, v rôznych svojich štádiách a obdobiach prechádza mnohými zmenami. Zmeny sa týkajú rolí, ktoré so založením rodiny pribúdajú a funkcií, ktoré súvisia s plnením týchto rolí. Veľmi často zmeny spôsobujú takzvané krízy rodiny, ktoré odborníci vnímajú nielen ako rizikový faktor, ale aj istú príležitosť ku zmene. Kríza je niečo, čo by sa malo diať a z akého si dôvodu sa to nedeje, môže znamenať zhoršenie situácie alebo jej úplnú zmenu k lepšiemu (Berg 2013: 145). Pri pomáhaní rodine v stave krízy je potrebné pamätať, že cieľom pomoci nemusí byť návrat k pôvodnému stavu ale rozvíjanie a posilnenie zmien, ktoré sa v rodine odohrávajú.

Podľa toho ako rodina zvláda svoju funkciu a ako vie riešiť problémy alebo krízy, sa rozlišujú rodiny: *funkčné, problémové, dysfunkčné a afunkčné*. Definovať funkčnú alebo normálnu rodinu môže byť obtiažné vzhľadom na množstvo kritérií a pohľadov. Všeobecne sa za funkčnú rodinu považuje taká rodina, v ktorej sú uspokojené potreby všetkých jej členov, integrovaná v širšom sociálnom prostredí a vychováva sociálne orientovaných potomkov (Prevendarowa 2011). Pod pojmom afunkčná sa chápe rodina, ktorá neplní základné funkcie a ohrozuje existenciu jednotlivých členov, najmä detí. Taká rodina funguje asociálne, presne povedané nefunguje vôbec. Poruchy tejto rodiny sú tak závažné a motivácia ku zmene je tak nízka, že je veľmi ťažko s takou rodinou pracovať. Väčšinou sa jedná o rodiny s problémom alkoholizmu, týraním a zneužívaním detí atď. Medzi týmito protipólmi sa nachádzajú ďalšie dve skupiny rodín problémové a dysfunkčné. Rozdiel medzi týmito typmi spočíva v tom, že problémová rodina síce potrebuje dohľad a podporu zo strany odborníkov, ale dokáže sama vyriešiť svoj problém.



Dysfunkčná rodina je tá, ktorá vyžaduje sústavnú pomoc a sanáciu zo strany odborníkov (Fischer 2009:143).

Veľkým problémom dysfunkčných rodín sú deti, ktoré sa stávajú rukojemníkmi a obeťami problémov v rodine. Pri riešení rodinných problémov je dôležité, aby mal sociálny pracovník vždy na vedomí to, že týrané deti alebo deti z dysfunkčných rodín, okrem pocitov nenávisťi a hnevu prechováva ku rodičom aj pocit lásky, túžia po rodičoch a potrebujú mať nádej, veria, že rodič sa raz zmení a všetko bude fungovať normálne (Berg 2013). Rodina, aj keď je dysfunkčná, má pre dieťa veľký význam a hodnotu. Dieťa potrebuje vyrastať v rodine, ale zároveň potrebuje, aby rodina fungovala. Pre odborníka, ktorý takej rodine pomáha, predtým ako „vynesie verdikt“, sa treba uistiť, či všetko spravil a využil pre to, aby rodine pomohol vyriešiť problém alebo prekonať krízu. To všetko vyžaduje od pracovníka nielen znalosť sociálnej problematiky a právnych noriem, ale aj základy komunikačných zručností, ktoré sú spracované v moderných psychoterapeutických prístupoch.

Moderné psychoterapeutické prístupy sú výsledkom zmien, ktorými prešla terapia jednotlivca a rodiny od 50. rokov minulého storočia. V rodinnej terapii správanie jednotlivca je odvodzované od kontextu jeho prostredia (rodiny), ktoré jeho správanie ovplyvňuje. Rodinná terapia definuje problém ako interakciu medzi jednotlivými členmi rodiny. Pokiaľ nastane zmena v interakcii medzi nimi potom môžu nastať aj zmeny v správaní u jednotlivca a keď sa zmení on, to spätne ovplyvní celú rodinu. Rodinná terapia ukázala, že riešenie v rámci interakčného kontextu sa rozvíja v závislosti od toho, že aspoň jeden z členov urobí niečo iné, než sa od neho očakáva (Berg 2013: 23). Rodinná terapia chápe rodinu ako systém, ktorý má zachovávať homeostázu a zachovať svoje hranice. Na rozdiel od takého prístupu moderná terapia zdôrazňuje nevyhnutnosť zmeny, ktorá je a deje sa neustále. Na základe toho pozornosť sa sústreďuje na výnimky z problémového systému a rozvíja ich.

Filozofia moderných prístupov sa dá chápať ako činnosť zameraná na podporu a posilnenie rodiny (Berg 2013:23). Jednou z foriem modernej terapie je *Terapia zameraná na riešenie*, ktorá sa líši od klasických terapeutických postupov aj od rodinnej terapie tým, že má úplne iný pohľad na problém a jeho riešenie v kontexte rodiny. Klasický terapeutický prístup tzv. objektivistický, vníma problém ako objektívnu danosť, akúsi pravdu o klientovi, ktorú potrebujeme odhaliť, a zvládnuť odbornými terapeutickými postupmi. Riešiť problém znamená odstrániť príčiny, dostať sa k jadrú, ktoré je ukryté pod povrchom bez ohľadu na to, ako klient vníma problém. Taký pohľad na problém sa spája s direktívnym prístupom k jeho riešeniu. Odborník vystupuje ako kompetentný, jednosmerne kontroluje vzťah s klientom, ponúka klientom „hotové“, „správne“ riešenie. Ako prirodzená reakcia na kontrolu a ovládanie vzniká u klienta pocit ohrozenia a pokus o zmenu moci (Pechackova 1992:47). Na druhej strane analýza a skúmanie problému nie je cestou k jeho riešeniu. Cesta vzniku problému, tak ako aj jazyk problému, sa líši od cesty a jazyka riešenia. Podľa Shazera cesta riešenia je iná ako cesta vzniku problému (Shazer 2011).

Neriešiť problém neznamena vyhýbať sa mu alebo sa tváriť, že neexistuje. Z praktickej skúsenosti je jednoduchšie a účinnejšie konštruovať riešenie ako analyzovať a odstraňovať problém. Dokonca prax ukazuje, že správanie človeka, jeho reč, je odlišná, keď sa zameriame na riešenie, od toho, ako keď sa zameriavame na problém. Problém, s ktorým klient prichádza sa chápe ako jeden z mnohých pokusov o riešenie, ako pokus zďaleka nie jediný a zďaleka nie najhorší (Berg 2013).

Všeobecne nájst' „objektívnu“ odpoveď na otázku, čo je problém, je veľmi obtiažné. Pravdepodobne odpovedí bude toľko, koľko ľudí je do problému zapojených. Pričom sa pohľady môžu rôzniť. Bergová odporúča priblížiť sa čo najviac klientovej definícii, nakoľko on bude ten, kto potrebuje uskutočniť nevyhnutné zmeny. Zároveň je dôležité aby problém, na ktorom sa zhodneme, bol riešiteľný klientovými zdrojmi. Pokiaľ sa jedná o spoluprácu s rodinou, je

dôležité zistiť, kto je problémom najviac znepokojený a rozrušený a mohol by pre vyriešenie situácie urobiť najviac. Takého človeka v rodine prezrádzajú silné emócie, ktoré sa prejavujú v rozhovore o probléme, rozrušenie a znepokojenie, záujem o zmenu, hľadanie riešenia a snaha s tým niečo urobiť. Veľmi dôležitým znakom pre začiatok spolupráce je nádej a viera v to, že sa situácia môže zlepšiť. Je omnoho ľahšie a efektívnejšie pracovať tam, kde existuje snaha a vôľa hľadať riešenie problému. Preto cieľom práce s klientom nie je rozoberať a opravovať, čo nefunguje, ale posilňovať a rozvíjať čo funguje. Za týmto účelom je dôležité poznať silné stránky rodiny. Pričom sa vychádza z predpokladu, že každá, aj tá najproblémovjšia rodina sa v minulosti stretla s úspešným zvládaním nejakej preň kritickej situácie a existovalo niečo, čo rodinu držalo pokope. To hovorí o tom, že v dispozíciách rodiny sú zdroje a sily pre zvládanie mnohých ťažkých situácií. Niekedy sa spôsob, ako situácie boli zvládané líši od bežných zaužívaných v danej kultúre, ale dôležitým podľa Bergovej je, že to fungovalo a pomohlo rodine problém vyriešiť. Ako nástroj pre vytvorenie kontextu spolupráce sa používajú otázky, ktorými sa hľadajú výnimky v skúsenostiach klienta, hľadá sa kedy, a za akých okolností silné stránky fungovali. Veľký dôraz sa kladie na úvodný rozhovor s klientom, prípadne rodinou.

Prístup zameraný na riešenie kladie veľký nárok na jednanie pracovníka. V prvom rade sa mení kontext vzťahu medzi klientom (rodinou) a pracovníkom (sociálnym pracovníkom, terapeutom, poradcom). Namiesto direktívneho („odborného“) prístupu, v ktorom nositeľom správneho riešenia je pracovník, vzniká kontext interakcie medzi klientom a pracovníkom, nový sociálny systém, ktorý je zameraný na hľadanie riešenia problému klienta (rodiny). Úloha pracovníka v tomto vzťahu je dôležitá, ale nie rozhodujúca. Významné miesto sa dáva klientovi ako spoluautorovi riešenia svojho problému. Pracovník klientovi aktívne pomáha hľadať zmeny, ktoré nastali pred prvým stretnutím, premýšľa o výnimkách z problému, pomáha konštruovať riešenie, kladie klientovi otázky štýlom, ktorý pomôže klientovi samostatne objavovať vlastné riešenia (Berg 2013:

28). Preto od pracovníka sa očakáva, že bude bezprostredne odpovedať na potreby rodiny, postupovať pružne. Taký štýl práce vyžaduje tvorivý prístup a množstvo konštruktívnych nápadov. Riešenie, ktoré vzniká zo systému spolupráce medzi klientom a terapeutom, a na vzniku ktorého má klient výrazný podiel, je lepšie prijateľné, dlhodobo udržateľné a má celkovo pozitívnu dynamiku. Pri hľadaní riešenia pracovník nesmie zabúdať na základné jednoduché princípy, ktorých sa drží krátkodobá, na riešenie zameraná terapia: *neopravovať to, čo nie je pokazené, viac robiť to, čo funguje a keď niečo nefunguje, nerobiť to* (Berg 2013:29).

Pri akejkol'vek práci s klientom je dôležitý vzťah medzi klientom a pracovníkom. Pokiaľ tento vzťah je kladný, zvyšuje sa aj šanca na dosiahnutie dobrých výsledkov terapie. Samozrejme vzťah v terapii nie je cieľom, ale prostriedkom ku dosiahnutiu jej úspešnosti a sám od seba nestačí na zmeny v správaní klienta. K skutočným zmenám dôjde vtedy, keď klient zmení vnímanie a myslenie a začne robiť niečo iné ako doposiaľ.

Výhodou krátkodobej terapie je intenzita jej práce od prvého stretnutia. Naštartovanie úspešnej intervencie a cenné informácie pre terapiu môže pracovník získať zo zmien, ktoré sa odohrávali pred prvým stretnutím. Rovnako dôležité je zistiť, čo všetko v minulosti klient robil s týmto problémom, s akým typom pomoci sa stretol, a čo presne mu pomohlo. V množstve informácii o rodine, s ktorými sa pracovník stretne, je dôležité zistiť, ktorá téma je pre klienta alebo rodinu najdôležitejšia, kto v rodine môže byť najvplyvnejšou osobou, a čo by sa rozhodne nemalo robiť s touto rodinou. Vytvoriť predstavu o rodine pomôže osobná návšteva, ktorú sociálny pracovník môže uskutočniť.

Pri nej sa odporúča okrem všeobecných postupov ako priniesť dobrú a pozitívnu atmosféru byť neformálnym a uvoľneným, snažiť sa používať bežný hovorový jazyk, mať priateľský tón, správať sa ako pri šálke kávy, ale pamätať, že ste v práci a konverzácia s klientom je nástrojom zmeny. Veľmi dôležité pri práci s klientom je veriť mu a veriť v zmenu, ktorú očakávame, udržiavať pozitívny postoj voči nemu, oceňovať snahu a zmeny, ktoré klient alebo rodina vykonala.

Rodinná terapia zaviedla pojem *pripojenie*, ktorý sa rovnako používa v terapii zameranej na riešenie. Je to popis toho, čo potrebujeme urobiť v počiatočnej fáze našej práce, aby bol dosiahnutý pozitívny pracovný vzťah. Podľa Bergovej sú to tieto kroky:

- Pred prvým stretnutím si skúste predstaviť čo, by ste ako klient chceli, aby pracovník pre vás mohol urobiť.
- Opustite profesionálny žargón a začnite používať jednoduchý slovník. Vyhýbajte sa odborným výrazom napr. „úroveň vzdelania“, „evidencia“, „abúzus“, „status“ atď.
- Využiť prvé stretnutie pre vytvorenie pozitívnej nálady, používať priateľské a povzbudivé slova. Brať ohľad na to, čo má klient sklon brániť, a byť v tom veľmi opatrným. Zdôrazňovať to, že našou úlohou je brániť rodinu a snažiť sa udržať v nej pohodu.
- Všímať si kľúčové slová klienta, a to ako ich používa a snažiť sa zakomponovať ich do svojej reči, príp. otázok.
- Dávať najavo, že prijímame správanie klienta, jeho videnie a vysvetľovanie vecí. Pokiaľ pre nás to, čo hovorí klient, nemusí dávať logiku, pre neho to môže byť opak. Tieto nedorozumenia sú veľmi dobrým podkladom pre vyjasňovanie vecí. Veľmi vhodná je na to dekonštrukcia.
- Vyhýbať sa priamej konfrontácii s klientom, ktorá by ho nútila brániť sa, vyhýbať sa hádkam s klientom. Všetko sa dá vysvetliť pokiaľ zaujmeme pozíciu „hlúpeho“ a poprosíme veci vysvetliť. Väčšina z nás, nevynímajúc klientov, chce pomáhať druhým a ukázať ako veľa toho vie.
- Dopriať klientom pocit, že je „expertom“ na vlastný problém. Vyhýbať sa tomu, že budeme sami poukazovať a pomenovávať problém, aký klient má. Pracovník by sa nemal dostať do pozície, kedy klient nebude súhlasiť s jeho predpokladom, lebo potom sa sám stáva tým, kto má problém a potrebuje ho vyriešiť.

- Namiesto očakávania, že klient príjme náš spôsob uvažovania, snažme sa pristúpiť na jeho spôsob myslenia a správania. Ušetríme si tak čas, prácu a úsilie.
- Pri práci s rodinou zachovať nestrannosť a neutralitu, ale podporovať všetky zmeny a prácu, ktorá vedie ku zlepšeniu situácie.
- Svoj jazyk prispôbiť chápaniu klienta, reflektovať jeho úroveň. Rozprávať s klientom o tom, čo je pre neho dôležité jemu zrozumiteľným spôsobom a rečou. Reflektovať klienta (Berg 2013: 54).

Pre efektivitu práce je dôležité pracovať na cieľoch, ktoré by mali spĺňať nasledujúce kritériá. Mal by to byť v prvom rade cieľ:

- významný a dôležitý pre klienta
- začiatok nejakej činnosti, nie koniec (napr. namiesto prestane kričať, začnú sa viac spolu rozprávať)
- mať sociálny a interakčný kontext. Čo by sa malo zmeniť na druhom, čo chce druhý, aby sa zmenilo na mne, čo chcem zmeniť na sebe
- malý, jednoduchý a dosiahnuteľný
- o ktorom si klient predstavuje, že ho dosiahnutie bude stáť veľké úsilie
- ktorý rešpektuje klientove možnosti nie ambície terapeuta
- formulovaný v behaviorálnych termínoch (Pechackova 1992:68).

Dobre sformulovaný cieľ výrazne uľahčí a zefektívni spoluprácu s klientom, a je polovicou, keď nie celým úspechom spolupráce.

Dôležitým nástrojom spolupráce zostávajú otázky, ktoré kladie pracovník počas rozhovoru, a ktoré smerujú ku vytváraniu klientom bezproblémového riešenia jeho životnej situácie. Podľa typu otázok sú otázky *zistovacie* (anamnestické), *inštruktívne* (ponúkajú pohľad od poradcu), *reflexívne* (otázky na vlastné prežívanie) a *cirkulárne*, veľmi dôležitá skupina otázok zameraných na ciele spolupráce, zdroje zvládania ťažkých situácií, na riešenie –otázky týkajúce sa samotnej zmeny.

Pri práci s párom alebo rodinou môžu byť použité nasledujúce metódy:

*Oceňovanie* – používa sa často ako prvá technika a môže byť účinnou na začiatku intervencie. Oceňovanie nemusí byť nutne spojené s problémom a jeho zvládaním, ale môže sa týkať čohokoľvek, upravenosti klienta, jednania s deťmi, poriadku v byte, udržiavania dobrých vzťahov s okolím, čokoľvek čo klienta dokáže posilniť, jeho sebaúctu a pocit kompetentnosti. Táto technika má vyvolať u klienta pozitívny pohľad na seba, ktorý ho bude motivovať robiť ďalšie pozitívne veci pre seba a rodinu. Klient nepremýšľa obvykle o bežných veciach, ktoré robí. Potrebuje preto spätnú väzbu o tom, že to robí dobre. Veľkú úlohu pri tom zohráva, že to počuje od odborníka.

*Normalizácia* – ide o techniku uistujúcu klienta, že to, čo robí, nevybočuje za daných náročných okolností z bežného normálneho ľudského správania. Toto má klienta ukludniť, že ich správanie, myslenie a cítenie nie je bláznivé, mimo normu, ale spadá do oblasti normálnych ľudských reakcií.

*Preznačkovanie* – táto technika sa veľmi často používa v rodinnej terapii. Predstavuje jemný, ale účinný spôsob ako pomôcť klientom vidieť obtiažnu situáciu v inom svetle. Je to akýsi pozitívny výklad problémových interakcií klienta s prostredím, prostredníctvom ktorého sa otvára nový odlišný spôsob správania. Napr. hádanie sa, môže byť známkou nezávislosti alebo hlbokej starostlivosti. Je jasné, že človek označený depresívnosťou bude jednať inak, ako keby bol označený ako tichý, obrátený do seba. Preznačkovaním vlastného správania mu pomôžeme myslieť, cítiť a jednať inak.

*Externalizácia* – veľmi známa technika, ktorá sa používa aj v naratívnej praxi. Jedná sa o oddelenie človeka od problému. Vychádza z koncepcie, ktorej sa pridriavajú naratívni terapeuti, kde človek je človek a problém je problém. Terapeut pomáha klientovi bojovať s problémom, ktorý je akoby mimo klienta, ale ktorý do života klienta intenzívne zasahuje. Pracovník navrhuje ako zaobchádzať s problémom ktorý môže byť predstavovaný ako „obluda“, „diabol“ atď. Navrhuje rôzne riešenia a spôsoby a motivuje klienta bojovať s tým, čo ho privádza do problémov. Externalizácia má veľkú obľubu najmä u detí a je akosi hrou

s problémom, snahou ho okabátiť, prejsť cez rozum a pokiaľ sa nepodarí ho odstrániť úplne, aspoň získať nad ním prevahu (Berg 2013).

Veľkou výhodou terapie zameranej na riešenie je intenzita kontaktu s rodinou, podpora rastu klienta, ponuka služieb, ktoré klientovi vyhovujú, rozvíjanie ich kompetencií a pomoc v rôznych situáciách zachrániť rodinu. Celý postup práce terapeuta sa dá vystihnúť slovami – robiť všetko, aby sme pre klienta boli užitoční.

### **Zoznam bibliografických odkazov:**

BERG, I. K.: *Poslňnení rodiny*. Praha 2013. ISBN 978-80-262-0500-5. s. 168.

de SHAZER.S.: *Zázračná otázka*. Praha 2011. ISBN 978-80-262-0007-9. s. 240.

HANGONI, T.: *Zvyšovanie profesionálnych kompetencií sociálneho pracovníka*. In: Sociálna a duchovná revue. Prešov 2010, roč. I, č. 4., s.61. ISSN 1338-290X.

PECHÁČKOVÁ, S.: *O systemické terapii*. Praha 1992. s. 169.

KOTEKOVÁ, R. a kol.: *Psychológia rodiny*. Košice 1998. ISBN 80-967901-0-2. s. 132

FISCHER, S.: *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha 2009. ISBN 978-80-247-2781-3, s. 218.

PREVENDÁROVÁ, J.: *Rodinná terapie a poradenstvo*. Bratislava 2011. (on-line).  
[cit. 10.5.2015]. dostupné na internete:  
<http://www.terapeutickecentrum.com/wp-content/uploads/2010/06/kniha.pdf>.



## Nota o autorach

Dr hab. Andrzej Lipczyński, prof. UR - Instytut Socjologii, Wydział Socjologiczno-Historyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego

prof. PhDr. *Mária Machalová*, CSc. - Pravoslávna bohoslovecká fakulta Prešovskej univerzity v Prešove

doc. PhDr. Tomáš Hangoni, PhD. - Pravoslávna bohoslovecká fakulta Prešovskej univerzity v Prešove

Dr hab. Maciej Gitling, prof. UR - Instytut Socjologii, Wydział Socjologiczno-Historyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego

ks. dr hab. Witold Jedynak, prof. UR - Instytut Socjologii, Wydział Socjologiczno-Historyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego

PhDr Bohuslav Kuzyšín, PhD - Pravoslávna bohoslovecká fakulta Prešovskej univerzity v Prešove

Prof. PaedDr. Milan Schavel, PhD - Pravoslávna bohoslovecká fakulta Prešovskej univerzity v Prešove

PhDr. et ThDr. Maroš Šip, PhD. - Pravoslávna bohoslovecká fakulta Prešovskej univerzity v Prešove

Dr Małgorzata Artymiak - Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Dr Justyna Iskra - Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Dr Dorota Rynkowska - Instytut Socjologii, Wydział Socjologiczno-Historyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego

Lic. Klara Łukasiewicz - Instytut Socjologii, Wydział Socjologiczno-Historyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego

Mgr Mariola Kinal - Instytut Socjologii, Wydział Socjologiczno-Historyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego

Assist prof. dr Laura Ardelean, PhD - University in Oradea

PhDr. Andrej Nikulin, PhD. - Pravoslávna bohoslovecká fakulta Prešovskej univerzity v Prešove

Dr Jarosław Kinal - Instytut Socjologii, Wydział Socjologiczno-Historyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego

