



PREMENY SOCIÁLNEJ PRÁCE V ČASE

6. ročník Košických dní sociálnej práce

Žiaková Eva, Tóthová Lucia (eds.)

Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou

Košice 2018

Zborník príspevkov
z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 08.12.2017 v Košiciach

Premeny sociálnej práce v čase

6. ročník Košických dní sociálnej práce

Február 2018

Vedecký výbor konferencie:

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.
prof. PhDr. Beáta Balogová, PhD.
prof. PaedDr. Anna Hudecová, PhD.
prof. ndzw. dr hab. Ewa Ryś
prof. ndzw. dr hab. Karol Mausch
doc. PhDr. Eva Mydlíková, PhD.
doc. PhDr. Peter Brnula, PhD.
doc. PhDr. Ladislav Vaska, PhD.
doc. PhDr. Et Mgr. Maria Vašutová, PhD.
doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD.
doc. Mgr. Soňa Lovašová, PhD.

Editorky:

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc., Mgr. Lucia Tóthová, PhD. (eds.)
Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Recenzenti:

doc. PhDr. Eva Mydlíková, PhD.
Katedra sociálnej práce, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave
doc. PhDr. Ladislav Vaska, PhD.
Katedra sociálnej práce, Pedagogická fakulta, Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici

Organizačný výbor konferencie:

PhDr. Katarína Šiňanská, PhD.
Mgr. Vladimír Lichner, PhD.
Mgr. Tatiana Žiaková, PhD.
Mgr. Lucia Tóthová, PhD.
Mgr. Lenka Lukáčová
Mgr. Veronika Vasil'ová
Mgr. Jana Plavnická
Mgr. Monika Bačová

Všetky práva vyhradené. Toto dielo ani žiadnu jeho časť nemožno reprodukovat', ukladať do informačných systémov alebo inak rozširovať bez súhlasu majiteľov práv. Za odbornú a jazykovú stránku publikácie zodpovedajú autori jednotlivých príspevkov. Rukopis neprešiel redakčnou ani jazykovou úpravou.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Grafická a technická úprava: Mgr. Lucia Tóthová, PhD.

© 2018 Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta

Umiestnenie: www.unibook.upjs.sk

Dostupné od: 23.02.2018

ISBN 978-80-8152-601-5

Obsah

Jana Levická (SR)

Misia ako formatívny prvok sociálnej práce6

Peter Brnula (SR)

Sociálna práca v ére neskorej doby13

Dominika Uhnáková (SK), Jana Levická (SR)

Vybrané indikátory ovplyvňujúce profesijnú identitu sociálnych pracovníkov na Slovensku
..... 21

Maria Vašutová (CZ), Alicja Konieczna (CZ), Pavlína Junková (CZ)

Zmeny v systéme poradenskej práce u detí se speciálními vzdělávacími potřebami28

Ján Kahan (SR), Eva Žiaková (SR)

Racionálne emočná behaviorálna terapia v praxi sociálnej práce: možnosti a limity34

Lucia Tóthová (SR), Eva Žiaková (SR)

Premeny v skúmaní psychosociálnych aspektov u onkologicky chorých pacientov45

Anna Jašková (SK), Antónia Sabolová Fabianová (SK)

Osobnosť sociálnych pracovníkov a pracovníčok a ich stratégie zvládania záťaže pri práci s migrantmi51

Denisa Korfantová (SK), Tímea Bartková (SK), Erika Rosiarová (SK)

Posuny v individuálnom plánovaní56

Veronika Vasil'ová (SK), Dušan Šlosár (SK), Soňa Lovašová (SK)

Základné metódy a techniky sociálnej rehabilitácie pre ľudí s mentálnym postihnutím63

Soňa Lovašová (SK), Veronika Garberová (SK)

Prežívanie sociálnej a emocionálnej osamelosti u seniorov a senioriek žijúcich v zariadení sociálnych služieb a seniorov a senioriek žijúcich v domácom prostredí70

Eva Žiaková (SR), Monika Bačová (SR)

Sociálny kapitál onkologicky chorých žien78

Antónia Sabolová Fabianová (SK), Tatiana Žiaková (SK)

Komparácia súvislosti medzi dimenziami osobnostných charakteristík respondentov a respondentiek a ich stratégiami zvládania záťaže z hľadiska vplyvu onkologickej choroby91

Vladimír Lichner (SK)

Premeny rizikového správania v kontexte sociálnych dôsledkov – problematické používanie internetu a jeho sociálne súvislosti98

Katarína Šišanská (SK), Ľubica Nohajová (SK)

Možnosti sociálnej práce pri formovaní zmyslu života odchovancov detských domovov109

Katarína Kováčiková (SK), Soňa Lovašová (SK) Rozdiely v zmysle života u nezamestnaných žien v závislosti od dĺžky nezamestnanosti ...	117
Lenka Lukáčová (SR), Eva Žiaková (SR) Zmysel života onkologicky chorých pacientov a pacientok	126
Jana Plavnická (SK), Dušan Šlosár (SK) Integrácia imigrantov v kontexte socializácie a resocializácie	133
Piotr Frączek (PL) Profesjonalizacja zawodu pracownika socjalnego na Podkarpaciu	138
Gajdošová Eva (SK), Lovašová Soňa (SR) Stratégie zvládania záťažových situácií u dlhodobo chorých	147
Ewelina Kleszcz-Ciupka (PL) Program PAI – nowe rozwiązanie w zakresie aktywizacji zawodowej i społecznej	154
Markéta Rusnáková (SK), Michaela Janáková (SK) Vývoj systému liečby závislosti od alkoholu a miesto sociálnej práce v ňom	161
Sylwia Drozd (PL) Asystent rodziny a wypalenie zawodowe	167
Erika Rosiarová (SK), Tatiana Žiaková (SK) Kvalita života ľudí s duševným ochorením	172
Ján Šimko (SR), Dušan Šlosár (SR) Homofóbia a heteronormativita - príčiny a dôsledky	179
Monika Piliarová (SK) Postavenie umeleckých terapií v sociálnej práci	184
Soňa Hlaváčová (SR), Martina Mačingová (SR), Alena Bašistová (SR) Hlinený dukát ako účinná forma sociálnej pomoci ľuďom bez domova	192
Recenzie	
Mgr. Monika Bačová Vademecum sociálnej práce. Terminologický slovník	198
PhDr. Eva Gajdošová Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta	200
Mgr. Jana Plavnická Sociální integrace cizinců	201

Úvodné slovo editoriek

Jedna zo základných charakteristík sociálnej práce je, už od jej vzniku, že vznikala a rozvíjala sa vždy na tých miestach a v tých časoch, ktoré boli pre ľudstvo ťažké, spojené s riešením závažných vývojových problémov spoločnosti akými sú vojny, epidémie, chudoba a pod. Myslíme, že teraz nie je odlišná situácia, čo sa týka rozvoja sociálnej práce a jej pôsobenia, i keď sa zmenili podmienky. Problémy ale nezmizli, práve naopak, len sa prehlbujú tak v oblasti zdravia, sociálnych istôt ako aj v oblasti medziľudských vzťahov.

Predložený zborník z konferencie je toho dôkazom. Pestrá paleta toho, čomu sa sociálna práca venuje v súčasnosti a vyzerá to tak, že ju to bude zamestnávať aj v budúcnosti. Už Seneca povedal, že úroveň každej spoločnosti sa odvíja od sociálnych problémov, ktoré daná spoločnosť rieši. Zdá sa, že oprávnenosť vedy, akou je sociálna práca, potvrdzuje svoju platnosť, nakoľko sociálna práca súčasnosti venuje pozornosť klasickým, ako aj novodobým závislostiam, ako látkových, tak aj nelátkových, dlhodobým chorobám, problematike sociálneho, psychického ako aj fyzického zdravia, práce a s ňou spojené okolnosti – priaznivé aj nepriaznivé.

Tento zborník vychádza už po siedmykrát, ak berieme do úvahy aj nultý ročník a je dôkazom premien sociálnej práce na jednotlivých pedagogických pracoviskách, ako aj v samotnej praxi. Je zároveň dôkazom neutíchajúceho záujmu sociálnych pracovníkov na univerzitách, ako aj v ziskových a neziskových organizáciách riešiť problémy, ktoré našu spoločnosť trápia.

Veríme, že predložený zborník prispeje k poodhaleniu niektorých „zatvorených“ dverí, ktoré sú častokrát príčinou neriešenia problémov. Konferencie sú totiž miestom, kde sa na to utvára otvorený priestor.

Eva Žiaková, Lucia Tóthová

Misia ako formatívny prvok sociálnej práce¹

Mission as a Formalizing Element of Social Work

Jana Levická (SR)

Abstrakt

Cieľom príspevku je poukázať na význam misie pre vývoj profesie sociálna práca so zameraním na jej makrorovinu. Pre vytvorenie chronologického pohľadu autorka použila metódu retrospektívnej analýzy prác vybraných autorov. V svojom príspevku zachytáva diskurz o misii sociálnej práce od 19. storočia po súčasnosť.

Kľúčové slová

Identita. Makroúroveň. Misia. Profesia. Sociálna práca.

Abstract

The aim of the paper is to point out the importance of the mission for the development of the profession of social work, focusing on its macrolevel. In order to create a chronological perspective, the author used a method of retrospective analysis of the work of selected authors. In her contribution, she discovers the mission of social work from the 19th century to the present.

Keywords

Identity. Macro level. Mission. Profession. Social work.

Úvod

Vývoj sociálnej práce nie je sprevádzaný len problémami jej klientov, ale aj pretrvávajúcou diskusiou o jej identite. Príčiny tohto stavu pomenoval už Flexner (1915, s. 584), podľa ktorého pod označením sociálna práca je možné nájsť „*akúkoľvek formu pretrvávajúcej a zámernej snahy o zlepšenie životných alebo pracovných podmienok v spoločnosti alebo o zmiernenie, alebo predchádzanie úzkosti, či už kvôli slabosti charakteru alebo tlaku vonkajších okolností*“. Pričom, ako pokračuje Flexner, s takto zameranou činnosťou sa zaoberajú aj mnohé iné oblasti praxe. Situáciu v profesii sťažilo aj jej dvojité smerovanie. Woodcock (2010) upozorňuje, že identifikačný proces sociálnej práce ako profesie komplikovala aj otázka, či by sociálna práca mala byť viac zameraná na potreby uprednostňované psychológiou alebo sociológiou. Teda či by sociálna práca mala viac smerovať **do mikroúrovne, alebo do makroúrovne sociálnej reality**. Tento vývoj, ktorý podľa viacerých autorov kulminoval v sociálnej práci v 20. rokoch minulého storočia, v podstatnej miere prispel k tomu, že obraz sociálnej práce sa pre verejnosť stal ešte nejasnejším. K „rozmazanej identite“ sociálnej práce prispel aj fakt, že sociálna práca je charakteristická významnými rozdielmi prejavujúcimi sa na lokálnej úrovni, čo sa odráža aj v snahe o vytvorenie jednotnej definície profesie (Levická a kol. 2015). Nevýhodou sociálnej práce oproti tzv. „veľkým profesiám“, pre ktoré je charakteristické, že dlhodobo (niekedy aj niekoľko storočí) sa vymedzujú prostredníctvom jedinej platnej definície je, že sociálna práca k takejto definícii nedospela (Wakefield 1996a,b).² Nová vlna zájmu o riešenie otázky identity profesie je spojená s globalizačným procesom. V praktickej rovine sa táto snaha premietla do ďalších výskumných aktivít vyvolaných snahou nájsť odpovede na otázky: Čo je sociálna práca? Ako ju môžeme definovať? Aké sú jej ciele a úlohy? Aké je jej miesto v globalizovanej spoločnosti? (Levická a kol. 2015).

¹ Príspevok je výstupom z projektu APVV-0524-12 Identita sociálnej práce v kontexte Slovenska.

² Toto tvrdenie je možné pokladať za stále aktuálne a to aj napriek ostatnej definícii sociálnej práce prijatej v r. 2014, keďže táto definícia vychádza z kritickej sociálnej práce a je focusovaná na jej makrorovinu.

Jednou z možností ako získať odpovede na tieto otázky je využitie retrospektívnej analýzy relevantnej literatúry zaoberajúcej sa teóriami o sociálnej práci³. Cieľom príspevku však nie je analýza definícií, cieľov a úloh sociálnej práce⁴, ktoré sa prirodzene viac-či menej premieňajú pod vplyvom vývoja spoločnosti, ale misia profesie sociálna práca. Špecifickým cieľom spomínanej analýzy je **misia viažuca sa na makrorovinu sociálnej práce**. Takéto „zúženie“ je následkom niekoľkých skutočností. Na prvom mieste to bola prehľadnosť príspevku. Prelínaním misie spojenej s mikrorovinou a makrorovinou sociálnej práce a dodržiavanie časovej línie by si vyžiadalo buď redukciu informácií, alebo výrazne širší publikačný priestor. Povolený rozsah bol teda druhým dôvodom. A tým tretím bola skutočnosť, že približne od 50. rokov minulého storočia práve misii viažucej sa s makroúroňou sociálnej práce je venovaná nedostatočná pozornosť. Toto sa prenieslo aj do slovenskej sociálnej práce, ktorá je výrazne focusovaná na mikroúroveň.

1 Misia sociálnej práce

„Termín **misia** sa pôvodne spájal s duchovnou oblasťou, kde jedinci na seba dobrovoľne prijímali *misiu*, teda poslanie ohlasovať vieru. Pomerne rýchlo sa tento termín rozšíril aj do iných oblastí spoločenského života. V súčasnosti sa toto slovo (misia) používa v dvoch významoch : a) poslanie, b) úloha, ktorou je niekto poverený a s ktorou sa plne stotožňuje“ (Levická a kol. 2015, s. 46-47).

Hoci McMahon (1996) tvrdí, že každá profesia má svoju misiu vyjadrenú ako ideál, ktorý sa má premietnuť do praxe, v odborných diskurzoch o profesiách sa bežne nestretávame s tým, že by profesie (ako veľké sociálne jednotky) definovali misiu ako jednu zo svojich základných charakteristík, ako je tomu pri sociálnej práci. V jazyku našej profesie je **misia pokladaná za mimoriadne významný cieľ**, ktorý je dôvodom pre existenciu alebo rozvoj profesie. Misia je to, o čo sa organizácia usiluje ako cieľ celého profesionálneho zoskupenia. V nej sa odrážajú hodnoty profesie a z nej vychádzajú tiež úlohy, ktoré profesia prijíma ako svoj spoločenský záväzok (Yeung 2010).

V odbornej literatúre sa misia profesia priamo spája s jej vznikom a to hlavne s dôvodmi vzniku profesie a s ideálmi, na ktorých je profesia budovaná. (Matoušek a kol. 2001, Boehhm 1959 ai.). Práve pri prvých zmienkach o poslaní (teda misii) sociálnej práce vidíme jasné prepojenie medzi praktickým výkonom pomoci a teoretickým zdôvodnením takéhoto konania. Kresťanský ideál „blížneho“ a „kresťanského vzťahu k blížnemu“, čiže osobnej, prakticky realizovanej činnosti v prospech blížneho, sa odráža aj v prácach autorov, ktorí sa už v 19. storočí zaoberali otázkami riešenia vážnych sociálnych problémov. Už v tom čase je možné identifikovať dve úrovne rodiacej sa profesie. **Makrorovinu**, ktorá sa zaoberala otázkami či a ako má spoločnosť, teda štát, pristupovať k riešeniu rozrastajúcich sa sociálnych problémov a **mikrorovinu**, orientovanú na sociálne problémových jedincov, či skupiny. V závislosti od zvolenej optiky je možné v literatúre identifikovať aj misiu budúcej profesie. **Ideálom, alebo misiou**, ktorá sa viaže s makrorovinou sociálnej práce bolo od počiatku zlepšenie podmienok chudobných. Autori píšuci v tomto období predpokladali, že kresťanská spoločnosť by mala byť spoločnosťou vzájomnosti, solidarity a podpory namierenej predovšetkým na podporu chudobných. .

Ako tvrdil **Schulpe** (in: Levická 2016, s. 67) „*ak spoločnosť rešpektuje ideál kresťanskej lásky a pravdy, potom je schopná zabezpečiť slušné životné podmienky pre robotníkov a tiež primeranú prosperitu pre tých, ktorí ich zamestnávajú*“. Základnými piliermi, z ktorých takáto spoločnosť vyrastá, sú kresťanský humanizmus, solidarita a tolerancia. Ide o vlastnosti, ktoré očakáva hlavne u osobností zasahujúcich do spravovania a vedenia krajiny, medzi ktorých Schulpe radil tiež učiteľov, vedcov, či teológov.

³ Tak ako ich chápe Sibeon (In Matoušek a kol. 2001), či Payne (1997)

⁴ Bližšie pozri Levická, Levická 2013. *Definícia profesie ako zrkadlo jej zmeny*.

V tomto duchu **Octavia Hill** (1875) požadovala, aby sa „majetnejší“ jedinci angažovali v boji za zlepšenie situácie chudobných. Na rozdiel od Schulpeho nevidí riešenie problému chudoby len v politických opatreniach. Podľa nej pre riešenie problémov chudobných je potrebné, aby im niekto poskytol nadhľad a pomohol im nájsť riešenia ich problémov, vrátane toho, že im pomôže porozumieť tomu, ako sa oni samotní môžu zapojiť do odstraňovania vlastných problémov. Octavia Hill tak posúva sociálnu prácu nielen smerom k makrorovine (politicko-ekonomické opatrenia), ale aj k mikrorovine, teda k tej časti praxe, ktorá si neskôr získala označenie „social case work“. Hlavným zmyslom sociálnej práce je *prispiet' k postupnej premene celej spoločnosti čo je predpokladom odstránenia chudoby* (Hill 1875). Praktickú pomoc chudobným odvodzovala od ideálu spoločnosti vytvárajúcej jednu komunitu. „*Chceme, aby chudobní a bohatí, vzdelaní a nevzdelaní medzi sebou priamo komunikovali stále viac a viac. Chceme, aby nápady, vedomosti, obozretnosť, súcit, miernosť vzdelancov slúžili chudobným, a musíme si dať pozor na bariéry, ktoré stavajú výbory medzi ľuďmi, ktorí by sa mali stretávať tvárou v tvár.*“ (Octavia Hill 1875, s. 52) Podobne ako O. Hill, aj **Ilse von Arlt** chápala rodiacu sa sociálnu prácu širšie, nielen ako finančnú podporu chudobných. Vychádzala z predpokladu, že ak chce spoločnosť odstraňovať problémy spojené s chudobou, potom musí porozumieť práve vzťahom medzi individuálnou a spoločenskou prosperitou. Predpokladala, že ak výskum chudoby bude spojený len s cieľom dosiahnuť negáciu chudoby, nemôžu jeho výsledky byť použité ako východisko pre pozitívnu sociálnu prácu. **Pozitívna sociálna práca sa usiluje o dosiahnutie sociálneho blahobytu.** „*V tomto zmysle sociálna práca nemôže byť obmedzená len na úľavu od utrpenia, ale mala by slúžiť aj na sprístupnenie radosti zo života*“ (Arlt 1958, s. 38). Takéto chápanie sociálnej práce posúva jej praktický výkon za hranicu riešenia chudoby a rozširuje aj misiu profesie. Podľa **Alice Salomon** (1921) misia sociálnej práce je zameraná na *pomoc pri tvorbe kráľovstva sociálnej spravodlivosti, justície, ktoré nielen dáva každému podľa jeho práce, ale tiež poskytuje ochranu a pomoc slabým a ktoré je založené na predpoklade, že tento cieľ bude prvou prioritou všeobecného práva.* Hádám najširšie formulovanú misiu sociálnej práce v prvej polovici 20. storočia nájdeme u **Jane Addams**, podľa ktorej sociálna práca má intervenovať nielen v otázkach riešenia chudoby, ale tiež v otázkach boja za hľadanie mierových riešení v medzinárodných sporoch, boja proti rôznym formám diskriminácie, alebo za riešenie situácie migrantov apod. (Woodcock 2008). Takto široko nastavená misia profesie by bola nerealizovateľnou aj keby sa „stala hlavnou hybnou silou“. Napĺňanie úloh vyplývajúcich z tejto misie si vyžaduje širokú koalíciu profesií, ktoré sa budú podieľať na realizácii jednotlivých cieľov.

2 Misia súčasnej sociálnej práce

Ako konštatoval Malcolm Payne (2006) v prácach autorov dominuje presvedčenie, že misiou profesie sociálna práca je snaha *o nastolenie sociálnej spravodlivosti a dosiahnutie blaha pre každého človeka.* S týmto korešponduje aj predstavenie misie profesie na internetových stránkach troch najväčších celosvetových profesijných organizácií IFSW, IASSW a ICSW.

IFSW ako svoju misiu uvádza, že jej členovia **usilujú o sociálnu spravodlivosť, ľudské práva a sociálny rozvoj prostredníctvom podpory sociálnej práce, s použitím osvedčených postupov a modelov, využívajúc medzinárodnú spoluprácu.** K podobnému poslaniu sa hlási aj IASSW, keď za svoju misiu vyhlásila **podporu kvalitného profesionálneho vzdelávania a výskumu, s cieľom posilniť ľudský blahobyť.** Z internetových stránok ICSW sa dozvedáme, že základným poslaním tejto organizácie je podporovať tie formy sociálneho a ekonomického rozvoja, ktorých cieľom **je zníženie chudoby, utrpenia a zraniteľnosti na celom svete, so špeciálnym zameraním na znevýhodnené osoby.** ICSW konkretizuje svoje poslanie, keď píše, že organizácia sa usiluje

o to, aby prišlo k celosvetového konsenzu na tom, že každý má právo na ochranu jeho základných práv, ktorými sú právo na jedlo, bývanie, vzdelanie, zdravotnú starostlivosť a bezpečnosť. ICSW zastáva stanovisko, že tieto práva sú nevyhnutným základom pre slobodu, spravodlivosť a mier. Usiluje sa tiež presadzovať také princípy ako sú rovnosť príležitostí, sloboda sebavyjadrenia a prístup k ľudským službám (Levická a kol. 2015).

Na globálnej úrovni sa profesia usiluje dosiahnuť, aby misia sociálnej práce aj na lokálnych úrovniach bola zameraná na ***posilnenie ľudského blahobytu a prispela k dosiahnutiu naplnenia základných ľudských potrieb všetkých ľudí, s osobitným zreteľom na potreby a posilnenie postavenia ľudí, ktorí sú zraniteľní, utláčaní a žijú v chudobe***. Chisala (2006) upozorňuje na vzťah medzi misiou profesie a sociálno-ekonomickými podmienkami, v ktorých profesia pôsobí. Pochybuje, že sociálna práca realizovaná v niektorých afrických, ale aj iných krajinách, v ktorých sú veľké sociálne nerovnosti, dokáže naplniť misiu profesie vytýčenú svetovými profesijnými organizáciami. *Dosiahnutie sociálnej spravodlivosti, zlepšenie postavenia chudobných a pomoc klientom k rozvoju ich sebaurčenia* totiž nezáleží len na tom, či sa o to sociálni pracovníci budú usilovať. Tento cieľ musí byť podporený aj politicky a ekonomicky a práve preto je pravdepodobné, že tieto krajiny nemajú šancu naplniť globálnu misiu profesie.

3 Kritický pohľad na misiu sociálnej práce

Niektorí autori sa pomerne kriticky vyjadrujú k deklarovanej misii sociálnej práce. Napr. Poindexter (1997) konštatuje, že americká sociálna práca síce vyhlasuje, že jej misiou je prispieť k sociálnym reformám, ale najvýznamnejšie profesijné organizácie sociálnej práce v USA a ani najvýznamnejší reprezentanti amerického akademického sveta nestoja na čele sociálnych hnutí. Poindexter pritom nespochybňuje aktivitu jednotlivých sociálnych pracovníkov, z ktorých sú viacerí v sociálnom hnutí aktívni, ale len ako jednotlivci. Podobný názor má aj Woodcock (2011), podľa ktorého je misia profesie príliš široká. Sociálna práca ako profesionálna a akademická disciplína si ***vytýčila zlepšenie kvality života a dosiahnutie subjektívneho blaha svojich klientov***. Vychádzajúc z toho, potom ***jej misiou je snaha o sociálnu spravodlivosť a blahobyt najmä pre utláčaných a marginalizovaných jedincov a komunity***. Takto koncipované poslanie sociálnej práce je nielen široké, ale aj vágne. Podobne sa o poslaní profesie vyjadruje aj Haely (2005, 2014), ktorá konštatuje, že profesia nie je vo všeobecnosti pokladaná za lídra v rámci širokého globálneho hnutia za ľudské práva. Karen Haely však poukazuje na korene sociálnej práce, ktorá sa zrodila práve z tejto misie a na fakt, že súčasný globálny svet sa skladá z veľmi odlišných sociálnych realít, pričom sociálna práca ako profesia musí rešpektovať lokálne podmienky v ktorých funguje. Preto nie je jednoduché naformulovať misiu profesie tak, aby bola akceptovateľná pre všetkých jej reprezentantov.

Chris Patten (in: Woodcock 2011) v súvislosti s misiou sociálnej práce otvára otázku, ako bude realizovateľná v čase, keď aj ekonomicky prosperujúce spoločnosti v súvislosti s neustále narastajúcou potrebou pravidelnej podpory sociálnej práce, sociálneho zabezpečenia a sociálnych služieb z verejných finančných zdrojov, začínajú uvažovať o prehodnotení tejto štedrej podpory. V reakcii na Pattena, ale aj na vyššie spomínaného Woodcocka, poukazujeme na dokument Global agenda, v ktorom sa uvádza, že sociálni pracovníci si uvedomujú, že ciele, ktoré si vytýčili je možné dosiahnuť len v spolupráci so všetkými ostatnými členmi ľudskej spoločnosti, ktorí budú tieto ciele akceptovať.

Záver

Súčasná misia profesie predstavuje ideál, ktorý stál pri zrode profesie a ktorý sociálna práca pokladá za bazálny dôvod svojej existencie. Ako už bolo spomenuté, vo vývoji profesie prišlo v polovici minulého storočia k výrazného odklonu sociálnej práce od tejto misie a predstavitelia profesie preferovali inklináciu k mikrorovine, teda k sociálnej práci orientovanej na jedinca. V dôsledku tejto voľby prišlo k výraznému nárastu terapeutiky orientovanej sociálnej práce. Takto zameraná sociálna práca ale nedokáže dostatočne efektívne riešiť sociálne problémy, ktorých príčiny sú zakorenené v nespravodlivej sociálnej štruktúre, chybnej legislatíve, narastajúcej chudobe apod. Reakciou na tento vývoj bol vznik a rozvoj kritickej sociálnej práce (Healy 2000), ktorý kulminoval prijatím dokumentu Global Agemda (Levická, Levická 2013). Je prirodzené, že nie každý reprezentant profesie sa bude aktívne zapájať do všetkých významných sociálnych hnutí na lokálnej či globálnej úrovni. Dôležité je, aby sociálni pracovníci svojou každodennou prácou usilovali o zlepšenie kvality života svojich klientov a aby zastávali a šíрили myšlienky humanizmu a sociálnej spravodlivosti. Hlavným poslaním profesie sociálna práca je posilňovať ľudský blahobyt a prispievať k naplneniu základných ľudských potrieb všetkých ľudí, s osobitným dôrazom na potreby a posilnenie postavenia ľudí, ktorí sú zraniteľní, utláčani a ľudia žijúcich v chudobe. Pohľad do histórie sociálnej práce nám potvrdzuje, že profesia sa od svojho vzniku na makrorovine zameriava práve na tieto oblasti. Skúsenosti sociálnych pracovníkov priviedli jej reprezentantov k poznaniu, že napĺňanie tejto možno až abstraktnej misie, nie je možné bez vedeckého skúmania (na čo poukázala už Ilse von Arlt) a bez inetrprofesionálnych koalícií sledujúcich spoločné ciele. Toto poznanie sa odráža aj v cieľoch, ktoré profesia prijala v dokumente Global Agenda a **to podporovať, ovplyvňovať a umožňovať vznik a rozvoj takej sociálnej štruktúry a systémov, ktoré budú prispievať k odhaľovaniu základných príčin útlaku a nerovnosti a spolupracovať so všetkými ľuďmi, ktorí využívajú služby sociálnej práce a tiež s ostatnými, ktorí zdieľajú ciele a túžby profesie po vytvorení sociálne spravodlivejšieho sveta** (Levická, Levická 2013).

Takto formulované ciele profesie je možné pokladať za misiu profesie, za ideál, ku ktorému sa chce čo najviac priblížiť. Práve túžba urobiť svet lepším miestom pre život ľudstva ako celku, ale aj pre každého člena ľudskej spoločnosti, stála pri zrode profesie sociálna práca. Počiatkové nadšenie sa rýchlo menilo v prístup založený na poznaní a výskume, pričom sa pôvodný cieľ nijako neredukoval. Práve naopak, prichádzalo k jeho rozširovaniu. Treba tiež vziať do úvahy, že tento cieľ sa usilujú sociálni pracovníci realizovať v rôznych sociálnych realitách. Sociálna práca sa realizuje vo vnútri spoločností, ktoré sú plné rozmanitostí, preto aj jej teória a prístupy musia túto rozmanitosť reflektovať. Súvislosti, ktoré sociálna práca musí poznať, pretože ovplyvňujú realitu životného sveta sa týkajú materiálnych, sociálnych, politických, ekonomických, kultúrnych, morálnych a globálnych kontextov každodenného života. Ako sa vyjadril Ife (1997), sociálna práca sa vyvinula práve zo spletnosti a niekedy aj vzájomnej rozporuplnosti tých aspektov, ktoré sprevádzajú ľudský život a na túto spletnosť a rozporuplnosť aj reaguje. Ak profesia aspiruje na pomoc pri riešení komplexných problémov a úloh súčasného sveta, potom sa jej základ nemôže zužovať (Ife 1997; Fook 2002; Davies 2002; Levická 2002; Musil 2008).

Zoznam bibliografických odkazov

- ARLT, I., 1958. *Wege zu einer Fürsorgewissenschaft*. Wien: Verlag Notring der wissenschaftlichen Verbände Österreichs.
- BOEHM, W., 1959. *Objectives of the social work curriculum of the future (Social Work Curriculum Study, Vol. 1)*. New York: Council on Social Work Education.
- DAVIES, M. (Ed.), 2002. *The Blackwell Companion to Social Work*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd., 512p. ISBN-13: 978-0631223924.

- FLEXNER, A., 1915. *Is social work a profession?* [online]. Charleston: Nabu Press, 2010, 26p. ISBN -10: 1178451887. [cit. 2013-02-04]. Dostupné na: <http://pages.uoregon.edu/adoption/archive/FlexnerISWAP.htm>
- FOOK, J., 2002. *Social Work: Critical Theory and Practice*. London Sage Publication Ltd. 180 p., ISBN-13: 978-0761972501.
- HAELY, K., 2000. *Social Work Practices. Contemporary Perspectives on Change*. London: Sage Publications, 176 p. ISBN 987-761962724.
- HAELY, K., 2005. *Social Work Theories in Context: A Critical Introduction*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 208 p. ISBN-13: 978-1403916228.
- HAELY, K., 2014. *Social Work Theories in Context: Creating Frameworks for Practice*. 2nd. Ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 272p. ISBN 978-1137024268.
- HILL, O., 1875. *Homes of the London Poor*. New York : State Charities Aid Association, 1875. 78 s.
- CHISALA, G. L., 2006. How is Social Work Affected by Different Contexts? [online]., In *Journal of Commparative Social Work*. 1, 2006, pp. 1-9. [cit. 2012-02-15]. Dostupné: <http://journal.uia.no/index.php/JCSW/article/view/191/126by>
- IFE, J. W. 1997. *Rethinking social work: towards critical practice*. South Melbourne: Longman. 225 s. ISBN 0582806941.
- LEVICKÁ, J., 2002. *Teoretické aspekty sociálnej práce*. Trnava: ProSocio. 283 s. ISBN 80-89074-39-1.
- LEVICKÁ, J. a K. LEVICKÁ, 2013. *Global Agenda a jej význam pre budúci vývoj sociálnej práce*. In: Aktuální otázky sociální politiky – teorie a praxe. VII, s. 6-17.
- LEVICKÁ, K. a J. LEVICKÁ, 2014. *Definícia profesie ako zrkadlo jej zmeny*. In: Revue sociálnych služieb, 6, 1, s. 62-71.
- LEVICKÁ, J. a kol., 2015. *Identita slovenskej sociálnej práce*. Trnava: TYPI UNIVERISTATIS TYRNAVIENSIS, spoločné pracovisko Trnavskej univerzity v Trnave a VEDY, vydavateľstva Slovenskej akadémie vied, 233 s. ISBN 978-80-8082-872-1.
- LEVICKÁ, J., 2016. *Juraj Schulpe*. In: Dějiny sociální práce - souvislost minulosti a současnosti v pomoci. Ústí nad Labem: Katedra sociální práce FSE UJEP, ISBN 978-80-7561-012-6. s. 59-71.
- MATOUŠEK, O. a kol., 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 309 s. ISBN 80-7178-473-78
- McMAHON, M., 1996. *General method of social work practice: A generalist perspective*. 3rd. ed. Boston: Allyn and Bacon , 384 p. ISBN-10: 0130632805.
- MUSIL, L., 2008. *Různorodost pojetí, neujasněnost nabídky a kontrola výkonu „sociální práce“*. In Sociální práce/Sociálna práca. 8, 2008, vol. 2, s. 60-79.
- PAYNE, M., 2006. *What is Professional Social Work?* Bristol: Policy Press, 232 p. ISBN-13:978-1861347046.
- PAYNE, M., 1997. *Modern Social Work Theory*. Basingstoke: Palgrave MacMillan, 354 s. ISBN 0-33367654-8
- POINDEXTER, C., 1997. In the aftermath:Serial crisis intervention with persons with HIV. In *Health and Social Work*, 22, 2, p. 125-132.
- WAKEFIELD, J. C., 1996a. Does social work need the eco-systems perspective? Part 1. Is the perspective clinically useful? *Social Service Review*, 70(1), 1-32.
- WAKEFIELD, J. C., 1996b. Does social work need the eco-systems perspective? Part 2. Does the perspective save social work from incoherence? ? *Social Service Review*, 70(2), pp. 183-213.
- WOODCOCK, R. 2011. *The Definition, the Mission and the Purpose of Social Work, and the Social Work Profession* [online]. [2014-05-11]. Dostupné z: <https://sweduc.wordpress.com/2013/05/30/purpose-of-social-work/>

YEUNG, K. S. S et al., 2010. Social work ethical decision making in an interdisciplinary context. In *British Journal of Social Work* 40, 5, 2010, pp. 1573-1590.

Kontakt na autorku

prof. PhDr. Mgr. Jana Levická, PhD., Katedra sociálnej práce, FZaSP TU v Trnave,
Univerzitné nám. 1, 918 43 Trnava, e-mail: jlevicka@truni.sk; j.levicka@centrum.sk

Sociálna práca v ére neskorej doby⁵

Social Work in the Era of Later Time

Peter Brnula (SK)

Abstrakt

Autor sa v príspevku zaoberá sociálnou prácou v súčasnosti, ktorú definuje prostredníctvom termínu M. Petruska „spoločnosť neskorej doby“. Príspevok je kritikou súčasnej „opravárenskej“ podoby sociálnej práce a má ambíciu čitateľa/čitateľku inšpirovať pohľadom na aktivisticky až radikálne orientovanú sociálnu prácu, ktorú je možné vnímať aj prostredníctvom advokácie v sociálnej práci ako spôsobu profesionálnej intervencie alebo profesijnej roly sociálneho pracovníka/sociálnej pracovníčky.

V závere príspevku formou otázok do diskusie pre odbornú verejnosť autor predkladá tie aspekty, ktoré považuje za dôležité pre aktuálnu zmenu v sociálnej práci na Slovensku.

Kľúčové slová

Sociálna práca. Spoločnosť neskorej doby. Radikálna sociálna práca. Slovenská sociálna práca.

Abstract

The author deals with the social work currently defined by M. Petrusek "Society at a later time". The contribution is a critique of the current "repair" form of social work and has an ambitious character for reader to have the inspiration to look at activist and radical social work, which can also be perceived through advocacy in social work as a method of professional intervention or professional role of a social worker.

At the end of this contribution are questions for the professional public to discussion, which the author presents and which he considers, that are very important for the actual change in social work in Slovakia.

Keywords

Social Work. Society at a later time. Radical social work. Slovak Social Work.

Úvod

Súčasná sociálna práca sa realizuje v prostredí tzv. trhu služieb, resp. spoločnosti služieb. Tento typ spoločnosti je typický okrem iného aj zmenou hodnôt a hodnotovej orientácie oproti predchádzajúcemu typu spoločnosti označovanej ako výrobný typ spoločnosti⁶.

Častými synonymami pre súčasnú spoločnosť sú aj pojmy ako dobiehajúca spoločnosť⁷; „spoločnosť individualizmu“⁸; „postfaktuálna spoločnosť“⁹; alebo „vyhoretá spoločnosť“¹⁰. Spojovníkom pre všetky vyššie uvedené označenia spoločnosti je, že všetky pracujú

⁵ Predkladaný príspevok vychádza, nadväzuje a rozpracováva autorov pôvodný príspevok *Sociální práce v éře společnosti pozdní doby aneb co dělat v současné sociální práci na základě její geneze* uverejneného v zborníku z konferencie organizovanej k svetovému dňu sociálnej práce *Proměny a příležitosti sociální práce v ČR*. Praha: MPSV, 2017 a je prepracovaný na slovenskú perspektívu. Slovenskému čitateľovi je ponúkaný po prvý krát na tomto mieste.

⁶ V celom príspevku sa samozrejme venujeme euroamerickej civilizácii a typológii jej spoločnosti. A to nielen z dôvodu príslušnosti k tejto civilizácii, ale aj preto, že služby sociálnej práce sú typické a významné práve pre tento typ spoločnosti, ako aj fakt, že sociálna práca má svoj pôvod práve v tomto type spoločnosti (viac, Payne 2006; Brnula 2012;).

⁷ viac: Petrusek 2006;

⁸ viac: Lipovetsky 2011;

⁹ viac: Taranecková 2016;

¹⁰ Viac: Byun Chui Han 2016;

s konceptom zmeny v nastavení súčasnej, existujúcej spoločnosti a teda nevyhnutne aj k zmene v životoch jej členov.

Tu v úvode budeme pracovať s konceptom Byung Chui Hana (2016), ktorý tvrdí, že spoločnosť popísaná M. Foucaultom ako disciplinárna spoločnosť je už minulosťou. Svet inštitúcií a jej moci nad človekom vystriedala spoločnosť služieb, ktorá je typická svojou výkonnosťou. Subjekt tejto spoločnosti má moc sám nad sebou a je akoby zbavený vonkajšej kontroly/moci, a teda je podriadený sám sebe. Práve toto ho odlišuje od subjektu tzv. disciplinárnej spoločnosti ako subjektu poslušnosti. V uvedenom definovaní súčasnej spoločnosti je jednoznačne citel'né, že aj služby sociálnej práce by mali meniť svoju orientáciu tak, aby táto bola reagujúca, prínosná a najmä účinná pre svojich členov/členky spoločnosti a spoločnosť ako takú.

Nutnosť zmeny v službách sociálnej práce v českom aj slovenskom priestore píše Chytil už v roku 2007. V súlade so Stoeszem tvrdí, že sociálna práca končí, pretože vznikla v období industrializácie a zmeškala svoj prechod už do postindustriálnej spoločnosti a zároveň teória sociálnej práce podľa neho nezvládla prechod do modernizovanej doby (Chytil 2007, s. 66). Chytilov príspevok vnímame ako „prorocký“ vo svojom čase, ktorý jasne a zrozumiteľne popisuje úskalia sociálnej práce a naznačuje isté memento, v prípade, ak sa sociálna práca „nepreberie“.

Za ostatných 10 rokov od publikovania a prednesenia tohto príspevku však sociálna práca prešla nejakým vývojom. To jasne naznačuje, že zatiaľ neskončila a môžeme povedať, že istým spôsobom reaguje na zmeny¹¹. To čo v rokoch nultých (2000 – 2009) vyzeralo ako nezvládnutie, následne v rokoch ďalších sociálna práca dobieha.

Čoraz viac sú silnejšie hlasy na užívanie teórie a intervencií smerujúcim ku komunitne orientovaným rozhodnutiam, rozvoju komunitnej práce, komunitnej sociálnej práce a čoraz viac preferujúcemu preventívnemu rázu sociálnej práce¹². Čím ďalej, tým viac sa kuratívna, represívna sociálna práca dostáva do úzadia a preferujú sa koncepty rozvoja prevencie pred vznikom problémov¹³. Rovnako aj orientácia sociálnej práce na výkon už nie je obmedzená len na cieľové skupiny, ktoré stoja na okraji spoločnosti resp. sú marginalizované. Sociálna práca sa venuje otázkam etnických menšín a depriváčnych vplyvov veľkých miest, životným situáciám spojených s chudobou, seniorským vekom, delikvenciou, s nezamestnanosťou, s mentálnym a telesným postihnutím, s chorobou, so zneužívaním človeka, ale rovnako preniká aj do nových oblastí ako personalistika, zdravotníctvo, školstvo a pod (bližšie vid': Žilová 2005; Levická 2007; Tomeš 2011; Šlosár, Lichner, Halachová a kol. 2017). Toto všetko svedčí skôr o rozvoji sociálnej práce ako o jej konci.

Je však zrejmé, že z pohľadu Howeovej perspektívy teórií sociálnej práce (Howe 1987; 2009) prechádzame skôr z perspektív opravárenských teórií a teórií hľadania významov k revolucionárskym teóriám a tým, ktoré podnecujú vedomie sociálnych pracovníkom/sociálnym pracovníčkam¹⁴. Alebo z inej perspektívy tzv. paradigmatickej podľa Payna (1997; 2005) prechádzame k teóriám z tzv. paradigmy reformy spoločenského prostredia (reformnej paradigmy)¹⁵. V slovenskom kontexte prináša Levická (2017) popis dvoch spôsobov profesionálnej intervencie: poradenstva a advokácie, čím veľmi jednoznačne do slovenského kontextu prináša práve vedeckú (aj praktickú) diskusiu medzi tzv. poradenskou a reformnou paradigmou sociálnej práce.

¹¹ z nášho pohľadu však veľmi opatrne a pomaly.

¹² v západných krajinách Európy a USA typické od 70 rokov 20. storočia;

¹³ Opäť už od 2. svetovej vojny je tento trend prítomný v sociálnej práci.

¹⁴ Pozri aj: Navrátil 2012; Brnula, Čavojská, Móžešová a kol. 2015 dostupné na:

http://fsetest.ujep.cz/img/upload/files/katedry/KSP/Brnula/Uvod_do_teorii_socialnej_prace.pdf

¹⁵ Pozri aj Brnula, Čavojská, Móžešová a kol. 2015.

Tento prechod od terapeutickej a poradenskej paradigmy k paradigme reformnej nie je náhodný, nie je účelový, ale naopak nevyhnutný a potrebný pre efektívnejšie fungujúcu prax sociálnej práce v zmenenom type spoločnosti.

Súčasná spoločnosť ako spoločnosť neskorej doby, v ktorej sa formuje sociálna práca

Zmenu v rozvoji sociálnej práce v spoločnosti neskorej doby dávame do súvisu s udalosťami ako boli formulované dilemy sociálnej práce a legislatívna úprava v oblasti sociálnej práce resp. pre oblasť sociálnej práce.

Už v nultých rokoch prichádza Navrátil (2001)¹⁶ s tzv. vývojovými dilemami sociálnej práce a Musil (2004)¹⁷ s dilemami sociálnej práce v českom prostredí, ktoré si však dovoľujeme tvrdiť sú platné aj pre slovenskú sociálnu prácu.

Obe formulované teórie dilem v sociálnej práci boli predzvest'ou zmien v sociálnej práci a preto ich vnímame ako súčasť prúdu, ktorý viedol k zmenám v sociálnej práci a jej ponímaní.

Zákonné opatrenia, ktoré sa uplatnili v praxi na Slovensku a ovplyvnili vývoj služieb sociálnej práce boli dva. Prvým zákonom bol zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách ako základný „bod zvratu“ vo vnímaní dovtedajších služieb sociálnej práce a následne zákon NR SR č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Oba zákony zmenili spôsob výkonu a náhľad na výkon služieb sociálnej práce ako profesie.

Zákon a obe teórie dilem dvoch autorov reflektujú už zmenenú spoločnosť. Túto dobu z nášho pohľadu najvýstižnejšie definuje pojem spoločnosti neskorej („pozdnej“) doby.

Autorom tohto pojmu je Petrussek (2006), ktorý tvrdí, že zmeny k spoločnosti neskorej („pozdnej“) doby sú identifikovateľné už v 50 rokoch 20. storočia. Pre jednoduché vysvetlenie konceptu tejto spoločnosti Petrussek ponúka metaforu o sopke. Tvrdí, že je to sopka, o ktorej nevieme, či je činná a či nie, ale už vôbec nie, či a kedy môže vybuchnúť a tiež s akými následkami – možno zajtra – možno nikdy.

Pričom samotný Petrussek píše, že tento termín si zapožičal od Patočku a Bělohradského, aby sa vyhol pomenovaniu postmoderná spoločnosť.

V dnešných dňoch však už Bělohradský (2014, s. 20) jasnejšie zadefinoval aj to, čo znamená spoločnosť „pozdnej“ doby: „začína v okamžiku, kdy moderní společnost ztrácí svou nejvyšší cnot, kterou je schopnost měnit se v reakci na kritické obrazy sebe sama. Kritika se mění v pouhý spektakl inscenovaný za peníze kritizovaných a k jejich prospěchu na světových fórech, kde intelektuálové globální pověsti či různé obchodní cestující s transcendentem volají po etice a vyzývají lidstvo k (interkulturnímu) dialogu, zatímco excellence naslouchají – „lehké na tváři dojetí, hluboká v srdci lhostejnost“. Manažéři nadnárodních koncernů mají světová fóra v oblíbě, je možné získat na ně i vládní granty“.

Z hľadiska jasnejšieho definovania spoločnosti neskorej¹⁸ doby Petrussek (2006) ponúka jej definovanie prostredníctvom znakov tejto spoločnosti:

1. Zásadné premeny v organizácii výroby i výrobných vzťahov – ide o spoločnosť, ktorá je typická postfordizmom (zmenou vo výrobných procesoch a spochybňovaní

¹⁶ profesionalizácia/deprofessionalizácia; normatívnosť/nenormatívnosť; pomoc/sociálna kontrola; polyvalencia/specializácia; sociálna práca ako veda alebo umenie;

¹⁷ komplexné, alebo zjednodušené ciele; množstvo klientov alebo kvalita služieb; neutralita alebo favoritizmus; jednostrannosť alebo symetria vo vzťahu s klientom; procedurálny alebo situačný prístup; materiálna alebo nemateriálna pomoc; zasiahnuť, či nezasiahnuť (názvy jednotlivých dilem sú zjednodušené z textu monografie a nie sú oficiálnymi názvami, boli by dlhšie)

¹⁸ V slovenskom jazyku budeme používať termín „neskorá doba“ ako ekvivalent pre pomenovanie „pozdnej doba“ M. Petruska

platnosti fordovského modelu výrobného procesu). Je to spoločnosť služieb viac ako výroby. Zároveň zmeny priniesol aj fenomén globalizácie.

2. Vznik nových „životných foriem“ a pluralizácia životných štýlov – spoločnosť, v ktorej nie je už nezvyklé spolužitie miesto manželstva, rovnako ako aj život v komúnach, prípadne preferencia života „singles“.
3. Nové vzorce spotrebného správania sa – zjednodušene povedané, spoločnosť blahobytu smerujúci od welfare k well-being.
4. Rozvoj vzdelania – téma vzdelanostnej spoločnosti a jej súbežného budovania, ktoré sa dotýka členov spoločnosti v dostupnosti vzdelania ako aj v jej obsahová premena. Toto vedie k zmene v klasickej „triednej štruktúre“ spoločnosti, ktorá môže vyvolávať napätia a nesporne aj dopady na trh práce.
5. Rast mediálneho sveta – zdieľanie paralelných svetov členmi spoločnosti tzv. svet každodennosti a simulovaný svet sprostredkovaný masovými médiami.
6. Vytlačenie priamej represie ako nástroja na udržovanie poriadku¹⁹ – stabilizovanie sociálnej každodennosti prostredníctvom „zvádzania“ splniteľného a nespľniteľného.
7. Zmena v hodnotových vzorcoch, zmena v posudzovaní sociálnej deviácie, zároveň systém sociálnej kontroly posunutý viac k relativizácii a nízka záväznosť/nízky stupeň vymáhateľnosti etických noriem. Spoločnosť, ktorá je typická pádom autority.
8. Nová postmoderná mentalita – prejavujúca sa v každodennosti aj kultúre.
9. Vzájomné ovplyvňovanie odlišných kultúr multikulturalizmus.
10. Globalizácia procesov (politických, ekonomických, sociálnych, kultúrnych – otvorenosť sveta – nárast rizík – nové sociálne hnutia – nové stratifikačné usporiadanie spoločnosti – mobilita spoločnosti).

Vzhľadom k pomenovaniu spoločností by sme však nemali byť skeptickí.

Ide o fakt, že spoločnosť sa zmenila, pretože spoločnosť sa neustále vyvíja smerom odniekiaľ niekam. Zmena je spojená viac so žitím ako s pomenovaním – spoločnosť predsa už žijeme a to, že ju nejako pomenujeme ešte neznamená skepsu. Slovanmi Petruska (2006, s. 16) pluralita mien spoločností je len faktom, ktorý odráža mnohoznačnosť, mnohotvárnosť a mnohorozmernosť nášho sveta. V neposlednom rade, zmena bytia spoločnosti a/alebo jej pomenovania ešte neznamená jej koniec²⁰.

Sociálna práca v súčasnej spoločnosti neskorej doby

Spoločnosť neskorej doby prináša krízu a následnú zmenu aj v samotnej identite človeka ako člena tejto spoločnosti. Je to jeden z dôležitých znakov súčasnej spoločnosti a pre sociálnu prácu nesmierne dôležitý. Z pevne zakotvenej identity v spoločnosti (Parsonovský model) prechádzame k identite utvárateľnej reflexívne a môžeme identite hovoriť ako reflexívnemu projektu (Navrátil 2014). Ľudia si pri utváraní svojich životov vyberajú z pestrého mixu informácií a každodenne sa rozhodujú, čomu budú veriť, rovnako ľudia konštituuju a vyjednávajú svoje identity prostredníctvom reflexie a pod vplyvom konštantného prísunu nových informácií. Doslovne povedané, „ľudia boli vrhnutí do stavu permanentného

¹⁹ česky – „řádu“

²⁰ „Kolaps je zkratka součástí vývoje jakékoliv civilizace, je to naděje na obnovu a lepší zítřek, období, ve kterém nefunkční části společnosti zanikají a postupně se rodí nové, lépe adaptované na nové podmínky. Potíž je v tom, že takzvaná fáze kolapsu může trvat reaktivně dlouho. Ve své podstatě se nejedná o nic jiného než o zásadní pokles složitosti sofistikovanosti a kvality životní úrovně, protože ten původní stav již není děle udržitelný, přijatelný a financovatelný. Když mluvím o komplexitě nebo složitosti, myslím tím, kolik má daný systém složek a zejména jak početné a složité jsou vztahy mezi nimi. Z toho, co víme, usuzujeme, že obvykle ty faktory, které způsobily růst té které civilizace či kultury, se nakonec promění v příčiny jejího úpadku“. (Bárta 2013, s. 67 – 68)

hľadania. Identitu už nie je možné definitívne nájsť, je možné si ju len priebežne utvárať, dočasne definovať“ (Navrátil 2014, s. 59).

K téme identity v súčasnej spoločnosti Šiklová (2016) ešte dodáva, že tie tradičné sú nahrádzané novými. Zároveň definuje 3 znaky súčasného fenoménu identity a to:

- neochotu prevziať identitu (akoby nechut' dospieť);
- príliš veľkú voľnosť a slobodu, ktorá ľudí zneisťuje a vedie u nich ku konfliktu identít;
- odmietanie identity, čím hovorí človek spoločnosti, že ju odmieta.

V spoločnosti s takýmito znakmi a takto zmeneným vnímaním identity popisujú súčasnú sociálnu prácu podľa Navrátila (2014) Grey a Ferguson.

Grey (2008) uvádza centrálny pojem v sociálnej práci v spoločnosti neskorej doby „podporu rozhodovania“, ktoré nahradí zameranie na riešenie problémov. Ferguson (2004) zase vníma, že sociálna práca sa má v teóriách presunúť od *emancipácie (sloboda od)* smerom k *politike pre život (sloboda k)*, ktorá viac vystihuje témy, s ktorými sa stretávajú občania spoločnosti neskorej doby.

Z uvedeného vychádzajúc, zadefinoval Navrátil (2014) úlohy sociálneho pracovníka v takto orientovanej sociálnej práci ako:

1. Podpora sebareflexie klienta a reflexia jeho životných podmienok;
2. Pomoc pri odhaľovaní významov, ktoré môžu pre nich životné situácie mať;
3. Rozvoj porozumenia, ako životná situácia a klientova interpretácia na seba vzájomne pôsobia;
4. Sprevádzanie klienta pri rozhodovaní a utváraní reflexívnych životných trajektórií s dôrazom na hodnoty, ktoré človek poznal ako cenné a nosné pre svoj život
5. Podpora zmeny prostredia, aby realizácia reflexívnej identity vôbec bola možná.

Ak sa pozrieme na slovenskú sociálnu prácu vykonávanú v spoločnosti neskorej doby je nutné konštatovať, že je zrelá na to, aby už prestávala pracovať v perspektíve užívanie opravárenských teórií a teórií hľadania významu, resp. sa posunula od terapeutickej a poradenskej paradigmy k reformnej paradigme. Pre ďalší rozvoj sociálnej práce by bolo potrebné presunúť sa k advokácii (slovami Levickej 2017) ako spôsobom profesionálnej intervencie sociálnych pracovníkov/sociálnych pracovníčok. Považujeme však za nutné tu upozorniť na to, že nemá ísť o zavrhnutie intervencií sociálnych pracovníkov/sociálnych pracovníčok postavených na teóriách metódach vychádzajúcich z poradenskej resp. terapeutickej intervencii, ale o to, že primárne je potrebné hľadať vonkajšiu, environmentálnu, alebo socioekonomickú príčinu ťaživej životnej situácie klienta, ktorej odstránenie by klientov problém vyriešilo. V prípade ak nie, tak potom prichádzajú legitímne na rad intervencie poradensko – terapeutické, teda nejde o ich zavrhovanie apriori ako je to vykladané v slovenskom priestore.

Inak povedané, sociálni pracovníci by mali byť skôr agensami zmien²¹ a nie udržiavačmi statusu quo, s tým, že cieľom ich práce je zmena (u) klienta²².

To ako je slovenská sociálna práca vnímaná verejnosťou prináša autorský kolektív Botek, Žáková, Bánovčinová (2017)²³, ktorí realizovali výskum o vnímaní sociálnej práce verejnosťou. Uvedieme dve zistenia z tohto výskumu, v ktoré dokladujú aj naše tvrdenia uvedené vyššie.

²¹ Viac: Strieženec 1999; Strieženec 2006;

²² Viac: Mullaly 2008; Janebová 2014; Smrek 2015: in: Brnula, Čavojská, Móžešová a kol. 2015;

²³ Tento výskum bol realizovaný v rámci projektu APVV Identita sociálnej práce v kontexte Slovenska pod vedením Jany Levickej na FZaSP TU v Trnave.

Podľa respondentov výskumu (Botek, Žáková, Bánovčinová 2017, s. 42) uvedeného výskumu vnímajú činnosť sociálnych pracovníkov na Slovensku nasledovne: (zoraďené od najviac po najmenej označenú činnosť):

1. Radí ľuďom	10. Pomáha riešiť konflikty
2. Pomáha sa zorientovať v problémoch	11. Koordinuje činnosť tímu rôznych odborníkov
3. Pomáha nájsť a využívať zdroje pomoci	12. Bojuje proti nespravodlivosti
4. Pomáha znevýhodneným naplňať ich práva	13. Jeho práca je najmä administratívna
5. Pomáha riešiť problémy v komunite	14. Presadzuje zmeny v spoločnosti
6. Pomáha zvoliť najvhodnejšie služby	15. Ovplyvňuje politiku
7. Podporuje dosahovanie potrebnej zmeny	16. Realizuje výskum
8. Pomáha komunite dosahovať zmeny	17. Dáva dávky
9. Pomáha sprostredkovať dohodu	

Ako je vidieť na prvých dvoch miestach sa objavujú činnosti, ktoré patria skôr do poradenskej intervencie ako advokácie. Až tretiu v poradí by sme mohli zaraďovať aj k advokácii ako spôsobu profesionálnej intervencie.

Druhým zistením výskumu je miera užitočnosti sociálnych pracovníkov/sociálnych pracovníčok na Slovensku (Botek, Žáková, Bánovčinová 2017, s. 61, zoraďené od najviac po najmenej označenú činnosť):

Starostlivosť o seniora
Týranie a zanedbávanie dieťaťa
Domáce násilie
Výchovné problémy
Telesné postihnutie
Nezamestnanosť
Závislosti
Problémy s bývaním
Ekonomické problémy a zadlženosť

Opäť aj v tomto zistení je vidieť, že ide skôr o mieru užitočnosti viazanú k cieľovým skupinám od najväčšej odkázanosti cez pohľad poradensko-terapeutický.

Je skutočnou a reálnou požiadavkou spoločnosti na sociálnu prácu, aby intervenovala a pomáhala z pohľadu poradensko-terapeutického, to je neodškriepiteľné. Avšak akoby sme v sociálnej práci stále nemali ani sami od seba a nemá to očakávanie ani samotná spoločnosť na nás, aby sme pôsobili preventívne v oblasti hájenia záujmov a práv a tým eliminovali aj možnosť vzniku nových problémov a ťaživých životných situácií. To je ako by sme od lekárov neočakávali prevenciu a angažovanie sa v zdravotnej politike ako súčasť politiky štátu.

Záver

Súčasná spoločnosť neskorej doby prináša naozaj koniec perspektívy užívania opravárenských teórií a teórií hľadania významu. Samotné definovanie sociálnej práce IFSW v roku 2014 čoraz viac jasnejšie a zreteľnejšie posúva cestu sociálnej práce k ceste k

štruktúrnym, kritickým a radikálnym teóriám sociálnej práce. Toto je však skôr cesta západného sveta.

Žiaľ na Slovensku je ešte neustále sociálna práca viac „tlačená“ legislatívnymi opatreniami do podoby opravy daného stavu u cieľových skupín ako o hľadani princíпов uschopňovania občanov aj prostredníctvom činnosti sociálnej práce. Neustále v praxi sociálnej práce je narážané do dilemy množstva klientov alebo kvality práce (Musil 2004), čo môžeme pejoratívne pomenovať ako „kvantifikácia sociálnej práce“. Toto vnímame prostredníctvom neustáleho pretláčania dôležitosti štatistických údajov a dokumentácie a nie priamej oblasti intervencií sociálnej práce²⁴.

Každodennosť v sociálnej práci na Slovensku popisuje aj Repková (2017). Táto každodennosť hovorí, že súčasná sociálna práca vedie k naučenej roly klienta/klientky sociálnej práce, čo je vlastne dôsledok neustálej prípadovej práce alebo opravárenského pohľadu na sociálnu prácu, čo sa dokonca odzrkadľuje aj slovami klientov k sociálnym pracovníkom/pracovníčkam v podobe: „vy sa máte postarať o mňa“.

To, čo ešte okrem kvantifikácie sociálnej práce vnímame varovne pre sociálnu prácu je aj „normativizácia súčasnej spoločnosti“ o ktorej píše Višnovský (2014). Ten ju definuje ako „snahu sociálnych aktérov, najmä mocenských a riadiacich regulovať (manažovať) spoločnosť a všetky oblasti jej života prostredníctvom noriem a normatívnych aktov. Sociálne subjekty na všetkých úrovniach prijímajú a presadzujú svoje sociálne normy počnúc zákonmi v parlamente a končiac detailnými predpismi a inštrukciami pre každého občana či pracovníka, určujúc tak jeho konanie a správanie pokiaľ možno čo najpresnejšie a najprísnejšie v zmysle toho, čo má a nemá robiť, čo smie a nesmie konať atď. (Višnovský 2014, s. 32).

Ako však proti na prvý pohľad tejto skepse reagovať? Ako výzvu môžeme vnímať a realizovať nasledovné:

- Viest' svoju prácu (sociálnu prácu) viac aktivisticky a budovaním oveľa väčšej miery spoluzodpovednosti aj sociálnych pracovníkov/sociálnych pracovníčok za stav spoločnosti; politik atď.;
- Viac prepájať prax – vedu – vzdelávanie v sociálnej práci, aby sa nám nestávalo, že je priepasť už len medzi týmito integrálnymi časťami celku nazývanej sociálna práca;
- Budovanie evidence-based practice ako jedna z možností budovania sociálnej práce.

V poslednom rade je však dôležité uvedomiť si základný a nevyhnutný fakt a zodpovedať na otázku: Sme na Slovensku pripravení na zmenu pôsobenia sociálnej práce po teoretickej, praktickej a výskumnej stránke?

Zoznam bibliografických odkazov

BÁRTA, M., 2013. *Kolaps neznamená koniec*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad.

BĚLOHRADSKÝ, V., 2014. *Společnost nevolnosti. Eseje z pozdější doby*. 3. vyd., Praha: SLON.

BOTEK, O., M. ŽÁKOVÁ, M. a A. BÁNOVČINOVÁ, 2017. *Sociálna práca očami verejnosti*. 1. vyd., Trnava: FZaSP TU v Trnave.

BRNULA, P., 2012. *Sociálna práca. Dejiny, teórie a metódy*. Bratislava: IRIS.

BRNULA, P., K. ČAVOJSKÁ, K. MÓZEŠOVÁ a kol., 2015. *Úvod do teórií sociálnej práce*. 1. vyd. Bratislava: IRIS.

BYUNG-CHUI H., 2016. *Vyhořelá společnost*. 1 vyd. Praha: Rybka publishers.

²⁴ Slovami Višnovského (2014) ide o kvantitavizmus, resp. aplikovanú matematizáciu a štatizáciu, ktoré sú významne podporované digitálnou technológiou, postupmi a závermi. Akási mágia čísiel, vzorcov na výpočet všetkého, tabuliek, grafov, ktoré majú dodávať efekt každej argumentácii.

- HOWE. D., 1987. *An introduction to Social Work Theory*. reprint in 1992, Aldershot: Ashgate.
- HOWE, D., 2009. *A Brief Introduction to Social Work Theory*. New York: Palgrave Macmillan.
- CHYTIL, O., 2007. *Důsledky modernizace pro sociální práci*. s. 64-71. Sociální práce/Sociálna práca. 7(4), 64-71. ISSN 1213-6204
- JANEBOVÁ, R., 2014. *Kritická sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- LEVICKÁ, J. a kol., 2007. *Sociálna práca I*. Trnava: Oliva.
- LEVICKÁ, J., 2017. *Poradenstvo a advokácia. Dva spôsoby profesionálnej intervencie*. Trnava: FZaSP TU v Trnave.
- LIPOVETSKY, G., 2011. *Soumrak povinnosti. Bezbolestná etika nových demokratických časů*. 1. vyd. Praha: Prostor.
- MULLALY, B. *The New Structural Social Work*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press
- MUSIL, L., 2004. „ráda bych Vám pomohla, ale“ *Dilemata práce s klienty v organizacích*. 1. vyd. Brno: Marek Zeman.
- NAVRÁTIL, P., 2001. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd., Brno: Marek Zeman.
- NAVRÁTIL, P., 2012. *Prekérnost teorií v sociální práci v pozdně moderní době*. in TRHUHLÁŘOVÁ, Z., K. LEVICKÁ (eds.), 2012. *Od teorie k praxi. Od praxe k teorii. Sborník z konference VIII. Hradecké dny sociální práce Hradec Králové 7.-8. októbra 2011*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- NAVRÁTIL, P., 2014. *Spoločenský kontext sociálnej práce*. s. 25-47 in: NAVRÁTIL, P. a kol. 2014. *Reflexivní posouzení v sociální práci s rodinami*. 1. vyd. Brno: Muni Press.
- PAYNE, M., 2006. *What is Professional Social Work*. 2nd ed. Bristol: The Policy Press University of Bristol.
- PETRUSEK, M., 2006. *Společnosti pozdní doby*. 1. vyd., Praha: SLON.
- REPKOVÁ, K., 2017. *Sociálne služby. Podpora zmysluplnej každodennosti v ľudsko-právnej perspektíve*. Bratislava: IVPR.
- ŠIKLOVÁ, J., 2016. *Identita v sociálnom svete*. Príspevok na medzinárodnej konferencii Identita supervize, ČIS, Ledec nad Sázavou.
- ŠLOSÁR, D., V. LICHNER, M. HALACHOVÁ a kol., 2017. *Teórie sociálnej práce a vybrané klientske skupiny*. 1. vyd. Košice: FF UPJŠ.
- TARANEKOVÁ, I., 2016. *Éra našej nespokojnosti*. 26.8.2016 dostupné na: <http://zurnal.pravda.sk/z-notesa/clanok/403102-era-nasej-nespokojnosti/>
- TOMEŠ, I., 2011. *Sociální pracovníci dnes a zítra*. s. 7-16 in MARÁŠKOVÁ Ivana. 2011. *Politiky a paradigmaty sociální práce. Co jsme zdědili a co s tím uděláme*. 1. vyd., Zlín : Univerzita Tomáše Bati.
- VIŠŇOVSKÝ E., 2014. *Idea kreativnej univerzity: prečo univerzita nie je fabrika, biznis ani úrad?* S. 32 – 48 in: VIŠŇOVSKÝ E. (ed.) 2014. *Univerzita, spoločnosť, filozofia: realita versus hodnoty*. Bratislava: IRIS.
- ŽILOVÁ, A., 2005. *Úvod do teórie sociálnej práce (náuka o sociálnej práci)*. 1. vyd., Badín : Mentor.

Kontakt na autora

Peter Brnula, doc. PhDr., PhD., Katedra sociální práce, FSE UJEP v Ústí nad Labem, Pasteurova 3544/1, Ústí nad Labem 400 96, e-mail: peter.brnula@ujep.cz

Vybrané indikátory ovplyvňujúce profesijnú identitu sociálnych pracovníkov na Slovensku²⁵

Selected Indicators Influencing the Professional Identity of Social Workers in Slovakia

Dominika Uhnáková (SK), Jana Levická (SK)

Abstrakt

Teoreticko-empirická štúdia pojednáva o profesijnej identite a o indikátoroch, ktoré vplývajú na formovanie profesijnej identity sociálnych pracovníkov na Slovensku. Ukázalo sa, že väčšina sociálnych pracovníkov na Slovensku je identifikovaných so svojou profesiou. Za indikátory, ktoré majú vplyv na ich profesijnú identitu sa ukázali vzdelanie, rola a tímová spolupráca. Výskum bol realizovaný v kvantitatívnom dizajne. Pre zber dát bol použitý dohľadník vlastnej konštrukcie. Výskumnú vzorku o veľkosti 617 respondentov tvorili sociálne pracovníčky a sociálni pracovníci z rôznych polí sociálnej práce. Získané data boli spracované a analyzované za použitia programu SPSS.

Kľúčové slová

Identita. Profesijná identita. Indikátory identity. Sociálna práca.

Abstract

The theoretical and empirical study deals with professional identity and indicators that influence the formation of the professional identity of social workers in Slovakia. The most social workers in Slovakia are identified with their profession. Indicators that influence their professional identity are education, role and teamwork. The research was carried out in a quantitative design. A research sample was 617 social workers from different fields of social work. The obtained data were processed and analyzed using by SPSS.

Keywords

Identity. Professional identity. Indicator of identity. Social work.

Úvod

V slovenských podmienkach sa nerealizovali výskumné štúdie, ktoré by sa zaoberali profesijnou identitou sociálnych pracovníkov. Naopak v zahraničí sa uskutočnili viaceré výskumy, ktoré si zvolili za svoj predmet výskumu, práve profesijnú identitu. Napríklad, Woonan Shim a kol. (In: Jebril 2008) realizovali v Južnej Kórey rozsiahlu empirickú štúdiu o profesionálnej identite, ktorej výsledky ukázali, že profesijná identita je do veľkej miery ovplyvnená *spokojnosťou s prácou*.

Výskum realizovaný Tamm (2010) o profesijnej identite v Estónsku, taktiež za jeden z významných faktorov ovplyvňujúci profesijnú identitu uvádza práve spokojnosť s prácou, ktorá poskytuje sociálnym pracovníkom naplnenie a radosť z pomoci iným ľuďom pri vytváraní lepšieho života. Ako ďalšie dôležité indikátory vplývajúce na profesijnú identitu sa ukázali *vzdelanie*, ktoré dáva základ pre zvládnutie profesijných úloh a taktiež vhodné osobnostné charakteristiky sociálneho pracovníka, ktoré sú potrebné pre úspešné zvládnutie sociálnej práce.

V roku 2006 realizovala Adams a kol. Štúdiu, v ktorej skúmali úroveň profesijnej identity u študentov rôznych profesií a faktory, ktoré môžu ovplyvniť úroveň ich odbornej identifikácie. Závety štúdie naznačujú, že študenti už pred začatím odbornej prípravy disponujú určitou mierou profesijnej identity, ktorá sa štúdiom posilňuje. Indikátory o ktorých sa zistilo, že významne ovplyvňujú profesijnú identitu boli *pohlavie*, *predchádzajúce*

²⁵ Tento príspevok bol spracovaný v rámci projektu APVV-0524-12 Identita sociálnej práce v kontexte Slovenska

pracovné skúsenosti, porozumenie tímovej spolupráci, znalosť povolania a kognitívna flexibilita. Za jeden z mála štátov, ktoré si objednali vykonanie nezávislého preskúmania stavu sociálnej práce patrí Škótsko. Správa o tejto štúdii bola uverejnená vo februári 2006 pod názvom *Changing Lives: Report of the 21st Century Social Work Review* a bola opísaná ako základ pre najväčšiu rekonštrukciu sociálnej práce v Škótsku za 40 rokov. Správa sa tiež zameriava na otázky profesijnej identity, ktorú najviac podľa správy ovplyvňujú *hodnoty a morálny záväzok sociálnej práce*, nakoľko skúsenosti, ktorými sociálni pracovníci disponujú, sú podložené spoločným súborom hodnôt. Autori správy zastávajú názor, že profesijná identita sociálnej práce nemusí byť neoddeliteľne spojená s konkrétnymi organizačnými štruktúrami, ale mala by sa skôr zakladať na základných hodnotách a princípoch, ktoré odlišujú sociálneho pracovníka od iných odborníkov pracujúcich v rámci organizácie (*Changing Lives: Summary Report of the 21st Century Social Work Review* 2006). Inšpirovaní vyššie spomínanými výskumami a tiež štúdiom domácej relevantnej literatúry sme ako bazálne indikátory pre náš výskum zvolili: *rolu, sebahodnotenie, vzťah k profesii, dĺžka praxe, hodnoty, vzdelanie, tímová spolupráca, obraz profesie, členstvo v profesijných organizáciách.*

Profesijná identita

Profesijná identita je jednou z podmnožín identity človeka, ktorá spoluutvára to, kým sa človek cíti byť a ako sám seba vníma. Nejedná sa o statický, či konečný stav, ale o neustály vývoj človeka, v rámci profesie, ktorý prebieha počas celého života (Howard 2000). Každá sociálna skupina v spoločnosti a teda aj profesijná skupina zdôrazňuje spolupatričnosť, participáciu a vedomú (ale i nevedomú) identifikáciu členov s organizačnými a etickými pravidlami, a tak vytvára predpoklad k formovaniu profesijnej identity jej členov. Profesijná identita predstavuje mieru stotožnenia sa príslušníka profesie nielen s hodnotami a normami profesie, ale aj s jej misiou, úlohami a cieľmi. Navonok sa prejavuje prostredníctvom profesiou predpísaného správania voči klientom, kolegom, organizácii pre ktorú pracuje a tiež voči organizáciám reprezentujúcim profesiu. Vzhľadom na túto skutočnosť je možné profesijnú identitu označiť za najvýznamnejší prvok ovplyvňujúci praktický výkon sociálnej práce. Proces tvorby profesijnej identity začína oboznamovaním sa s informáciami o profesii (teda v rámci pregraduálnej prípravy) a uzatvára sa v praktickom výkone sociálnej práce, pričom významným prvkom ovplyvňujúcim proces utvárania profesijnej identity je organizačná kultúra (Webb 2015). Adams (2006) tvrdí, že profesijná identita v sebe zahŕňa porozumenie odbornej praxi, rozvoj zručností a hodnôt profesie. Môže byť opísaná ako postoje, hodnoty, vedomosti, presvedčenie a zručnosti, ktoré sú zdieľané s ostatnými v rámci profesijnej skupiny a vzťahuje sa k úlohám profesie vykonávanej jedincom a teda je záležitosťou subjektívneho seba–ponímania spojeného s prijatou pracovnou úlohou. Cohen-Scali (2003) poukazuje na to, že profesijná identita je nadobudnutá v procese profesijnej socializácie, ktorú Lai (2012) definuje ako proces, v ktorom je laik prijatý do profesie, učí sa normám, postojom, správaniu, zručnostiam, rolám a hodnotám profesie. Aby bol „socializovaný“ do profesie musí jednotlivец internalizovať hodnoty a normy profesie do svojho vlastného správania a seba–ponímania. Podobný názor zastáva aj Hudecová (2010), ktorá profesionalizáciu sociálnych pracovníkov chápe ako proces nadobúdania konkrétnych profesionálnych znakov (osobných vlastností, zručností, vedomostí), ktoré sú potrebné a nevyhnutné na odborný a profesionálny výkon práce sociálneho pracovníka. Zároveň ju vníma aj ako konečný stav, t.j. nadobudnutie profesionálnych znakov, ktoré sociálneho pracovníka zaraďujú k profesionálom.

Indikátory identity

Adams (2006) poukazuje na niektoré významné faktory, ktoré ovplyvňujú mieru profesijnej identity. Sú to, poznatky o vlastnej profesii, schopnosť porozumieť tímovej spolupráci, praktické skúsenosti, a kognitívna flexibilita, ktorá je definovaná ako schopnosť poskladať rôzne prvky teoretických vedomostí tak, aby sa dali aplikovať na osobité potreby, alebo riešenie problémových situácií. Vychádzajúc z Adams (2006) môžeme predpokladať, že poznatky o profesii prispievajú k zvýšeniu profesijnej identity. Čiže študenti s lepšou znalosťou svojej vlastnej profesie sú identifikovaní so svojou profesijnou skupinou lepšie, než tí, ktorí o nej vedľa menej. Taktiež je logické, že študentom by pri rozvoji ich profesijnej identity mohli pomôcť poznatky a praktické skúsenosti, ktoré získali zo svojho odboru mimo štúdia (napr. ako dobrovoľníci v zariadeniach). Coccoza (in: Levická 2009, s. 23) tvrdí, že „vedomie profesionálnej identity sa utvára prelínaním poznatkov a skúseností v praktickom know-how, ktoré podložené znalosťami, hodnotami a postojmi sa stáva základom vymedzenia profesionálnej role sociálneho pracovníka.“ Levická (2015) medzi ďalšie indikátory profesie zaraďuje:

- definícia profesie,
- úlohy, poslanie, misia profesie,
- charakteristické znaky profesie,
- požiadavky na vzdelanie,
- role sociálneho pracovníka/druhy činnosti,
- motivácia pre výber povolania,
- prestíž, status profesie,
- legitimita,
- klientela,
- metódy,
- kultúra profesie,
- spoločenský mandát,
- profesijné organizácie,
- kompetencie.

Jebril (2008), Ohlen a Segesten (in: Jebril 2008), Cohen-Scali (2003), uvádzajú, že koncept profesijnej identity má dve dimenzie: osobnú a odbornú, pričom každá obsahuje vnútorné a vonkajšie (kontextuálne) faktory (indikátory).

Metodológia

Hlavným cieľom nášho výskumu bolo zistiť, či sú sociálni pracovníci na Slovensku identifikovaní so svojou profesiou a ktoré indikátory ju ovplyvňujú. V súvislosti s tým sme si stanovili dve výskumné otázky: 1. Sú slovenskí sociálni pracovníci identifikovaní so svojou profesiou? 2. Ktoré faktory vplývajú na formovanie profesijnej identity sociálnych pracovníkov na Slovensku? V literatúre sú popisované viaceré indikátory, ktoré vplývajú na formovanie profesijnej identity. Vychádzajúc z viacerých autorov (Jebril 2008; Cohen-Scali 2003; Tamm 2010) sme v našom výskume zisťovali, do akej miery indikátory akými sú rola, vzdelanie, členstvo v profesijných organizáciách a tímová spolupráca, profesijnú identitu slovenských sociálnych pracovníkov. Na zistenie stanoveného cieľa sme si zvolili kvantitatívnu výskumnú stratégiu. Zber dát bol realizovaný prostredníctvom dotazníka, ktorý obsahoval 113 položiek. Značnú časť dotazníka tvorili škálovacie otázky, v ktorých za použitia Likertovej škály na stupnici od 1-5 respondenti vyjadrovali svoj úplný nesúhlas až po úplný súhlas s danými tvrdeniami. Na základe preštudovanej literatúry sme stanovili štyri subškály profesijnej identity zamerané na spokojnosť s profesiou, hrdosť na profesiu, hodnoty a tímovú spoluprácu. Okrem printovej podoby bol dotazník koncipovaný aj v elektronickej

forme. Vyhodnocovanie sme uskutočnili pomocou štatistického programu *SPSS Statistics 20*, ktorý sa používa na štatistickú analýzu údajov.

Výskumná vzorka

Pri tvorbe výskumného súboru sme použili dostupný výber. Vzhľadom k tomu, že neexistujú oficiálne štatistiky o počte sociálnych pracovníkov v SR a ani komora sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce nezachytáva všetkých sociálnych pracovníkov, kontakty sme čerpali predovšetkým z oficiálnych internetových stránok zariadení. Oslovili sme sociálnych pracovníkov na všetkých úradoch práce sociálnych vecí a rodiny, sociálnych pracovníkov pracujúcich v akreditovaných subjektoch MPSVaR z oblasti sociálnych služieb a subjekty vykonávajúce činnosti v zmysle zákona o rodine č. 36/2005 Z. z. Výskumnú vzorku v našom výskume tvorilo 617 sociálnych pracovníkov z toho 536 žien a 76 mužov.

Výskumné zistenia

V súvislosti s prvou výskumnou otázkou sme zisťovali, či sú sociálni pracovníci identifikovaní so svojou profesiou. Tento cieľ sme zisťovali prostredníctvom štyroch subškál, ktorých maximálna hodnota predstavovala 160. Výsledky ukázali, že hodnotu nižšiu ako 100 dosiahlo 5,4% respondentov, v rozmedzí hodnôt 101 – 120 sa pohybovalo 38,8% respondentov, úroveň 121-140 dosiahlo 53,2% respondentov a 2,5% respondentov dosiahlo úroveň hodnôt 141-160. Na základe uvedeného môžeme konštatovať, že 38,8% respondentov je silno identifikovaných so svojou profesiou. Najviac respondentov dosiahlo úroveň stredne silnej identifikácie (53,2%). Veľmi silnú identifikáciu s profesiou vykázalo len 2,5% sociálnych pracovníkov, pričom 5,4% sociálnych pracovníkov nie je so svojou profesiou identifikovaných vôbec. Na základe výsledkov môžeme konštatovať, že naši respondenti sú identifikovaní so svojou profesiou.

Za jeden z indikátorov, ktorý vplyva na formovanie profesijnej identity sa potvrdil vplyv roly, pričom významné rozdiely v profesijnej identite sa ukázali medzi rolami poradca-administrátor, terapeut-administrátor. Rozdiely medzi administrátorom a terapeutom, poradcom a administrátorom sú pochopiteľné, keďže ako rola terapeuta, tak aj rola poradcu si od sociálnych pracovníkov vyžaduje jasne analyzovať klientovu situáciu, posúdiť jeho potreby a poskytnúť im riešenia problémov, alebo ich sprevádzať pri ich objasňovaní (Levická, 2007). Naopak rola administrátora je viac spojená s dodržiavaním pravidiel a postupov organizácie, s vybavovaním žiadostí a rozhodnutí vopred stanoveným postupom, ktorý stojí nad interpersonálnymi vzťahmi.

Ako ďalší dôležitý faktor vplývajúci na tvorbu profesijnej identity sa potvrdil vplyv vzdelania. Greenwood (in: Weiss, Gal, Cnaan 2004) považoval za nevyhnutnú podmienkou pre vstup do profesie existenciu povinného a špecializovaného systému vzdelávania a odbornej prípravy. Nadobudnutie odborných kompetencií, vďaka odbornému vzdelávaniu a pracovným skúsenostiam podporuje sebadôveru sociálnych pracovníkov, ktorá zasa zvyšuje pracovný úspech. Integrovanie vedomostí a zručností s osobnými charakteristikami, čo posilňuje súdržnosť a záväzok k profesii (Tamm 2010). Levická (2007, s. 102) dodáva, že vzdelávanie je založené na schopnosti správnej interpretácie príkladov a predpokladá dostatočnú znalosť faktov o prípade, podmienkach, príčinách vzniku problémovej situácie, pričom pochopenie prípadu neznamená len empatické chápanie, či psychologické zhodnotenie, ale predpokladá tiež dobrú znalosť sociálnych štruktúr, ktoré mohli prispieť k vzniku problému ako aj inštitucionálno-právne možnosti konania sociálneho pracovníka. V našom výskume sa ukázali významné rozdiely medzi skupinami sociálnych pracovníkov, ktorý majú vysokoškolské vzdelanie v odbore sociálna práca, a teda disponujú potrebnými znalosťami a vysokoškolsky vzdelanými profesionálmi, ktorí síce vykonávajú sociálnu prácu ale sú vzdelaní v inom odbore než je sociálna práca. Čo je prekvapujúce je, že rozdiely

v profesijnej identite sa nepreukázali medzi vysokoškolsky vzdelanými sociálnymi pracovníkmi a pracovníkmi s maturitou a pomaturitným štúdiom. Domnievame sa, že by to mohlo byť spôsobené skutočnosťou, že rozvoj vzdelávania v oblasti sociálnej práce sa na Slovensku začal až v 90. rokoch. Dovtedy na pozíciách sociálnych pracovníkov pôsobili stredoškolsky vzdelaní pracovníci, ktorí však absolvovali pomaturitné vzdelanie zamerané na oblasť sociálno-právnej ochrany alebo prešli rezortným preškolením ministerstva, v ktorom boli vedení k tomu aby vnímali význam profesie. Predpokladali sme preto, že stredoškolsky vzdelaní sociálni pracovníci budú pracovať v praxi dlhšie. Aj keď väčšina sociálnych pracovníkov s pomaturitným vzdelaním mala prax nad 20 rokov u stredoškolsky vzdelaných sociálnych pracovníkov tomu tak nebolo. Usudzujeme preto, že profesijná identita sociálneho pracovníka, ktorý je odborne nevyprofilovaný sa môže tvoriť na základe vlastných skúseností, ktoré mu pomohli v identifikácii sa s profesiou. Vysvetlenie tejto skutočnosti môžeme nájsť u Cohen-Scali (2003), ktorá pri tvorbe profesijnej identity rozlišuje dva druhy socializácie. Prvou je *socializácia k práci*, ktorá predstavuje skúsenosti nadobudnuté v rodine. Práve skúsenosti nadobudnuté v detstve a dospievaní podľa nej zohrávajú kľúčovú úlohu vo vývoji prístupu mladých dospelých k práci. Druhou dimenziou socializácie predstavuje *socializácia v práci*, ktorá zodpovedá profesionálnym skúsenostiam dospelých aj aj samostatnej integrácii do sveta práce. Efektívna *tímová práca* viacerých odborníkov poskytuje kvalitnejšiu starostlivosť o klienta. Spolupráca s inými odborníkmi pri výkone sociálneho pracovníka podporuje blaho a spokojnosť klientov, prispieva k poskytnutiu efektívnejšej pomoci a k rýchlejšiemu dosiahnutiu stanovených cieľov. V štúdiu Tamm (2010) respondenti zdôraznili význam tímovej práce pre úspešnú prácu. Z výskumu dokonca vyplynulo, že sociálni pracovníci sa radšej vzdali kariérnych príležitostí, ak boli presvedčení, že by sa dostali do tímu, v ktorom by chýbalo porozumenie a zmysel pre spoluprácu. V súvislosti s rolou sa ukázalo, že za dôležitú považujú spoluprácu najmä sociálni pracovníci v role case manažera, čo je do istej miery pochopiteľné, keďže častokrát je úloha sociálnych pracovníkov v tejto role spojená s odkazovaním klientov na iných odborníkov alebo iné inštitúcie pri zabezpečovaní pomoci klientovi musia spolupracovať aj s inými odborníkmi. Darcy, Abed-Faghri (2013) tvrdia, že v rámci svojej misie sa *profesijné združenia* zameriavajú na vytvorenie platformy pre spoločné profesijné záujmy, podporujú profesionálny rozvoj prostredníctvom výskumu, poskytujú priestor na posilnenie zručností a znalostí potrebných pre výkon profesie a slúžia ako miesto na zlepšenie profesionálneho výkonu, pričom uvádzajú, že profesijné združenie má tri hlavné prínosy, ktoré pomáhajú udržiavať jedinečnú identitu ich príslušníkov. Sú nimi:

- odlišenie profesie od iných pomáhajúcich profesií,
- uznanie jedinečnosti povolania,
- zastúpenie profesie.

Členstvo v profesijnej organizácii posilňuje profesijnú identitu tým, že umožňuje členom získavať vedomosti a zručnosti požadované pri výkone profesie a vytvára pocit spolupatričnosti s ostatnými členmi skupiny (Stull, Blue 2016). V zahraničnej literatúre je členstvo v profesijnej organizácii považované za dôležitý indikátor identity (Adams 2006; Stull, Blue 2016; Darcy, Abed-Faghri 2013), v našom výskume sa však jeho vplyv nepotvrdil. Iba 20% respondentov uviedlo, že sú členmi profesijnej organizácie, prevažne je to Komora sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce. Do značnej miery je to pochopiteľné, nakoľko na Slovensku dlhé roky neexistovala profesijná organizácia, ktorá by aktívne združovala sociálnych pracovníkov. V roku 2014 prijatím zákona o sociálnej práci 219/1014 vznikla Komora sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce, ktorá v rámci svojej činnosti má okrem iného chrániť práva a záujmy svojich členov v súvislosti s výkonom sociálnej práce, poskytovať bezplatné poradenstvo v súvislosti s výkonom sociálnej práce, plniť úlohy vo veciach zápisu do zoznamu členov komory a vydávať stanoviská k etickým

otázkam výkonu sociálnej práce. Jej činnosť však nie je zatiaľ výrazná ale predpokladáme, že je to spôsobené jej práve jej krátkou dobou existencie. Napriek tomu že členmi profesijných združení je iba 20% respondentov, väčšina sociálnych pracovníkov si myslí, že každý sociálny pracovník by mal byť členom komory sociálnych pracovníkov a že sociálni pracovníci sa musia zapájať do profesijných združení a reprezentovať záujmy profesie. Na základe tohto sa môžeme domnievať, že počet sociálnych pracovníkov v profesijných združeníach bude narastať.

Záver

Väčšina slovenských sociálnych pracovníkov je identifikovaných so svojou profesiou. Za indikátory, ktoré majú vplyv na profesijnú identitu slovenských sociálnych pracovníkov sa ukázali vzdelanie, rola a tímová spolupráca. Vplyv jednotlivých indikátorov na profesijnú identitu môže byť podmienený tiež historickým vývojom a spoločenskými podmienkami danej krajiny a faktory, ktoré vplývajú na profesijnú identitu sociálnych pracovníkov v zahraničí, nevykázali v našich podmienkach vysokú mieru významnosti. Sú nimi: členstvo v profesijných organizáciách a pohlavie.

Banks (1998) zdôrazňuje, že význam profesijnej identity pre sociálneho pracovníka spočíva v tom, že vďaka nej sa vníma kým je vo svojej profesijnej role. Na základe toho môžeme konštatovať, že iba sociálny pracovník, ktorý je identifikovaný so svojou profesiou môže prispievať k identite samotnej profesie sociálna práca.

Zoznam bibliografických odkazov

- ADAMS , K. et al., 2006. *Investigating the factors influencing professional identity of first-year health and social care students*. [online] Journal compilation Learning in Health and Social Care. s. 55–68. Dostupné z: <file:///C:/DOCUME~1/Admin/LOCALS~1/Temp/adams.pdf>
- Changing Lives: Summary Report of the 21st Century Social Work Review. 2006. [Online]. Dostupné na: <http://www.gov.scot/Publications/2006/02/02094718/0>
- BANKS, S., 1998. *Professional Ethics in Social work*. [Online]. Dostupné z: http://lib.haifa.ac.il/internal/wiki/images/e/ec/Social_worker.pdf
- COHEN-SCALI, V., 2003. *The Influence of Family, Social, and Work Socialization on the Construction of the Professional Identity of Young Adults*. [Online]. Dostupné z: [http://bernard.bianca.pivot.free.fr/Articles/Socialisation%20Organisationnelle/Cohen-Scali%20\(2003\).pdf](http://bernard.bianca.pivot.free.fr/Articles/Socialisation%20Organisationnelle/Cohen-Scali%20(2003).pdf)
- DARCY, M., and N. ABED-FAGHRI, 2013. The Relationship between Counselors and Their State Professional Association: Exploring Counselor Professional Identity. [Online]. Dostupné z: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1063174.pdf>
- HOWARD, J. A., 2000. *Social psychology of identities*. *Annual Review of sociology*. Vol. 26, s. 367-393. [online]. Dostupné na: http://www.jstor.org/stable/223449?Search=yes&resultItemClick=true&searchText=Social&searchText=psychology&searchText=of&searchText=identities.&searchUri=%2Faction%2FdoBasicSearch%3FQuery%3DSocial%2Bpsychology%2Bof%2Bidentities.%2B%26amp%3Bprq%3DHoward%26amp%3Bgroup%3Dnone%26amp%3Bacc%3Doff%26amp%3Bfc%3Doff%26amp%3Bwc%3Don%26amp%3Bso%3Drel%26amp%3Bhp%3D25&seq=1#page_scan_tab_contents
- HUDECOVÁ, J. JUSKO, P. a kol., 2010. *Profesijné kompetencie sociálnych pracovníkov*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici. ISBN 978-80-557-0112-7.

- IBARRA, H., 1999. *Provisional Selves: Experimenting with Image and Identity in Professional Adaptation*. [online]. Dostupné z: http://www.jstor.org/stable/2667055?seq=2#page_scan_tab_contents
- JEBRIL, M., 2008. *The Evolution And Measurement Of Professional Identity* [online]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Mohammad_Jebril/publication/259578906_THE_EVOLUTION_AND_MEASUREMENT_OF_PROFESSIONAL_IDENTITY/links/00b4952cbbbd476b11000000/THE-EVOLUTION-AND-MEASUREMENT-OF-PROFESSIONAL-IDENTITY.pdf
- LAI, K., 2012. *Concept of professional socialization in nursing*. In: Research Note. Vol. 6. No. 1. s. 31-35.
- LEVICKÁ, J., 2007. *Sociálna práca I*. Trnava: Oliva. ISBN 978 -80-969454-2-9
- LEVICKÁ, J., 2009. *Sociálna práca II*. Trnava: Oliva. ISBN 978-80-89332-06-9
- LEVICKÁ, J. et al., 2015. *Identita slovenskej sociálnej práce*. Bratislava: Veda. ISBN 978-80-8082-872-1.
- STULL, C., and CH. BLUE, 2016. *Examining the influence of professional identity formation on the attitudes of students towards interprofessional collaboration* [online]. Dostupné z: https://www.dentistry.umn.edu/sites/dentistry.umn.edu/files/journal_of_ipe_stull_blue_article.pdf
- TAMM, T., 2010. *Professional Identity and Self-concept of Estonian Social Workers*. [online]. Dostupné z: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66631/978-951-44-8115-4.pdf>
- WEBB, S., 2015. *Professional identity and social work* [online]. Dostupné z: http://www.academia.edu/11047417/Professional_Identity_and_Social_Work
- WEISS, I., GAL, J., CNAAN, R. 2004. *Social Work Education as Professional Socialization: A Study of the Impact of Social Work Education Upon Students 's Professional Preferences* [online]. Dostupné z: http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1007&context=spp_papers

Kontakt na autorky

Mgr. Dominika Uhnáková, PhD., Trnavská univerzita v Trnave, Katedra sociálnej práce, Univerzitné námestie č. 1, 918 43 Trnava, e-mail: dominika.uhnakova@truni.sk
 prof. PhDr. Jana Levická, PhD., Trnavská univerzita v Trnave, Katedra sociálnej práce, Univerzitné námestie č. 1, 918 43 Trnava, e-mail: jana.levicka@truni.sk

Změny v systému poradenské práce u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami

Changes in the Counseling System for Children with Special Educational Needs

Maria Vašutová (CZ), Alicja Konieczna (CZ), Pavlína Junková (CZ)

Abstrakt

Příspěvek se zabývá některými změnami v systému poradenství a úlohou některých odborných pracovníků v rámci pedagogicko-psychologického poradenství. Prostřednictvím této poradenské práce dochází k naplňování podpůrných opatření ve vzdělávání a výchově u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Obsahem příspěvku je popis pedagogicko-psychologického poradenství, definování podpůrných opatření a vymezení speciálních vzdělávacích potřeb. Závěr příspěvku popisuje některé z činností zainteresovaných odborníků.

Klíčové slová

Asistent pedagoga. Speciální vzdělávací potřeby. Pedagogicko-psychologického poradenství.

Abstract

This article concentrates with changes in the counseling system and the role of some professionals in pedagogical-psychological counseling. Through this advisory work, support measures are being implemented in education and training for children with special educational needs. The content of the paper is description of pedagogical-psychological counseling, definition of support measures and definition of special educational needs. The conclusion of the paper describes some of the activities of interested professionals.

Keywords

Teaching assistant. Special educational needs. Pedagogical-psychological counseling.

Úvod

Příspěvek se zabývá některými změnami v systému poradenství a úlohou některých odborných pracovníků v rámci pedagogicko-psychologického poradenství. Prostřednictvím této poradenské práce dochází k naplňování podpůrných opatření ve vzdělávání a výchově u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Poradenství je chápáno jako odborná, specializovaná činnost zaměřená na pomoc lidem nacházejícím se v nesnázích. Není to ovšem samostatný, svébytný útvar, jelikož přijímá poznatky z dalších oborů, jako je psychologie, pedagogika, sociální práce, speciální pedagogika, zdravotvěda, medicína, sociologie aj. Bez širokého poznatkového základu z různých vědních disciplín a bez spolupráce s institucemi, zařízeními příslušných resortů, jako je například resort práce a sociálních věcí, resort školství či zdravotnictví, by ztratila poradenská činnost na efektivnosti.

Koncept integrace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami je v České republice prosazován především v posledních letech a legislativně byl vymezen teprve v roce 2016. Integrace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami není ani v zahraničí fenoménem novým. Ovšem také v České republice existují běžné školy, které přijímaly děti se speciálními vzdělávacími potřebami a integrovaly je mezi ostatní žáky ještě předtím, než nastala změna legislativy ve školství. Teprve pak vyvolal tento záměr vášnivě diskuse jak mezi laickou, tak mezi odbornou veřejností. Setkat se dnes můžeme s různými názory na to, zda se jedná o trend pokrokový, vhodný a příznivý pro všechny zúčastněné, nebo zda naopak integrace těchto dětí bude mít spíše negativní dopad na jedince, kterých se týká.

Systém pedagogicko-psychologického poradenství

Systém pedagogicko-psychologického poradenství prošel určitými změnami. Důvody jsou různé, například:

- společenské změny a odraz těchto změn ve školním a rodinném prostředí,
- humanizace škol,
- vliv informačních technologií na proměny školy,
- snaha škol reflektovat tyto změny,
- vytváření nových modelů vzdělávání se zřetelem ke změně skutečností,
- nárůst požadavků na učitele, zejména v oblasti pedagogicko-psychologických kompetencí,
- potřeba zlepšit dostupnost pedagogicko-psychologického poradenství ve školách
- nutnost vytvoření podmínek pro včasné odhalování problémů ve vzdělávání, v psychickém a sociálním vývoji žáků,
- vytvoření podmínek pro primární prevenci
- předcházet dalšímu růstu problémů a tím zefektivnit a zlevnit služby poskytované státem,
- snaha integrovat děti se zdravotním postižením do školního prostředí a zamezit jejich segregaci ve společnosti,
- zefektivnění výběru volby profese v souladu s možnostmi a individuálními předpoklady žáků tak, aby jejich volba korespondovala se společenskou poptávkou. (Vašutová 2018)

Současná situace ukazuje, že školy si nárokují zvýšenou potřebu pedagogicko-psychologických služeb. Výchovní poradci mohou vzhledem k dvouhodinové až tříhodinové dotaci monitorovat vznikající problémy, nemají ovšem čas potřebný k realizaci opatření a k dlouhodobé péči o žáky. Také školní metodici prevence mají komplikované postavení, neboť nemají úlevu z úvazku učitele. Řešení konkrétních problémů ve školním prostředí mnohdy souvisí s identitou učitelského povolání. Tato dvojrole neumožňuje potřebné řešení problémů, dochází tedy k jejich kumulaci a ke zhoršování sociálního klimatu ve školách. Kapacita pedagogicko-psychologických poraden je omezená vzhledem k počtu odborných pracovníků, poradny tak nemohou v plném rozsahu pokrývat požadované služby, zejména ve středních školách. Přitom řada problémů kulminuje právě v období dospívání.

Pedagogicko-psychologické poradenství jako podpůrný systém

Pedagogicko-psychologické poradenství zaujímá nezastupitelný vztah k institucím v dalších resortech péče o děti a dospívající (v resortu práce a sociálních věcí, zdravotnictví atd.). Důvodem je mimo jiné to, že všechny děti, tedy i ty s těžkým postižením, mají nárok na školní vzdělávání. Poradenství v oblasti školství poskytuje své služby dětem, žákům a studentům, včetně žáků se speciálně vzdělávacími potřebami, ve věku od 3 let až do ukončení vzdělání, a to v mateřských školách, základních školách, ve středních školách a vyšších odborných školách, případně i na školách vysokých.

Poradenské služby jsou určeny též rodičům a dalším zákonným zástupcům žáků, učitelům a ostatním pedagogickým pracovníkům škol a školských zařízení. Novela Školského zákona, především paragraf 16, přichází s novým pojetím podpory žáků se speciálně vzdělávacími potřebami. Nyní se dítětem, žákem nebo studentem se speciálně vzdělávacími potřebami (původně se zdravotním znevýhodněním nebo postižením, případně v postavení azylanta nebo sociálně znevýhodněného) rozumí žák, jehož vzdělávání z důvodu speciálně vzdělávacích potřeb vyžaduje uplatnění podpůrných opatření. Žáky pro účely vzdělávání

nečleníme již tedy podle původních diagnostických kategorií, nýbrž hodnotíme jen potřebu úpravy podmínek jejich vzdělávání. Pedagogicko-psychologické poradenství tedy chápeme jako podpůrný systém, který plní zejména tyto úkoly:

- přispívá k optimalizaci procesu vzdělávání a výchovy ve škole a v rodině,
- poskytuje odbornou pomoc při řešení otázek rozvoje osobnosti dětí a žáků v procesu vzdělávání.
- preventivně zajišťuje a řeší obtíže psychického a sociálního vývoje dětí a mládeže, které se v procesu vzdělávání projevují.
- přináší odpovědi na otázky spojené s volbou vzdělávací cesty a profesní orientace.
- podílí se na prevenci sociálně patologických jevů včetně prevence drogových závislostí.

Školní poradenská pracoviště a školská poradenská zařízení

Mezi instituce pedagogicko-psychologického poradenství patří školská poradenská zařízení (pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra) a školní poradenská pracoviště. Tato zařízení jsou zřizována podle §116 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Tyto instituce se dále vymezují:

- školní poradenská pracoviště - kde působí učitel, třídní učitel, vychovatel, výchovný poradce, školní psycholog, školní speciální pedagog, sociální pedagog, metodik prevence.
- Školská poradenská zařízení - jde o pedagogicko-psychologické poradny, speciální pedagogická centra, střediska výchovné péče.
- Instituce s celostátní působností - Národní ústav vzdělávání (NÚV), Národní ústav dalšího vzdělávání, vysoké školy (poradenská pracoviště při vysokých školách).

Vymezení speciálních vzdělávacích potřeb

Systém péče o žáky se speciálně vzdělávacími potřebami upravuje novela školského zákona č.82/2015 Sb., zejména v §16 a §17. Tito žáci jsou vzděláváni s využitím podpůrných opatření, která mají kompenzovat jejich vzdělávací potřeby a vyrovnávat jejich obtíže při vzdělávání. §16 definuje žáka se speciálně vzdělávacími potřebami takto: Dítětem, žákem, studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo k užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta.

Vyhláška č.27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných poté upravuje pravidla vzdělávání zmíněných žáků. V rámci postupů, které tato vyhláška upravuje, se bere na zřetel následující: „vyjádření žáka v záležitostech týkajících se jeho vzdělání s ohledem na jeho věk a stupeň vývoje; o těchto záležitostech se žákovi poskytují dostatečné a vyčerpávající informace pro utvoření názoru. Při postupech upravených touto vyhláškou se dbá, aby byly v souladu se zájmem žáka.“

Současná terminologie zahrnuje do pojmu „dětí se speciálními vzdělávacími potřebami“ žáky a studenty se zrakovým, sluchovým, tělesným nebo mentálním postižením, s vadami řeči, s více vadami, dále autisty, děti s chronickým onemocněním či zdravotně oslabené a také žáky se specifickými vývojovými poruchami učení nebo chování. Rovněž jde i o děti nadané, talentované, které vyžadují zvláštní osobitý pedagogický přístup.

Vymezení podpůrných opatření

Podpůrnými opatřeními se rozumějí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta (Novela Školského zákona č. 82/2015 Sb., a zvláště pak § 16). Záměrně nemluvíme o diagnózách, neboť stejná diagnóza může znamenat různý stupeň i proces zvládání obtíží a potřebu podpory. Preferujeme tedy popis problému s následným stanovením takových opatření, která budou žákovi pomáhat jeho obtíže minimalizovat. Tato podpůrná opatření poskytuje škola nebo školské zařízení zdarma. Podpůrnými opatřeními rozumíme:

1. poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení,
2. úpravu organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání a školských služeb, včetně prodloužení délky středního a vyššího odborného vzdělávání až o dva roky,
3. úpravu podmínek k přijímání a ukončování vzdělávání,
4. kompenzační pomůcky, speciální učebnice a pomůcky,
5. vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu,
6. využití asistenta pedagoga a pod.

Úloha asistenta pedagoga

Asistent pedagoga je pedagogickým pracovníkem, jehož prostřednictvím dochází k naplňování podpůrných opatření ve vzdělávání u dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. Hlavním cílem jeho působení je podpora práce pedagoga při práci se žáky, kteří vyžadují zvýšenou míru podpory ve vzdělávání. Působení asistenta pedagoga je jedním z nástrojů inkluzivního modelu vzdělávání, které mezi svými prioritami uvádí také Strategie vzdělávání 2020. Asistent pedagoga je pedagogický pracovník a vykonává přímou pedagogickou činnost. Vychází ze zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů. 1. září 2012 vstoupila v platnost novela zákona č. 198/2012 Sb. o pedagogických pracovnících, kterou se mění zákon č. 563/2004 Sb. Novela se mj. týká asistentů pedagoga, a to konkrétně úrovně jejich dosaženého vzdělání. (Vašutová 2018)

Současná legislativní úprava rozeznává dvě úrovně asistentů, které se liší i požadavky na jejich vzdělání:

První úroveň: Asistent pedagoga, jenž vykonává přímou pedagogickou činnost vzdělávací ve třídě, v níž se vzdělávají děti nebo žáci se speciálními vzdělávacími potřebami. Tento asistent musí mít minimálně středoškolské vzdělání s maturitou a základní pedagogickou kvalifikaci (alespoň kurz pro asistenty pedagoga).

Druhá úroveň: Asistent pedagoga, který vykonává přímou pedagogickou činnost výchovnou, spočívající v pomocných výchovných pracích. Takový asistent nemusí mít maturitu, stačí mu výuční list nebo i základní vzdělání. Ovšem za podmínky minimální pedagogické kvalifikace (absolvování kurzu pro asistenty pedagoga).

Vedle zákonem stanovených požadavků na absolvované vzdělání vyžaduje profese asistenta pedagoga i další kvalifikační předpoklady jako jsou jeho schopnosti, dovednosti a osobnostní dispozice. Tyto předpoklady se často liší podle toho, u jakých žáků bude asistent působit. Například u žáka s Downovým syndromem bude zapotřebí citlivý přístup, u žáka s poruchou chování razance a přirozená autorita, u žáka s kvadruparetickou formou mozkové obrny bude potřeba i fyzická síla pro manipulaci s vozíkem.

Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami upravuje zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský

zákon), ve znění pozdějších předpisů (§16, §40 a §48) a vyhláška č.27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.

„Podstatou inkluzivního vzdělávání je pohled na selhání dítěte v systému, resp. selhání vzdělávacího systému v případě konkrétního dítěte. Při neúspěchu je třeba hledat bariéry v systému, pokud není dostatečně otevřený potřebám jednotlivce. Každé dítě má unikátní charakteristiku, zájmy, schopnosti a vzdělávací potřeby. Za klíčový impuls pro rozvoj inkluzivního vzdělávání je považována Deklarace konference v Salamance 1994: „Princip inkluze implikuje, že běžné školy by měly vzdělávat všechny děti bez ohledu na jejich fyzické, intelektuální, emocionální, sociální, jazykové nebo jiné podmínky. Běžné školy s inkluzivní orientací jsou nejefektivnějšími prostředky pro potlačení diskriminačních postojů, pro vznik vstřícných komunit, vytváření začleňující společnosti.“ (Article 2, Salamanca Statement).

Od roku 2015 je tedy prioritou MŠMT inkluzivní vzdělávání, což v praxi znamená, že je kladen důraz na rovný přístup ke vzdělání pro všechny děti. Jeho nezbytnou podmínkou je pomoc školám při adekvátním zajišťování potřebných podpůrných opatření. Inkluzivní vzdělávání probíhalo ve školách již před rokem 2015, avšak v návaznosti na změnu přístupu MŠMT a v souvislosti se změnou legislativy jim vznikla povinnost zajištění hlavního vzdělávacího proudu v přístupu k integraci dětí se speciálními vzdělávacími potřebami jako k prioritě. V současnosti by běžné školy měly mít od státu garantovanou pomoc a podporu ve všech aspektech, které s sebou integrace těchto žáků nese.

Odborníci se shodují v tom, že kvalita inkluzivního vzdělávání a jeho úspěšnost závisí především na tom, zda budou k dispozici asistenti pedagogů pro všechny děti, které toto podpůrné opatření budou potřebovat. Žádosti o peníze na platy asistentů posílají ředitelé škol krajům. Nyní někdy náklady na asistenta pedagoga hradí rodiče dítěte, kterému je asistent přidělen, neboť často je žádostem škol vyhověno pouze částečně (ne všechny školy dostanou požadovanou finanční částku). Nově by měly kraje plně těmto žádostem vyhovět a financování asistentů pedagogů by měl zajišťovat stát, který krajům příslušné prostředky zašle.

Závěr

Poradenská práce předpokládá úzkou kooperaci odborných pracovníků z resortů spadajících do pravomoci Ministerstva školství, Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociálních věcí. Její komplikovanost vyžaduje, aby poradci z jednotlivých oborů měli dostatečně široké vědomosti a zkušenosti z různých vědních oblastí. Smyslem tohoto příspěvku je přiblížit členitou a obtížnou práci specialistů pracujících v poradenské sféře, a pomoci tak k utvoření základu pro následné podrobnější studium této problematiky. Příspěvek je vystavěn na současném legislativním rámci. Je však nutné upozornit na skutečnost, že legislativa se může v budoucnosti měnit. Proto je zapotřebí seznamovat se průběžně s aktuálními zákonnými normami.

Zoznam bibliografických odkazov

KOLAŘÍK, M. a kol., 2014. *Spolupráce asistenta pedagoga při integraci dítěte s poruchou chování v běžné třídě*. Psychologie a její kontexty. Suppl.

LECHTA, V., 2016. Inkluzivní pedagogika. Portál. ISBN 978-80-262-1123-5

PROCHÁZKA, R. a kol., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4451-3.

The Salamanca statement and framework for action on special needs education, Salamanca, 1994

VAŠUTOVÁ, M., 2018. *Základy poradenství-vybrané kapitoly*. Opava: FVP SU v Opavě, Distanční texty.

VAŠUTOVÁ, M., 2018. *Sociálně-výchovná práce u vybrané skupiny*. Opava: FVP SU v Opavě, Distanční texty.

VOŽENÍLEK, V., J. MICHALÍK a kol., 2013. *Atlas činnosti speciálně pedagogických center v ČR*. Olomouc: UP, ISBN 978-80-244-3464-3.

Vyhláška č.27/2016 Sb., ze dne 21. ledna 2016 o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 472/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (tzv. Školský zákon)

Novela školského zákona č. 82/2015 Sb.

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Kontakt na autorky

doc. PhDr. Mgr. Maria Vašutová, Ph.D., Fakulta veřejných politik, Slezská Univerzita v Opavě, Ústav pedagogických a psychologických věd

DVM Alicja Konieczna, Dolnośląska Szkoła Wyższa, International Association of Cooperation and Strategy, z.s., e-mail: alicja.konieczna@1iacs.org

Ing. Pavlína Junková, Dolnośląska Szkoła Wyższa, International Association of Cooperation and Strategy, z.s., e-mail: pavlina.junkova@1iacs.org

Racionálne emočná behaviorálna terapia v praxi sociálnej práce: možnosti a limity

Rational Emotive Behavioural Therapy in Practice of Social Work: Possibilities and Limits

Ján Kahan (SR), Eva Žiaková (SR)

Abstrakt

Príspevok prezentuje niekoľko teoretických a praktických úvah o možnostiach využitia racionálne emočnej behaviorálnej terapie (REBT) a jej teórií v praxi sociálnej práce. Nie je to kompletný výklad A. Ellisovej terapie, ide skôr o zdôraznenie integratívneho konštrukt, ktorý je prepojený aj s inými filozofickými a psychologickými koncepciami, ako v teoretickej, tak i v praktickej rovine, opierajúc sa o viac ako 2000 štúdií za viac ako päťdesiat rokov psychotherapeutického výskumu a praxe. Snahou je upriamiť pozornosť na vybrané aspekty, s ktorými REBT pracuje a ktoré majú priame prepojenie na teóriu a prax sociálnej práce ako sú, sociálny konštruktivizmus, teória sociálneho učenia, bezpodmienečné prijatie humanizmu a existenciálna pozícia filozofických zmien v živote človeka.

Kľúčové slová

Sociálna práca. REBT. Teória. Prax.

Abstract

The contribution presents several theoretical and practical reflections considering possibilities and use of Rational Emotive Behavioural Therapy (REBT) and its theories in the practice of social work. This is not a complete explanation of A. Ellis therapy, but rather the emphasis on its integrative construct, linked to other philosophical and psychological concepts, both theoretical and practical, based on more than 2,000 studies for more than fifty years of psychotherapeutic research and practice. The effort is to draw attention to the selected aspects of REBT which are directly related to the theory and practice of social work, social constructivism, the theory of social learning, unconditional acceptance of humanism, and the existential position of philosophical changes in life of human being.

Keywords

Social Work. REBT. Theory. Practice.

Úvod

Pri bežnom používaní pojmu *teória* sa môže zdať, že ide o určité vysoko abstraktné myšlienky, alebo špekulácie ktoré sú odtrhnuté od reality každodenného života. Slovo *teória* má svoj etymologický pôvod v gréčtine (*theōria*). Gréci požívali pojem *teória* v zmysle kontemplácie. Boli presvedčení, že ľudia, ktorí sa nezastavili, aby sa oddávali kontemplácii a reflexii, tak nemali orientačné body, podľa ktorých by mohli žiť každodenný život v interakcii s inými ľuďmi, s ktorými tvorili societu. Gréci boli toho názoru, že *teória* je nevyhnutná pre každého, kto hľadá múdrosť, šťastie a dobrý život vo sfére praxe (*praxis*) každodenného života. Súčasné chápanie *teórie* sa v určitej miere odlišuje od sémantického významu gréckeho *theōria*. Dnes pod pojmom *teória* chápeme určitý konzistentný súbor tvrdení, myšlienok, ktoré určitým usporiadaným spôsobom popisujú a vysvetľujú poznanie sveta v nás a okolo nás. *Teória* v dnešnom ponímaní predstavuje určitý vedecký konštrukt. Pre starovekých Grékov *teória* neznamovala vedu, ale úvahy o vede, úvahy o hodnote vedy ako o jednom zo spôsobov hlbavého uvažovania o vesmíre, súbežne s umením, mytológiou, náboženstvom a „*láskou k múdrosti*“ – filozofiou (Payne 2014; Harrington 2006).

Teória a prax sociálnej práce

Sociálna práca v dnešnom chápaní sa začala vyvíjať koncom 19. a začiatkom 20. storočia (Navrátil, Matoušek 2013). Z hľadiska formovania vedy ide o krátku dobu, počas ktorej sociálna práca odrážala dobové trendy príbuzných disciplín spoločenských vied. Vývoj sociálnej práce ako samostatného vedného zamerania v modernej dobe možno rozdeliť do deviatich samostatných etáp. V rámci koncepcie ideálnych typov (v M. Weberovom chápaní) možno vymedziť nasledujúce etapy: 1. etapa empirizmu, 2. psychoanalytická etapa, 3. etapa psychosociálnej prípadovej práce, 4. etapa teoretického rozmachu, 5. etapa inventarizácie (revízia teoretickej základne), 6. etapa systémovej teórie, 7. etapa klasifikácie teórií podľa rôznych kritérií, 8. etapa empirickej verifikácie, 9. etapa reflexívneho využívania teórií (reflexívna integrácia) (Howea 1997, in: Navrátil, Matoušek 2013). Teória nie je statická. Ide sa o neustále prebiehajúci proces, ktorého nevyhnutnou súčasťou je výskum a prax, založené na dôkazoch. Výskum je taktiež kontinuálny proces, ktorý sa rozvíja a prispieva novými údajmi k existujúcej databáze poznatkov (Barth 2014; Payne 2014). Pri prepojení teórie a praxe sa nejde o lineárny proces dedukcie a indukcie ale ide o komplexné reakcie na aktuálne myšlienky a sociálne potreby (Payne 2014). Parish a Singer (2011, in: Navrátil, Matoušek 2013) charakterizovali podstatu procesu praxe založenej na dôkazoch nasledovne. Základným rozmerom takejto praxe je snaha o integráciu najlepších dostupných výskumov s vlastnými skúsenosťami a s hodnotami klienta, jeho vlastnosťami a preferenciami. Tento proces je možné opísať v piatich krokoch: 1. zistenie otázky alebo otázok o situácii klienta, 2. hľadanie najlepších dostupných dôkazov, ktoré odpovedajú na danú otázku, resp. otázky, 3. kritické zhodnotenie výskumov, 4. integrácia týchto dôkazov s vlastnou praxou, skúsenosťami, hodnotami, kultúrou a preferenciami klienta, 5. vyhodnotenie výsledkov. Množstvo teórií, variabilita modelov a prístupov, ktorými sociálna práca disponuje, a ktoré prevzala z iných vedných odborov, môže pre sociálneho pracovníka pôsobiť mätúco. Voľba teórie a postupu nemá byť vecou náhodnej voľby, ale výsledkom profesionálneho posúdenia životnej situácie klienta (Barth 2014; Navrátil, Matoušek 2013). Využívanie teórií v sociálnej práci má mať byť podľa Payna (2014) určitým osobným nastavením sociálneho pracovníka, ktoré si vytvorí počas svojej praxe ako vlastný štýl. Sociálna práca je teoretická a aplikačná vedná disciplína, charakteristická interdisciplinaritou, multidisciplinaritou a transdisciplinaritou, s výrazným praktickým kontextom (Tokárová 2002; Brekke 2014), ktorá môže implicitne alebo explicitne využívať integratívny prístup. Pri implicitnom, neuvedomovanom a nerefektovanom selektívnom, eklektickom, alebo integratívnom využívaní teórií, modelov, prístupov alebo len ich častí vzniká problém, že takáto štruktúra ostáva sociálnemu pracovníkovi skrytá a neumožňuje mu sa oprieť o celú jednotnú koncepciu. Z toho vyplýva, že selektívne, eklektické, alebo integratívne využívanie rôznych teoretických konštruktov prináša so sebou aj riziká, ktorým klient nesmie byť vystavený, respektíve takéto riziko musí byť minimalizované. Milnerová a O'Byrne (1998, in: Navrátil, Matoušek 2013) považujú za prospešné, keď sociálny pracovník navrhuje konkurenčné hypotézy a hľadá dôkazy na ich spochybnenie. Takýto prístup znižuje riziko hrubej nepresnosti čím chráni klienta a umožňuje ťažiť zo širokého teoretického spektra sociálnej práce. Teórie sociálnej práce zastávajú v súčasnosti inú pozíciu ako sa predpokladalo v modernej dobe. Teória nemá a nemôže aspirovať na úplnú a definitívnu interpretáciu životnej situácie klienta ale môže poskytnúť produktívne alternatívy a hypotézy pre život klienta. Teória tak pre sociálnu prácu predstavuje konštrukty vedeckých poznatkov ako jeden z atribútov identity sociálnej práce ale taktiež je zrejmé, že svoje miesto má aj kontemplatívne uvažovanie o hodnote a povahe vedy v tom najužšom spojení so životom človeka v spoločnosti.

Na dôkazoch založená prax racionálne emočnej behaviorálnej terapie (REBT)

Racionálne emočná behaviorálna terapia položila základy kognitívneho, multimodálneho a integratívneho terapeutického prístupu. REBT bola prvá moderná kognitívno-behaviorálna terapia, ktorú vytvoril A. Ellis v päťdesiatych rokoch dvadsiateho storočia. Na svojej základnej koncepcii pracoval medzi rokmi 1953 a 1955. V prvých rokoch bol A. Ellis ako tvorca a zakladateľ REBT prevažnou časťou psychológov, psychiatrov a iných profesionálov zo sociálnej oblasti odsudzovaný a kritizovaný. Avšak súčasnosť ukazuje, že kognitívny prístup a REBT alebo len jeho hlavné aspekty sú prevládajúcou praxou pomáhajúcich profesií. Začiatkom šesťdesiatych rokov dvadsiateho storočia štúdie poukazovali na fakt, že ľudia, ktorí sa pevne držali svojich iracionálnych presvedčení mali vo výraznej miere narušenú emočnú rovnováhu, kde tento vzťah priamoúmerne rástol. Čím silnejšie sa ľudia držali svojich iracionálnych presvedčení, tým bola ich emočná rovnováha vo väčšej miere narušená. Následne sa k výskumu pridali A. T. Beck, D. Meichenbaum a za nimi ďalší. V súčasnosti, po viac ako päťdesiatich rokoch psychoterapeutického výskumu existuje viac ako 2 000 štúdií, ktoré dokazujú vysokú (nie však absolútnu) efektívnosť a účinnosť REBT a KBT pre rôzne cieľové skupiny. Štúdie dosahujú výborné experimentálne výsledky a potvrdzujú A. Ellisove hypotézy, že ak ľudia zmenia svoje rigidné, iracionálne presvedčenia na flexibilné nedogmatické preferencie, stávajú sa emočne menej narušenými a začínajú menej trpieť (Ellis, Ellis 2013; Ellis, MacLaren 2005; Ellis, Abrams, Abrams 2009).

Stručná história a východiská racionálne emočnej behaviorálnej terapie (REBT)

A. Ellis v roku 1953 úplne opustil psychoanalýzu, ktorú praktizoval desať rokov. Ako sám A. Ellis (Ellis, MacLaren 2005, s. 15) píše: „*Psychoanalýza vôbec nefunguje. Prinajmenšom som pomohol mojim klientom, aby porozumeli niektorým psychodynamickým aspektom svojich problémov, ale nedokázal som im pomôcť tak, aby zmenili svoje myslenie, emócie a správanie a aby tak zmiernili autodeštruktívne aspekty svojho života. Zdalo sa mi, že síce rozumejú čo sa im stalo, ale nevedeli čo majú robiť aby sa zmenili.*“ Od chvíle kedy A. Ellis opustil psychoanalýzu začal sa označovať za racionálneho terapeuta, obhajujúc nový, viac aktívny a viac direktívny druh psychoterapie. A. Ellis svoju terapiu spočiatku označil ako *Rational Therapy (RT)*, neskôr *Rational Emotive Therapy (RET)* a v roku 1993 ju označil ako *Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)*. REBT bola prvýkrát formálne predstavená v roku 1956 na výročnej konferencii Americkej psychologickéj asociácie (APA) (Ellis, Ellis 2013; Ellis, MacLaren 2005).

REBT vychádza viac z filozofie ako zo psychológie. A. Ellis čerpal myšlienky od starovekých ázijských mysliteľov hlavne Guatama Buddha a Lao-c'a, starovekých Grékov a Rimanov ako Epikurosa, Epiktetosa a Marcusa Aureliusa a ďalších, ktorí videli to, čo psychoanalitici a behavioristi prehliadali, že ľudia sú konštruktivisti, ktorí sa nechajú vyviesť z rovnováhy vonkajšími vplyvmi a taktiež významnou mierou sa podieľajú na udržiavaní svojho dysfunkčného myslenia, cítenia a správania. Nie sú to situácie samé, ktoré sú extrémne, znepokojujúce ale je to subjektívne vnímanie danej situácie, ktoré naruša emočnú rovnováhu. Marcus Aurelius uvedenú myšlienku vyjadril nasledovne: „*Ak Vás sužuje utrpenie a strach z niečoho vonkajšieho, bolesť nie je spôsobená samotnou vecou, ale Vaším vlastným hodnotením, nad ktorým máte moc a môžete ho kedykoľvek zmeniť*“. Ďalšia jedna z myšlienok, o ktorú sa A. Ellis opiera pochádza od stoika Epikteta: „*Sloboda nie je získaná tým, že sa uspokojíte tým, čo si prajete, ale zničením Vašej túžby.*“ Uvedená myšlienka odkazuje na *musturbáciu* (musturbation; must – musieť), jeden z ústredných pojmov A. Ellisovej teórie. Musturbácia je termín vytvorený A. Ellisom na opis absolutistického čierno-bieleho myslenia, pri ktorom „mal by som...“ a „musím...“ sú súčasťou iracionálnych presvedčení, nezdravých emócií a dysfunkčného správania. (Ellis, MacLaren 2005; Ellis, Abrams, Abrams 2009).

Vybrané integratívne aspekty REBT

A. Ellis ako fenomenológ, existencialista a umiernený postmodernista uvádza, že REBT patrí medzi najhumanistickejšie psychologické prístupy a v mnohom sa zhoduje s konštruktivistickou a existenciálnou pozíciou. Ľudia môžu sami seba vymedzovať ako plnohodnotné bytosti, len tým, že sa tak rozhodnú. Ľudia majú prirodzenú schopnosť vlastnej premeny a zmeny. Ako bolo spomenuté, REBT vychádza viac z filozofie ako zo psychológie a určitým spôsobom uprednostňuje, aby klienti urobili hlboké filozofické zmeny vo svojom živote miesto toho, aby iba vyvrátili svoje konkrétne iracionálne presvedčenia a automatické negatívne myšlienky a nahradzovali ich rozumnejšími. REBT sa snaží pomôcť ľuďom, aby od základu zmenili svoj pohľad na život a udržali ho zmenený. Zdá sa, že REBT siaha za zmenu automatických negatívnych myšlienok a ďalej, za zmenu vnútorných „jadrových“ iracionálnych presvedčení, k filozofickej podstate života človeka (Ellis, Ellis 2013; Ellis, MacLaren 2005). REBT sa snaží pomôcť ľuďom zmeniť ich iracionálne presvedčenia na racionálne tak, aby sa zlepšilo ich správanie a cítili sa lepšie. Okrem vlastných myšlienok a teórií REBT spája kognitívne, emočné a behaviorálne multimodálne metódy, využíva pri tom aj freudiánske odhaľovanie klientových nevedomých motívov a obranných mechanizmov. Ďalej pracuje s Jungovým konceptom sebaaktualizácie, Rogersovou teóriou a praxou bezpodmienečného pozitívneho prijatia a úcty; energicky nabáda klienta ku zmene, ako to robia adlerovci; aktívne a direktívne zadáva domáce úlohy, používa operatívne podmieňovanie a desenzibilizáciu in vivo, tak ako to robia skinnerovci; používa encountrové stretnutia a ďalšie metódy zamerané na uvedomovanie a prežívanie, ako to robia geštalisti.

REBT je vo veľkej miere konštruktivistickým terapeutickým prístupom, v ktorom sa zdôrazňuje flexibilné a adaptívne ľudské myslenie a *správanie*. A. Ellis tvrdí, že ľudia sa často dostanú do problémov len na základe rigidných a absolutistických príkazov, ktoré sú kultúrne naučené, alebo podmienené vlastnými kreatívnymi a biologickými tendenciami. REBT pomáha klientom ukázať, akým spôsobom si sami vytvárajú svoje dysfunkčné vzorce myslenia a myšlienkové konštrukcie o sebe samom a okolitom svete, a následne ich *učí premýšľať o svojom myslení a konštruktívne ho meniť*. REBT aj v tomto smere vystupuje, naproti iným konštruktivistickým terapeutom, *direktívne a aktívne*. Aktívne učí a povzbudzuje klientov, aby sami tvorivo využívali konštruktivistické a existenciálne myšlienky a princípy (Ellis, MacLaren 2005). Existencialistická a humanistická pozícia zameraná na človeka sa snaží pomôcť klientom, aby sami seba bezpodmienečne prijali (bezpodmienečná pozitívna úcta k sebe samému) len na základe toho, že sú ľuďmi. Odmieta akékoľvek podmieňovanie akceptácie a bezpodmienečného prijatia vo vzťahu k sebe samému, alebo vo vzťahu k okoliu. K tomu človek musí upustiť od vytvorených fasád, vytvoreného obrazu o sebe samom – „mal by som...“, alebo „musím...“ (Rogers 1995; Ellis, MacLaren 2005). REBT sleduje líniu existenciálneho prístupu a klientom sa snaží poskytnúť bezpodmienečné prijatie v maximálnej miere. Bezpodmienečné seba prijatie a akceptácia (ako začiatok cesty seba poznania a sebauvedomenia), ktoré sú založené len na empatii, akceptácii a kongruencii zo strany terapeuta, môžu u niektorých klientov vytvoriť vysoko podmienené seba prijatie. REBT si to uvedomuje a klientov *aktívne učí* bezpodmienečnému seba prijatiu a jeho dôležitosti. REBT je jedna z existenciálnych teoretických a praktických prístupov, a zatiaľ čo väčšina týchto prístupov sú pomerne pasívne (ako bol aj sám Carl R. Rogers), REBT používa rôzne aktívne a direktívne metódy. REBT bezpodmienečné prijatie (seba, iných a života) aktívne učí a modeluje (Rogers 1995; Ellis, MacLaren 2005; Ellis, Ellis 2013). Vychádzajúc z filozofickej a existenciálnej roviny je zrejmé aj prepojenie REBT a zmyslu života. „*Zmysel života sa chápe ako osobný systém presvedčení, cieľov a hodnôt, ktorý človeku umožňuje prežívať a uvedomovať si a riadiť svoj život ako hodnotný, účelný, a naplňajúci*“ (Halama 2007, s. 56). Uvedenú definíciu možno bližšie interpretovať z hľadiska REBT – zmysel života nemôže byť skutočne naplnený, ak je jeho život v kľúčových, existenciálnych, ale i bežných otázkach

založený na iracionálnych presvedčeniach. Ak človek žije podľa iracionálnych presvedčení, bez akceptácie a súladu vo svojom prežívaní a uvedomovaní – kongruencie, bez kongruencie k druhým, ani jeho postavené hodnoty mu nie sú vlastné, a tak napĺňa cudzie ciele. Život človeka je v tomto prípade riadený inými. Kognitívne, behaviorálne a afektívne komponenty zmyslu života podľa Popielskeho (1987, in: Halama 2007) a Reker a Wonga (1988, in: Halama) majú jednoznačné prepojenie na zložky REBT a KBT, ako je znázornené v Tab. 1.

Tab. 1 Náčrt komponentov zmyslu života a REBT

Komponenty zmyslu života		REBT (A. Ellis)
Popielsky	intelektuálny	racionálne aspekty
Reker, Wong	kognitívny	
Popielsky	emocionálno-citový	emočné aspekty
Reker, Wong	afektívny	
Popielsky	vôľovo snahový	behaviorálne aspekty
Reker, Wong	motivačný	
Popielsky	existenciálno-činnosť	existenciálne a humanistické aspekty

Zdroj: (Halama 2007; Ellis, MacLaren 2005), upravené autorom

Aj keď je zrejmé, že nie všetci klienti budú schopní kontemplácie a hlbokjej filozofickej zmeny, REBT disponuje rôznymi kognitívnymi a behaviorálnymi metódami a technikami, ktoré direktívne a aktívne učia klienta – človeka kongruencii k sebe a iným, čím je vytvorený súlad v prežívaní, uvedomovaní, správaní a komunikovaní. Komunikovaní vo svojom vnútri a komunikovaní vo vzťahu k okoliu.

Ľudská racionalita a iracionalita

REBT vychádza z hypotézy, že ľudia sa stávajú racionálnymi a iracionálnymi nie len prostredníctvom sociálneho učenia ale že táto tendencia má aj svoju biologickú podstatu. Tento predpoklad sociálneho učenia a biologického základu iracionality nie je možné s istotou dokázať. Avšak A. Ellis (Ellis, MacLaren 2005) na podporu svojej hypotézy ponúka niekoľko téz:

1. Prakticky všetci ľudia často a najrôznejšími spôsobmi konajú sami proti sebe a proti druhým aj napriek tomu, že majú snahu a pranie sa zlepšiť.
2. Napriek tomu, že kultúrne skupiny majú rôznorodé ciele a hodnoty, ich členovia často vnášajú do skupiny iracionálne názory (absolútne príkazy a požiadavky) na pravidlá a normy, ktoré následne vyvolávajú problémy a konflikty.
3. Napriek užitočným radám, ktoré ľudia získavajú od rodičov, učiteľov, vrstovníkov, atď., často konajú nezodpovedne, nedisciplinovane a majú mnoho iných zlovykov.
4. Ľudia, ktorí energicky vystupujú proti „hlúpemu“ správaniu, takéto správanie často praktizujú; agnostici obhajujú absolutistické myšlienky a hlboko veriaci ľudia často konajú nemorálne.
5. Množstvo ľudí si priznáva, že svojím správaním si škodí, napríklad nadmerným pitím alkoholu, fajčením a pod., aj napriek tomu, že vedia, že im to škodí.
6. Veľa ľudí sa často uchýľuje k deštruktívnemu správaniu aj napriek tomu, že sa ho chceli zbaviť.

7. Pre mnohých ľudí je často jednoduchšie správať sa sebadeštruktívne (ako napríklad prejedanie sa), ako by mali takéto správanie zastaviť.
8. Psychoterapeuti a iní pomáhajúci odborníci, ktorí údajne najlepšie vedia, čo je to deštruktívne správanie, sa často správajú deštruktívne.

Napriek tomu, že všetci ľudia sa správajú aj racionálne, aj iracionálne, často sa svojim iracionálnym myslením a správaním dostávajú do ťažkostí, ktoré im spôsobujú psychické problémy; existujú aj ľudia, ktorí majú jedinečnú vlastnosť. Vlastnosť kontemplácie. Uvažovanie o uvažovaní predpokladá, že ľudia sú konštruktivisti a majú dobre rozvinutú ako vnútornú, tak i vonkajšiu reč.

Model ABC alebo ABCDE

Rôznorodým a zložitým psychickým problémom nie je možné rozumieť v plnej miere. Tieto problémy vznikajú z ľudských biologických tendencií ku konštruktivismu a deštruktivismu, z ich vzájomných interakcií v podmienkach prostredia a sociálneho učenia. REBT vychádza z predpokladu, že ľudské problémy majú kognitívnu, afektívnu a behaviorálnu zložku. Na tomto základe A. Ellis vypracoval model ABC (ABCDE) ako hlavnú terapeutickú metódu: A – *activating event or adversities* (aktivačná alebo nepriaznivá udalosť), B (iB) – *irrational beliefs* (iracionálne presvedčenia), C – *consequences* (výsledné emócie a správanie), D – *disputing* (spochybňovanie – realistické, logické, pragmatické), E – *effective new philosophies* (nový efektívny pohľad na život, nová filozofia). Ľudia si často myslia, že ich emočné dôsledky a správanie je výsledkom danej udalosti. Neuvedomujú si ale, že je to práve systém ich presvedčení, ktorý vo výraznej miere ovplyvňuje, to ako sa cítia a ako sa správajú. REBT tvrdí, že všetci ľudia majú určitým spôsobom, i keď v rôznej miere a veľmi odlišným spôsobom, dysfunkčné vzorce myslenia. REBT v tomto smere zdôrazňuje kognitívne aspekty:

1. Narušené kognície (iracionálne presvedčenia) sú často ľahko dostupné, aj keď sa nachádzajú tesne pod hladinou vedomia.
2. Iracionálne presvedčenia sú často hlboké alebo jadrové iracionálne presvedčenia, ktoré majú vplyv na niektoré dôležité emočné a behaviorálne dysfunkcie.
3. Zmena jadrového iracionálneho presvedčenia môže spôsobiť významnú zmenu v rôznych dysfunkčných emóciách a v správaní. Zmena iba správania alebo iba emócií môže spôsobiť len obmedzené zlepšenie.
4. Hlboká filozofická zmena môže zmierniť konkrétne ťažkosti a prípadné problémy v budúcnosti.
5. Kognitívna zmena môže niekedy prebehnúť pomerne rýchlo, avšak zmena emócií a správania si vyžaduje vytrvalosť a väčšie úsilie (Ellis, MacLaren 2005).

REBT uprednostňuje, ak klienti urobia hlboké filozofické zmeny, ale súčasne používa aj iné kognitívne, emočné a behaviorálne metódy, aby sa uľahčil a posilnil proces zmeny (Ellis, MacLaren 2005; Ellis, Ellis 2013; Neenan, Dryden 2009). V tomto smere REBT vyzdvihuje význam vhľadu, avšak tvrdí, že samotný vhľad nestačí. REBT využíva tri druhy vhľadu:

1. Abeceda psychických ťažkostí – $A \times B = C$.
2. Narušené správanie a emócie (C) často vznikli v detstve a dospievaní, ako výsledok prehnaného iracionálneho presvedčenia (iB), ktoré v súčasnosti spôsobuje klientom problémy. Cieľom je, aby klienti zmenili súčasné i minulé iracionálne presvedčenia.
3. Zlepšenie súčasného dysfunkčného správania si zvyčajne vyžaduje u klienta viacero vhľadov a u terapeuta praktické skúsenosti.

Systematická a vytrvalá práca s iracionálnymi presvedčeniami je jediným spôsobom, ako prekonať emočné problémy, tak aby sme podporovali racionálne presvedčenia a cítili sa lepšie (Ellis, MacLaren 2005; Neenan, Dryden 2009).

Limity a možnosti REBT v praxi sociálnej práce

Hlavné limity, ale aj možnosti vychádzajú z toho, že REBT je *integratívna* kognitívne behaviorálna *psychoterapia*, ktorá má prepojenie s psychoanalytickou a psychodynamickou terapiou, gestalt terapiou, humanistickou a existenciálnou terapiou, konštruktivistickou terapiou, interpersonálnou terapiou, rodinnou a systémovou terapiou.

Integratívny prístup je úzko spätý s vývojom troch hlavných psychologických smerov. Charakteristiku integratívneho prístupu načrtáva mapa psychologických smerov:

1. Psychoanalýza sa pýta hlavne na otázku „Prečo?“ – hľadá pochopenie a vhl'ad.
2. Behaviorizmus sa pýta „Čo?“ – hľadá dysfunkčnosť v správaní a možnosti jeho zmeny.
3. Humanizmus kladie otázku „Ako?“ – sa človek cíti, aké sú jeho emócie, a aké je jeho prežívanie.

K tomu je vhodné pridať aj:

4. Systémové teórie, ktoré sa pýtajú „Kde?“ – sa nachádza v časovom a priestorovom kontexte jeho sociálnych vzťahov,
5. Existencializmus, ktorý sa pýta „V čom?“ – je zmysel ľudskej existencie. Zaoberá sa témami zmyslu života, smrti a izolovanosti ľudského bytia (Clarkson 1992, in: Evans, Gilbert 2011).

Sociálna práca disponuje širokým spektrom teórií a prístupov, ktoré sú sociálnemu pracovníkovi k dispozícii, či ide o priamu sociálnu prácu, klinickú prax, alebo oblasť teoretickú, vedecko-výskumnú (Barth, 2014; Rullo, 2001). V praxi sa často využívajú teórie selektívne. Cieľom má byť optimalizácia pomáhajúceho procesu, v strede ktorého je klient so svojou individualitou a špecifickými potrebami. Pri selekcii konkrétnych teórií je nutné zohľadňovať kompetencie i schopnosti odborníka, ktorý dané teórie využíva, opodstatnenosť výberu teórie založenom na výskumnom overení a vhodnosť využitia pre konkrétneho klienta, vo vzťahu k relevantnosti situácie, v ktorej sa klient nachádza, respektíve klientskych skupín. Sociálny pracovník tak môže disponovať skupinami teórií, ktoré tvoria základ jeho praxe. V niektorých prípadoch je vhodné vybrať iba jednu hlavnú teóriu, v rámci ktorej spolupracujúci odborníci z rôznych oblastí zdieľajú spoločné myšlienky. Táto teória následne vytvára styčné body v medziodborovej spolupráci a slúži ako prostriedok komunikácie medzi všetkými zúčastnenými odborníkmi (Payne 2014).

Empiricky podloženú formu integrácie myšlienok niekoľkých teórií a ich kombináciu predstavuje *eklekticismus*, ktorý je sústredený na praktickú účelnosť. Cieľom takejto intervencie je predovšetkým konkrétny klient s konkrétnym problémom (Evans, Gilbert 2011; Payne 2014). Lehmann a Coady (2007, in: Payne 2014) na základe teoretickej diskusie a výskumných zistení argumentujú opodstatnenosť a využívanie eklekticismu v sociálnej práci. Jedno z viacerých rizík eklekticismu je, že teoretický eklekticismus využívaný v poradenstve, klinickej psychológii a psychoterapii sa nemusí podať vhodne preniesť do rozdielného kontextu sociálnej práce (Payne 2014). Hlavným limitujúcim aspektom REBT je psychoterapeutický aspekt. Psychoterapia ako interdisciplinárny a transdisciplinárny vedný odbor vychádzajúci zo psychológie pomáha človeku prostredníctvom psychologických prostriedkov v dosahovaní normality. Psychoterapia je samostatným oborom kvalifikovanej ľudskej činnosti s vlastnými teóriami, metódami a normami pre výkon praxe. Psychoterapia zasahuje do rôznych odborov (psychiatria, psychológia, pedagogika, adiktológia, sociálna práca, medicína atď...), v ktorých však vzdelanie automaticky neznamená kvalifikáciu v psychoterapii. Kvalifikácia v psychoterapii sa opiera o tri piliere, ktoré sú aj hlavnými

limitujúcimi aspektmi využitia REBT v praxi sociálnej práce: teoretické vzdelanie, praktický výcvik a supervidovaná prax (Kalina 2013). Vo všeobecnosti je terapeutická činnosť legislatívne podmienená kvalifikačnými predpokladmi v medziach vysokoškolského vzdelania a získania príslušného certifikátu. Tieto legislatívne podmienky odbornej spôsobilosti taxatívne určuje zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností. V zmysle uvedených zákonov vysokoškolské vzdelanie v odbore sociálnej práce netvorí základ pre zaradenie do certifikovaného vzdelávania v jednom zo psychoterapeutických smerov. Sociálny pracovník však môže byť zaradený do necertifikovaného psychoterapeutického vzdelávania, na konci ktorého sociálny pracovník získava iba potvrdenie o absolvovaní výcviku, čo môže v praxi byť do značnej miery limitujúce. Aj keď na Slovensku existuje ABC Slovenský inštitút pre výcvik v kognitívno-behaviorálnej psychoterapii, najbližšie tréningové centrum REBT je v Rumunsku alebo Nemecku.

Aplikačné možnosti REBT pri sociálnej práci so závislými klientmi a klientkami

Látková závislosť je podľa MKCH-10 definovaná ako *syndróm závislosti*, ktorý je jeden z najzávažnejších porúch psychiky a správania zapríčinený užitím (užívaním) psychoaktívnej látky. Syndróm závislosti je súbor psychických (*emocionálnych, kognitívnych, behaviorálnych*) a somatických fenoménov vytvorených ako dôsledok užívania psychoaktívnej látky (Nešpor 2011).

Rational Recovery (RR), voľne preložené ako racionálne uzdravenie, je alternatívna forma liečby svojpomocou. Závislý sociálny pracovník Jack Trimpey, ktorý odmietal princípy a kroky Anonymných alkoholikov (AA), v roku 1986 založil vlastnú organizáciu s názvom *Rational Recovery (RR)*. Hlavný princíp programu RR vychádza z identifikovaní a rozpoznávaní tzv. závislého vnútorného hlasu (*addictive voice recognition training – AVRT*), ktorý opakovane vedie jedinca k užívaniu psychoaktívnej látky. Je to v podstate to, čo KBT terapeuti označujú ako *craving*, ktorý je jeden z podstatných znakov závislosti a komplikácia abstinencie. Je charakterizovaný ako silná túžba a/alebo pocit kompulzie užívať látku a jeden zo šiestich znakov syndrómu závislosti (Kalina 2008; Nešpor 2012; Volpicelli, Szalavitz 2000). Program RR bol pôvodne založený na princípoch REBT, avšak v súčasnosti odmieta celý KBT smer, ako aj REBT a všetko čo, sa označuje ako psychologické prístupy. Jack Trimpey tvrdí, že AVRT je dostačujúce na to, aby človek skončil so závislosťou a iné zmeny v psychike jedinca nie sú potrebné. RR toho času neponúka žiadne skupinové stretnutia a všetky služby ako knihy a publikácie, konferencie a diskusie sú platené a poskytované prostredníctvom ich webovej stránky (Volpicelli, Szalavitz 2000).

SMART je akronym pre program *Self Management and Recovery Training*, čo znamená riadenie a plánovanie vlastnej činnosti a učenie sa sebestačnosti, ako zvládať závislé správanie. SMART je nezisková organizácia, ktorá bola založená v roku 1994 odčlenením kľúčových členov RR, ktorí neboli spokojní so smerovaním a plánmi Jacka Trimpeya. SMART organizácia funguje skoro výlučne na báze dobrovoľníctva s členmi, ktorí nie sú závislí, ale aj s tými, ktorí si prešli závislosťou. Organizácia sa snaží budovať spoluprácu medzi profesionálmi a tzv. laickými terapeutmi. Takto sú vedené aj stretnutia, na ktorých prebieha komunikácia formou dialógu, než monológu jednotlivcov. Jeden zo zásadných aspektov programu SMART (na rozdiel od skupín AA), je vnímanie porušenia abstinencie. Krátkodobé porušenie abstinencie (lapsus) nemusí viesť k úplnému návratu na pôvodnú úroveň užívania psychoaktívnej látky alebo iného návykového správania (relaps).

„Pošmyknutie“ nepredstavuje úplnú devalváciu všetkého, čo závislý doposiaľ dosiahol a čo sa naučil. Lapsus sa môže stať nástrojom, ktorý posunie človeka vpred tým, že posilní motiváciu k zmene, pomôže identifikovať tzv. spúšťače a vypracovať efektívnejšie techniky zvládania cravingu, odhalí iné iracionálne presvedčenia a ďalšie aspekty, ktoré môžu predstavovať vyťaženie osobného prospechu, avšak to neznamená, že porušenie abstinencie je dobré. Program SMART má štyri kľúčové body: 1. Budovanie a udržanie motivácie abstinovať 2. Zvládanie cravingu. 3. Riadenie a ovládanie myšlienok, emócií a správania. 4. Žiť vyrovnaný život. Prístup SMART učí ľudí rôznymi metódami a technikami REBT a KT (kognitívna terapia), aby získali schopnosť sebestačnosti a aby získali silu vlastnými myšlienkami a racionálnymi presvedčeniami vykonávať v živote také rozhodnutia, ktoré im prinesú pozitívnu zmenu a harmóniu. SMART je vedecká nadácia s popredným postavením v liečbe látkových a nelátkových závislostí pomocou vedecko-výskumných poznatkov, ktoré sú aplikované v princípoch svojpomoci a svojpomocných skupín. Nadácia SMART je vedecky uznaná (organizáciami The American Academy of Family Physicians Center for Health Care Evaluation, The National Institute on Drug Abuse, US Department of Health and Human Services, The American Society of Addiction Medicine) s medzinárodným charakterom (USA, Kanada, Nový Zéland, Austrália, Spojené kráľovstvo, Dánsko, Švédsko, Ukrajina, Uzbekistan, Irán...), ktorú podporujú vedci ako A. Ellis[†], D. J. Ellis, A. Marlatt, A. T. Beck, N. Heather a ďalší (Volpicelli, Szalavitz 2000; Myers 2015).

Výskum, ktorý realizovali Kahan a Žiaková (2015) na vzorke celkovo 190 závislých respondentov, preukázal štatisticky významné rozdiely v oblasti kognitívnych, behaviorálnych a emočných aspektov sociálneho začlenenia (SZ), požadovaného sociálneho začlenenia (PSZ), anticipovanej sociálnej opory (MOS) a subjektívneho vnímania osamelosti, medzi závislými, ktorí sa aktuálne ústavne liečili (hospitalizovaní), a tými, ktorí úspešne abstinovali (abstinujúci) (bližšie Kahan, Žiaková 2015).

Tab. 2 Štatistické porovnanie medzi skupinami A/H

T – test		n	x	S	t	p(α)	CI (95%)	
SZ	hospitalizovaní	100	15,14	9,058	-2,356	0,02*	-5,503	-0,847
	abstinujúci	89	18,13	8,331				
PSZ	hospitalizovaní	99	17,59	5,624	2,233	0,027**	0,209	3,386
	abstinujúci	85	15,79	5,285				
MOS	hospitalizovaní	91	61,96	12,842	-2,831	0,005*	-10,052	-1,802
	abstinujúci	81	67,88	15,205				
osamelosť	hospitalizovaní	101	2,86	0,837	4,44	0,001*	0,316	0,82
	abstinujúci	89	2,29	0,92				

* p(α)<0,025; **p(α)<0,05

Sociálne začlenenie (SZ) vyjadruje dosiahnutú mieru a rozsah behaviorálnej zložky afiliácie. Požadované sociálne začlenenie (PSZ) predstavuje želanú úroveň sociálneho začlenenia, ktorá je určená veľkosťou a silou potreby a vyjadruje motivačnú časť afiliácie (Kollárik 2008). Anticipovaná sociálna opora (MOS – The MOS Social Support Survey) je zameraná na odhad miery *očakávanej sociálnej opory*. Česká verzia dotazníka sociálnej opory (MOS Social Support Survey) obsahuje tri dimenzie: *praktickú intervenciu*, *emocionálnu blízkosť* a *chápanú autoritu*. Americká verzia obsahuje štyri subškály: hmotnú oporu, lásku, pozitívne sociálne interakcie, emocionálnu a informačnú oporu (Kožený, Tišanská 2003; Sherbourne, Stewart 1991). Z porovnania medzi abstinujúcimi a hospitalizovanými ako je znázornené v Tab. 2, vyplýva, že tí respondenti, ktorí abstinovali, vo väčšej miere naplnili svoju potrebu sociálneho začlenenia a ich motivačná úroveň bola následne nižšia. Abstinujúci

respondenti dosiahli vyššiu mieru sociálnej opory a cítili sa menej osamelí ako hospitalizovaní.

Tab. 3 Korelácie jednotlivých zložiek

Pearson	SZ		PSZ		MOS	
	H	A	H	A	H	A
osamelosť	-0,395**	-0,286**	<u>0,146</u>	<u>0,140</u>	-0,382**	-0,473**
SZ			-0,158	0,003	0,258*	0,245*
PSZ					0,082	0,080

** sig. 0,01; * sig. 0,05

Tab. 3 znázorňuje, ako spolu korelovali merané zložky osobitne v jednotlivých skupinách. Zvláštnosťou je, že subjektívne vnímaná osamelosť (ktorá bola meraná iba pomocou 5-stupňovej frekvenčnej škály) asociovala s motivačnou zložkou afiliácie PSZ ako u hospitalizovaných, tak u abstinujúcich, len v malej miere. Daná skutočnosť a aj ostatné výsledky sú limitované premennými, ktoré v tomto výskume neboli sledované ako introverzia, extroverzia, iné osobnostné premenné, inštitucionálne prostredie, v ktorom boli respondenti hospitalizovaní a iné skryté situačné faktory (bližšie Kahan, Žiaková 2015). Uvedený výskum však demonštruje opodstatnenosť venovať sa problému osamelosti v kontexte závislosti a abstinencie vzhľadom na to, že uvedené fenomény sa prelínajú a ovplyvňujú v oblasti kognitívnej, behaviorálnej a emočnej.

Záver

Klinická prax v oblasti liečby a doliečovania závislých, výskumné štúdie ako výskum, ktorý realizovali Kahan, Žiaková (2015), preukazujú vzťahy medzi myslením, cítením a správaním. Ako sám A. Ellis uvádza (Ellis, Ellis 2013, s. 5; McKeganey 2014), kognitívne prístupy a REBT sú v súčasnosti prevládajúcou praxou pomáhajúcich profesií. Avšak REBT ponúka ďaleko viac ako zmenu myslenia, správania a prežívania. Klientom otvára možnosť hlbokšej filozofickej zmeny. REBT je možné využívať v práci s jednotlivcom, párom, rodinou a skupinou, čo sa týka širokej škály emočných a behaviorálnych problémov spojených so závislosťami, agresivitou, úzkostnými poruchami, bipolárnymi poruchami, depresiou, obsedantno kompulzívnym správaním, poruchami príjmu potravy, LGBTIQ problémami, poruchami osobnosti, prokrastináciou, vzťahovými problémami, medziľudskými vzťahmi, sociálnymi zručnosťami, nedostatkami v asertivite, kariérnymi a životnými výzvami, traumatickými, stresujúcimi a inými záťažovými situáciami. Široký rámec REBT umožňuje jej veľmi dobré využitie nielen v oblastiach sociálnej a psychologickéj patológie, ale aj v bežných otázkach a pri každodenných problémoch, s cieľom pomáhať ľuďom, aby žili šťastnejší a vyrovnanjší život.

Zoznam bibliografických odkazov

- BARTH, F. D., 2014. *Integrative Clinical Social Work Practice*. New York: Springer.
- ELLIS, A., M. ABRAMS, and L. D. ABRAMS, 2009. *Personality Theories: Critical Perspectives*. London: Sage. ISBN 978-1-4129-7062-4.
- ELLIS, A., and D. J. ELLIS, 2013. *Rational Emotive Behavior Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association. ISBN 978-1-4338-0961-3.
- ELLIS, A., and C. MacLAREN, 2005. *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-947-X.
- EVANS, R. K., and M. C. GILBERT, 2011. *Úvod do integrativní psychoterapie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-446-9.

- HALAMA, P., 2007. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: SAP. ISBN 978-80-8095-023-1.
- HARRINGTON, A., 2006. Co je sociální teorie? In: A. Harrington a kol. *Moderní sociální teorie*. Praha: Portál, s. 27 – 43. IBN 80-7367-093-3.
- BREKKE, S., JOHN, 2014. A Science of Social Work, and Social Work as an Integrative Scientific Discipline: Have We Gone Too Far, or Not Far Enough? *Research on Social Work Practice*. **24**(5). s. 517 – 523.
- KAHAN, J. a E. ŽIAKOVÁ, 2015. Prežívanie osamelosti látkovo závislých klientov. *Sociální práce/Sociálna práca*. **15**(3), s. 71–89. ISSN 1213-6204.
- KALINA, K. 2008. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2449-2.
- KALINA, K. 2013. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.
- KOŽENÝ, J. a L. TIŠANSKÁ. 2013. Dotazník sociální opory - MOS: Vnitřní struktura nástroje. *Československá psychologie*. **XLVII**(2), 135 – 143. ISSN 0009-062X.
- MYERS, J. 2015. *SMART Recovery: Relaps Prevention* [online]. [cit. 2017-12-12]. Dostupné z: <http://blog.smartrecovery.org/tag/julie-myers/>
- McKEGANEY, N., 2014. *Substance Misuse & Drug Addiction*. Basingstoke: Palgrave Macmillan. ISBN 978-0-230-31420-7.
- NAVRÁTIL, PAVEL a OLDŘICH MATOUŠEK, 2013. Sociální práce v době současné. In: O. Matoušek a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 189 – 194. ISBN 978-80-262-0366-7.
- NEŠPOR, K. 2011. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. aktualizované. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, K. 2012. Bažení (Craving): Kombinovaná obrana je najefektivnější. *Alkoholizmus a drogové závislosti*. **47**(4), 205 – 2013. ISSN 0862-0350.
- PAYNE, M. 2014. *Modern Social Work Theory*. 4th ed. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- ROGERS, R. C., 1995. *Ako byť sám sebou*. Bratislava: Iris. ISBN 80-88778-02-6.
- RULLO, D. 2001. The Profession of Clinical Social Work. *Research on Social Work Practice*, **11**(2), 210–216.
- SHERBOURNE, D. C., and A. L. STEWART. 1991. The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*. **32**(6), 705 – 714.
- TOKÁROVÁ, ANNA, 2002. Sociálna práca ako vedná disciplína. In: A. TOKÁROVÁ a kol. *Sociálna práca*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, s. 45 – 79.
- VOLPICELLI, J., and M. SZALAVITZ. 2000. *Recovery Options: The Complete Guide - How You and Your Loved Ones Can Understand and Treat Alcohol and Other Drug Problems*. New York: John Wiley & Sons Inc. ISBN 0-471-34575-X.

Kontakt na autorov

Mgr. Ján Kahan, Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta UPJŠ , Moyzesova 9, 040 59 Košice, e-mail: jankokahan@gmail.com
 prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc., Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta UPJŠ, Moyzesova 9, 040 59 Košice, e-mail: eva.ziakova@upjs.sk

Premeny v skúmaní psychosociálnych aspektov u onkologicky chorých pacientov²⁶

Changes in Researching Psychosocial Aspects in Cancer Patients

Lucia Tóthová (SK), Eva Žiaková (SK)

Abstrakt

Rakovina predstavuje pre dnešného človeka jednu z najväčších hrozieb. Ide o chorobu s obrovským rozmerom, ktorá explicitne ovplyvňuje samotnú existenciu pacienta, či implicitne existenciu jeho rodiny a blízkeho sociálneho okolia. Spájaná je so strachom, vinou či hanbou, predstava o jej zlej prognóze, ale dokonca i mýtus o jej prenosnosti či infekčnosti prežili v spoločnosti dodnes.

Postoje k tejto diagnóze, ako aj oblasť výskumu a liečby onkologickej choroby sa postupne menili a vyvíjali. Rakovina môže byť v súčasnosti odhalená, je možné o nej rozprávať, výskumne sa zameriavať na to, čo ju spôsobuje, aké dôsledky so sebou prináša. Zároveň prináša možnosť zapojiť sociálneho pracovníka do multidisciplinárneho tímu v rámci starostlivosti o onkologicky chorých pacientov, čo je v zahraničí bežnou praxou, a v našich podmienkach (bez doterajšej etablácie sociálnej práce v onkologickej praxi) táto potreba rezonuje čoraz intenzívnejšie.

Kľúčové slová

Onkologický pacient. Socioonkológia. C-systém zvládania.

Abstract

Cancer is one of the greatest threats for today's man. It is a disease with a huge dimension. It explicitly affects the very existence of the patient and implicitly the existence of his family and the close social environment. It is connected with fear, guilt or shame, the idea of its poor prognosis, but even the myth of its portability or infectivity survived in society to this day.

The attitudes to this diagnosis as well as the area of research and treatment of oncological disease have been changing and evolving. Cancer can be detected at present, it is possible to talk about it, research it into what causes cancer, what consequences it brings with it. At the same time, it offers the opportunity to involve a social worker in a multidisciplinary team in the care of oncological ill patients, which is a common practice abroad, and in our conditions (without the etablay of social work in oncological practice) this need resonates more and more intensively.

Keywords

Cancer patient. Sociooncology. C-coping style.

Úvod

Vo februári 2014 vydala Svetová zdravotnícka organizácia vyhlásenie o tom, že rakovina sa stala najväčšou príčinou úmrtí na celom svete (Stewart, Wild 2014). McGuire (2016) zdôrazňuje z tejto správy jasný presun globálneho zaťaženia tejto choroby, ktorá prekonáva všetky sociálno-ekonomické úrovne a v súčasnosti sa objavuje v dvoch zdanlivo rozdielnych svetoch: vo svete blahobytu i svete chudoby.

²⁶ Príspevok vznikol v rámci riešenia vedeckovýskumnej úlohy Vega 1/0230/15 s názvom „*Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok*“.

Autorky si uvedomujú význam eliminácie rodových stereotypov a rešpektujú dôležitosť používania rodovo citlivého jazyka. Hovoriac vo všeobecnosti, pre prehľadnosť textu sa však používajú mužský rod, pojem pacient, klient, respondent, sociálny pracovník, mysliac však oba rody.

Je nepopierateľné, že táto choroba má celosvetový diapazón. Miera prežitia sa síce výrazne zlepšila, pre pacientov s rakovinou sa prežitie stáva dokonca istým spôsobom života (Wright et al. 2002) a ako uvádza Stewart a Wild (2014), skúsenosť s touto diagnózou je univerzálna. V súčasnosti hovoríme o onkologickej chorobe ako o chronickej chorobe, ktorú spôsobuje súčinnosť bio-psycho-socio-spirituálnych faktorov. Tomuto však predchádzal dlhý vývoj, nevyhnutné boli zmeny uhla pohľadu a myslenia.

Rakovina bola často chápaná ako ekvivalent smrti. Nepoznali sme známe príčiny ani spôsob jej liečby. Samotné slovo „rakovina“ malo ráz nevysloviteľnosti, nakoľko odhalenie onkologickej diagnózy sa považovalo za kruté a nehumánne pre pacienta, ktorý by tak stratil všetku nádej (Holland 2002). Stretávali sme sa s prístupom, že onkologický pacient vlastne platí za výstredný spôsob života (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke 2010), že choroba je trestom za hriechy. V ranom veku bola onkologická choroba dokonca vnímaná ako forma posadnutosti diablom (Mastiliaková 2007).

Postupnými krokmi tento charakter oslabil i keď Kubíková (2001) uvádza, že predstava o zlej prognóze onkologickej choroby, ale aj mýtus o jej prenosnosti prežili v spoločnosti dodnes. V súvislosti s tým Siracká (2003) poukazuje na smutné a často až tragické situácie, ktoré onkologickí pacienti musia prežívať, ku ktorým radí aj nepodložené predstavy o akejsi infekčnosti rakoviny pre okolie.

Stigma, mýty a tabu spojené s diagnózou rakoviny môžu mať tlmiaci účinok v zmysle povedomia o tejto chorobe, môžu vyvolávať zvýšené obavy z liečby, strach, ako aj prispievať k ťažšiemu zvládaniu samotnej choroby.

Od konceptu „C typu osobnosti“ k „C typu zvládania“

Prechádzali sme etapou záujmu výhradne o fyzickú oblasť človeka. Rovnako to bolo aj v kontexte onkologickej choroby. V období, keď boli ako príčiny vzniku množstva chorôb objavené mikroorganizmy, bolo zdravie vysvetľované len ako neprítomnosť choroby. Fyzické telo bolo u človeka stavané na prvé miesto, menej podstatná bola psychika (Nováková 2011), či ostatné oblasti. Takýmto vnímaním človeka ako čisto biologickej bytosti je typická prvá polovica 20. storočia a z tohto predpokladu vychádza biomedicínsky model. Prináša so sebou obmedzený pohľad na človeka, chorého vníma len v kontexte jeho choroby a nie v zmysle jeho celistvosti. Na zdravie nazerá ako na stav dokonalej harmónie a zhody činnosti telesných buniek a orgánov (Munzarová 2005). S ľudským telom zaobchádza ako so strojom, ktorého poškodené časti boli opravované alebo nahradzované inými (Kebza 2005). Pokiaľ organizmus fungoval bez poruchy, bol zdravý (Nováková 2011).

Choroba má na základe tohto prístupu výhradne jednu konkrétnu príčinu, telesnej povahy (Kebza 2005). Predpokladá, že myseľ a telo sú úplne oddelené entity, a teda myseľ nemôže ovplyvniť fyzické systémy a naopak. Choroba je spôsobená vonkajšími činiteľmi, ktoré vytvárajú zmeny v telesnom systéme, pričom psychické procesy sú úplne nezávislé. Biomedicínsky model poskytoval hlavný opis parametrov pre štúdium zdravia a choroby niekoľko sto rokov. V priebehu minulého storočia sa však rozvinuli aspekty, ktoré spochybňujú biomedicínsky model a navrhujú väčšiu úlohu psychických a sociálnych procesov v etiológii a liečbe chorôb (Albery, Munafó 2008), čo potvrdzujú slová Weinera (1999, in: Holland 2002), že choroba je abstrakcia a nemala by byť jediným zameraním pozornosti liečiteľa.

Somatické vysvetlenie tejto závažnej choroby, či genetické dispozície, fajčenie, spôsob stravovania, pohyb ako faktory vplývajúce na vznik a vývoj rakoviny neboli časom postačujúce. Sukcesívne došlo k spojeniu medzi fyzickou a psychickou oblasťou.

Výraznejšie sa začali študovať psychické činitele, ktoré mohli súvisieť s onkologickou chorobou. Značne významný prvok predstavovalo štúdium súvislosti medzi osobnosťou

a onkologickou chorobou. Ako uvádzajú Blatný a Adam (2008), v 60. rokoch minulého storočia sa objavili prvé štúdie tzv. osobnosti typu C, cancer prone personality, teda k rakovine disponovanej osobnosti. Hlavnými znakmi takejto osobnosti je udržiavanie emocionálnej kontroly a príjemných medziľudských vzťahov napriek vnútornému neexponovanému tlaku či stresu, vyrovňovanie sa so životnými zmenami potláčaním emócií a stresu, pričom charakteristická je tendencia odklonu vlastných potrieb pred potrebami druhých (Eskelinen, Ollonen 2011).

Koncept osobnosti typu C býva spochybňovaný a nahradzovaný tzv. C-systémom zvládania záťaže. Odlišuje sa faktom, že neuznáva samotnú osobnosť onkologického pacienta za pôvod vlastnej choroby, ale za jej prediktor pokladá spôsob zvládania ťažkostí. Podľa samotnej Temoshok, ktorá na tento koncept upozornila, ide o extrémnu verziu spôsobov zvládania záťaže, ktoré pôsobia na našu imunitnú obranyschopnosť a zanecháva nás väčšími „náchylnými“ na rakovinu.

K jeho primárnym charakteristikám patrí snaha byť záchrancom, snaha vyhýbať sa konfliktom, nevyjadrovanie negatívnych emócií, nadmerná snaha spolupracovať, snaha podriaďovať sa druhým (Faleide, Lian, Faleide 2010).

Do hry vstúpili psychické faktory, medzi fyzickou a psychickou oblasťou nastáva spojenie a od polovice 70. rokov 20. storočia v USA hovoríme o formálnom vývoji psychoonkológie. Jej jadro sa podľa Hollanda (2002) zaoberá utrpením mysle, ku ktorému dochádza pri rakovine a v súčasnosti predstavuje jednu z najmladších subšpeciálnych oblastí onkológie.

Rastúce povedomie o psychických aspektoch rakoviny v posledných desaťročiach bolo sprevádzané aj úvahou o aspektoch sociálnych. Avšak v rámci starostlivosti o onkologických pacientov už dávno prispievala aj sociálna práca. Ruth Abramsová bola jednou z prvých sociálnych pracovníčok, ktoré poskytovali pacientom psychosociálne služby (Holland 2002).

V zahraničí bola sociálna doména integrovaná do starostlivosti o onkologicky chorých pacientov, hovoríme o onkologickej sociálnej práci. Už v štyridsiatych rokoch sa v USA stala zdravotná sociálna práca nevyhnutnou podmienkou pre akreditáciu nemocníc. Potreba zapojiť do starostlivosti o onkologicky chorých všetkých tých, ktorí rozumeli rakovine, jej liečbe a potrebe pacienta riešiť svoje psychosociálne potreby, prispeli k rozvoju onkologickej sociálnej práce v 70. rokoch. Dnešná onkologická sociálna práca je plne rozvinutou profesiou s národnou organizáciou poskytujúcou vzdelávanie a podporu onkologickým sociálnym pracovníkom pri využívaní psychosociálnych intervencií a výskumu v prospech pacientov s rakovinou a ich rodín (Fobair et al. 2009).

U nás je situácia iná. Podľa Boteka, Žákovej a Bánovčínovej (2017) je status sociálnych pracovníkov nízky a profesia sociálnej práce je často vnímaná až negatívne. Implementovať sociálnu prácu v onkologickej praxi bude preto o niečo zložitejšie. Aj napriek sťaženým podmienkam je toto v úsilí viacerých autorov a autoriek (napr. Bartková 2016; Žiaková 2016; Žiaková, Kočišová 2016; Šiňanská, Kočišová 2017; Tóthová, Žiaková 2017; Žiaková a kol. 2017 a ďalší). Je pritom nutné vyčleniť to, čo by malo byť doménou práce sociálneho pracovníka v práci s onkologickým pacientom (Žiaková a kol. 2017), čo by malo byť naplnením vednej disciplíny, ktorú Žiaková (2016) nazýva socioonkológiou.

Dnes sociálna práca poskytuje dôležité príspevky v oblastiach od prevencie, odhaľovania a diagnostiky rakoviny po jej liečbu a prežívanie, pomáha človeku v zmysle jeho celosti v kontexte behaviorálnych, sociálnych a environmentálnych faktorov, ktoré môžu ovplyvňovať rakovinu (National Cancer Institute 2002). Záväzok sociálnych pracovníkov uspokojovať potreby najzraniteľnejších a utláčaných členov spoločnosti je obzvlášť dôležitý v kontexte rakoviny. Sociálni pracovníci sú kľúčovými členmi tímu zdravotnej starostlivosti a zasahujú na viacerých úrovniach a vo viacerých systémoch s cieľom optimalizovať kvalitu

života a kvalitu starostlivosti, identifikujú a mobilizujú silné stránky klientov (NASW 2017). Pre tento účel je dôležitá i ich profesionálna odborná pripravenosť a zameranie sa na profesionalitu v poskytovaných službách (Lichner 2017).

Diagnóza môže byť v súčasnosti odhalená, je možné o nej rozprávať, výskumne sa zameriavať na to, čo ju spôsobuje, aké dôsledky so sebou prináša.

V priebehu posledných štyroch desaťročí sa oblasť onkologickej sociálnej práce rozrastala a vyvíjala (Hedlund 2015). V tomto procese došlo paralelne k formovaniu práce onkologických pracovníkov a výskumných pracovníkov v oblasti sociálnej práce. Sociálni pracovníci zintenzívnili snahu pomôcť riešiť psychosociálne potreby ľudí s rakovinou a ich rodín (Oktay 2016). Postupné zmeny prispeli teda aj k tomu, že okrem priamej praxe sa sociálni pracovníci zapájajú do výskumu, ktorý sa zaoberá mnohými prioritnými oblasťami. Empirický záujem v sociálnej oblasti onkologickej choroby v súčasnosti smeruje najmä k náročným životným situáciám, copingovým stratégiám, sociálnej opore, ale i sociálnym problémom, ktoré súvisia s onkologickou diagnózou, sociálnemu fungovaniu onkologicky chorých pacientov a blízkych, ktorých sa choroba dotýka.

Tiež k témam, ako je:

- zdravotný stav a kvalita života po prežití rakoviny
- rozhranie rakoviny a starnutia,
- eliminácia zdravotných rozdielov,
- zlepšenie kvality starostlivosti o rakovinu,
- posilnenie interdisciplinárneho výskumu,
- zlepšenie paliatívnej starostlivosti,

ktoré sú uvedené v rámci dokumentu Národné investície pre výskum rakoviny (National Cancer Institute 2002).

V slovenských podmienkach sa autorky výskumne v rámci riešenia vedeckovýskumne úlohy Vega 1/0230/15 s názvom „Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok“ fokusovali na zvládanie záťaže, ktorá predchádza manifestácii choroby, chorobu ako špecifickú formu záťaže, sociálnu oporu, kvalitu života onkologicky chorých pacientov, rezilienciu, e-learning či preventívne programy, jedným z cieľov bolo i navrhnutie spôsobov a možností využitia základných metód socioterapie ako jednej z najdôležitejších metód sociálnej práce v práci so skupinou onkologicky chorých klientov, vychádzajúc z poznania ich osobnostných a sociálnych charakteristík (Žiaková a kol. 2017).

Záver

V oblasti onkologickej diagnózy existuje príležitosť (ako nikdy predtým) spájať interdisciplinárnu odbornosť tak, aby sa pokroky v základnej vede premenili do zlepšenej liečby, rozšírenej prevencie a včasného odhalenia choroby. Tento integrovaný a doplnkový prístup odzrkadľuje nielen povinnosť starostlivosti o dnešných pacientov s rakovinou, ale aj povinnosť starostlivosti o novú generáciu, aby oslobodila čo najviac ľudí od hrozby tejto choroby (Stewart, Wild 2014).

V našich podmienkach rezonuje čoraz intenzívnejšie potreba zapojiť sociálneho pracovníka do multidisciplinárneho tímu v rámci starostlivosti o onkologicky chorých pacientov, čo je v zahraničí bežnou praxou. Šišanská a Kočišová (2017) zdôrazňujú, že aj napriek mnohým problémom, ktoré sú so zavádzaním onkologickej sociálnej práce do praxe spojené, je nevyhnutné neprestať upozorňovať na jej možnosti a prínos.

Dôležité ostáva teda prepojiť získané výsledky výskumov do praxe, ako aj budovať na forme tejto podpory opodstatnenosť rozvoja špecifickej vednej disciplíny socioonkológie či oblasti onkologickej sociálnej práce.

Zoznam bibliografických odkazov

- ALBERY, I. P., and M. MUNAFÓ, 2008. *Key Concepts in Health Psychology*. London: SAGE Publications Ltd. ISBN 978-1-4129-1932-6.
- ANGENENDT, G., U. SCHÜTZE-KREILKAMP a V. TSCHUSCHKE, 2010. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-781-7.
- BARTKOVÁ, L., 2016. Idea špecializovanej sociálnej práce v onkologickej praxi. In: BALOGOVÁ, B. a L. BARTKOVÁ, eds. *Sociálny výskum – nekonečná hra ideí a dôkazov? zborník príspevkov zo VI. doktorandskej konferencie konanej 3. novembra 2015 v Prešove*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. s. 21-28. ISBN 978-80-555-1642-4.
- BLATNÝ, M. a Z. ADAM, 2008. Osobnosť typu C (cancer personality): súčasný stav poznatkov a implikácie pre ďalší výskum. *Vnitřní lékařství*. **54**(6), 638-645. ISSN 0042-773X.
- BOTEK, O., M. ŽÁKOVÁ a A. BÁNOVČINOVÁ, 2017. *Sociálna práca očami verejnosti*. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave. ISBN 978-80-568-0028-7.
- ESKELINEN, M., and P. OLLONEN, 2011. Assessment of 'Cancer-prone Personality' Characteristics in Healthy Study Subjects and in Patients with Breast Disease and Breast Cancer Using the Commitment Questionnaire: A Prospective Case-Control Study in Finland. *Anticancer Research*. **31**(11), 4013-4017. ISSN 0250-7005.
- FALEIDE, A. O., L.B. LIAN a E. K. FALEIDE, 2010. *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2864-3.
- FOBAIR, P. et al., 2009. Historical Threads in the Development of Oncology Social Work. *Journal of Psychosocial Oncology*. **27**(2), 155-215. ISSN 0734-7332.
- HEDLUND, S., 2015. Oncology Social Work: Past, Present, and Future. In: CHRIST, G. H., C. MESSNER, and L. BEHAR, eds. *Handbook of Oncology Social Work: Psychosocial Care for People with Cancer*. New York: Oxford University Press, p. 9-13. ISBN 978-0-19-994192-6.
- HOLLAND, J. C., 2002. History of Psycho-Oncology. Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosomatic Medicine*. **64**(2), 206-221. ISSN 0033-3174.
- KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
- KUBÍKOVÁ, E., 2001. Etické problémy sociálnej starostlivosti u detí s onkologickými ochoreniami. *Medicínska etika a bioetika*. **8**(3-4), 9-10. ISSN 1335-0560.
- LICHTNER, V., 2017. Performed Self-Care in the Context of Resisting a Negative Workplace Consequences among Slovak Helping Professionals. *Canadian International Journal of Social Science and Education*. **13**(1), 312-320. ISSN 2356-847X.
- MASTILIAKOVÁ, D., 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-457-3.
- McGUIRE, S., 2016. World Cancer Report 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, WHO Press, 2015. *Advances in Nutrition*. **7**(2), 418-419. ISSN 2156-5376.
- MUNZAROVÁ, M., 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-1024-2.
- NASW, 2017. Social Work and Cancer Research [online]. [cit. 2017-10-07]. Dostupné z: <https://www.socialworkers.org/News/Research-Data/Social-Work-Policy-Research/Social-Work-and-Cancer-Research>
- NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2002. *The Nation's Investment in Cancer Research: A Plan and Budget Proposal for Fiscal Year 2004* [online]. [cit. 2017-10-16]. Dostupné z: <https://www.cancer.gov/about-nci/budget/about-annual-plan/nci-plan-2004.pdf>

- NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3709-6.
- OKTAY, J. S. et al., 2016. *Promoting Research in Oncology Social Work* [online]. [cit. 2017-10-08]. Dostupné z: <https://www.aosw.org/AOSW/media/Main-Site-Files/Research/Documents/AOSW-Research-Institute-White-Paper-FINAL.pdf>
- SIRACKÁ, E., 2003. Práva onkologických pacientov. *Rodinný lekár* [online]. 1 [cit. 2015-12-28]. ISSN 1336-0930. Dostupné z: <http://www.apotheka.sk/article/190/prava-onkologickych-pacientov>
- STEWART, B. W., and C. P. WILD, ed., 2014. *World Cancer Report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer. ISBN 978-92-832-0443-5.
- ŠIŇANSKÁ, K. a A. KOČIŠOVÁ, 2017. Starostlivosť o seba v sociálnej práci ako inšpirácia pre vznikajúcu oblasť onkologickej sociálnej práce. *Sociálna práca / Sociálna práca*. 17(5), 52-68. ISSN 1213-6204.
- TEMOSHOK, L. Unraveling the “Type C” Connection: Is There a Cancer Personality? In: TEMOSHOK, L. et al. *A Formula for Healing Cancer: The Latest Research in Mind-Body Medicine* [online]. [cit. 2017-11-02]. Dostupné z: <http://www.healingcancer.info/ebook/lydia-temoshok>
- TÓTHOVÁ, L. a E. ŽIAKOVÁ, 2017. *Rizikové správanie onkologicky chorých klientov sociálnej práce*. Košice: FF UPJŠ. ISBN 978-80-8152-524-7.
- WRIGHT, E. P. et al., 2002. Social Problems in Oncology. *British Journal of Cancer*. 87(10), 1099-1104. ISSN 0007-0920.
- ŽIAKOVÁ, E., 2016. C-systém zvládania záťaže u onkologicky chorých pacientov a pacientok v kontexte sociálnej práce. In: ŽIAKOVÁ, E., ed. *PODOBY VNÚTORNÝCH I VONKAJŠÍCH FAKTOROV ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE Z POHLADU TEÓRIE I PRAXE SOCIÁLNEJ PRÁCE. 4. ročník Košických dní sociálnej práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Košice: Katedra sociálnej práce FF UPJŠ. s. 7-10. ISBN 978-80-8152-405-9.
- ŽIAKOVÁ, E. a kol., 2017. *Výsledky vedeckého výskumu ako inšpirácia pre vznik a rozvoj socioonkológie na Slovensku*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. ISBN 978-80-8152-576-6.
- ŽIAKOVÁ, T. a A. KOČIŠOVÁ, 2016. Sociálna práca a možnosti socioterapie s dlhodobo chorými onkologickými pacientmi. In: ŽIAKOVÁ, E., ed. *PODOBY VNÚTORNÝCH I VONKAJŠÍCH FAKTOROV ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE Z POHLADU TEÓRIE I PRAXE SOCIÁLNEJ PRÁCE. 4. ročník Košických dní sociálnej práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Košice: Katedra sociálnej práce FF UPJŠ. s. 74-80. ISBN 978-80-8152-405-9.

Kontakt na autorky

Mgr. Lucia Tóthová, PhD. , Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta UPJŠ , Moyzesova 9, 040 59 Košice, e-mail: lucia.tothova1@upjs.sk
 prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc., Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta UPJŠ, Moyzesova 9, 040 59 Košice, e-mail: eva.ziakova@upjs.sk

Osobnosť sociálnych pracovníkov a pracovníčok a ich stratégie zvládania záťaže pri práci s migrantmi²⁷

Personality of Male and Female Social Workers and Their Coping Strategies in Work with Migrants

Anna Jašková (SK), Antónia Sabolová Fabianová (SK)

Abstrakt

Príspevok predstavuje čiastočné výsledky pilotnej štúdie, ktorá sa venuje oblasti spolupráce sociálnych pracovníkov a pracovníčok s migrantmi. Zámerom je informatívnym spôsobom poukázať konkrétne na koncept osobnosti a stratégií zvládania záťaže, ktoré sa potenciálne pri práci so spomínanou klientelou uplatňujú u sociálnych pracovníkov a pracovníčok v praxi. Vybrané výsledky boli spracované formou deskriptívnej štatistiky a poukazujú na konšteláciu osobnostných črt respondentov a respondentiek a tiež ich preferenciu stratégií zvládania záťaže.

Kľúčové slová

Osobnostné črty. Stratégie zvládania. Migranti.

Abstract

The paper presents partial results of the pilot study that is focused on the area of interest of personal traits and coping strategies of social workers. One of the highlight is focus on social workers working with migrants. The selected results were compiled in the form of descriptive statistics. The results point at the constellation of the personality traits of the respondents and their preferences of coping strategies.

Keywords

Personal traits. Coping strategies. Migrants.

Prax sociálnej práce s migrantmi a utečencami si vyžaduje odborné vedomosti o jedinečných požiadavkách týchto populácií. Taktiež si vyžaduje špecializované úpravy a aplikácie bežných služieb a zásahov. Rozšírená medzinárodná ochrana zahŕňa opatrenia na presídľovanie migrantov v bezpečných krajinách. Sociálna práca s touto klientelou je jednou z fáz procesu medzinárodnej ochrany. Pohyb utečencov a žiadateľov o azyl odráža vzory medzinárodných a občianskych politických prevratov a konfliktov na celom svete. (Valtonen 2009)

Rozmanitosť problematik a klientely, ktorým sa venuje v rámci svojho zamerania sociálny pracovník, sociálna pracovníčka, potenciálne u nich vyvoláva rozporuplné situácie. Tie musia riešiť, či z formálneho alebo neformálneho, objektívneho či subjektívneho pohľadu. Je nepopierateľná náročnosť jednotlivých úkonov, kedy pracovníci často krát prichádzajú do kontaktu s klientom, ktorý prejavuje škálu emócií od frustrácie, nespokojnosti po útočnosť až násilie. Ukorigovať takého klienta vyžaduje súlad viacerých faktorov zo strany odborníkov. Za podstatné elementy považujeme najmä osobnosť a stratégie zvládania, ktoré predstavujú nápomocný zdroj pre adaptáciu v náročnej situácii.

V každodennom živote profesionáli teda zažívajú určitú formu záťaže a stresu, na ktorú je potrebné sa aspoň pokúsiť využiť jedinečný spôsob odozvy. Záťaž predstavuje normálny, až nevyhnutný životný fenomén, ktorý môže vytvárať dočasné nepohodlie, ako aj dlhodobé následky.

²⁷ Vedecký projekt VEGA č.1/0134/17 s názvom Význam hodnotovej orientácie - očakávania a perspektívy mladej generácie z hľadiska jej uplatnenia na trhu práce

Vedecké štúdie potvrdzujú myšlienku, že osobnostné črty sú dôležitým faktorom pri identifikácii, reagovaní na zaťažujúce udalosti. Možno konštatovať, že niektoré osobnostné črty potenciálne predikujú úroveň záťaže. Maladaptívne osobnostné črty (napr. neuroticizmus) je spojený so zvýšeným vystavením stresujúcej životnej udalosti a je pravdepodobné, že jednotlivci sú v tejto súvislosti náchylní k zažívaniu negatívnych emócií a frustrácie. Zatiaľ čo adaptívne osobnostné črty (napr. vysoká extravergia, svedomitosť) sú potenciálne menej ovplyvnené každodenným stresom a záťažou (Afshar et al. 2015).

Možno konštatovať, že osobnostné črty zohrávajú dôležitú úlohu v spôsobe, v ktorom sa jednotlivci vyrovnávajú s rôznymi životnými okolnosťami. Základy a štruktúry osobnosti ovplyvňujú zraniteľnosť a náchylnosť jednotlivca. Stratégie zvládania záťaže predstavujú kognitívne a behaviorálne pokusy pri konfrontácii rôznych stresorov. Tieto stratégie zohrávajú kritickú a determinujúcu úlohu. (Sharif et al. 2014)

Nadväzujúc na teoretické východiská ponúknuté informatívnym spôsobom v predchádzajúcej časti príspevok ďalej pojednáva o konkrétnych vybraných výsledkoch pilotnej štúdie.

Priebeh a realizácia výskumu

Samotnej administrácii dotazníkovej batérie na jednotlivé pracoviská predchádzalo formálne oslovenie riaditeľa Migračného úradu MV SR prostredníctvom listu s informáciami o ciele a organizácii výskumu. Snahou bolo zamerať sa na pracovníkov/čky, ktorí sú v priamom kontakte s klientom, preto cieľom bolo osloviť Záchytný tábor v Humennom, Pobytový tábor v Rohovciach, Pobytový tábor v Opatovskej Novej Vsi a Integračnom stredisku vo Zvolene. Následne nám prostredníctvom vedúcej oddelenia azylových zariadení boli distribuované kontakty na manažérov azylových zariadení, ktorých sme priamo oslovili pre spoluprácu. Prezentovaný príspevok predstavuje čiastkové výsledky získané z tejto pilotnej štúdie ako prvej fázy kvantitatívnej časti výskumu. Oslovených bolo 25 respondentov. Návratnosť dotazníka bola 46,4%.

Metodika

Zdrojom prezentovaných výsledkov je autorská pilotná štúdia. Čiastkovým cieľom štúdie bolo zmapovať osobnostné charakteristiky pracovníkov a pracovníčok v súvislosti s ich stratégiami zvládania záťaže na pracovisku.

Vybrané výsledky boli získane prostredníctvom metodiky Brief COPE (Carver 1997) a NEOFFI (Rusiel, Halama 2007)

Na zistenie copingových preferencií bola využitá verzia dotazníka Brief COPE navrhnutá Carverom (1997). Dotazník pozostáva z 28 položiek, ktoré sú obsahovo rozdelené do 14 faktorov: aktívne zvládanie, humor, religiozita a spiritualita, využívanie emocionálnej podpory, prerámovanie, akceptácia, použitie inštrumentálnej sociálnej podpory, sebarozptýlenie, popretie, plánovanie, ventilovanie emócií, používanie drog, odangažované správanie, sebaobviňovanie. Úlohou respondentov je sa k danému výroku vyjadriť na škále s číselnou stupnicou od 1- vôbec sa na mňa nehodí – 6 – úplne sa na mňa hodí. 14 faktorov je možné zadeliť do troch okruhov stratégií zvládania zameraného na emócie, na problém a stratégie zvládania zamerané na únik. Platí, že čím vyššie skóre v jednotlivých faktoroch, tým je väčšia tendencia danú stratégiu využívať.

K zisteniu osobnostných črt sociálnych pracovníkov bol využitý NEO Five- Factor Inventory – NEO-FFI (NEO päťfaktorový osobnostný inventár), ktorého autormi sú Costa a McCrae. Autormi slovenskej verzie sú Rusiel a Halama (2007). Táto metodika teda obsahuje

60 položiek výrokov, ku ktorým má respondent na šesťbodovej škále vyjadriť nakoľko pre neho daný výrok platí. Výsledkom metodiky sú osobnostné profily, t.j. špecifické konštelácie miery osobnostných črt u sociálnych pracovníkov. V zastúpení je Neuroticizmus, Extraverzia, Otvorenosť, Prívetivosť, Svedomitosť.

Výskumná vzorka

Výber výskumnej vzorky (Tab. 1) bol zámerný, nenáhodný. Výskumná vzorka pozostávala z 12 žien a 1 muža. Priemerný vek výskumnej vzorky bol 37,4 roka. Na spoluprácu boli oslovené všetky zariadenia poskytujúce služby cieľovej skupine na Slovensku. Návratnosť dotazníka bola 46,4%.

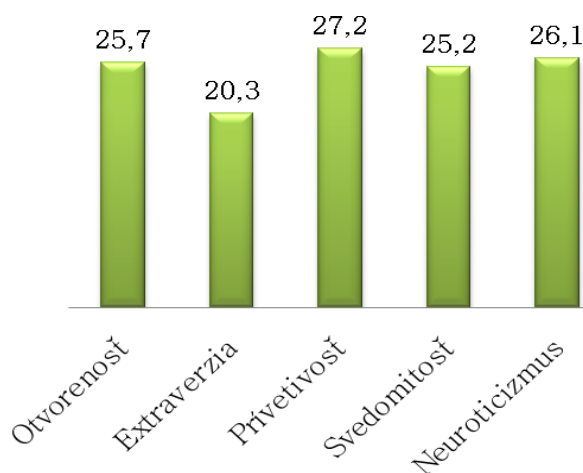
Tab. 1 Výskumná vzorka z hľadiska miesta pracoviska a zamerania

PRACOVISKO	POČET PRACOVNÍKOV
Záchytný tábor v Humennom	5
Pobytový tábor v Rohovciach	4
Pobytový tábor v Opatovskej Novej Vsi	4

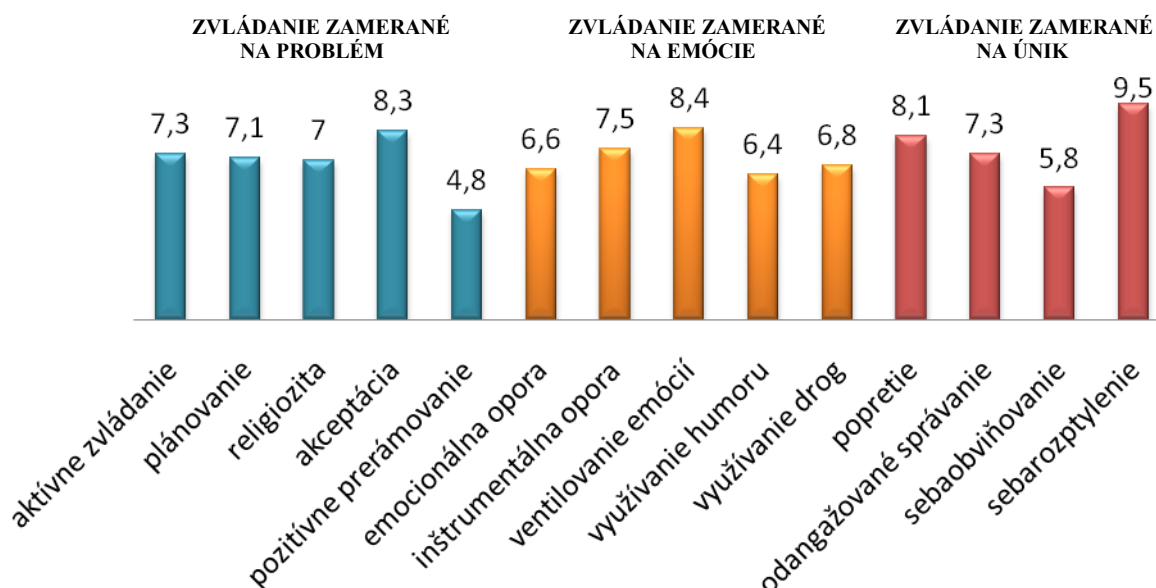
Vybrané výsledky výskumu

Zameraním sa na dosiahnutú úroveň respondentov v jednotlivých faktoroch na základe priemerného skóre (Graf 1) možno konštatovať, že najvyššiu úroveň dosahovali respondenti vo faktore „Prívetivosť“, faktor, ktorý meria kvalitu interpersonálnej orientácie od súciteľného po nepriateľstvo v myšlienkach, pocitoch a skutkoch. Nasleduje „Neuroticizmus“, čo charakterizuje ustarosteného, citovo neistého respondenta. „Otvorenosť“ následne predstavuje faktor, ktorý meria proaktívne hľadanie a túžbu po zážitkoch a skúsenostiach, toleranciu voči neznámemu a tendenciu k jeho skúmaniu. „Svedomitosť“ predstavuje u respondentov ich spoľahlivosť, disciplinovanosť, zásadovosť. Najnižšie skóre predstavujú respondenti vo faktore „Extraverzia“, čo charakterizuje u respondentov ich stabilitu, aktivnosť, optimistickosť

Graf 1 Deskripcia priemerného skóre dimenzií osobnostných charakteristík respondentov



Graf 2 Deskripcia priemerného skóre stratégií zvládania záťaže respondentov



Získaním priemerného skóre respondentov v jednotlivých stratégiách (Graf 2) možno konštatovať, že výrazne využívanými stratégiami sú sebarozptylenie, akceptácia a ventilovanie emócií. Najmenej preferovanými stratégiami sú pozitívne prerábanie, využívanie humoru a sebaobviňovanie. Zároveň Graf 2 pojednáva konkrétne o priemernom skóre v 14tich subškálach, ktoré sýtia tri hlavné stratégie, zvládanie zamerané na problém, zvládanie zamerané na emócie, zvládanie zamerané na únik. Čo sa týka stratégií zvládania záťažových situácií, mierne dominuje stratégia zameranie sa na emócie ($X = 35,9$), nasleduje stratégia zameranie sa na problém ($X = 34,6$) a stratégia úniku ($X = 30,7$).

Diskusia

Vychádzajúc z vybraných výsledkov pilotnej štúdie možno konštatovať, že ako dominujúca osobnostná črta sa preukázala Prívetivosť, následne Neuroticizmus a Otvorenosť. Swami et al. (2010) uvádza, že prívetiví jedinci sú vo väčšej miere starostliví o druhých, čo má v končenom dôsledku významný pozitívny vplyv na ich mentálnu gramotnosť. Taktiež možno konštatovať, že vysoká úroveň neuroticizmu je spojená s nízkou úrovňou subjektívnej pohody (Villanueva 2010), čo potenciálne môže predstavovať pre pracovníkov a pracovníčky riziko. Zároveň sa očakáva, že otvorené jedinci budú viac intelektuálne zvedaví a pozorní voči vnútorným pocitom (Jordan 2011).

Preferovanými stratégiami zvládania sociálnych pracovníkov a pracovníčok pri práci s migrantmi sú stratégie zamerané na emócie, následne stratégie zamerané na problém a stratégie úniku. Stratégie zamerané na emócie majú za cieľ využívať externé stratégie na zvládanie záťaže. Zahŕňajú aspekty tak z hľadiska vyhýbaniu sa problémom, ako aj z hľadiska riešenia problémov, ide o snahu o vyriešenie problému pochopením príčiny. Jedinci v tejto súvislosti používajú emocionálny výraz na zdôraznenie negatívnych vlastností situácie. V porovnaní s jednotlivcami, ktorí nevyjadrujú svoje emócie, ľudia, ktorí používajú vyrovnanie so zameraním na emócie, majú menej pochybností a zažívajú menej úzkosti.

Zhrnutím je teda možné predpokladať, že respondenti a respondentky predstavujú odborníkov a odborníčky, ktorí sa vo väčšej miere pri riešení problému pri práci s migrantmi zameriavajú na pochopenie samotnej príčiny, a majú tendenciu zaujímať sa o druhých. Čo je

potenciálne riziko je mierna dominancia neuroticizmu v osobnostnom profile, čo naznačuje citovú nestálosť až náchylnosť k negatívnym emóciám, depresii, frustrácií.

Skúmanie jednotlivých súvislostí v rámci prezentovaných problematík je cieľom ďalších výskumných zameraní autoriek.

Záver

Výsledkom pilotnej štúdie sú poznatky, ktoré poukazujú na opodstatnenie pokračovania skúmania problematiky osobnostných črt a stratégií zvládania záťaže sociálnych pracovníkov a pracovníčok v súvislosti s migráciou, ktorá predstavuje výzvu pre sociálnu prácu v podmienkach Slovenskej republiky a Európskej Únie.

Zoznam bibliografických odkazov

- AFSHAR, A. et al., 2015. The association of personality traits and coping styles according to stress level. In: *Journal of Research in Medical Sciences: The official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*. Vol. 20, Issue 4. pp. 353-358.
- CARVER, C. S. 1997. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. In: *International Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 4, pp 92-100.
- JORDAN, M. 2011. *Personality traits: Theory, Testing and Influences*. NY: Nova Science Publishers. ISBN 9781617289347.
- RUISEL, I., and P. HALAMA, 2007. *NEO päťfaktorový osobnostný inventár (podľa NEO Five-Factor Inventory P.T. Costu a R.R. McCraeho)*. Praha: Testcentrum – Hogrefe.
- SHARIF, F. et al., 2014. Comparison of Personality Traits, Coping Styles, and Psychiatric Disorders in Adult Suicidal and Non-Suicidal Individuals. In: *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. Vol. 2. Issue 3, pp 148-156.
- SWAMI, V. et al., 2010. The recognition of mental health disorders and its association with psychiatric skepticism, knowledge of psychiatry and the Big Five personality factors: an investigation using the overclaiming technique. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol. 46. Issue 3. pp 181-189. doi: 10.1007/s00127-010-0193-3
- VALTONEN, K., 2009. *Social Work and Migration: Immigrant and Refugee Settlement and Integration*. Great Britain: TJ International Ltd. ISBN 9781409491491.
- VILLANUEVA, J. P., 2010. *Personality traits: classifications, effects and changes*. New York: Nova Science Publishers, Inc. ISBN 9781616686192.

Kontakt na autorky

Mgr. Anna Jašková, PhD., Inštitút edukológie a sociálnej práce, Filozofická fakulta, Prešovská univerzita v prešove, 17. novembra č. 1, 080 78 Prešov, e-mail: anna.jaskova@gmail.com

Mgr. Antónia Sabolová Fabianová, PhD., Inštitút edukológie a sociálnej práce, Filozofická fakulta, Prešovská univerzita v prešove, 17. novembra č. 1, 080 78 Prešov, e-mail: sabolova.antonina@gmail.com

Posuny v individuálnom plánovaní

Development in Individual Planning

Denisa Korfantová (SK), Tímea Bartková (SK), Erika Rosiarová (SK)

Abstrakt

Príspevok sa venuje problematike individuálneho plánovania. V úvode upozorňuje príspevok na ukotvenie v zákone a základné kritéria vytvorenia individuálneho plánu. Práca je rozpracovaná v dvoch častiach, kde prvá teoretická sa zameriava na teoretické vysvetlenie individuálneho plánovania, cieľov a spolupráce kľúčového pracovníka a klienta. Druhá časť práce je zameraná na uvedenie konkrétneho individuálneho plánu a jeho následného hodnotenia. V tejto časti práce môžeme vidieť aké sú postupné kroky pri realizovaní individuálneho plánu, postup práce, následné ukončenie a hodnotenie. Cieľom príspevku bolo poukázať na dôležitosť individuálneho plánu pri práci s klientom, pre jeho osobnostný rozvoj a samostatnosť.

Kľúčové slová

Individuálne plánovanie. Kľúčový pracovník. Klient.

Abstract

The paper deals with the issue of individual planning. In the introduction, he notes the anchor contribution in the law and basic criteria for creating an individual plan. The work is elaborated in two parts, where the first theoretical focuses on the theoretical explanation of individual planning, goals and collaboration of the key worker and the client. The second part of the thesis is focused on the presentation of a concrete individual plan and its subsequent evaluation. In this part of the work we can see what are the steps in the realization of the individual plan, work progress, follow-up and evaluation. The aim of the paper was to point out the importance of an individual plan to work with clients, , for his personal development and autonomy.

Keywords

Individual planning. Social worker. Client.

Úvod

Myšlienka tvorby individuálnych plánov pre klientov v zariadení sociálnych služieb je zakotvená v zákone č. 448/2008 o sociálnych službách. Tvorba individuálnych plánov pre klientov v zariadení rehabilitačného strediska je prínosom vedenia klienta k samostatnosti a zároveň k spolupráci s kľúčovým pracovníkom. Klient sa učí samostatne si zvoliť v akej činnosti by sa chcel zdokonaľiť a v čom by chcel využiť svoje schopnosti a zručnosti, pričom sa zároveň zlepšuje aj jeho sebahodnotenie. Za pomoci kľúčového pracovníka, ktorý klienta usmerňuje pri postupnom splňaní jeho individuálneho plánu sa klient krok po kroku dostáva ku požadovanému výsledku. Splnenie každého jednotlivého kroku individuálneho plánu je úspechom nie len pre samotného klienta, ale taktiež pre kľúčových pracovníkov rehabilitačného strediska.

Zákon o sociálnych službách 448/2008 Z.z. uvádza, že individuálny plán je komplexný, flexibilný a koordinovaný nástroj na aktívnu spoluprácu poskytovateľa sociálnej služby, prijímateľa sociálnej služby, jeho rodiny a komunity. Ciele individuálneho plánu vychádzajú z individuálnych potrieb prijímateľa sociálnej služby a spolupráce prijímateľa sociálnej služby a poskytovateľa sociálnej služby. Individuálny plán je koordinovaný pracovníkom, ktorý podporuje a sprevádza prijímateľa sociálnej služby v procese individuálneho plánovania. Proces individuálneho plánovania zahŕňa identifikáciu individuálnych potrieb, voľbu cieľov individuálneho plánu, voľbu metód dosahovania cieľov

individuálneho plánu, plán činností a aktivít napĺňania individuálneho plánu a hodnotenie individuálneho plánu.

Bujdošová (2013) uvádza, že individuálny plán je niečo ako program podľa ktorého sa klientovi s postihnutím poskytuje starostlivosť na základe jeho osobitých potrieb. Cieľom tohto individuálneho plánu je rozvoj zručností a daností klienta. Pre zostavovateľa – kľúčového pracovníka je nutné ovládať spôsob práce so špecifickou skupinou klientov a princípy individuálneho plánovania zamerané na klienta.

Individuálny plán predstavuje sústavnú a plánovanú cestu pre vytvorenie reálneho plánu k splneniu čiastkových cieľov, predsavzatí a potrieb. Uplatnenie takejto metódy plánovania poskytuje zariadeniam sociálnych služieb možnosti pracovať v zhode s najnovšími poznatkami a skúsenosťami.

Zásadné kritériá pri zostavovaní individuálneho plánu

Podľa Krupa a kol. (2007) je práve názor klienta určujúci pre stanovenie priorít a cieľov individuálneho plánu.

Na zostavenie individuálneho plánu má právo každý klient. Je nevyhnutné, aby individuálny plán obsahoval kompletné rozmedzie požadovaných služieb hodnotenia a metódy. V určitej miere je možné využívať rodinných príslušníkov, priateľov, susedov, ktorí umožňujú klientom začleniť sa - vytvárať nové, prirodzené sociálne väzby v bežnom životnom štýle (Bujdošová 2013).

Individuálny plán je špecifický pre každého klienta musí obsahovať presne určené čiastkové ciele, víziu klienta, postup práce, jednotlivé kroky a hodnotenia. Cieľom individuálneho plánu je aktivizácia klienta, aby on sám bol iniciátorom zmeny alebo rozvoja. Klient sám vie posúdiť, kedy je pripravený postúpiť ku ďalšiemu kroku. Zhotovenie individuálneho plánu bez aktívnej účasti klienta by znamenalo, že klient by ostal bez rozvoja a bol by len pasívnym prijímateľom sociálnej služby.

Pri zostavovaní individuálneho plánu je nevyhnutné určiť aj kľúčového pracovníka, ktorý bude niesť zodpovednosť za priebeh jednotlivých krokov postupu individuálneho plánu. Úlohou kľúčového pracovníka je tiež zabezpečovanie poskytnutia úplných informácií, ktoré sú pre klienta potrebné.

So zámerom poskytnúť komplexné a individuálne prispôsobené služby konkrétnym klientom je dôležité vnímať tieto služby recipročne. Klient a kľúčový pracovník musia byť medzi sebou prepojení. Je dôležité, aby bol klient aktívne činný pri zostavovaní a pri priebehu, hoci rozhodujúcu zodpovednosť má práve kľúčový pracovník (Bujdošová 2013).

Považujeme za dôležité pripomenúť, že je veľmi prínosné zdieľať individuálny plán aj s rodinnými príslušníkmi, priateľmi a susedmi. Individuálny plán je totiž nástrojom na vzájomnú spoluprácu medzi jednotlivými poskytovateľmi a inými osobami. (Cangar 2007).

Použitie kresby a fotografie spracovaného individuálneho plánu sú zverejnené bez mien autorov s ich súhlasom pre účely prezentácie a publikácie.

Konkrétny individuálny plán:

Facilitas n.o. Rehabilitačné stredisko, Spišské námestie 4, Košice

Individuálny plán

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Dátum vypracovania:

Vízia klienta :

Pravidelná príprava a spracovanie fotografií z aktivít v podobe prezentácie.

CIELE:

- Vytvorenie prezentácie k projektu „Čo robiť ak...“

REALIZÁCIA

Kto:

kľúčový pracovník podľa výberu klienta

Kedy:

1x týždne, piatok 10:00 – 10:30 hod

Kde:

miestnosti zariadenia

Výsledok :

December 2017 – Vianočné posedenie v zariadení – prezentácia v programe power point.

Čiastkové ciele:

- Naučiť sa stiahnuť fotky z fotoaparátu po aktivite 10 fotiek. /júl 2017/
- Výber 10 fotografií k aktivite a korekcia článku /september 2017/
- Vkladanie fotografií do prezentácie - 10 snímok. /november 2017/
- Prezentácia projektu - december 2017.

Dôvod:

- Chcel by som sa naučiť pracovať na počítači.
- Rád by som sa naučil pracovať s fotoaparátom – stiahnuť fotky.
- Naučiť sa vybrať správne fotografie k aktivite.
- Chcel by som sa naučiť samostatne pracovať s fotografiami – pripnúť fotografie do snímky a dať im popis.
- Rád by som si precvičil prácu s programom – power point.
- Rád by som sa spolupodieľal na prezentovaní prebiehajúcich aktivít v zariadení, ktorých sa zúčastňujem.
- Chcel by som sa naučiť pracovným návykom, ktoré môžem používať v praxi.
- Chcel by som byť trpezlivejší, aj keď mi niečo nejde.
- Prekonať strach z neúspechu a naučiť sa zvládať prekážky.

Vychádzame z práce klienta, z myšlienkovej mapy cieľov, ktorá je prílohou individuálneho plánu klienta. Myšlienková mapa je ďalej rozpracovaná v spôsobe realizácie týchto cieľov v nadväzujúcich bodoch.

– **Naučiť sa stiahnuť fotografie z fotoaparátu a výber 10 fotografií.**

1x v týždni, piatok, po aktivite od 10:00 -10:30 kľúčový pracovník vysvetlí klientovi prácu s počítačom a fotoaparátom, proces stiahnutia fotiek z fotoaparátu a výber najlepších fotiek k príslušnej aktivite, následné zaradiť do príslušného adresára. Pracovník naučí klienta technické kroky ako stiahnuť fotografie Klient vie ako má stiahnuť fotky z fotoaparátu do počítača. Po splnení tohto kroku klient dokáže samostatne stiahnuť a vybrať 10 fotiek k príslušnej aktivite. Zaradiť ich do príslušného adresára v počítači.

Klient dostáva za zvládnutú úlohu kladnú spätnú väzbu. Po úspešnom zvládnutí nasleduje ďalší krok.

– **Vytvorenie základnej prezentácie v programe – power point**

Kľúčový pracovník vysvetlí klientovi ako pracovať s programom power point. Naučí klienta ako otvoriť novú prezentáciu, ako začať vytvárať viacero snímok. Naučí klienta vložiť novú snímku s požadovaným rozložením. Kľúčový pracovník následne naučí klienta vytvoriť 10 snímok a pridávať grafické prvky, vizuálne pomôcky, rôzne motívy a šablóny, animácie, prechody a štýly.

Klient dostáva za zvládnutú úlohu kladnú spätnú väzbu. Po úspešnom zvládnutí nasleduje ďalší krok.

– **Vkladanie fotografií do programu power point**

Kľúčový pracovník vysvetlil klientovi spôsob práce s programom power point, nasleduje krok vloženia fotografií do prázdneho snímku a pripísanie opisného textu k fotografii. Kľúčový pracovník dohliadne či klient vie ako si otvorí novú prezentáciu (dokument), vloží doň príslušné fotky a napíše krátky text k danej aktivite. Po splnení tohto kroku klient dokáže samostatne vytvoriť novú prezentáciu k aktivite– 10 snímok prezentácie.

Klient dostáva za zvládnutú úlohu kladnú spätnú väzbu. Po úspešnom zvládnutí nasleduje ďalší krok.

– **Predstavenie prezentácie k projektu: „Čo robiť ak...“ – December 2017**

Kľúčový pracovník spolupracuje s klientom pri vytváraní prezentácie následne vysvetlí spôsob ako prezentovať daný projekt. Kľúčový pracovník nacvičuje s klientom prezentáciu. Zopakuje si spolu s klientom postupné kroky, ktoré sa klient naučil zvládnuť. Klient vie slovne opísať postupnosť krokov k finálnemu výsledku prezentácie k daného projektu. Po zvládnutí tohto kroku klient prezentuje prezentáciu na vianočnom posedení v decembri 2017 v kruhu priateľov a rodičov klientov v zariadení.

Klient dostáva za zvládnutú úlohu kladnú spätnú väzbu.

Cieľ Vytvorenie prezentácie k aktivitám projektu „Čo robiť ak...“ je splnený.

V Košiciach, dňa:

Podpis klienta

Podpis kľúčového pracovníka

Individuálny plán – hodnotenie

Meno klienta:

Meno kľúčového pracovníka:

Hodnotenie úspešnosti realizácie prebieha za prítomnosti klienta a kľúčového pracovníka.
Hodnotenie prebieha na základe dosiahnutých stanovených čiastkových cieľov podľa jednotlivých mesiacov s príslušným dátumom splnenia:

Číslo	Čiastkový cieľ	Splnené áno/nie dňa	Podpis klienta	Podpis kľúčového prac.
1.	Naučiť sa stiahnuť fotografie z fotoaparátu a výber 10 fotografií.			
2.	Vytvorenie základnej prezentácie v programe – power point			
3.	Vkladanie fotografií do programu power point			
4.	Prezentácia - december 2017.			
	Vytvorenie prezentácie k aktivitám projektu „Čo robiť ak...“			

V Košiciach, dňa:

Podpis klienta

Podpis kľúčového pracovníka

Záverečné hodnotenie individuálneho plánu:



adresára. Klient plynulo prechádza technickými krokmi stiahnutia fotiek do počítača. Klient sám dokáže stiahnuť fotky do adresára a vybrať najlepšie k príslušnej aktivite.

1. Naučiť sa stiahnuť fotky z fotoaparátu po aktivite.

Klient sa za pomoci kľúčového pracovníka a po pravidelnom opakovaní a cvičení naučil prácu s počítačom a fotoaparátom, proces sťahovania fotiek z fotoaparátu a výber 10 najvhodnejších fotiek, ktoré následne priradil do príslušného



2. Výber 10 fotografií k aktivite a korekcia článku

Kľúčový pracovník oboznámil klienta s programom power point. Klient sa naučil otvoriť novú prezentáciu a pridávať ďalšie snímky. Oboznámil sa s funkciami programu, ako sú grafické prvky, vizuálne pomôcky, rôzne motívy, šablóna, animácie, prechody a štýly. Po ukončení tohto kroku klient vie vytvoriť prezentáciu a upraviť ju podľa svojich predstáv.



3. Vkladanie fotografií do prezentácie - 10 snímok.

Zvládanie vkladania fotiek z príslušnej aktivity a pripísanie opisného textu k fotografii. Klient vie otvoriť novú prezentáciu, priložiť fotky a upraviť prezentáciu podľa svojich predstáv. Prezentáciu obsahuje 10 snímok s fotografiami a príslušným textom.



4. Prezentácia projektu

Dokončenie prezentáciu, zvládnuté všetky predchádzajúce kroky. Klient si nacvičil s kľúčovým pracovníkom prezentáciu a výstup pred malým publikom. Klient zopakoval kroky, ktorými prechádzal až k finálnemu výsledku – prezentácii. Prezentácia bola od prezentovaná na Vianočnej besiedke v decembri 2017.

Vyhotovila:
Meno a priezvisko:



Záver

Príspevok sa venuje problematike individuálneho plánovania a rozvoja osobnosti klienta. Úvod príspevku sa venuje zákonnému ukotveniu individuálneho plánovania a konkrétnym krokom pri tvorbe a realizácii. Práca bola rozdelená na dve časti. Prvá – teoretická časť je zameraná na vysvetlenie postupu pri realizácii individuálneho plánu. Druhá časť obsahla konkrétny individuálny plán, kde môžeme vidieť ako sme postupovali a aké sme zvolili kroky v spolupráci s klientom. V závere upozorňujeme na dôležitosť a prínos pre klienta pre aktívnu účasť klienta.

Zoznam bibliografických odkazov

BUJDOŠOVÁ, A., 2013. *Sociálny pracovník pri zabezpečovaní individuálneho programu osobného rozvoja prijímateľa sociálnych služieb*. [online] [cit. 2017-12-15]. Dostupné z: <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Balogova8>.

CANGÁR, M., 2007. *Individuálny plán-nástroj na spoluprácu*. In KRUPA, S. *Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie jej obyvateľov*. [CD-ROM]. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. ISBN 97880-970004-2-4.

KRUPA, S. a kol., 2007. *Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie jej obyvateľov*. [online] [cit. 2017-12-12]. Dostupné z: http://www.rpsp.sk/download/transformacia_dss.pdf.

Zákon č.448/2008 Z.z. o sociálnych službách.

Kontakt na autorky

Mgr. Denisa Korfantová, Facilitas n.o., Spišské námestie 4, Košice, e-mail: facilitas@post.sk

Mgr. Tímea Bartková, Facilitas n.o., Spišské námestie 4, Košice, e-mail: facilitas@post.sk

Bc. Erika Rosiarová, Facilitas n.o., Spišské námestie 4, Košice, e-mail: facilitas@post.sk

Základné metódy a techniky sociálnej rehabilitácie pre ľudí s mentálnym postihnutím

Basic Methods and Techniques of Social Rehabilitation for People with Mental Disabilities

Veronika Vasil'ová (SK), Dušan Šlosár (SK), Soňa Lovašová (SK)

Abstrakt

Cieľom príspevku je predstaviť základné metódy a techniky sociálnej rehabilitácie pre ľudí s mentálnym postihnutím. Autori sa v úvode príspevku zaoberajú všeobecnou charakteristikou mentálneho postihnutia a vymedzujú jeho etiológiu. Zmena vnímania človeka s mentálnym postihnutím v intaktnej populácii súvisí s rozvojom humanizmu, a preto autori v príspevku poukazujú na humanistické chápanie socializácie a integrácie ľudí s mentálnym postihnutím. V tomto kontexte autori vymedzujú základné metódy a techniky sociálnej rehabilitácie, ktoré delia do troch skupín.

Kľúčové slová

Integrácia. Mentálne postihnutie. Socializácia. Sociálna rehabilitácia.

Abstract

The aim of the paper is to introduce basic methods and techniques of social rehabilitation for people with mental disabilities. In the introduction, authors describe the general characteristic of mental disability and define its aetiology. Changing the perception of a person with a mental disability in an intact population is related to the development of humanism, and therefore the authors in the contribution point to the humanistic understanding of socialization and integration of people with mental disabilities. In this context, the author defines basic methods and techniques of social rehabilitation, which divide into three groups.

Keywords

Integration. Mental Disability. Socialization. Social rehabilitation.

Úvod

Integrácia ľudí s mentálnym postihnutím predstavuje problematiku, ktorá je skúmaná už niekoľko desaťročí. Potreba neustále zvyšovať kvalitu života ľudí s mentálnym postihnutím súvisí so zmenou postavenia ľudí s mentálnym postihnutím v našej spoločnosti, ako aj s vnímaním intaktnej populácie. V súčasnosti si táto problematika vyžaduje multidisciplinárny prístup, pričom dôraz je primárne kladený na humanistickú sociálnu prácu. V tomto kontexte autori v príspevku predstavujú základné metódy a techniky sociálnej rehabilitácie pre ľudí s mentálnym postihnutím.

Charakteristika mentálneho postihnutia

Mentálne postihnutie je vrodené alebo vzniká v rannom veku, najneskôr do obdobia dvoch rokov. Pásmo mentálneho postihnutia je definované úrovňou intelligenčného kvocientu ($IQ < 70$). (Orel 2012) Odborná literatúra (Michalík 2011, Požár 2007, Heretik 2007, Orel 2012, Draganová 2006, Mahrová 2008) uvádza niekoľko definícií mentálneho postihnutia. Vo všeobecnosti ide o stav zastaveného, oneskoreného alebo neúplného vývinu intelektu, ktorý je charakteristický primárne podpriemernou inteligenciou. Mentálne postihnutie tak predstavuje zníženie inteligencie ako schopnosti učiť sa. Zaostávanie vo vývine sa týka primárne vyšších psychických procesov, pričom zvyčajne ide o štrukturálnu poruchu celej osobnosti. Podpriemerné intelektové schopnosti sú obvykle sprevádzané nedostatočným sociálnym prispôsobovaním. Narušené adaptačné správanie sa prejavuje tiež sťaženou komunikáciou,

zhoršenou starostlivosťou o seba, ako aj sťaženými interpersonálnymi a školskými schopnosťami.

Etiológia mentálneho postihnutia

Vo všeobecnosti príčiny vzniku mentálneho postihnutia kategorizujeme na endogénne (vnútorné) a exogénne (vonkajšie) príčiny (Michalík 2011). Ako exogénne faktory je možné vymedziť biologické determinanty. Na vývin jedinca však pôsobí celý rad činiteľov, a teda aj materiálne a kultúrne podmienky, v ktorých človek žije. V tomto kontexte ide o sociálnu determináciu – exogénny faktor, ktorý má vplyv na vývin osobnosti jedinca. (Končeková 2007)

Častou príčinou vzniku mentálneho postihnutia je poškodenie mozgu, ku ktorému dochádza buď v prenatálnom období alebo v skorom postnatálnom období (Draganová 2006). Pokiaľ však dôjde k porušeniu inteligencie po dosiahnutí druhého roku života, ide o sekundárne postihnutie, tzv. *deteriorácia*, čiže spomalenie vývinu dieťaťa (Michalík 2011).

Orel (2012) za najčastejšie príčiny vzniku mentálneho postihnutia považuje:

1. chromozómové odchýlky (najčastejšia je to práve trizómia 21. chromozómu, označovaná ako Downov syndróm),
2. metabolické poruchy (týkajúcich sa metabolizmu aminokyselín, sacharidov, lipidov a pod.),
3. heredodegeneratívne poruchy (napr. Wilsonové choroby),
4. toxické poškodenie mozgu,
5. sociokultúrne vplyvy (iba pri ľahších formách mentálneho postihnutia).

Pri sociokultúrnych vplyvoch zohráva dôležitú úlohu uspokojovanie základných psychických potrieb, ktoré sú realizované v rámci sociálnej interakcie (Končeková 2007). Rizikové je najmä prostredie, ktoré neposkytuje dieťaťu dostatok primeraných podnetov (Draganová 2006). Podľa Vágnerovej (2005) však nemôžeme hovoriť o mentálnom postihnutí, ak je príčinou vývinového oneskorenia nedostatočná a neprimeraná výchova, pretože tento hendikep nie je vrodený, ani trvalý a zároveň ho označuje ako sociálne poškodenie vývinových rozumových schopností.

Socializácia a integrácia ľudí s mentálnym postihnutím

Zmena vnímania človeka s mentálnym postihnutím v intaktnej populácii súvisí s rozvojom humanizmu. Humanistické chápanie sociálnej práce je špecifické svojim dôrazom na základné ľudské práva a slobody, rešpektovaním ľudskej dôstojnosti, ako aj apeláciou na sebarealizáciu každého jedinca bez rozdielu. (Šlosár et al. 2017) S týmto vnímaním súvisí aj potreba socializácie a integrácie ľudí s mentálnym postihnutím medzi intaktnú populáciu.

Celoživotný proces začleňovania jedinca do spoločnosti je možné definovať ako socializácia, ktorá predstavuje primárne proces učenia, v ktorom si človek osvojuje istý systém poznatkov, noriem, hodnôt, postojov a foriem správania, ktoré mu umožňujú začleniť sa do určitej spoločnosti a aktívne sa zúčastňovať spoločenského života (Požár 2007).

Podľa Vágnerovej (2005) psychický vývin jedinca závisí od pôsobenia sociokultúrneho prostredia. Väčšia časť učenia v detskom veku prebieha na základe sociálnej interakcie. Košč (2009) tvrdí, že podstatou socializácie je premena človeka z biologickej bytosti na bytosť ľudskú, ktorá prebieha práve v sociálnom prostredí. Dôležitým pojmom pri socializácii je práve asistencia, pretože socializácia nie je jednostranný proces. Keďže mentálne postihnutie sa nedotýka všetkých psychických funkcií v rovnakej miere, je možné ľudí s mentálnym postihnutím socializovať napr. mechanickým nacvičovaním v oblasti poznatkov súvisiacich s každodennou skúsenosťou.

Termín integrácia je možné charakterizovať ako zjednotenie alebo spojenie. Ide o systematický proces, ktorý zohľadňuje sociálne, psychologické, biologické a environmentálne faktory. Medzi jeden zo spôsobov integrácie ľudí s mentálnym postihnutím patrí aj integrovanie žiakov s ľahkým mentálnym postihnutím do bežných škôl. (Hambálek 2005) Cieľom integrácie je, aby ľudia s mentálnym postihnutím netrávili väčšinu času len medzi ľuďmi s hendikepom, ale aby získavali viac možností rozvíjať svoju sociálnu skúsenosť a svoje možnosti na uplatnenie sa na trhu práce (Solovská 2013)

Podľa Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím sa Slovenskej republike kladie za povinnosť zaistiť, aby aj osoby s mentálnym postihnutím mali na rovnakom základe prístup ku kvalitnému vzdelaniu, preto by špeciálne školy pre deti s mentálnym postihnutím mali byť skôr výnimkou, ako bežným vzdelávacím prostredím (Matiaško 2014). Pri správnej integrácii ľudí s postihnutím medzi intaktnú populáciu je dôležité vytvárať bezbariérový prístup, pozitívne ovplyvňovať postoje verejnosti k ľuďom s mentálnym postihnutím, zabezpečiť kooperáciu so školskými poradenskými zariadeniami, zabezpečiť špeciálnu podporu, kompenzačné pomôcky a pedagogického asistenta (Matinová, Dubayová 2012).

V kontexte vymedzenej problematiky by bolo potrebné apelovať na využívanie komunitných sociálnych služieb v mieste bydliska, aby sa aj ľudia s mentálnym postihnutím mohli vzdelávať, pracovať a byť aktívnym členom vo svojej rodine, v škole, či komunite (Holúbková, Ďurana 2013).

Na Slovensku po zmene politickej situácie najprv začali vznikať neštátne zariadenia, ktoré sa venovali najmä sociálnym službám pre ľudí s mentálnym postihnutím v denných stacionároch, no neskôr po niekoľkoročnom dôraze na vzdelávacie aktivity vznikali nové formy starostlivosti o ľudí s mentálnym postihnutím. Začali tak vznikať prvé chránené pracoviská. K rozvíjaniu týchto chránených pracovísk prispelo aj *Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím*, ktoré v roku 1996 zorganizovalo Medzinárodný kongres na tému „*Chcem pracovať - viem pracovať*“. Tento kongres bol zameraný na prípravu ľudí s mentálnym postihnutím na prácu a na ich pozitívnom príklade vznikol základ pre prácu ľudí s mentálnym postihnutím. (Nováková, Mišová 2007)

ZPMP na Slovensku je nezisková organizácia, ktorá sa zameriava na integráciu ľudí s mentálnym postihnutím na trh práce, ale dbá aj na dodržiavanie ich ľudských práv v každej oblasti. V Košickom samosprávnom kraji pôsobia v Gelnici, ZPMP Nádej v Košiciach, Plešivci, Spišskej Novej Vsi, Trebišove a v Michalovciach (Mišová 2007). Všetky chránené pracoviská, ktoré vytvorilo ZPMP sú zriadené ako mimovládne organizácie, ktoré sčasti podporuje štát. Miestne združenia ďalej hľadajú zdroj financovania v grantoch a projektoch, ale aj u sponzorov a prostredníctvom benefičných akcií. (Nováková, Mišová 2007) Uplatnenie osôb s mentálnym postihnutím na trhu práce (alebo aspoň v chránených dielňach) im pripisuje určité sociálne znaky, ako napr. spoločenskú vážnosť, samostatný príjem, možnosť spolurozhodovať a participovať na živote spoločnosti a podobne. (Bundschuh 2005) Dôsledky mentálneho postihnutia a obmedzenia z toho plynúce sú veľmi individuálne. Približne 87% ľudí s mentálnym postihnutím má diagnostikované len ľahšie mentálne postihnutie a pri vzdelávaní a zvládaní požiadaviek sú len o niečo pomalší ako je priemer. V dospelosti sú preto schopní vykonávať viacero zamestnaní, no napriek ich pracovnému potenciálu zostáva veľa ľudí s mentálnym postihnutím nezamestnaných. Ak chceme znižovať nezamestnanosť týchto ľudí a prispievať tak k zvyšovaniu kvality ich života, je potrebné rozvíjať ich pracovné zručnosti, ale hlavne pokúsiť sa o zmenu negatívnych postojov a predsudkov intaktnej spoločnosti voči ľuďom s mentálnym postihnutím (Nováková, Mišová 2007). Ak sa však chceme nazývať humanistickou spoločnosťou, je potrebné zaoberať sa integráciou osôb s postihnutím do všetkých oblastí života. (Hamráčková, Hrebeňárová 2012)

Možnosti sociálnej rehabilitácie pre ľudí s mentálnym postihnutím

Sociálna rehabilitácia je podľa Zákona č. 448/ 2008 Z. z. o sociálnych službách považovaná za odbornú činnosť zameranú na podporu samostatnosti, nezávislosti a sebaistočnosti rozvojom zručností, aktivizovaním schopností a posilňovaním návykov pri sebaobslužke, starostlivosti o domácnosť a pri základných sociálnych aktivitách, pričom sa kladie dôraz na maximálne využívanie prirodzených zdrojov v rodine a komunite.

Pre cieľovú skupinu ľudí s mentálnym postihnutím je sociálna rehabilitácia nesmierne dôležitá, preto by mala byť poskytovaná kontinuálne. Najväčší dôraz je pritom kladený na podporu samostatnosti, aktivizovanie schopností a sociálnu komunikáciu (Juhásová et al. 2012)

Cieľom sociálnej rehabilitácie je začlenenie jedinca do „bežného“ života, pričom dôležitá je samostatnosť klienta a jeho nezávislosť od iných ľudí, dorozumievanie sa, spoločenské vystupovanie, rodinný život a individuálne záujmy. Dôraz je taktiež kladený na podporu a rozvoj schopností človeka s mentálnym postihnutím (Mahrová 2008).

Metódy a techniky sociálnej rehabilitácie pre osoby s mentálnym postihnutím je možné rozdeliť do troch kategórií:

- 1. Metódy a techniky edukácie a reedukácie** – špecifické výchovno-vzdelávacie programy sú súčasťou rannou intervencie, pokračujú školskou dochádzkou v základných školách bežného typu, špeciálnych školách, odborných učilištiach, kurzoch a podobne, pričom ide o doménu špeciálnej pedagogiky, s cieľom rozvíjať kognitívne schopnosti a socializovať. Ide predovšetkým o čítanie ľahkých textov s porozumením, sebaobhajovanie, sexuálnu výchovu, sociálnu prevenciu a edukáciu zameranú na prípravu k podporovanému bývaniu. Sebaobhajovaniu sa venuje aj Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím, ktoré definuje sebaobhajovanie ako druh podpory ľuďom s mentálnym postihnutím, s cieľom umožniť im predchádzať problémom v osobnom a verejnom živote, učiť ich ako obhajovať svoje práva a záujmy. V súčasnosti je už sebaobhajovanie vnímané ako integrálna súčasť prípravy pre kvalitný život človeka s mentálnym postihnutím. Cieľom je rozvíjať tieto spôsobilosti:
 - a) komunikačné spôsobilosti – obsahovo a zrozumiteľne ich naučiť ako hovoriť k veci, ako vytvoriť primeraný očný kontakt, ovládnuť nevhodné prejavy verbálnej a neverbálnej komunikácie,
 - b) základné sociálne spôsobilosti – ako počúvať iných ľudí, poradiť, nadviazať rozhovor, vyjadriť svoj názor,
 - c) rozvinuté sociálne spôsobilosti – naučiť ich ako požiadať o pomoc, ospravedlniť sa, prijať chybu, byť k sebe kritický,
 - d) spôsobilosť rozhodovať sa – ako si vybrať z viacerých alternatív, zvažovať rizika,
 - e) spôsobilosti pri riešení problému - nájsť príčinu problému, hľadať riešenia, aplikovať riešenia do praxe,
 - f) spôsobilosti spojné s plánovaním – vytýčiť si cieľ, plánovať kroky, zrealizovať ich, hľadať príčiny neúspechu. (Brnová 2007)
- 2. Metódy a techniky kompenzácie** – ide o odstraňovanie bariér a to najmä v oblasti zamestnania sa a samostatného bývania. V rámci samostatného bývania existujú zariadenia podporovaného bývania (v Košickom samosprávnom kraji túto službu poskytuje nezisková organizácia Lux v Košiciach a domov sociálnych služieb Harmonia v Strážskom). K základným službám, ktoré sa poskytujú klientom v rámci podporovaného bývania je napr. celodenné stravovanie, zdravotnícka starostlivosť, poradenstvo. Ľudia s mentálnym postihnutím môžu byť zamestnaní na trhu práce (súčasný trh na Slovensku však neponúka dostatok pracovných miest pre osoby so zdravotným postihnutím, preto je ich ekonomický status nepriaznivý), tiež sa môžu

zamestnať cez agentúry podporovaného zamestnávania (na Slovensku je ich v súčasnosti 31 a spolupracujú s ÚPSVaR), pokiaľ im to ich zdravotný stav nedovoľuje, tak sa môžu zamestnať v chránenej dielni alebo v chránenom pracovisku. Zamestnávanie občanov v chránených dielnach a na chránených pracoviskách upravuje Zákon č. 5/ 2004 Z. z. o službách zamestnanosti. V zmysle uvedeného zákona je chránená dielňa pracoviskom, na ktorom právnická alebo fyzická osoba zriadi viac ako jedno pracovné miesto pre občanov so zdravotným postihnutím. Chránené pracovisko je pracovisko, na ktorom právnická alebo fyzická osoba zriadi pracovné miesto pre občana so zdravotným postihnutím. (Kočíšová 2014) Je možné do tejto kategórie zaradiť taktiež poskytovanie sociálneho poradenstva, ktoré Gabura (2005) definuje ako nástroj, ktorý napomáha človeku pri jeho rozhodovaní a smeruje ho ku zmysluplnému, konštruktívnemu a spoločensky užitočnému správaniu a konaniu. Cieľom je naplňovať sociálne potreby ľudí, hľadať zdroje podpory v okolí a odstraňovať sociálne stigmy. Mahrová (2008) dopĺňa, že v praxi sa človek s postihnutím môže obrátiť na ktoréhokoľvek poskytovateľa sociálnych služieb pre ľudí s mentálnym postihnutím, ktorý je povinný poskytnúť mu informácie o službách a dávkach. V prípade, že daný poskytovateľ nevie pomôcť klientovi tak, ako to on potrebuje, je povinný mu odporučiť ďalšiu odbornú pomoc – špecializované sociálne poradenstvo, ktoré by malo byť zamerané na odbornú pomoc, asistenciu pri kontakte s úradmi, inštitúciami, poskytovateľmi nadväzných služieb, ponúknuť klientovi sociálne terapeutické služby, podporovať ho v presadzovaní svojich práv a záujmov, tiež v prípade nutnosti a klientovho záujmu mu požičať kompenzačné pomôcky.

3. **Metódy a techniky akceptácie** – ide hlavne o poskytovanie psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie a iných druhov terapií, ale aj rôznych voľno časových a športových aktivít, ktoré slúžia k ventilácii emócií a pomáhajú ľuďom pri vnímaní, prežívaní a porozumení procesov prebiehajúcich v ich vnútornom alebo vonkajšom svete. (Juhásová et al. 2012)

Záver

Cieľom predstaveného príspevku bolo v teoretickej rovine charakterizovať mentálne postihnutie a jeho etiológiu, ako aj rozpracovať problematiku socializácie a integrácie ľudí s mentálnym postihnutím v kontexte humanistického chápania sociálnej práce. Súčasným ideálom sociálnych služieb je umožniť ľuďom s mentálnym postihnutím využívať sociálne služby vo svojom okolí a snažiť sa približovať k životom ľudí bez postihnutia. V tomto kontexte sme v príspevku rozpracovali metódy a techniky sociálnej rehabilitácie pre ľudí s mentálnym postihnutím. Hlavným cieľom sociálnych služieb je zvyšovať kvalitu života týchto ľudí a snažiť sa o ich integráciu do spoločnosti. Ak sa ale naozaj chceme nazývať humanistickou spoločnosťou, musíme sa snažiť dbať aj na zvyšovanie kvality života tých, ktorí musia životom prechádzať s hendikepom. Je dôležité, aby sme sa snažili o zmenu negatívnych postojov a predsudkov a umožnili aj ľuďom s mentálnym postihnutím plnohodnotne sa integrovať do spoločnosti a žiť zmysluplný život.

Zoznam bibliografických odkazov

- BUNDSCHUH, K., 2005. Přejchod ze školy do profesního života – výzva pro osoby s mentálním postižením. In: M. BARTOŇOVÁ, J. PIPEKOVÁ a M. VÍTKOVÁ, eds. *Integrace handicapovaných na trhu práce v mezinárodní dimenzi*. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně, s. 114 - 125. ISBN 80-86633-31-4.
- BRNOVÁ, J., 2007. Sebaobhajovanie ľudí s mentálnym postihnutím. In: M. FEČÍKOVÁ, a kol., eds. *Tréning zručností pre prácu s ľuďmi s mentálnym postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb. Niekoľko inovatívnych nástrojov na podporu zamestnanosti občanov*

- s mentálnym postihnutím. Bratislava: Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím, s. 19 - 22. ISBN 978- 80- 969077-6-2.
- DRAGANOVÁ, H. a kol., 2006. *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-240-3.
- GABURA, J., 2005. *Sociálne poradenstvo*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca. ISBN 80-89185- 10- X.
- HAMBÁLEK, V., 2005. *Úvod do voľno časových aktivít s klientskymi skupinami sociálnej práce*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca. ISBN 80- 89185-11-8.
- HAMRÁČKOVÁ, T., L. HREBEŇÁROVÁ., 2012. Analýza determinantov kvality života detí s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím. In: T. DUBAYOVÁ a L. HREBEŇÁROVÁ, eds. *Študent na ceste k praxi*. Prešov: Katedra špeciálnej a liečebnej pedagogiky, s. 186- 194 s. ISBN 978-80-555-0591-6.
- HERETIK, A. a kol., 2007. *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof. ISBN 978- 80-89322-00-8.
- HOLÚBKOVÁ, S., R. ĎURANA., 2013. *Odvaha na nové sociálne služby*. Bratislava: Iness. ISBN 978-80-969765-3-9.
- JUHÁSOVÁ, A., A. ŠMEHILOVÁ a P. AJDARIOVÁ, 2012. *Sociálna rehabilitácia ľudí so zdravotným postihnutím*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. ISBN 978-80-558-0081-3.
- KOČIŠOVÁ, A., 2014. Sociálna inklúzia osôb so zdravotným znevýhodnením zamestnaných v chránených dielňach a zmysel ich života. In: E. ŽIAKOVÁ, eds. *Ako nájsť zmysel života v sociálnej práci s rizikovými skupinami*. Košice: Katedra sociálnej práce, FF, UPJŠ, s. 56-62. ISBN 978-80-8152-140-9.
- KONČEKOVÁ, L., 2007. *Vývinová psychológia*. 2. vyd. prepracované. Prešov: Vydavateľstvo Michala Vaška. ISBN 978-80-7165-614-2.
- KOŠČ, M., 2009. *Základy psychológie*. Bratislava: SPN - Mladé letá. ISBN 978-80-1007-677-8.
- LOVAŠOVÁ, S., 2011. Metódy a techniky sociálnej práce. In: E. ŽIAKOVÁ a kol., eds. *Sociálna práca. Teoretické východiská a praktické kontexty*. Košice: Katedra sociálnej práce, FF, UPJŠ, s. 99- 101. ISBN 978-80-7097-870-2.
- MAHROVÁ, G., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2472-138-5.
- MATIAŠKO, M., 2014. Inkluzívne vzdelávanie. *SLNEČNICA: časopis Spoločnosti Downovho syndrómu na Slovensku*. 18(1), 28- 29. ISSN 1336-2194.
- MATINOVÁ, M., T. DUBAYOVÁ., 2012. Možnosti socializácie žiaka s ľahkým mentálnym postihnutím v kontexte školského začlenenia. In: T. DUBAYOVÁ a L. HREBEŇÁROVÁ, eds. *Študent na ceste k praxi*. Prešov: Katedra špeciálnej a liečebnej pedagogiky, s. 201-208. ISBN 978-80-555-0591-6.
- MICHALÍK, J. a kol., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
- NOVÁKOVÁ, Š., Z. MIŠOVÁ., 2007. Právo na prácu: Práca a podporované zamestnávanie. In: M. FEČÍKOVÁ, a kol., eds. *Tréning zručností pre prácu s ľuďmi s mentálnym postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb. Niekoľko inovatívnych nástrojov na podporu zamestnanosti občanov s mentálnym postihnutím*. Bratislava: Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím, s.26- 31. ISBN 978- 80- 969077-6-2.
- OREL, M. 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3737-9.
- POŽÁR, L., 2007. *Základy psychologie lidí s postihnutím*. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis. ISBN 978-80-8082-147-0.
- SOLOVSKÁ, V. a kol., 2013. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0369-8.

ŠLOSÁR, D. et al., 2017. Teórie sociálnej práce a vybrané klientske skupiny. Košice: Katedra sociálnej práce FF UPJŠ. ISBN 978-80-8152-551-3.

VÁGNEROVÁ, M., 2005. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0956-8.

Zákon č. 5/ 2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 447/ 2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 448/ 2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/ 1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

ŽIAKOVÁ, T., 2013. Zvyšovanie kvality života ľudí s mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb. In: E. ŽIAKOVÁ a D. ŠLOSÁR, eds. *Sociálna práca – cesta k zmyslu života. Košické dni sociálnej práce*. Košice: Katedra sociálnej práce, FF, UPJŠ, s.204- 221. ISBN 978-80-8152-012-9.

Kontakt na autorov

Mgr. Veronika Vasiľová, Katedra sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach, Moyzesova 9, 040 59 Košice, e-mail: veronika.sevcikova@student.upjs.sk

doc. Mgr. JUDr. Dušan Šlosár, PhD., Katedra sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach, Moyzesova 9, 040 59 Košice, e-mail: dusan.slosar@upjs.sk

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

Prežívanie sociálnej a emocionálnej osamelosti u seniorov a senioriek žijúcich v zariadení sociálnych služieb a seniorov a senioriek žijúcich v domácom prostredí

Surviving Social and Emotional Loneliness among the Elderly Living in Social Service and Elderly Living at Home

Soňa Lovašová, Veronika Garberová

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá komparáciou prežívanej sociálnej a emocionálnej osamelosti u seniorov. Autorky porovnávajú prežívanie osamelosti z hľadiska toho, či ide o seniora, seniorku žijúcich v domácom prostredí alebo v zariadení pre seniorov. Zistilo sa, že seniori a seniorky dosiahli vyššie skóre v prežívaní emocionálnej osamelosti, než sociálnej, pričom sa potvrdili významné rozdiely v prežívaní sociálnej aj emocionálnej osamelosti medzi respondentmi a respondentkami žijúcimi v zariadení pre seniorov a v domácom prostredí. Respondenti v zariadení pre seniorov dosiahli vyššie skóre – cítia sa viac osamelí.

Kľúčové slová

Osamelosť. Senior. Sociálna osamelosť. Emocionálna osamelosť. Zariadenie pre seniorov.

Abstract

The paper deals with the comparison of surviving social and emotional loneliness among seniors. The authors compare the survival of loneliness to whether they are seniors living in the home environment, or seniors in equipment for seniors. Seniors were found to have achieved higher scores in experiencing emotional loneliness than social, confirming significant differences in social and emotional loneliness between respondents living in equipment for seniors and home environments. Respondents in equipment for seniors responded to higher scores - feeling lonely.

Keywords

Loneliness. Elderly. Social loneliness. Emotional loneliness. Equipment for seniors.

Osamelosť

Osamelosť je v súčasnosti fenomén, ktorým sa zaoberá stále viac odborníkov, pre ktorých sa stáva naliehavou otázkou. Osamelosť intenzívne skúmajú humanitno-spoločenské disciplíny, a to najmä psychológia, konkrétne psychológia existencie a existenciálna psychoterapia, ďalej oblasť medicíny - ide predovšetkým o psychiatriu, aj sociológia, sociálna a kultúrna antropológia, ošetrovateľstvo, pedagogika a v neposlednom rade je tiež predmetom skúmania odboru sociálna práca.

K významným bádateľom, ktorí sa venujú alebo sa venovali problematike osamelosti z rôznych pohľadov a predmetu skúmania zo svetového merítka - sú napr.: Witzleben (1953); Fromm-Reichmann (1959); Langmeier a Matějček (1974); Yalom (1980); ďalej autorské dvojice Peplau a Perlman (1982); Rubenstein a Shaver (1982); Rubin (1982); Brennan (1982); Cacioppo a Patrick (2008) a i.

Na Slovensku sa podobným výskumom zameraným na osamelosť z rôznych perspektív zaoberali napr. Žiaková (2005); Ráczová (2005); Balogová (2005); Molčanová, Baumgartner a Kaňuková (2007); Žitniaková Gurková (2013); Gullová a Balážová (2015) a mnohí ďalší.

Peplau a Perlman (in: Žiaková et al. 2008) vymedzujú osamelosť ako nepríjemnú skúsenosť, ku ktorej dochádza v prípade výrazného zlyhania v rozmere kvality alebo kvantity sociálnych sietí či vzťahov človeka. Uvedený nedostatok nastáva ak individuálne medziľudské potreby nemôžu byť v rámci sociálneho systému daného človeka uspokojované. K výsledným javom

týchto neuspokojených potrieb je možné zaradiť širokú paletu averzívnych afektívnych stavov, ktoré jedinca ohrozujú.

Bruno (2002, in: Žiaková et al. 2008, s. 14) vymedzuje osamelosť ako „*negatívny mentálny a emocionálny stav, pre ktorý sú typické pocity izolácie a nedostatok významnejších vzťahov s inými ľuďmi*“. Autor osamelosti pripisuje pocity izolácie, odcudzenia alebo vyradenia z pohľadu byť vždy niekde bokom. Výrost a Baumgartner (2001) vnímajú osamelosť ako subjektívne prežívanie nedostatku sociálnych kontaktov. Tento nedostatok ďalej vysvetľujú na základe prežívania osamelosti v neprítomnosti či naopak v prítomnosti mnohých ľudí. Osamelosť sa môže vyskytnúť aj vtedy, ak človek považuje svoje vlastné zapojenie do sféry sociálnych vzťahov za výrazne slabšie, menej uspokojivé, ako by si sám prial (Peplau, Perlman 1982, in: Výrost, Slaměník 2001).

Na osamelosť sa nazerá ako na multidimenzionálny jav, o ktorý javí záujem mnoho vedných odborov a bádateľov s rôznym cieľovým zameraním. Psychologický prístup (Žiaková et al. 2008) rozlišuje tri nasledujúce druhy osamelosti:

- *kognitívna osamelosť*: je vyjadrená absenciou toho, že jedinec nemá okolo seba niekoho blízkeho, s kým by sa mohol pozhovárať, napríklad o sfére odbornej či filozofickej, o svojej práci a pod.;
- *behaviorálna osamelosť*: znamená neprítomnosť priateľov, s ktorými by jedinec mohol zdieľať voľný čas, mimo domova, radí sa tu aj radosť z preferovaných aktivít, ktorá sa značne obmedzuje, keď sa nie je s kým o ňu podeliť;
- *emocionálna osamelosť*: poukazuje na neuspokojenie dôležitej potreby, a to lásky (citovej náklonnosti), čím dochádza k výraznej citovej deprivácii, jedná sa zároveň o ten najhorší druh osamelosti, ktorej dôsledky sú najzávažnejšie.

Iný pohľad na osamelosť a jej druhy - päťčlenné delenie osamelosti ponúka Sadlera (in: Palenčár, Duško 2015):

- *interpersonálna osamelosť*, strata niekoho, na kom veľmi záleží;
- *sociálna osamelosť*, vyjadruje dimenziu vylúčenia zo skupiny;
- *kultúrna osamelosť*, ak sa človek cíti ďaleko/odrezaný od svojich tradícií a skutočných hodnôt, ktoré sú mu blízke;
- *kozmickej osamelosť* pojednáva o pociť, že svet je absurdný/alogický/nezmyselný a prítomnosť Boha neexistuje;
- *psychologická osamelosť* sa prikláňa k pocitom odcudzenia od seba samého.

Americký psychológ Weiss (1973, in: Žiaková et al. 2008; Tylová, Kuželová, Ptáček 2014) uvádza dva druhy osamelosti, ktoré môžu spoločne koexistovať.

Sociálna osamelosť (ang. *the social isolation*): súvisí so samotou a autor ju popisuje ako stav, kedy má jedinec prerušené alebo pretrhnuté skoro všetky sociálne kontakty s ostatnými ľuďmi. V dôsledku toho vzniká absencia spoločne zdieľaných aktivít a záujmov, človek je teda izolovaný od okolia (svojich priateľov, známych, susedov, spolupracovníkov), resp. frekvencia sociálnych kontaktov je na neuspokojivej úrovni. Ide o absenciu pojmov ako je spolupatričnosť, integrácia osoby v určitom spoločenstve napríklad aj v rámci etnika, národa a podobne. Autori Palenčár a Duško (2015) ešte dodávajú, že sprievodnými emóciami sú najmä pocity vylúčenia, ako aj pocity nepotrebnosti, sociálnej marginality, ale aj nudy a bezcieľnosti;

Emocionálna osamelosť (ang. *the emotional isolation*): vzniká v dôsledku absencie blízkej osoby, ide o chýbajúcu zložku dôverného, intímneho vzťahu (jednej osoby k druhej osobe – zvyčajne k rodičom, k svojej matke, manželke či manželovi a pod.). K sprievodným emóciám Palenčár a Duško (2015) zaraďujú strach a úzkosť, prípadne nepokoj či dokonca prázdnotu.

To znamená, že človek môže byť obklopený mnohými priateľmi, známymi alebo kolegami z práce, no napriek tomu absentuje dôverný vzťah, ktorý so sebou prináša emocionálne uspokojenie v zmysle vzájomnej lásky, opory, porozumenia, alebo dokonca blízkosti.

Sociálna osamelosť spolu s emocionálnou osamelosťou sa popisuje v odbornej literatúre pod jednotným spoločným názvom, a to – *osamelosť interpersonálna*. Tento názov zohľadňuje, že oba tieto druhy osamelosti berú do úvahy absenciu vzťahov človeka k inému človeku alebo ku skupine ľudí. (Palenčár, Duško 2015) Vyššie uvedené delenie interpersonálnej osamelosti bolo časom doplnené o ďalšie dva druhy, a to:

– *intrapersonálna osamelosť*, stala sa predmetom skúmania nielen rakúskeho psychológa Freuda a jej korene siahajú aj k psychoanalyticky orientovaným psychológom, či k humanistom ako Rogers a i. Uznávaný americký psychiater Yalom sa o nej vyjadruje ako o procese: „*prostredníctvom, ktorého človek oddeľuje od seba samého svoje vlastné časti*“, a „*nastáva vždy vtedy, keď ... potláča svoje vlastné city a prania, prijíma to, čo sa má a čo sa vyžaduje za svoje vlastné želania, nedôveruje svojmu vlastnému úsudku alebo potláča svoje vlastné schopnosti*“. Následne nastáva „*fragmentácia vlastného ja, strata jeho identity, integrity a sebaidentity*“. Až natoľko, že to môže smerovať k vzniku psychickej poruchy osobnosti. (Yalom 1980, in: Palenčár, Duško 2015, s. 23)

– *existenciálna osamelosť*, nesie rôzne pomenovania, čo autor to iný názov. Označuje sa názvami ako primárna osamelosť (Witzleben 1958, in: Palenčár, Duško 2015) alebo metafyzická osamelosť (Mijuskovic 1979, in: Palenčár, Duško 2015). Autori Yalom (2006) a Žitniaková Gurgová (2013) definujú existenciálnu osamelosť ako priepasť medzi človekom a ktoroukoľvek druhou osobou, ako priepasť medzi človekom a svetom, ktorý ho obklopuje. Ide o typ osamelosti, ktorá je prítomná na jednej strane napriek uspokojivým a ideálnym vzťahom s inými ľuďmi a na strane druhej aj napriek dobrému sebazpoznaniu. Tento typ osamelosti nachádza svoje miesto v situáciách, kedy je človek konfrontovaný napr. so smrťou, v nových doposiaľ nepoznaných a neznámych situáciách, v ktorých neplatia a nepostačujú osvojené scenáre.

Generačnú osamelosť popisujú Androvičová, Rác a Krchnák (2015, in: Šlosiar, Palenčár, Duško 2015) ako jednu z podôb osamelosti. Podstatnú úlohu tu zohráva starý človek, ktorý sa začína cítiť ako „*kôl v plote*“ v dôsledku toho, že zomrie väčšina jeho rovesníkov a nebude možné s niekým zdieľať spoločný svet minulosti a ani názory, pohľady či predstavy na budúcnosť. Aj napriek fungujúcej a milujúcej rodine, ktorej členovia sú často o dve až tri generácie mladší, nemusí senior nájsť to správne pochopenie a ocíta sa v začarovanom kruhu s názvom osamelosť.

Osamelosť je možné rozlišovať aj z časovej perspektívy (Bruno 2002, in: Žiaková et al. 2008) na:

krátkodobú resp. prechodnú – tento druh osamelosti je reakciou na istú vzniknutú situáciu, ktorá sa môže spájať napríklad s prehliadaním v novej, pre človeka cudzej societe ľudí.

dlhodobú – je charakteristická svojim trvalejším charakterom, dlhodobými následkami ako aj negatívnym vplyvom na kvalitu života jedinca.

Sénium a osamelosť

Jedným z kardinálnych problémov, ktorému čelia nielen starší ľudia v čase minulom, prítomnom i budúcom je osamelosť. Tá prichádza bezprostredne s vekom daného človeka. Svetové výskumy potvrdzujú, že osamelosť sa vyskytuje v oveľa väčšej miere, než len zriedkavo a jej prežívanie uvádzajú mnohí ľudia (Výrost, Baumgartner in: Výrost, Slaměník 2001).

Kováč (2013) uvádza, že medzi najzávažnejšie problémy, ktoré trápia starších ľudí na Slovensku sú na prvom mieste slabé dôchodky, nízka kvalita života a chudoba. Druhé miesto

patrí chorobnosti a nedostatočnej zdravotnej situácii a starostlivosti. Tretiu priečku obsadila *osamelosť*, v rebríčku sa uvádza aj prebytočnosť, nepotrebnosť i diskriminácia. „*Strata zdravia, mobility, partnera, zníženie príjmu alebo kombinácia vymenovaných okolností môžu človeka izolovať do takej miery, že nebude schopný predchádzať a čeliť pocitu osamelosti*“ (Radková – Porubčanová 2002, in: Hrozenská et al. 2008, s. 27).

Obdobie staroby prináša so sebou situáciu, pri ktorej sa človek učí vyrovnávať so stratou partnera/partnerky, s ovdovením. Hrozenská et al. (2008) uvádzajú, že osamelí muži trpia v senu oveľa viac ako osamelé ženy. Podľa aktuálnych výskumov a zistení, trpí osamelosťou cez 30% osôb vo veku nad 55 rokov. Až u 15-30% sa hovorí o osamelosti, ktorá sa stáva chronickým ukazovateľom. (Heinrich, Gullone 2006, in: Tylová, Kuželová, Ptáček 2014) Existujú isté spoločné črty alebo charakteristiky spájajúce osamelých ľudí. U týchto ľudí bola zistená zvýšená úroveň sociálnej anxiety, ďalej výrazná hanblivosť a nižšia miera sebaúcty či asertivity. (Výrost, Baumgartner in: Výrost, Slaměník 2001) S príchodom vyššieho veku prichádza aj potreba a túžba po vlastnom pokoji, pohode či osobnom súkromí. Táto miera osamotení a prežitok samoty je u každého človeka individuálna, resp. subjektívna. Dôležitou úlohou profesionálov, teda nielen sociálnych pracovníkov ale aj personálu z oblasti pomáhajúcich profesií pracujúcich s touto cieľovou skupinou je potrebné vedieť odlíšiť medzi potrebou *byť sám* a pocitom *cítiť sa sám*. (Hrozenská et al. 2008)

Pre obdobie staroby je charakteristické, že starší človek stráca sebestačnosť, nezávislosť, autonómnosť a je odkázaný na pomoc inej osoby, spravidla svojich detí, príbuzných, známych alebo v určitých prípadoch na sociálny či zdravotnícky personál. Ak sa hovorí o kvalite života seniorov ide o určitý interdisciplinárny komplex, ktorý pozostáva z hodnotenia medicínskeho, psychologického, sociologického alebo spirituálneho hľadiska. Kvalita života závisí samozrejme aj od toho či je senior odkázaný na príležitostnú alebo permanentnú opateru, resp. či ide o starostlivosť poskytovanú v jeho vlastnom prirodzenom prostredí alebo v určitom rezidenčnom type zariadenia, prípadne sa jedná o kombinovanú starostlivosť. (Határ 2012)

Vo všeobecnosti sa rozlišujú tri skupiny foriem starostlivosti o seniorov, a to:

- starostlivosť, ktorá je zabezpečovaná rodinou v domácom prostredí;
- sociálna starostlivosť vykonávaná v ambulantných podmienkach;
- ústavný (rezidenčný), resp. poloústavný typ starostlivosti vykonávaný v zariadeniach pre seniorov (Mlýnková 2011).

Mühlpachr (2004, in: Határ 2012) rozoznáva tri úrovne starostlivosti o starších ľudí. Hovorí o domácej starostlivosti, ambulantnej sociálnej starostlivosti a nakoniec o ústavnej, ktorú nazýva aj ako poloústavná starostlivosť.

Formálna starostlivosť (inštitucionálna starostlivosť) predstavuje určitý mnohostranný komplex služieb, ktoré sú poskytované vysoko kvalifikovanými a profesionálnymi odborníkmi, pričom sú kontrolované štátom alebo inou organizáciou. Zatiaľ čo *neformálna starostlivosť* (domáca starostlivosť) je zaisťovaná výlučne rodinnými príslušníkmi, okruhom blízkych príbuzných, susedov či priateľov a je poskytovaná prevažne na neodbornej, neprofesionálnej, laickej báze a intuitívnom základe. (Repková et al. 2010, in: Határ 2012)

Výskum

Cieľom výskumu bolo zistiť, aké rozdiely existujú v prežívaní sociálnej a emocionálnej osamelosti u seniorov žijúcich v domácej starostlivosti a seniormi žijúcimi v zariadení pre seniorov v Košickom kraji.

Celkový počet respondentov zúčastnených na výskume bol 124 vo veku nad 65 rokov z Košického kraja. Bol použitý kvótny výber výskumnej vzorky (Lovašová 2016). Pre potreby realizácie výskumu bola výskumná vzorka rozdelená na základe kritéria – *typ ubytovania*.

Prvú skupinu tvorili seniori v *domácej starostlivosti*, resp. bývajúci vo vlastnom byte či dome, ktorých bolo celkovo 62 (z toho 30 mužov a 32 žien). Druhá skupina zastrešovala seniorov žijúcich v *zariadení pre seniorov*, s rovnakým počtom 62 (z toho 31 mužov a 31 žien).

Z hľadiska veku sa výskumu zúčastnili respondenti s minimálnym vekom 65 a maximálnym 93 rokov, pričom priemerný vek seniorov v domácej starostlivosti bol 72,53 (z toho u mužov 71,9 a u žien 81,51). Priemerný vek seniorov žijúcich v zariadení pre seniorov dosiahol 77,58 (z toho u mužov 73,60 a u žien 73,12). Najvyšší dosiahnutý vek v rámci výskumnej vzorky u seniorov v domácej starostlivosti dosiahol u mužov aj žien vek 87, v zariadení pre seniorov to bol u mužov vek 83 a u žien 93.

K meraniu osamelosti u seniorov bola použitá kvantitatívna metodológia. Výskumnou metódou bol *štandardizovaný dotazník SELSA-S*. Dotazník SELSA z ang. *Social and Emotional Loneliness Scale for Adults* - dotazník autorov DiTomasa a Spinnera (1993, 1997), ktorý pôvodne obsahuje až 37 položiek zaznamenávaných na sedem bodovej Likertovej škále. Do slovenského jazyka ho preložila a zároveň prvýkrát použila Kaňuková v r. 2005. Dotazník SELSA-S z angl. *Social and Emotional Loneliness Scale for Adults – Short Form* (DiTommaso et al. 2004) je, ale skrátenou verziou sociálnej a emocionálnej škály osamelosti (DiTommaso, Brannen, & Best 2004). Tvorí celkovo 15 otázok, ktoré sú zadelené do subškál, a to: romantickej, rodinnej a sociálnej.

Romantickej subškále – prislúchajú otázky č. 3, č. 6, č. 10, č. 14 a č. 15 v dotazníku.

Rodinnej subškále – prislúchajú otázky č. 1, č. 4, č. 8, č. 11 a č. 12 v dotazníku.

Sociálnej subškále – prislúchajú otázky č. 2, č. 5, č. 7, č. 9 a č. 13 v dotazníku.

Úlohou respondentov bolo odpovedať na základe sedem bodovej Likertovej škály. Pri vyhodnotení znamenalo vyššie skóre, vyššiu sociálnu a emocionálnu osamelosť (Adamczyk, DiTommaso 2014). Cronbachova α v rámci dotazníka SELSA-S dosahuje hodnotu od $\alpha = 0,87$ až po $\alpha = 0,90$. Hodnota reliability pre jednotlivé subškály v rámci autorského výskumu dosiahla hodnoty od $\alpha = 78$ až po $\alpha = 0,87$.

Tento dotazník je zároveň konzistentný s Weissovým rozlišovaním medzi zážitkom emocionálnej izolácie (emocionálnej osamelosti) a zážitkom sociálnej izolácie (sociálnej osamelosti). Rozlišuje aj dve oblasti emocionálnej osamelosti, a to konkrétne rodinnú emocionálnu osamelosť a romantickú emocionálnu osamelosť.

Priemer emocionálnej osamelosti u seniorov v *domácej starostlivosti* dosahoval hodnotu 34,46 a u seniorov v *zariadení pre seniorov* hodnotu 67,62. Z Tab. 1 vyplýva, že seniori, ktorí žijú v zariadení pre seniorov dosahujú vyššiu priemernú hodnotu v emocionálnej osamelosti. To znamená, že *seniori žijúci v zariadení pre seniorov sa cítia viac emocionálne osamelí*, než seniori v domácej starostlivosti.

Tab. 1 Emocionálna osamelosť - rozdiely

emocionálna osamelosť	n	mean	U	Z	p(α)
domáca starostlivosť	62	34,46	1401	-2,609	0,009**
zariadenie pre seniorov	62	67,62			

$p \leq 0,05^*$ $p \leq 0,01^{**}$ $p \leq 0,001^{***}$

V zariadení pre seniorov je vyššia emocionálna osamelosť pravdepodobne kvôli absencii dôverného vzťahu s inou osobou. Aj napriek každodennému kontaktu s tímom profesionálov vzniká u seniorov tento negatívny pocit. Personál na nich mnohokrát nemá čas, z hľadiska vysokého počtu klientov v zariadení a z hľadiska veľkého množstva povinností, ktoré počas dennej zmeny musia stihnúť. Ďalej tu úlohu zohrávajú aj faktory ako odlúčenie, nedostatočný

kontakt a záujem zo strany rodiny o vlastného člena žijúceho v zariadení pre seniorov; zlá adaptácia na nové prostredie a pod. Chýbajúci pocit lásky, opory a porozumenia spôsobí, že senior môže pociťovať vyššiu emocionálnu osamelosť.

Seniori, ktorí žijú v zariadení pre seniorov dosahujú vyššiu priemernú hodnotu v sociálnej osamelosti. To znamená, že seniori žijúci v zariadení pre seniorov sa cítia viac sociálne osamelí, než seniori v domácej starostlivosti. V zariadení pre seniorov dosahuje sociálna osamelosť vyššiu hodnotu pravdepodobne kvôli nedostatočným sociálnym kontaktom či zážitkom s blízkymi ľuďmi. Častým javom v zariadení pre seniorov je to, že seniorom chýba potreba a motivácia stretávania sa s ostatnými klientmi v zariadení. Naopak seniori, ktorí boli oslovení v domácej starostlivosti navštevovali konkrétny Klub seniorov, v ktorom prichádzali do pravidelného kontaktu s inými rovesníkmi.

Tab. 2 Sociálna osamelosť - rozdiely

sociálna osamelosť	n	mean	U	Z	p(α)
domáca starostlivosť	62	17,29	1138	-3,937	0,001**
zariadenie pre seniorov	62	39,27			

p ≤ 0,05* p ≤ 0,01** p ≤ 0,001***

Diskusia a záver

Azeredová a Afonsová (2016) realizovali štúdiu na výskumnej vzorke 73 respondentov žijúcich v domácej starostlivosti, ktorí zároveň navštevovali denné centrá pre seniorov. Výsledky sumarizujú, že až 78,1% respondentov označilo ako dôležitú osobu z radov rodinných príslušníkov (ktorým nebol manžel/manželka) svoje dcéry a vnučky. 79,4% respondentov uviedlo, že občas alebo zriedkavo či dokonca nikdy nepociťuje osamelosť. Najpočetnejšiu skupinu prežívajúcu občasné pocity osamelosti tvorili vdovci a rozvedení seniori. Pre zníženie pocitov osamelosti autori navrhli rôzne formy interakcií a aktivít, v ktorých prevažujú najmä tie komunikačné. Ako riešenie tiež uvádzajú medzigeneračnú solidaritu. Záver výskumu naznačuje, že hoci je osamelosť popisovaná ako narastajúci problém najmä pre seniorov, jej frekvencia nebola zaznamenaná ako vysoká u opýtaných respondentov. Dôvod nízkeho výskytu osamelosti u výskumnej vzorky pripisujú hlavne participácii seniorov na sociálnych a voľnočasových aktivitách v denných centrách, ktoré títo seniori pravidelne navštevujú.

Štúdia *National Council on Ageing and Older People* (2004) sa zamerala na zisťovanie osamelosti a sociálnej izolácie u starších ľudí v Írsku. Sociálne siete, kontakty starších ľudí v tejto štúdii boli zisťované pomocou nástroja pre hodnotenie s názvom „*Network Assessment Instrument*“, ktorého autorom je Wenger (1994). Tento nástroj umožňuje odborníkom efektívne posúdiť riziko osamelosti a sociálnej izolácie u starších ľudí. Súčasne sa autori zamerali na plán intervencie, ktorý umožní predchádzať riziku osamelosti alebo sociálnej izolácii. *Výsledky výskumu potvrdzujú, že starší ľudia vykazujú vyššiu štatistickú významnosť v úrovni sociálnej a partnerskej osamelosti, než mladší ľudia.* Emocionálna osamelosť, a to najmä partnerská osamelosť preukázala štatistickú významnosť indikujúcu u starších ľudí potrebu bližšieho citového vzťahu s inou osobou. Z tohto dôvodu autori navrhujú využitie terénnych programov, ako sú návštevy napr. terénnych sociálnych pracovníkov v domácnostiach seniorov. Ďalej odporúčajú navštevovať kluby či denné centrá pre túto cieľovú skupinu a pomoc so zabezpečením transportu, resp. dopravy do týchto miest.

Autori Singh a Kiran (2013) sa venovali problematike osamelosti starších žien. Uvádzajú, že osamelosť sa stala problémom pre určitú časť obyvateľstva, pričom sa vyskytuje sa viac u

žien, s výnimkou výskytu aj u starších slobodných mužov. Strata manžela, životného partnera predstavuje pre staršiu ženu vážnu životnú udalosť, s ktorou sa musí vyrovnat'. Zistenia výskumu ukázali, že osamelosť je obzvlášť závažným problémom vo vzťahu k starším vdovám. U týchto starších vdov sa preukázalo vyššie riziko smrteľných ochorení a depresí, ako u ich rovesníčok, ktoré žijú v manželskom zväzku. Každá žena, ktorá stratí manžela prežíva bolestivé obdobie zármutku, často sprevádzané vysokou osamelosťou, utkvélými myšlienkami na zosnulého, nepokoj, nespavosť, somatické ťažkosti, no objavujú sa dokonca aj halucinácie o zosnulom manželovi. Vdovy vykazujú zároveň slabšiu úroveň psychickej pohody. U týchto starších žien sa preukázal vyšší výskyt osamelosti než u starších mužov. Autori uvádzajú, že osamelosť priamo súvisí so životnou pohodou /well being/ starších žien, pretože osamelosť zapríčiňuje emocionálne vyčerpanie, depresie a úzkosť. Súvisí ďalej aj s radom zdravotných problémov u starších jedincov. Životné zmeny, vrátane vdovstva a presťahovania, sú spojené so zvýšenou náchylnosťou k osamelosti. Štúdie potvrdzujú, že rod, sociálne a kultúrne faktory ovplyvňujú skúsenosť s osamelosťou u starších žien. Sociálna i emocionálna osamelosť u starších ľudí veľmi často súvisí s faktormi ako je spôsob trávenia voľného času, zdravotný stav a rodinný stav. Seniori žijúci v zariadení pre seniorov preukázali štatisticky vyššiu úroveň emocionálnej a sociálnej osamelosti, než seniori v domácej starostlivosti. Z hľadiska osamelosti a rodinného stavu sa zistilo, že najvyššiu sociálnu aj emocionálnu osamelosť pociťujú slobodní, rozvedení a ovdovení seniori.

Zoznam bibliografických odkazov

- ADAMCZYK, K. a E. DITOMMASO, 2014. Psychometric Properties of the Polish Version of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA-S). In: *Psychological Topics*. Roč. 23, č. 3, s. 327-341. ISSN 1332-0742.
- AZEREDO, Z. a M. A. N. AFONSO, 2016. Loneliness from the perspective of the elderly. In: *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Roč. 19, č. 2, s. 313-324. ISSN 1809-9823.
- BALOGOVÁ, B., 2005. *Seniori*. Prešov: Pavol Šidelský – AKCENT PRINT. ISBN 80-969274-9-3.
- HATÁR, C., 2012. Domáca verzus inštitucionálna starostlivosť o nesebestačných seniorov alebo o medzigeneračnej solidarite inak. In: B. BALOGOVÁ (ed.). *Medzigeneračné mosty : vstupujeme do roka medzigeneračnej solidarity*. Prešov: PU, s. 34-44. ISBN 978-80-555-0548-0.
- HROZENSKÁ, M. et al., 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-282-3.
- KOVÁČ, D., 2013. *Umne starnúť*. Bratislava: VEDA. ISBN 978-80-224-1280-3.
- LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1284-0.
- LOVAŠOVÁ, S., 2016. *Sociálna práca: formy, postupy a metódy*. [online]. Košice: UPJŠ [cit. 2017-03-17]. ISBN 978-80-8152-386-1. Dostupné na internete: <http://unibook.upjs.sk/predaj-vydanych-titulov/filozoficka-fakulta>
- National Council on Ageing and Older People, 2004. *Loneliness and Social Isolation Among Older Irish People*. [online]. [cit. 2017-02-04] Dostupné na internete: http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/84_Lone_Soc_Iso.pdf
- PALENČÁR, M. a M. DUŠKO, 2015. *Problém ľudskej samoty a osamelosti*. Banská Bystrica: Belianum. ISBN 978-80-557-1031-0.
- PTÁČEK R., H. KUŽELOVÁ a M. VRABLÍK, 2011. Osamelosť v etiologii somatických onemocnění. In: *PRAKTICKÝ LÉKAŘ*. Roč. 91, č. 6, s. 325-327. ISSN 0032-6739.

- RÁCZOVÁ, B., 2005. *Prežívanie osamelosti a miera subjektívnej pohody u vysokoškolákov/čok*“. [online]. [cit. 2017-02-03] Dostupné na internete: <http://cmps.ecn.cz/pd/2006/texty/pdf/raczova.pdf>
- SINGH, B. a U. V. KIRAN, 2013. Loneliness among elderly women. In: *International Journal of Humanities and Social Science Invention*. Roč. 2, č. 2, s. 10-14. ISSN 2319 – 7714.
- ŠLOSIAR, J., M. PALENČÁR a M. DUŠKO, 2015. *Osamelosť v kontexte zmyslu života*. Banská Bystrica: Belianum. ISBN 978-80-557-1014-3.
- TYLOVÁ, V., H. KUŽELOVÁ a R. PTÁČEK, 2014. Emoční a sociální osamělost v etiologii a léčbě duševních poruch. In: *Česká a Slovenská psychiatrie*. Roč. 110, č. 3, s. 151–157. ISSN 1212-0383.
- UHEROVÁ, Z. a A. LONGAUEROVÁ, 2006. Vplyv pohybovej aktivity na kvalitu života seniorov. In: J. JUNGER. *Motorické, sociálne a psychické aspekty pohybovej aktivity seniorov*. Projekt č.1/3658/06 realizovaný v rámci programu VEGA: Prešovská univerzita v Prešove, s. 146-149.
- VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II. - Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-2461-318-5.
- VIDOVIČOVÁ, L. et al., 2013. *Stáří ve městě, město v životě seniorů*. Praha: SLON. ISBN 978-80-7419-141-1.
- VÝROST, J. a F. BAUMGARTNER, 2001. Sociální opora a osamělost. In: Výrost, J., Slaměník, I. (Eds.): *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada, s. 113-128. ISBN 80-247-0042-5.
- VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK (Eds.), 2001. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. ISBN 80-247-0042-5.
- WILSON, R., KRUGER, K. a S. ARNOLD et al. 2007. Loneliness and risk of Alzheimer disease. In: *Archives of General Psychiatry*. Roč. 64, č. 2, s. 234–240.
- YALOM, I. D., 2006. *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN: 80-7367-147-6.
- ŽIAKOVÁ, E. et al., 2008. *Osamelosť ako sociálny a psychologický jav. Prežívanie osamelosti vo vybraných sociálne rizikových skupinách*. Prešov: Filozofická fakulta PU. ISBN 978-80-8068-731-1.
- ŽIAKOVÁ, E. et al., 2014. *Zmysel života adolescentov*. Košice: UPJŠ. ISBN 978-80-815-187-4.
- ŽIAKOVÁ, E., A. LISNIK a K. GREŇOVÁ, 2014. *Návod na písanie záverečných prác*. Košice: UPJŠ FF. ISBN 978-80-8152-158-4.
- ŽITNIAKOVÁ GURGOVÁ, B., 2013. Osamelosť a samota ako psychologické fenomény. In: *Literárne variácie samoty a osamelosti* [online]. Krakov: Spolok Slovákov v Poľsku, s. 246-262 139 [cit. 2017-04-01]. Dostupné na internete: https://www.researchgate.net/profile/Beata_Zitniakova_Gurgova/publication/303942678_Osamelosť_a_samota_ako_psychologické_fenomény/links/575fc8e808ae9a9c955fc799/Osamelosť-a-samota-ako-psychologické-fenomény.pdf
- Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách

Kontakt na autorky

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

Sociálny kapitál onkologicky chorých žien

Social Capital of Oncological Ill Women

Eva Žiaková (SR), Monika Bačová (SR)

Abstrakt

V texte je diskutovaná otázka sociálneho kapitálu onkologicky chorých žien. Je zameraný na obsah sociálneho kapitálu u onkologicky chorých pacientov z pohľadu vnímanej sociálnej opory u žien v liečbe. Vymedzuje základný pojmový aparát a poukazuje na úrovne sociálneho kapitálu so zameraním na sociálnu sieť a sociálnu oporu, ktorá je jeho súčasťou. Orientuje sa na sociálny kapitál onkologicky chorých žien, sociálnu oporu, roly a postavenie chorého. Zároveň poukazuje na význam sociálnej práce s onkologicky chorými pacientmi v praxi. S použitím vybraných výsledkov výskumu je pozornosť zameraná na mieru vnímanej sociálnej opory onkologicky chorých žien vo vzťahu k vybraným sociálnodemografickým charakteristikám a taktiež na zdroje sociálnej opory. Záverečná časť uvádza návrhy odporúčaní pre prax.

Kľúčové slová

Sociálny kapitál. Sociálna opora. Onkologická choroba.

Abstract

The aim of the contribution is to provide an insight into specialized social counseling in our conditions. From the notification of oncological disease through the onset of the treatment process, this event should be processed and accepted by an oncologically ill individual. In many cases, this event is stressful and brings a permanent change to the life of a patient and their family life. Problems associated with oncological disease affect not only somatic but also social area of the individual. Social work is of a great importance and helps to cope with cognitive, emotional and psychosocial problems. The contribution provides a look at both the health and social spheres of oncology patients and the practice of specialized social counseling as a practical help for oncology patients.

Keywords

Oncological disease. Health care. Social care. Specialized social counseling.

Úvod

Onkologické choroby sú pokladané za jedny z najnáročnejších chorôb. Ich počet sa celosvetovo zvyšuje a tak sa stávajú jedným z najpálčivejších problémov u nás aj v zahraničí. Diagnóza onkologickej choroby prináša do života človeka mnohé negatíva v somatickej, psychickej, sociálnej a spirituálnej dimenzii. Často prežíva jedno z najhorších období svojho života. Traumatická udalosť zasahujúca všetky jeho oblasti však môže mať v konečnom dôsledku aj pozitívny vplyv. Onkologicky chorý pacient sa skôr či neskôr zamýšľa nad svojím životom, hodnotami, vzťahmi, ktoré sú súčasťou sociálneho kapitálu človeka. Sociálny kapitál zahŕňa všetko, čo človeka robí sociálnou bytosťou. Súčasťou sociálneho kapitálu je i sociálna opora, ktorú človek vedome či nevedome v ťažkej a zložitej chorobe potrebuje. Pre človeka s onkologickou chorobou má veľký význam, preto sa stala predmetom mnohých výskumov po celom svete i v našich podmienkach.

Teoretické východiská v problematike sociálneho kapitálu onkologicky chorých žien

Pojem kapitál je väčšinou spájaný s predstavou peňazí, hnutelného i nehnuteľného majetku, ktorých vlastníkom sú ľudia, firmy, podniky, inštitúcie, organizácie či štáty. Táto predstava zodpovedá najmä vonkajšej javovej podobe, pričom pri hlbšom vedeckom pohľade sa ukazuje, že jeho vznik sa spája so vzťahmi ľudí. Okolo významu kapitálu sa vytvoril rad

nejasností a otázok, ako vzniká, ako sa zveľaďuje, presadzuje, akumuluje, kde sa mu darí alebo nedarí zakotviť. Existujú rôzne koncepcie kapitálu a pojem kapitál postupne preniká do všeobecnejšieho používania v odbornej literatúre nielen ako finančný, resp. ekonomický, ale aj prírodný, fyzický, intelektuálny, duchovný, znalostný a sociálny (ľudský, sociálny, kultúrny). Model udržateľnosti života sa niekedy zužuje na dvojdimenzionálny – ekonomický a ekologický a sociálna dimenzia sa akosi marginalizuje alebo vytráca. V živote jednotlivca je však práve sociálna dimenzia veľmi významná (Gajdoš, Pašiak 2008).

K sociálnym aktivitám jednotlivca patria neformálne a formálne vzťahy, ktoré sú rôzneho druhu a prostredníctvom ktorých môže získavať a vymieňať rôzne produkty, ktoré majú pre neho užitočný charakter. Cielené vytváranie svojho sociálneho kapitálu jednotlivcom je úspešnou stratégiou na ceste životom. Pojem sociálny kapitál umožňuje vysvetliť veľa v živote jednotlivca: schopnosť nadväzovať vzťahy a taktiež fungovať v nich, schopnosť presadzovať svoje normy a hodnoty, proces budovania kariéry, zvyšovanie kvality svojho života, úroveň zvládania kríz a zmien v živote, poskytovanie a prijímanie sociálnej opory (Bačová 2008). Nositelia sociálneho kapitálu vo svojich sociálnych činnostiach vytvárajú väzby a vzťahy, v ktorých realizujú svoj osobný kapitál. Tento osobný kapitál vkladajú do rôznych sociálnych produktov, ako je priateľstvo, dôvera, vzájomná spolupatričnosť, solidárnosť, súdržnosť a pod. (Gajdoš, Pašiak 2008).

Fukuyama (1999, in: Kol'vecková 2009) charakterizuje sociálny kapitál ako pravidlo správania sa, ktoré je neformálne a presadzuje spoluprácu medzi dvomi alebo viacerými jednotlivcami. Podľa jeho definície dôvera, spoločnosť, siete, ktoré sú prepojené so sociálnym kapitálom, nepredstavujú sociálny kapitál sám o sebe, ale sú sprievodným prvkom vznikajúcim v jeho dôsledku. Zároveň je možné identifikovať niekoľko foriem a typov sociálneho kapitálu, medzi tie základné patrí sociálny kapitál spájajúci a sociálny kapitál premost'ovací (Lichner, Žiaková 2011).

V súvislosti so sociálnym kapitálom poznáme rôzne zameranie výskumnej oblasti a spôsoby zisťovania, merania. V prípade sociálneho kapitálu to môžu byť psychologické charakteristiky osoby, ale zaujímavé sú aj vzťahy osoby k sociálnemu svetu ako celku, ku konkrétnym skupinám a spoločnostiam a konkrétnym osobám (mezo úroveň). Podľa Svetovej Banky (2001, in: Dudová 2009, s. 70) sociálny kapitál na mezo úrovni „tvoria inštitúcie, vzťahy a normy, ktoré formujú kvalitu vzájomných sociálnych vplyvov v spoločnosti aj ich kvantitu.“ Jeho súčasťou sú nielen siete a v nich uznávané normy, ale tiež aj širšie sociálne a politické prostredie. Takéto prostredie formuje sociálnu štruktúru spoločnosti a umožňuje uplatňovanie noriem, ktoré sú všeobecne platné. Makro úroveň má charakteristiky sociálnej organizácie, ako je dôvera, normy, reciprocita a siete občianskej angažovanosti. Tie sa zefektívňujú tým, že uľahčujú koordinované akcie. Spoločnosť môže pomáhať utvárať sociálne vzťahy a to tak, aby fungovali ako sociálny kapitál a aby vytvorili dobrú spoločnosť, ktorá poskytuje predpoklady na to, aby sa ľudom žilo dobre (Bačová 2008). Pre výskumnú oblasť je zväčša prioritná rovina jednotlivca (mikro úroveň). Edwards (2006, in: Bačová 2008, s. 88) definuje, že na mikro úrovni sa „sociálny kapitál vzťahuje na normy a hodnoty konkrétnych ľudí, ktoré sú výsledkom a ktorých výsledkom sú kolektívne a sociálne väzby a vzťahy“.

Pojem sociálny kapitál úzko súvisí s pre nás dôležitým pojmom. Týmto pojmom je sociálna sieť. Sociálne siete ako sú dôležitou súčasťou sociálneho kapitálu. Existencia sociálnych sietí posilňujú informovanosť o spoľahlivosti ostatných jednotlivcov a uľahčujú koordináciu a komunikáciu medzi ľuďmi. Sociálne siete predstavujú blízke siete, ktoré tvoria bezprostredné okolie jednotlivca. S týmito jednotlivcami, ktorí sú v jeho blízkosti udržiava časté kontakty a poskytujú mu pomoc. Predstavujú tiež tzv. druhotné siete ako vzťahy, ktoré konkrétni jednotlivci nadviazali vo voľnom čase, v pracovnom prostredí, v skupinách, ktoré vznikajú občianskou angažovanosťou a dobrovoľným združovaním (Dudová 2009). Siete pozitívnych sociálnych vzťahov súvisia so skúmaním vnímanej a poskytovanej sociálnej

opory jednotlivcov. Výsledky potvrdili vzťahy šťastia, zdravia, spokojnosti, výkonu na strane jednej a na strane druhej objem a kvalitu sociálnych vzťahov, ktorými jednotlivec disponuje (Bačová 2008). Tardy (1985, in: Kebza 2005) označil sociálnu sieť ako hlavný zdroj sociálnej opory, ktorý zahŕňa jednotlivé komponenty (kategórie), prostredníctvom ktorých sa efekt sociálnej opory realizuje.

Na základe týchto tvrdení možno konštatovať, že základom sociálneho kapitálu sú sociálne siete a sociálne siete tvoria hlavný zdroj sociálnej opory, ktorá je veľmi významná v živote každého jednotlivca a najmä toho, ktorý prežíva náročné obdobie. Sociálna opora sa poskytuje, ale aj prijíma. Medzi poskytovanou a prijímanou sociálnou oporou je však rozdiel. Väčšina autorov uvádza a zdôrazňuje význam percepcie a subjektívnej interpretácie opory, ktorá je meraná spokojnosťou s poskytovanou oporou. Dôležité je však poznať aj zdroje opory a oblasti života, v ktorej sa uplatňuje.

Výrost, Slaměnik (2001) vo svojej koncepcii ponímajú sociálnu oporu ako metakonštrukciu s odlišnými komponentmi, ktorými sú zdroje opornej siete:

- Súbor vzťahov, pomocou ktorých je poskytnutá jednotlivcovi pomoc (oporné siete sa líšia v štruktúre, veľkosti a kvalite vzťahov),
- oporné správanie (široká oblasť postupov označovaných ako snaha niekomu pomôcť, ide o emocionálnu oporu, spätnú väzbu, materiálnu a praktickú pomoc, poskytnutie rady a pod.),
- subjektívne hodnotenie opory (subjektívne posúdenie, ktoré sa týka zdrojov sociálnej opory a oporného správania, ktoré prebieha v rámci týchto vzťahov).

Sociálna opora a jej rola v udržiavaní zdravia ľudí, pocitu pohody, ale aj pri liečbe choroby sú predmetom mnohých výskumov. V mnohých prípadoch sociálna opora uľahčuje rekonvalescenciu a zvládanie života s chronickou či nevyliciteľnou chorobou. Podoba sociálneho prostredia a sociálnych kontaktov má veľa krát pozitívne účinky a pomáha jednotlivcovi zotaviť sa z traumatických zážitkov. Pozitívne účinky sociálnej opory záležia na štyroch faktoroch, ktorými sú jednotlivcove osobnostné charakteristiky a zvláštnosti, osobnostné charakteristiky a zvláštnosti poskytovateľa sociálnej opory, vzťahy medzi jednotlivcom a poskytovateľom opory, typ a okolnosti poskytovanej opory. Je dôležité však dodať, že existujú jednotlivci s charakteristickými zvláštnosťami a zvláštnosťami sociálnej situácie, ktorí odmietajú aj dobre myslenú pomoc, chcú mať pocit nezávislosti alebo si chcú vyskúšať, na čo všetko ešte stačia sami (Mareš, Hodačová, Býma 2005).

Predpokladá sa, že sociálna opora má dva dôležité typy funkcií: funkciu udržujúcu zdravie, ktorá má vplyv na blahobyt jednotlivcov a funkciu, prostredníctvom ktorej sociálna podpora slúži ako ochranný faktor a to najmä v čase krízy. Mareš (2001) poukazuje na to, že tento jav existoval už aj v minulosti, ale mal iné pestrejšie názvy ako je súdržnosť rodiny, ústretový prístup personálu, zdieľanie radostí a strastí, pomoc v núdzi, bezvýhradné akceptovanie, ale aj altruistické správanie. Časom sa etabloval v odbornej literatúre a začal plniť integrujúcu a kľúčovú funkciu v prácach venovanému sociálnemu kontextu choroby, zdravia a zvládaniu záťaž.

Jednotlivec, u ktorého je diagnostikovaná onkologická choroba, nezostáva sociálne izolovaný. Musí sa dosť často stretávať s predstaviteľmi zdravotníckeho systému, žije v manželstve a rodine. Má vzťahy so spolupracovníkmi v zamestnaní i ďalšími ľuďmi vo voľnom čase. Tieto sociálne vzťahy sú chorobou viac, či menej ovplyvnené (Křivohlavý 2002).

Ženy s onkologickou chorobou čelia množstvu telesných a psychologických problémov. Musia zvládnuť veľmi náročnú liečbu (chemoterapiu, ožarovanie, hormonálnu terapiu, chirurgický zákrok), ktorá je sprevádzaná negatívnymi psychologickými odozvami. Rozsah týchto problémov, s ktorými sa rakovina spája, pacientky zvládajú s veľkým vypätím, úsilím a problémami. Je nevyhnutná aktivizácia vlastných vnútorných zdrojov osobnosti, ale aj vonkajších zdrojov zvládania, ktorými je sociálna opora (Mesárošová et al. 2007).

Základné typy sociálnej opory, ktoré uvádzajú Mareš, Hodačová, Býma (2005, s. 126) sú:

- emočná opora, ktorá má podobu správania, ktoré navodzuje pocity istoty a pokoja, vedie jednotlivca k presvedčeniu, že si ho ľudia vážia a rešpektujú ho, majú ho radi. Zároveň sú ochotní sa o neho starať a zaistiť mu bezpečie,
- kognitívna opora sa týka informácii, zručností a poskytovaní rád, ktoré pomáhajú jednotlivcovi porozumieť svojmu svetu a vyrovnať sa s jeho zmenami,
- materiálna opora v sebe zahŕňa služby a prostriedky, ktoré môžu napomáhať k vyriešeniu praktických problémov jednotlivca.

Vo vzťahu k sociálnemu prostrediu a k poznaniu, skúsenosti a presvedčeniu s pomáhajúcou interakciou rozlišujeme:

- vnímanú sociálnu oporu – uvedomenie si faktu, že v blízkom okolí existujú ľudia, ktorí sú ochotní mi pomôcť v prípade potreby. Odráža kvalitu sociálnych vzťahov (anticipovaná sociálna opora),
- dosiahnutelnú sociálnu oporu – presvedčenie jednotlivca o tom, že v prípade potreby je ochotný dotyčný človek skutočne pomôcť,
- získanú sociálnu oporu – skúsenosť jednotlivca s iným, ktorý mu už poskytol určitú formu pomoci (Verešová et al. 2011).

Závažná choroba prináša zmenu do sociálnej pozície človeka aj jeho roly. So svojou chorobou automaticky získava novú, kvalitatívne horšiu rolu chorého. Táto rola je charakteristická tým, že nie je považovaný za vinníka svojho nežiaduceho stavu, má privilégia a je odbremený od určitých povinností, ale zároveň nemá rovnaké práva ako zdraví ľudia. Od chorého sa očakáva, že sa bude chcieť uzdraviť a bude spolupracovať na liečbe. Ak to tak nechce, stráca svoje privilégia a spoločnosť ho prestáva tolerovať, pretože nerešpektuje pravidlá, ktoré mu určila (Vagnerová 2008).

Roly a postavenie chorého

Rola onkologicky chorého je ochudobnená o schopnosť udržať si profesijnú rolu, ktorá mu mohla v živote prinášať určité uspokojenie, prestíž a dochádza k strate sociálnych kontaktov. Dlhodobá hospitalizácia vedie k redukcii sociálnych rolí a to zmenou spoločenského postavenia sa jednotlivec stáva pasívnym objektom starostlivosti iných ľudí, pričom tento fakt môže považovať ako stratu kontroly nad svojím životom. Pre chorého je dôležité aj správanie a spôsob reakcie najbližších ľudí a rodiny. Rodina je sociálnou skupinou, ktorá mu môže umožniť dostupnú a zvládnuteľnú sociálnu integráciu a môže mu poskytnúť potrebné emočné zázemie a podporu (Vagnerová 2008).

Levická (2005, s. 268) svoj pohľad na onkologickú chorobu vyjadruje, tým že „náročnosť situácie je neplánovanou previerkou funkčnosti sociálnych vzťahov jednotlivca s jeho okolím, čiže s funkčnosťou jeho osobnej siete, ktorá je týmito vzťahmi tvorená. Hustota osobnej siete závisí od počtu osôb, ktoré do nej sám klient umiestni v rôznych pozíciách, a to od pozície „veľmi blízke osoby“ až po „dôverné osoby“, cez priateľské osoby až po „profesionálov.“

Je nevyhnutné poukázať na to, že onkologicky chorý človek, ktorý chce s problémom bojovať potrebuje pozitívnu odozvu, uistenie. Potrebuje si potvrdiť, že situácia nie je beznádejná. Práve táto pozitívna odozva funguje ako emočná a morálna opora a posilňuje jeho sebadôveru a vieru v pozitívny výsledok. Je to nová nádej (Vagnerová 2008).

Amirkan (1990, in: Vagnerová 2008) poukazuje na to, že jednou z variant zvládania záťaže v situácii ťažkej choroby je stratégia zameraná na hľadanie sociálnej opory. Chorý hľadá niekoho, kto by ho pochopil a kto by s ním jeho problémy zdieľal. Problémom môže byť to, že jednotlivec potrebuje väčšiu emocionálnu oporu, ale zároveň je vo vzťahu k svojmu okoliu precitlivejší, vzťahovaciačny a podráždený. Vyžaduje viac a sám poskytuje menej, pretože primeranejšie a prijateľnejšie správanie nie je v jeho silách. Dlhé utrpenie môže meniť vzťahy

k najbližším ľuďom a môže dochádzať k strate spoločných tém, ktoré posilňujú vzájomnú väzbu.

Po oznámení diagnózy a postupnom prijatí je najťažším a z psychologického hľadiska zásadným obdobím to, ako bude ďalej pacient zvládať liečbu a ako na ňu bude reagovať. Neinformovanosť a osamelosť zvyšuje úzkosť a citlivosť jednotlivca. Postupne sa vo svojej izolovanej informovanosti či neinformovanosti môže stať málo pochopeným pre zdravotnícky personál, i pre najbližších a môže aj on sám rozumieť svojmu okoliu menej a menej. Tento stav ho môže natoľko vzdáľovať od seba samého a okolia, že to môže ohroziť i úspešný priebeh liečby (Bubeníková, Miškociová, Koňarčíková 2009). Z tohto dôvodu je veľmi dôležitý odborný prístup profesionálov, ktorí by mali byť poskytovateľmi opory v tejto zložitej situácii chorému jednotlivcovi a taktiež veľmi významnú úlohu zohráva rodina a sociálne a emocionálne väzby v nej.

Sprevádzanie a podpora v istej miere a u určitých pacientov môže predstavovať dokonca pomoc pri prežití. V niektorých štúdiách bolo dokázané, že sociálna opora alebo cieľená sociálna a psychologická intervencia môžu predĺžiť dobu prežitia bez recidívy, prípadne zvýšiť celkovú šancu na prežitie. Kratšiu dobu prežitia vykazujú onkologicky chorí, ktorí sú vystavení emocionálnemu stresu. Je dokázané, že zvýšený psychický stres signifikantne pozitívne koreluje s nepriaznivým priebehom choroby a z toho dôvodu by psychosociálna pomoc onkologicky chorým mala zahŕňať bezpodmienečne sprevádzajúcu sociálnu oporu prostredníctvom dôležitej vzťahovej osoby (Tschuschke 2004). Základom je zakomponovanie onkologicky chorého a jeho blízkych do multidisciplinárneho tímu, pričom jeho súčasťou by mal byť psychológ a sociálny pracovník. Dôležitý je prístup, v ktorom je liečba orientovaná na pacienta ako celok (Dobríková, Lekárová 2010). Bez tejto paralelne sa odohrávajúcej a prirodzenej podpory a pomoci nemôže byť pravdepodobne profesionálna pomoc príliš úspešná (Tschuschke 2004).

Na Slovensku sa v súčasnosti nekladie primeraný dôraz na sociálnu prácu v zdravotníckych zariadeniach (Žiaková, Čechová 2001). Sociálnych pracovníkov špecializujúcich sa iba na prácu s onkologickými pacientmi je veľmi málo. Pri práci s onkologicky chorými funkciu sociálneho pracovníka zastupuje lekár, psychológ a zdravotná sestra (Koňošová, Šagátová, Kuníková 2011).

Aj napriek tomu I. Kuzmíková (2011) poukazuje na dôležitý význam sociálnej práce v zdravotníckych zariadeniach a uvádza tieto dôležité činnosti sociálneho pracovníka:

- riešenie situácie akútne hospitalizovaných klientov – či sa na riešení problému bude podieľať aj sociálny pracovník rozhodne lekár podľa individuálnych potrieb pacienta,
- sociálna pomoc – sociálne poradenstvo, komunikácia s inštitúciami, plánovanie starostlivosti a sociálnej rehabilitácie, sprostredkovanie špecializovanej pomoci a špecializovaných sociálnych služieb, riešenie finančných a bytových záležitostí, spolupráca s blízkymi či príbuznými klienta a taktiež psychosociálna podpora klienta,
- sociálna prevencia – mala by zahŕňať rozhovor s každým pacientom a zisťovanie prípadných sociálnych problémov a potrieb. Prostriedkom sociálnej prevencie je začlenenie, vyhľadávanie a sociálne poradenstvo,
- stanovenie sociálnej anamnézy a prognózy s cieľom začlenenia klienta do pôvodného sociálneho prostredia a obnovenie pôvodných sociálnych rolí a taktiež zisťovanie, či sociálna situácia klienta nebude narušovať jeho liečbu a zhoršovať zdravotný stav. Tam, kde to nie je možné je úlohou sociálneho pracovníka zabezpečiť ďalšie formy pomoci a pripraviť rodinu na očakávané trvalé poškodenie zdravotného stavu klienta,
- aplikácia metód sociálnej práce, najmä pri individuálnej práci s klientom a tiež aj pri sociálnej práci s rodinami (rodinná terapia alebo skupinová práca s klientmi/pacientmi a ich príbuznými).

Charakteristika výskumnej vzorky a použitých metód

Onkologická choroba predstavuje ťažkú životnú situáciu a traumatickú udalosť zasahujúcu do všetkých oblastí života. Prináša zmenu sociálnych väzieb, manželských, rodinných, priateľských a profesionálnych vzťahov. Vychádzajúc z teoretických poznatkov sme sa preto rozhodli zamerať na sociálny kapitál u onkologicky chorých žien z pohľadu vnímanej sociálnej opory.

Výskum bol uskutočnený v rámci grantovej úlohy Vega 1/0230/15 s názvom: Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jednej z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok. Bol realizovaný u onkologicky chorých žien v liečbe. Výskumná vzorka bola vyberaná pomocou zámerného výberu. Priemerný vek bol 56,73 rokov, najmladšia žena bola vo veku 40 rokov a najstaršia vo veku 70 rokov. Z hľadiska veku sme vzorku rozdelili na 2 skupiny: 40-60 rokov a 61 a viac rokov. Z hľadiska rodinného stavu prevažovali ženy, ktoré sú vydaté – 71,4 %. Viac ako polovica žien býva v meste – 62,5 %. Podľa vzdelania malo najviac žien našej vzorky dosiahnuté stredné vzdelanie s maturitou – 51,8 %.

Údaje získané z vyplnených dotazníkov sme najprv vyhodnotili deskriptívnou analýzou. Pre mieru vnímanej sociálnej opory sme vypočítali priemerné skóre jednotlivých subškál a priemerné sumárne skóre. Stanovené hypotézy sme následne overovali porovnaním priemerných skóre jednotlivých subškál MSPSS a priemerných sumárnych skóre MSPSS vo vzťahu k vybraným sociálnodemografickým a zdravotným charakteristikám použitím dvojvýberovýt-testu (vek, bydlisko, rodinný stav a dĺžka liečby) a testu ANOVA (vzdelanie). Vzťahy medzi subškálami MSPSS sme overili korelačnou analýzou (Pearsonov korelačný koeficient). Výpočty sme uskutočnili prostredníctvom štatistického programu SPSS.

Interpretácia vybraných výsledkov

Šolcová a Kebza (2003) vo všeobecnosti tvrdia, že starší ľudia majú s postupujúcim vekom viac problémov v sociálnej opore a v sociálnych vzťahoch ako mladší. Preto sme aj my predpokladali existenciu rozdielov v miere vnímanej sociálnej opory podľa veku. Miera vnímanej sociálnej opory zo strany rodiny, priateľov a iných dôležitých bola u žien s onkologickým ochorením v liečbe vo veku od 40 do 60 rokov štatisticky významne vyššia v porovnaní so ženami, ktoré majú 61 a viac rokov ($p < 0,001$). Najvýznamnejším zdrojom sociálnej opory sa pre ženy vo veku od 40 do 60 rokov javí byť rodina, zatiaľ čo u žien od 61 rokov a viac sú to skôr iní dôležití ľudia. Je možné usudzovať, že stúpajúcim vekom sa vzťahy a sociálne väzby človeka môžu oslabovať a môže to viesť k pocitu nízkej miery sociálnej opory zo strany najbližších a priateľov. Tento stav prináša zároveň aj pocit osamelosti a taktiež psychické problémy, zhoršenie kvality života a ďalšie negatívne aspekty súvisiace s onkologickou chorobou. Týmto sa starší človek môže horšie adaptovať na život s ochorením.

Z pohľadu rodových rozdielov, ženy ľahšie získavajú sociálnu oporu a poukazujú na to i mnohé výskumy (Mickelson, Helgeson, Wiener 1995; Lu 1997; Linden a kol. 1993, in: Kebza 2005). Ženy pri strese viac vyhľadávajú sociálnu oporu vo svojom okolí ako muži a dokážu viac profitovať zo svojich sociálnych vzťahov v zmysle zisku pre svoju psychickú pohodu (Kebza 2005). V budúcnosti by preto bolo zaujímavé zisťovať mieru vnímanej sociálnej opory z hľadiska veku u onkologicky chorých žien v porovnaní s onkologicky chorými mužmi.

Výsledky štúdie (Benka et al. 2012), ktorej sa zúčastnilo 176 pacientov s reumatickou artritídou ukázali, že pacienti, ktorí mali vyššiu úroveň sociálnej opory, vykazovali nižšiu úroveň úzkosti a depresie. Toto zistenie bolo významné bez ohľadu na závažnosť ochorenia a osobnostné rozdiely medzi pacientmi. Vo výskume bolo dokázané, že pacienti s obmedzenými sociálnymi kontaktmi, zažívali väčšiu bolesť a vyššiu únavu. V našom

výskume sme sa zamerali na mieru vnímanej sociálnej opory onkologicky chorých žien v liečbe, pričom nás zaujímala najmä pomoc zo strany rodiny, priateľov a iných dôležitých ľudí. Na základe preštudovanej odbornej literatúry sme zistili, že aj rodinný stav sa podieľa na rozdielnom vnímaní sociálnej opory. Goodwin et al. (1987, in: Krivohlavý 2002) sa zamerali na vplyv sociálnej opory u onkologicky chorých pacientov. Výsledky ukázali, že tí pacienti, ktorí mali pevnejšie rodinné zázemie žili kvalitnejším životom a žili dlhšie. Ďalšie výsledky výskumov na začiatku šesťdesiatych rokov v Amerike potvrdzujú, že nízka mortalita na infarkt myokardu súvisí s veľmi dobrými vzťahmi v rodinách (Mareš 2005). To potvrdzuje dôležitosť dobrých a kvalitných vzťahov v rodine. Vydaté ženy v našej vzorke mali vyššiu mieru vnímanej sociálnej opory ako ženy bez manželského zväzku. Partnerský vzťah je jeden z najdôležitejších zdrojov sociálnej opory, pretože je hlavným poskytovateľom emocionálnej a inštrumentálnej opory (Krokavcova et al. 2008).

Vydaté ženy v našej vzorke mali vyššiu mieru vnímanej sociálnej opory ako ženy bez manželského zväzku. Štatisticky významné rozdiely sú v miere vnímanej celkovej sociálnej opory ako aj v subškále zameranej na rodinu a iných dôležitých (Tab. 1). Výsledky poukazujú na to, že onkologicky choré ženy v liečbe dostávajú zo strany svojich najbližších oporu, ktorú vnímajú odlišne. Z toho vychádzajúc možno v konečnom dôsledku usúdiť, že sociálna opora z ich zdrojov je odlišná. Manželský zväzok môže priniesť onkologicky chorej žene sociálnu oporu zo strany najbližšieho človeka, ktorým je manžel alebo ich deti, prípadne zdrojom sociálnej opory môže byť aj iná blízka osoba z rodinného prostredia. Miera vnímanej sociálnej opory však závisí od kvality ich vzťahov.

Tab. 1 Vnímaná miera sociálnej opory u onkologicky chorých žien podľa rodinného stavu

Sociálna opora	Priemerné skóre MSPSS		F	p
	Vydatá	Slobodná, vdova, rozvedená		
Rodina	5,79	4,77	10,595	0,005**
Priatelia	5,43	5,08	1,037	0,224
Iní dôležití	5,73	5,08	5,03	0,009*
Celková	5,65	4,97	2,663	0,032*

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Vzťahy medzi subškálami MSPSS sme overili korelačnou analýzou (Tab. 2). Na základe overenia vzťahov medzi subškálami MSPSS (rodina, priatelia, iní dôležití) sa nám potvrdilo, že ak má onkologicky chorá žena vysokú mieru vnímanej sociálnej opory zo strany rodiny, má ju aj u priateľov a iných dôležitých. Na druhej strane, ak má žena nízku mieru vnímanej sociálnej opory na subškále zameranej na rodinu, je to tak aj na subškále zameranej na priateľov a iných dôležitých. Tieto zistenia si vyžadujú pre zdôvodnenie a vysvetlenie ďalšie podrobnejšie preskúmanie. Podobné výsledky taktiež uvádzajú autori Krokavcova et al. (2008), ktorí poukazujú na to, že ak majú pacienti so sklerózou multiplex vysokú mieru vnímanej sociálnej opory od rodiny, tým lepšie je hodnotené ich sociálne a emocionálne fungovanie. Štúdia odhalila, že ak majú vysokú mieru sociálnej opory zo strany rodiny a priateľov, tým je ich duševné zdravie lepšie a zároveň poukazuje, že za iných dôležitých sú považovaní zdravotníci a iní odborníci.

Tab. 2 Korelačné vzťahy medzi subškálami MSPSS (Pearsonov korel. koef.)

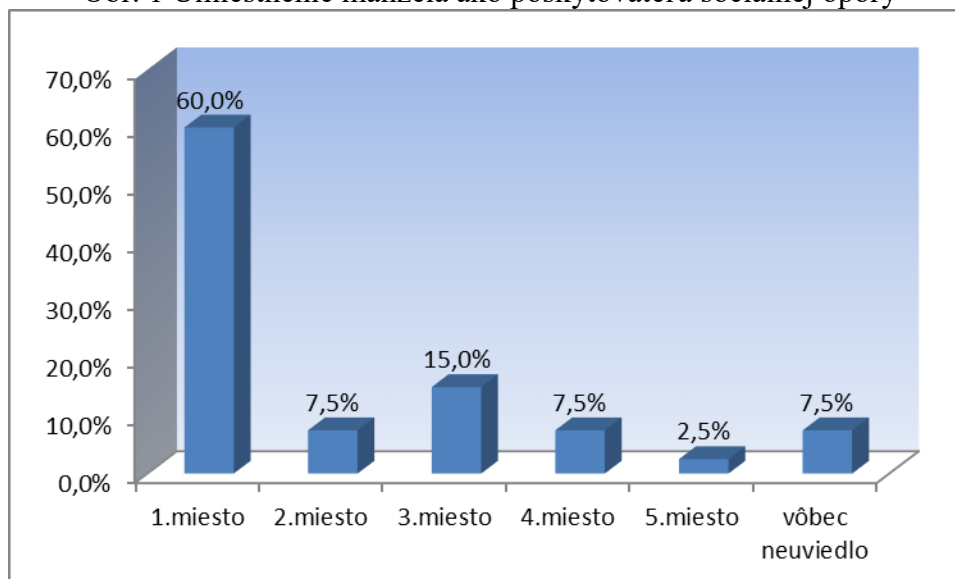
	Rodina	Priatel'ia	Iní dôležití
Rodina		0,006**	0,009**
Priatel'ia			0,007**

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Zaujímavé výsledky prinieslo mapovanie dôležitosti jednotlivých 20 ľudí z najbližšieho okolia (ako napr. otec, mama, brat, sestra, brat, manžel, syn, dcéra, vnuk, nevesta, švagriná, svokra, priatel'ia, suseda) a 10 potenciálnych profesionálnych poskytovateľov (ako napr. obvodný lekár, onkológ, chirurg, psychológ, psychiatr, kňaz, sociálny pracovník, zdravotná sestra) podľa miery poskytovanej sociálnej opory.

Z celkového počtu 40 vydatých žien (71,4%), ktoré žijú s manželom, uviedlo manžela ako zdroj sociálnej opory na 1. mieste - 60% (24 ženy). Ako zdroj sociálnej opory uviedlo manžela na 3. mieste - 15 % (6 žien) a 7,5% (3 ženy) svojho manžela ako zdroj sociálnej opory neuviedlo vôbec (Obr. 1). Naše výsledky podporuje aj štúdia Tschuschke (2004), v ktorej uvádza partnera 52,4 % žien s rakovinou prsníka ako človeka, ktorý je vzhľadom na onkologickú chorobu pre nich najdôležitejší. Podobné výsledky uvádzajú vo svojom výskume aj Žiaková a Maštenová (2004), ktorý porovnával umiestnenie manžela v sieti sociálnej opory u onkologicky chorých žien, ktoré navštevujú a nenavštevujú svojpomocnú skupinu. Až 93% žien, ktoré nechodia do skupiny a žijú s manželom, manžela uviedlo na 1. mieste. Zo žien, ktoré navštevujú svojpomocnú skupinu uvádzalo manžela na 1. mieste 59%. Výsledky ďalšieho výskumu dokazujú, že ženy s rakovinou prsníka, ktoré žili bez opory partnerov mali viac problémov pri zvládaní choroby. Svoju situáciu vnímali ako náročnejšiu na zvládnutie, prežívali viac negatívnych emócií ako ženy, ktoré majú partnera a deti (Mesárošová et al. 2007).

Obr. 1 Umiestnenie manžela ako poskytovateľa sociálnej opory



Nepotešujúcim zistením bolo, že až 80,4 % všetkých onkologicky chorých žien našej vzorky vôbec neuviedlo sociálneho pracovníka medzi potenciálnymi profesionálnymi poskytovateľmi ich sociálnej opory. Ďalších 7,1% ho uviedlo na 5. mieste a 5,4 % na 6. mieste. Keď sa na tento výsledok pozeráme komplexnejšie je dôležité v budúcnosti zamerať sa na prípravu erudovaných sociálnych pracovníkov, ktorí by mohli byť súčasťou multidisciplinárneho tímu v zdravotnej a sociálnej starostlivosti o onkologicky chorých pacientov.

Aplikačná rovina – sociálna práca s onkologickými pacientmi

Onkologickú chorobu možno považovať za ťažkú životnú situáciu, ktorá prináša mnoho zmien v živote človeka a zároveň prináša aj „previerku“ sociálnych vzťahov a väzieb. Dôležité je to, akú kvalitu a úroveň majú tieto vzťahy. Dobré interpersonálne vzťahy v sociálnom zázemí rodiny, priateľov a známych, prípadne záujmových a iných inštitúcií a v pracovnom kolektíve spočívajú v úrovni sociálnej opory (Mareš 2005). Tschuschke (2004) poukazuje na to, že sociálna opora sa dáva do pozitívneho vzťahu s priebehom a prežitím väčšiny ochorení, čo potvrdzujú zistenia vo výskumoch. Naopak sociálna izolácia zvyšuje riziko úmrtia.

Do zdravotnej starostlivosti o onkologicky chorých pacientov sú zapojení mnohí odborníci. Jurga (2007, in: Baník 2011) poukazuje, že multidisciplinárny tím by mal byť tvorený nielen z lekárov rôznych odborov, ale jeho súčasťou by mal byť aj psychológ, psychiater, dietológ, duchovný poradca, algeziológ, odborník v ošetrovatelstve a sociálny poradca. American Society of Clinical Oncology (2009) uvádza, že sociálny poradca, resp. sociálny pracovník by mal poskytovať poradenstvo, informácie, edukáciu a zároveň by mal odporúčať komunitné zdroje a prístup k nim, nielen pre pacientov s onkologickou chorobou, ale v prípade potreby aj ich rodinám a blízkym. V tomto procese sociálnozdravotnej starostlivosti by mohol byť sociálny pracovník ako súčasť multidisciplinárneho tímu zdrojom sociálnej opory. I v našich podmienkach niekoľko autoriek dlhodobo upozorňuje na potrebu sociálnych pracovníkov ako plnohodnotných členov multidisciplinárneho tímu starostlivosti o klientov s onkologickými chorobami (napr. Bačová, Žiaková 2015, Šišanská 2016, Šišanská, Žiaková 2017a, Kočišová, Šišanská, Šafránková 2017, Kočišová, Šišanská 2013, Šišanská 2013a, Šišanská, Kočišová 2013, Šišanská 2013b, Šišanská 2012b, Šišanská 2010a, Šišanská 2010b, Šišanská 2008, Šišanská, Žiaková 2017b, Kočišová, Šišanská 2014, Šišanská, Kočišová 2017, Kočišová, Wagnerová, Šišanská 2017, Kočišová, Wagnerová, Šišanská 2016, Sabolová Fabiánová, Žiaková, Šišanská 2017 a ďalšie).

Kuzmíková (2011) uvádza, že nejasne definované a málo vymedzené kompetencie prinášajú sociálnym pracovníkom v zdravotníctve len veľmi malé uznanie a uplatnenie. Chceme poukázať na to, že ak jednotlivec s onkologickou diagnózou nemá poskytovanú sociálnu oporu zo strany rodiny, mala by mu byť dostupná z iných zdrojov.

Z výsledkov nášho výskumu nám vyplynuli nasledujúce odporúčania pre prax:

- v rámci pregraduálneho vzdelávania pripravovať sociálnych pracovníkov tak, aby sa mohli stať súčasťou multidisciplinárneho tímu v starostlivosti o onkologicky chorých pacientov/ky,
- zriadiť špecializované sociálne poradne priamo v nemocniciach, aby bola zabezpečená dostupnosť tejto odbornej činnosti pacientom/-kám a ich rodinám a vytvoril by sa priestor pre zvyšovanie kvality poskytovaných služieb v prepojení zdravotnej a sociálnej oblasti,
- zabezpečiť odbornú spoluprácu medzi sociálnymi pracovníkmi, onkológmi, zdravotnými sestrami a psychológmi, čím sa zabezpečí komplexná zdravotná, psychologická a sociálna starostlivosť o pacienta/-ky,
- prostredníctvom intervenčných programov pomôcť ženám s onkologickou chorobou udržať a podporiť ich sociálne väzby a vzťahy,
- prostredníctvom podporných a svojpomocných skupín podporiť sociálne väzby a vzťahy medzi pacientmi s onkologickou chorobou,
- podporiť prepájanie sociálnej a zdravotnej starostlivosti o onkologicky chorých a akceptovať sociálnych pracovníkov ako nezastupiteľných členov multidisciplinárneho tímu v starostlivosti o onkologicky chorých pacientov/-ky.

Záver

Sociálna opora ako súčasť sociálneho kapitálu zohráva významnú rolu v živote onkologicky chorého pacienta/-ky. V budúcnosti je dôležité budovať koordinované služby v prepojení sociálnej a zdravotnej starostlivosti o pacienta. Ak jednotlivец s onkologickou diagnózou nemá poskytovanú sociálnu oporu zo strany rodiny, mala by mu byť dostupná z iných zdrojov. Multidisciplinárna spolupráca by mala zabezpečiť to, aby mal jednotlivец vytvorené podmienky a sociálnu oporu v takej miere, aby dokázal s onkologickou chorobou bojovať. Či sa to môže v realite všedného života stať skutočnosťou, ukáže blízka budúcnosť.

Zoznam bibliografických odkazov

- BAČOVÁ, M., E. ŽIAKOVÁ a Z. KATRENIÁKOVÁ, 2015. Sociálna opora onkologicky chorých žien - základný predpoklad intervencie sociálnych pracovníkov. In: *Sociálna práca/Sociálna práca*, Roč. 15, č. 1, s. 48-65. ISSN 1335-0579.
- BAČOVÁ, V. et al., 2008. *Kvalita života a sociálny kapitál - psychologické dimenzie*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove. ISBN 978-80-8068-747-2.
- BANÍK, G., 2011. Postraumatický rozvoj: Pozitívny odkaz traumy. In *Výskum v sociálnej práci. Zborník príspevkov z II. doktorandskej konferencie*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, s. 27-34. ISBN 978-80-555-0593-0.
- BENKA, J., 2012. *Living with Rheumatoid Arthritis: Depersonal and Social Resources Make a Difference?* Kosice: Equilibria, s.r.o. ISBN 978-90-367-5913-7.
- BUBENÍKOVÁ, M., M. MIŠKOCIOVÁ, K. KOŇARČÍKOVÁ, M., 2009. Zvládanie onkologického ochorenia vybratou skupinou žien – pacientok (porovnanie skupiny pacientok počas hospitalizácie a po „prekonaní“ ochorenia). In *Zborník Sociálne procesy a osobnosť*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, s. 494-500. ISBN 80-88910-16-1978-80-88910-26-8.
- DOBRÍKOVÁ, P. a L. LEKÁROVÁ, 2010. Sociálna opora a jej význam pre onkologicky chorých adolescentov. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. Roč. 3 (č. 2), s. 73-75. ISSN 1337-6896.
- DUDOVÁ, I., 2009. *Ekonomia vzdelávania*. Bratislava: Vydavateľstvo EKONÓM. ISBN 978-80-225-2750-7.
- GAJDOŠ, J. a J. PAŠIAK, 2008. *Sociálne zdroje lokálneho a regionálneho rozvoja. Sociologická sonda*. Bratislava: Sociologický ústav SAV. ISBN 978-80-85544-53-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0179-0.
- KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: SERIFA, s.r.o. ISBN 80-200-1307-5.
- KOČIŠOVÁ, A., a K. ŠIŇANSKÁ, 2013. Zmysel života v sociálnej práci v prospech onkologicky chorých. In: *Sociálna práca - cesta k zmyslu života: Košické dni sociálnej práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 6.12.2012 v Košiciach*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 177-183. 2013. -ISBN 9788081520129.
- KOČIŠOVÁ, A., ŠIŇANSKÁ, K., 2014. Salutoprotektívne faktory a možnosti edukácie, navigácie a poradenstva pri zvyšovaní kvality života onkologicky chorých. In: *Healthpromotion - Self-care - Risk-takingbehaviorprevention = Podpora zdravia - Starostlivosť o seba - Prevencia rizikového správania*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 119-129. 2014. ISBN 9788081522154.
- KOČIŠOVÁ, A., ŠIŇANSKÁ, K. a A. ŠAFRÁNEKOVÁ, 2017. Komplexná onkologická rehabilitácia a stratégie zvládania onkologicky chorých. In: *Význam a miesto resocializácie a reedukácie v sociálnej práci: 5. ročník Košických dní sociálnej práce: zborník príspevkov z*

vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 25.11.2016 v Košiciach. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 180-190. 2017. ISBN 978-80-8152-502-5.

KOČIŠOVÁ, A., WAGNEROVÁ, M. a K. ŠIŇANSKÁ, 2016. Salutoprotektívne faktory a stratégie zvládania pri onkologických ochoreniach. In *Acta Chemotherapeutica*. Roč. 25, (č. 1-3), s. 157-165. ISSN 1335-0579.

KOČIŠOVÁ, A., WAGNEROVÁ, M. a K. ŠIŇANSKÁ, 2017. Psychosociálne a spirituálne aspekty kvality života onkologicky chorých. In *Acta Chemotherapeutica*. Roč. 26, (č. 1-2), s. 172-181. ISSN 1335-0579.

KOŇOŠOVÁ, H., A. ŠAGÁTOVÁ a A. KUNÍKOVÁ, 2011. Sociálna práca – neoddeliteľná súčasť starostlivosti pri zvyšovaní kvality života pacientov s onkologickým ochorením. In *Zdravotníctvo a sociálna práca*. Roč. 6 (č.3), s. 114-115. ISSN 1336-9326.

KOLVEKOVÁ, G., 2009. Neformálne siete v podmienkach Slovenskej republiky podľa prístupu FabiaSabatiniho. In: *Ekonomické spektrum: recenzovaný vedecko-odborný on-line časopis* [online]. Roč.4 (č.4) [cit. 2017-11-11]. Dostupné z: <http://www.spektrum.caesar.sk/?download=casopis4-09.pdf>.

KROKAVCOVÁ, M. et al., 2008. Socialsupportas a predictorofperceivedhealth statusin patientswithmultiplesclerosis. In: *PatientEducationandCounseling* [online]. Vol. 73 (no.8) [cit. 2017-11-11]. Dostupné z: <http://www.zzke.sk/images/prilohy/krokavcova-chylova-a-gavelova-polanova-patient-educ-couns-2008.pdf>

KUZMÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce v zdravotnictví*. Praha: GradaPublishing, a.s. ISBN 978-80-247-3676-1.

LEVICKÁ, J., 2005. Význam sociálnej opory vo vzťahu k zdravotnému stavu klienta. In: *KONTAKT. Odborný a vedecký časopis pro zdravotněsociální otázky* [online]. Roč. 7 (č. 3-4) [cit. 2012-11-12]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/3-4~2005/306-vyznam-socialnej-opory-vo-vztahu-k-zdravotnemu-stavu-klienta>

LICHNER, V. a E. ŽIAKOVÁ. 2011. Sociálny kapitál ako jeden z najdôležitejších zdrojov zmyslu života pubescentov v Detskom domove. In: *Budovanie spoločnej cesty v sociálnej inklúzii*. Košice: FF UPJŠ. s. 162-169. ISBN 978-80-970543-1-1.

MAREŠ, J., L. HODAČOVÁ. L. a S. BÝMA, 2005. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze. NakladatelstvíKarolinum. ISBN 80-246-1062-0.

MAREŠ, J. et al., 2001. *Sociální opora u dětí a dospívajících*. Praha: Nucleus. ISBN 80-86225-9-4.

MESÁROŠOVÁ, M. et al., 2007. *Psychologické determinanty zvládania onkologických ochorení*. Košice: VÚSI, spol. s r. o.. ISBN 978-80-89338-00-9.

SABOLOVÁ FABIÁNOVÁ, A., ŽIAKOVÁ, T. a K. ŠIŇANSKÁ, 2017. Preferred Coping Strategies in Burdening Situations in Oncological Patients. In *International Journal of Scientific Research*. Vol. 6, (no. 10), s. 672-673. ISSN 2277-8179.

ŠIŇANSKÁ, K. 2008. Postavenie arteterapie pri liečbe detských onkologických pacientov. In: *Kvalita života v stratégiách sociálnej práce vo vzťahu k marginalizovaným skupinám: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Prešov: PU, s. 89-93. 2008. ISBN 9788096993208.

ŠIŇANSKÁ, K. 2010a. Význam rodiny pre onkologicky choré dieťa. In: *Spoločnosť, kríza, rodina: zborník príspevkov z III. ročníka vedecko-odbornej konferencie "Sociálne posolstvo Jána Pavla II. pre dnešný svet" s medzinárodnou účasťou konanej v dňoch 25. a 26. marca 2010*. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku, s. 453-457. ISBN 9788080846107.

ŠIŇANSKÁ, K. 2010b. Arteterapeutický prístup ako jedna z možností sociálnej práce pri hľadaní zmyslu života v starostlivosti o detského onkologického pacienta. In: *5. študentská vedecká konferencia: zborník príspevkov*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, s. 1179-1185. 2010. ISBN 9788055501697.

ŠIŇANSKÁ, K. 2012. Edukácia ako jedna z možností zvládania onkologického ochorenia u adolescentov z aspektu sociálnej práce. In: *Aktuálne výskumné otázky pomáhajúcich profesií - nové výzvy pre prax: zborník príspevkov z konferencie mladých vedeckých pracovníkov s medzinárodnou účasťou 30. apríla 2010 v Prešove*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, s. 182-187. 2012. ISBN 9788055505800.

ŠIŇANSKÁ, K., 2013a. Zmysel života onkologicky chorých adolescentov. In: *Sociálna práca - cesta k zmyslu života: Košické dni sociálnej práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 6.12.2012 v Košiciach*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 136-147. 2013. ISBN 9788081520129.

ŠIŇANSKÁ, K., 2013b. Možnosti e-learningu pri zvyšovaní kvality života onkologicky chorých adolescentov a pri hľadaní ich zmyslu života. In: *Dopady hospodárskej krízy na kvalitu života, zdravia a sociálnu oblasť*. Prešov: Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča, s. 318-328. 2013. ISBN 9788089464234.

ŠIŇANSKÁ, K., 2016. Možnosti a význam onkologickej sociálnej práce - poznatky a skúsenosti z USA. In: *Podoby vnútorných i vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce: 4. ročník Košických dní sociálnej práce: zborník príspevkov*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 25-31. 2016. ISBN 9788081524059.

ŠIŇANSKÁ, K. a A. KOČIŠOVÁ, 2013. Onkologické ochorenie adolescentov ako jeden z rizikových faktorov klientov sociálnej práce. In: *Násilie v sociálnej práci: zborník príspevkov z 1. medzinárodnej elektronickej vedeckej konferencie KSP FF UPJŠ s medzinárodnou účasťou*. Košice: Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 154-164. 2013. ISBN 9788081520631.

ŠIŇANSKÁ, K. a A. KOČIŠOVÁ, 2017. Starostlivosť o seba v sociálnej práci ako inšpirácia pre vznikajúcu oblasť onkologickej sociálnej práce. In *Sociální práce / Sociálna práca*. Roč. 17, (č. 5), s. 52-68. ISSN 1213-6204.

ŠIŇANSKÁ, K. a T. ŽIAKOVÁ, 2017a. Súčasné podoby podporných skupín pre pacientov s onkologickým ochorením a ich blízkych s využitím edukačných programov . In: *Význam a miesto resocializácie a reedukácie v sociálnej práci: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 25. 11. 2016 v Košiciach*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 57-62. 2017. ISBN 9788081525025.

ŠIŇANSKÁ, K. a T. ŽIAKOVÁ, 2017b. Experience from Abroad in The Implementation of Social Work in Oncology. In: *Multiculturalism in Social Work*. Warszawa: Wydawnictwo Jedność w różnorodności, s. 115-120. 2017. ISBN 978-83-947394-5-4.

ŠOLCOVÁ, I. a V. KEBZA, 1999. Sociálna opora jako významný protektivní faktor. In: *Československá psychologie*. Roč. XLIII (č. 1), s. 19–38. ISSN 009-062X.

TSCHUSCHKE, V., 2004. *Psychoonkologie. Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, s.r.o.. ISBN 80-7178-862-0.

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

VEREŠOVÁ, M., 2011. *Sociálna psychológia. Človek vo vzťahoch*. Nitra: ENIGMA PUBLISHING, s.r.o.. ISBN 978-80-8133-002-5.

VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK, 2001. *Aplikovaná sociálna psychológia II*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0042-5.

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

ŽIAKOVÁ, E. a Z. MAŠTENOVÁ., 2004. Kvalita života onkologických pacientiek. In: *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita, 2004. s. 508 – 519. ISBN 80-8068-282-8.

Kontakt na autorky

Mgr. Monika Bačová, Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, Moyzesova 9, 040 59 Košice, e-mail: monika.bacova@student.upjs.sk

prof. PhDr. Eva Žiaková, CsC., Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, Moyzesova 9, 040 59 Košice, e-mail: eva.ziakova@upjs.sk

Komparácia súvislosti medzi dimenziami osobnostných charakteristík respondentov a respondentiek a ich stratégiami zvládania záťaž z hľadiska vplyvu onkologickej choroby²⁸

Comparison of Correlation between Dimensions of Personality Characteristics of Male and Female Respondents and Their Coping Strategies of Conduct for the Effect of Oncological Disease

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

Abstrakt

Príspevok pojednáva o čiastkových výsledkoch autorského výskumu, ktoré sa zameriavajú na potenciálny súvis medzi stratégiami zvládania záťaže a dimenziami osobnostných charakteristík u respondentov a respondentiek, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba.

Kľúčové slová

Stratégie zvládania. Onkologická choroba. Dimenzie osobnostných charakteristík.

Abstract

The article presents partial outcomes of authors' research focused on potential connection between coping strategies and dimensions of personal characteristics of respondents that are oncological patients.

Keywords

Coping strategies. Oncological disease. Dimension of personality characteristics.

Úvod

Onkologická diagnóza vyvoláva mimoriadne traumatizujúci zážitok, ktorý ovplyvňuje aspekty každodenného života človeka. Vplyvom choroby jedinec prechádza podstatnými zmenami, pretože boj o prežitie sa stáva najdôležitejším. Diagnóza rakoviny prináša jednotlivcom vážne problémy, ktoré ich nútia urobiť radikálne zmeny na fyzickej a duševnej úrovni. Onkopacienti môžu zaznamenať rôzne negatívne prejavy ako je napríklad prerušenie životných úloh a cieľov, liečba vedľajších účinkov, finančné ťažkosti, pracovné zlyhanie, ale aj narušenie rodinných väzieb, zmeny v sociálnych sieťach a neistota ohľadne budúcnosti. Tieto skutočnosti naznačujú, že onkologická choroba vstupuje do života jedinca ako obrovská záťaž. Spôsob ako zvládať záťaž je individuálny pre každého jedinca, keďže súvisí s tým, ako jednotlivci vnímajú stresové situácie. Choroba častokrát bráni normálnemu spoločenskému fungovaniu a vytvára zdanlivo neviditeľné prekážky v sociálnych väzbách voči zdravým ľuďom. Niektoré štúdie (Levine et al. 2010; Shields et al. 2012) naznačujú, že rakovina je nielen individuálna skúsenosť fyzického a psychického utrpenia, ale aj psychosociálny stav, ktorý moduluje medzilidské vzťahy pacienta. Vzhľadom na nedostatok konzistencie pri vysvetľovaní vzájomných vzťahov v odbornej spisbe medzi osobnostnými charakteristikami a stratégiami vyrovnania sa so záťažou onkologickej choroby bol hlavným cieľom súčasnej štúdie objasniť spojitosť medzi stratégiami zvládania a osobnostnými charakteristikami z hľadiska vplyvu onkologickej choroby.

²⁸ Tento príspevok vznikol v rámci riešenia vedeckovýskumnej úlohy Vega 1/0230/15 s názvom „Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok.“

Metodika

Na dosiahnutie tohto cieľa sme využili zostavenú dotazníkovú batériu. Okrem zisťovania demografických údajov bola zameraná aj na zisťovanie preferencie stratégií zvládania, prostredníctvom metodiky SVF 78 (Stressverarbeitungsfragebogen), ktorá sa zameriava na zachytenie individuálnych tendencií k využívaniu rôznych stratégií zvládania. Ide o skrátenú verziu SVF 120 od autorov Janke a Erdmannová z roku 2002. Do českého jazyka verziu upravil Švancara v roku 2003 (Janke, Erdmannová 2003). Dotazník na slovenskej populácii overila napríklad v roku 2015 Halachová, Žiaková (2016), na výskumnej vzorke 694 respondentov. Dotazník SVF 78 obsahuje 78 výrokov, ktoré popisujú určité spôsoby reagovania pri pociťovaní záťaže. Respondent sa prostredníctvom Likertovej škály (0 - vôbec nie, 1 – skôr nie, 2 - možno, 3 - pravdepodobne, 4 – veľmi pravdepodobne) vyjadruje nakoľko daný spôsob predstavuje jeho reakciu v reálnom živote. Výsledkom metodiky je 13 faktorov, ktoré sú rozdelené na pozitívne (efektívne) stratégie, smerujúce k redukcii stresu a patria k nim: Podhodnotenie, Odmietanie viny, Odklon, Náhradné uspokojenie, Kontrola situácie, Kontrola reakcií, Pozitívna sebainstrukcia. Negatívne (neefektívne) stratégie, ktoré smerujú ku zosilneniu stresu a prislúchajú k nim: Úniková tendencia, Perseverácia, Rezignácia, Sebaobviňovanie. Stratégie, ktoré možno radiť ako k pozitívnym tak k negatívnym sú Potreba sociálnej opory a Vyhýbanie sa. Reliabilita pôvodného dotazníka dosahuje hodnotu Cronbachovej alfy=0,80.

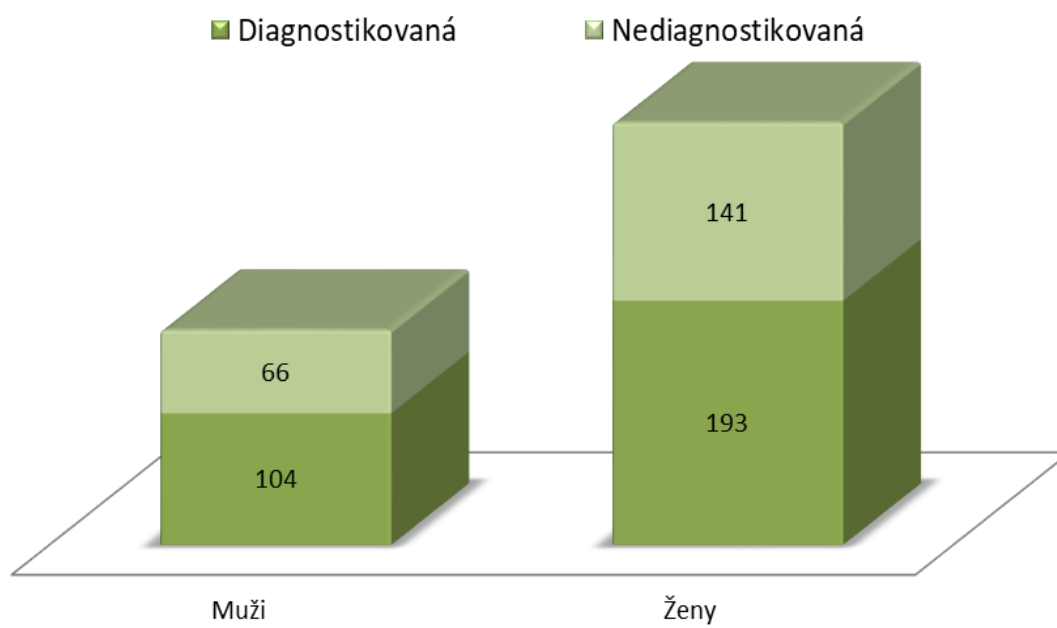
Dimenzie osobnostných charakteristík boli zisťované prostredníctvom osobnostného Freiburského dotazníka (Kollárik, Poliaková, Ritomský 1984). Jeho autormi sú Fahrenberg, Selg, Hampe, ktorí dotazník začali vyvíjať v roku 1963. V roku 1984 slovenský preklad štandardizovali Kollárik, Poliaková a Ritomský na výskumnej vzorke 2582 respondentov. Úlohou respondenta je vyjadriť svoj súhlas/nesúhlas s danými 114 výrokmi. Metodika sa venuje dimenziám: Nervozita, Depresivita, Vzrušivosť, Družnosť, Miernosť, Reaktívna agresivita, Zdržanlivosť, Otvorenosť. Na základe analytických postupov boli vyčlenené ešte tri doplnkové škály: Extrovertnosť - Introvertnosť; Emocionálna labilita - Stabilita; Maskulinita - Feminita. Hodnota vnútornej konzistencie sa v pôvodnom vydaní FPI pohybovala medzi hodnotou 0,74 - 0,87.

Samotné spracovanie výsledkov autorského výskumu prebiehalo na základe kvantitatívnych štatistických metód, pričom v závislosti na charaktere distribúcie jednotlivých premenných boli využité neparametrické štatistické metódy. Pre prepojenie jednotlivých problematík bola využitá aj deskriptívna štatistika. Reliabilita dotazníkovej batérie predstavovala v autorskom výskume hodnotu Cronbachovej alfy = 0,89.

Výskumná vzorka

Výskumu sa zúčastnilo 504 respondentov z Košického kraja. Výskumná vzorka bola získaná po dohode s vedením Východoslovenského ústavu onkologických chorôb a etickej komisie v období január – jún 2016. Z celkového výskumného súboru bola diagnostikovaná rakovina 297 (58,9%) respondentom a respondentkám, v zastúpení 193 (38,3 %) žien a 104 (20,6%) mužov. 207(41,1%) respondentov a respondentiek, ktorým doposiaľ nebola diagnostikovaná onkologická choroba, boli zastúpení z hľadiska rodu v počte 141(27,9%) žien a 66 (13,2%) mužov. Výskumná vzorka bola zvolená zámerne a nenáhodne. Jednotlivé údaje ponúka informatívnym spôsobom Graf 1.

Graf 1 Deskripcia výskumnej vzorky z hľadiska diagnostikovania onkologickej choroby



Tab. 1 Spearmanov korelačný koeficient – súvislosti medzi dimenziami osobnostných charakteristík onkologicky chorých respondentov a respondentiek a ich stratégiami zvládania záťaže

		NERVOZITA	DEPRESIVITA	VZRUŠIVOSŤ	DRUŽNOSŤ	MIERNOSŤ	ZDRŽANLIVOSŤ	OTVORENOSŤ
Podhodnotenie	r	-0,207**	-0,081	-0,021	0,284**	0,371**	-0,257**	0,006
	p(α)	<0,001	0,164	0,722	<0,001	<0,001	<0,001	0,917
Odmietanie viny	r	-0,037	0,008	0,039	0,036	0,05	-0,047	-0,017
	p(α)	0,523	0,897	0,498	0,538	0,391	0,42	0,765
Odklon	r	-0,067	-0,049	-0,03	0,177**	0,224**	-0,027	-0,03
	p(α)	0,251	0,401	0,604	0,002	<0,001	0,638	0,609
Náhradné uspokojenie	r	0,053	0,059	0,173**	0,202**	0,169**	-0,029	0,009
	p(α)	0,358	0,313	0,003	<0,001	0,003	0,613	0,873
Potreba sociálnej opory	r	0,249**	0,207**	0,201**	<0,001	-0,039	0,172**	0,119*
	p(α)	<0,001	<0,001	<0,001	0,99	0,504	0,003	0,04
Úniková tendencia	r	0,274**	0,489**	0,530**	-0,191**	-0,116**	0,292**	0,368**
	p(α)	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,046	<0,001	<0,001
Perseverácia	r	0,352**	0,298**	0,249**	-0,131*	-0,271**	0,322**	0,170**
	p(α)	<0,001	<0,001	<0,001	0,023	<0,001	<0,001	0,003
Kontrola situácie	r	-0,017	-0,018	0,012	0,228**	-0,072	-0,072	0,120*
	p(α)	0,767	0,76	0,830	<0,001	0,218	0,218	0,039
Kontrola reakcií	r	-0,078	-0,037	0,012	0,224**	0,216**	-0,109	0,016
	p(α)	0,177	0,525	0,831	<0,001	<0,001	0,06	0,789
Vyhýbanie sa	r	-0,089	-0,012	0,036	0,163**	0,113	0,001	0,023
	p(α)	0,125	0,83	0,537	0,005	0,051	0,985	0,691

Na základe štatistického spracovania (Tab. 1) možno konštatovať, že existujú súvislosti medzi vybranými dimenziami osobnostných charakteristík onkologicky chorých respondentov a respondentiek a ich stratégiami zvládania záťaže, ktoré preferujú v rôznej miere.

Štatisticky významné pozitívne korelácie sa preukázali v súvislosti medzi dimenziou osobnostnej charakteristiky Nervozita a stratégiami zvládania záťaže Pohodnotenie, Potreba sociálnej opory, Úniková tendencia, Perseverácia. Vychádzajúc zo znázornených výsledkov v Tab. 3 možno predpokladať, že čím viac je možné onkologicky chorých respondentov a respondentky charakterizovať ako jedincov, ktorí sú podráždenejší, nepokojnejší, vyčerpanejší (*dimenzia Nervozita*), tým je pravdepodobnejšie, že si pri pociťovaní záťaže v porovnaní s ostatnými prisudzujú menšiu mieru záťaže (*stratégia Podhodnotenie*), majú vo väčšej miere tendenciu vyviaznúť zo záťažovej situácie (*stratégia Úniková tendencia*), prípadne sa nedokážu myšlienkovodopútať od záťažovej situácie (*stratégia Perseverácia*) a zároveň majú pranie zaistiť si sociálnu oporu a pomoc (*stratégia Potreba sociálnej opory*).

Štatisticky významné pozitívne korelácie sa preukázali medzi osobnostnou charakteristikou Depresivita a stratégiami zvládania záťaže Potreba sociálnej opory, Úniková tendencia, Perseverácia. Možno predpokladať, že čím viac onkologicky chorí respondenti a respondentky pociťujú nepokoj, majú pocity menejcennosti, pocity viny (*dimenzia Depresivita*), tým viac majú pranie zaistiť si sociálnu oporu a pomoc (*stratégia Potreba sociálnej opory*), vo väčšej miere sa nedokážu myšlienkovodopútať od prežívannej záťaže (*stratégia Perseverácia*) a je možné konštatovať, že majú vo väčšej miere snahu vyviaznúť zo záťažovej situácie (*stratégia Úniková tendencia*).

Medzi dimenziou osobnostnej charakteristiky Vzrušivosť a stratégiami zvládania záťaže Náhradné uspokojenie, Potreba sociálnej opory a Perseverácia sa preukázal pozitívny vzťah, na základe ktorého možno predpokladať, že čím viac respondenti a respondentky pociťujú dráždivosť, napätie, netrzeplivosť či nízku frustračnú toleranciu (*dimenzia Vzrušivosť*), tým viac sa snažia obrátiť k pozitívnym aktivitám/situáciám (*stratégia Náhradné uspokojenie*), napriek tomu, že sa nedokážu myšlienkovodopútať od záťažovej situácie (*stratégia Perseverácia*) a majú snahu zaistiť si sociálnu oporu a pomoc (*stratégia Potreba sociálnej opory*).

Štatisticky významný pozitívny vzťah medzi osobnostnou dimenziou Vzrušivosť a stratégiou Úniková tendencia predstavuje koreláciu, na základe ktorej môžeme konštatovať, že čím viac majú respondenti a respondentky pocity napätia, dráždivosti, netrzeplivosti (*dimenzia Vzrušivosť*), tým viac majú snahu vyviaznúť zo záťažovej situácie (*stratégia Úniková tendencia*).

Z pohľadu najväčšej frekvencie výskytu štatisticky významnej súvislosti Tab. 3 predstavuje osobnostnú dimenziu Družnosť v pozitívnej korelácii so stratégiami zvládania Podhodnotenie, Odklon, Náhradné uspokojenie, Kontrola situácie, Kontrola reakcií, Vyhybanie sa. Na základe vybraných výsledkov možno predpokladať, že čím viac majú onkologicky chorí respondenti a respondentky potrebu kontaktu, sú zhovorčiví, pohotoví, družní (*dimenzia Družnosť*), tým viac si prisudzujú menšiu mieru záťaže (*stratégia Podhodnotenie*), vyhľadávajú pozitívne aktivity (*stratégia Náhradné uspokojenie*), analyzujú danú situáciu, plánujú a uskutočňujú konanie za účelom kontroly a riešenia záťaže (*stratégia Kontrola situácií*), snažia sa zaistiť kontrolu vlastných reakcií (*stratégia Kontrola reakcií*) a snažia sa zamedziť pociťovanej záťaži alebo sa snažia „prikloniť“ k situáciám inkompatibilným so záťažou (*stratégia Vyhybanie sa, Odklon*).

Štatistické spracovanie prináša v oblasti osobnostnej dimenzie Družnosť aj negatívnu koreláciu so stratégiami zvládania Úniková tendencia, Perseverácia. Na základe týchto zistení je možné predpokladať, že čím viac majú respondenti a respondentky potrebu kontaktu, čím viac sú zhovorčiví, pohotoví (*dimenzia Družnosť*), tým menej majú tendenciu vyhýbať sa záťažovej situácii (*stratégia Úniková tendencia*) a dokážu sa myšlienkovodopútať od

pocitovanej záťaže (*stratégia Perseverácia*²⁹), čo dopĺňa obraz spomínaných pozitívnych korelácií medzi osobnostnou dimenziou Družnosť a vybranými stratégiami zvládania záťaže.

Štatisticky významná pozitívna korelácia sa preukázala aj medzi osobnostnou dimenziou Miernosť a stratégiami zvládania Pohodnotenie, Odklon, Kontrola reakcií. Možno predpokladať, že čím viac respondenti a respondentky pociťujú sebadôveru, sú optimistickí (*dimenzia Miernosť*), tým viac majú tendenciu vyhľadávať situácie inkompatibilné so záťažou (Odklon), v porovnaní s ostatnými si prisudzujú menšiu mieru stresu (*stratégia Podhodnotenie*), a snažia sa zaistiť alebo udržať kontrolu vlastných reakcií (*stratégia Kontrola reakcií*).

Slabá pozitívna korelácia sa preukázala medzi dimenziou Miernosť a stratégiou zvládania Náhradné uspokojenie. V tomto kontexte možno predpokladať, že čím viac respondenti a respondentky vyhľadávajú pozitívne aktivity/situácie (*stratégia Náhradné uspokojenie*), tým viac pociťujú sebadôveru, sú optimistickí (*dimenzia Miernosť*).

Negatívna slabá korelácia sa preukázala medzi osobnostnou dimenziou Miernosť a stratégiou zvládania Úniková tendencia. Možno predpokladať, že čím viac sú respondenti a respondentky optimistickjší, pociťujú sebadôveru (*dimenzia Miernosť*), tým menej majú únikovú tendenciu zo záťažovej situácie.

Negatívna korelácia sa preukázala medzi osobnostnou dimenziou Miernosť a stratégiou zvládania záťaže Perseverácia. Možno predpokladať, že čím sú respondenti a respondentky optimistickjší, čím viac pociťujú sebadôveru (*dimenzia Miernosť*), tým viac sa dokážu myšlienково odpútať od danej záťažovej situácie (*stratégia Perseverácia*³⁰).

Na základe štatistického spracovania sa preukázal slabý pozitívny vzťah medzi osobnostnou dimenziou Zdržanlivosť a stratégiou zvládania Potreba sociálnej opory. Z konkrétného údaju je možné predpokladať, že čím viac respondenti a respondentky pociťujú hanblivosť, rozpaky, nepokoj, neistotu v rozhodovaní, bojajlivosť (*dimenzia Zdržanlivosť*), tým viac majú pranie zaistiť si sociálnu oporu a pomoc (*stratégia Potreba sociálnej opory*).

Stredne silná negatíva korelácia sa preukázala medzi osobnostnou dimenziou Zdržanlivosť a stratégiou zvládania Podhodnotenie. Možno predpokladať, že čím viac sú respondenti a respondentky hanblivejší, zdržanlivejší v kontakte s inými, neistí v rozhodovaní a pod. (*dimenzia Zdržanlivosť*), tým si prisudzujú väčšiu mieru stresu a záťaže v porovnaní s ostatnými (*stratégia Podhodnotenie*³¹).

Pozitívna stredne silná korelácia so štatistickou významnosťou sa preukázala medzi osobnostnou dimenziou Zdržanlivosť a stratégiami zvládania Úniková tendencia a Perseverácia. Možno predpokladať, že čím viac sú respondenti a respondentky hanblivejší, nepokojní, neistí v rozhodovaní, bojajliví (*dimenzia Zdržanlivosť*), tým viac majú tendenciu unikáť zo záťažovej situácie – riešiť ju priamo (*stratégia Úniková tendencia*) a nedokážu sa vo väčšej miere myšlienково odpútať od daného problému (*stratégia Perseverácia*).

Štatisticky významná slabá korelácia sa preukázala medzi osobnostnou dimenziou Otvorenosť a stratégiami zvládania Potreba sociálnej opory, Perseverácia, Kontrola situácie. Možno predpokladať, že čím sú onkologicky chorí respondenti a respondentky sebakritickejší alebo majú až bezstarostný postoj (*dimenzia Otvorenosť*), napriek tomu tým viac majú pranie zaistiť si sociálnu oporu a pomoc (*stratégia Potreba sociálnej opory*), nedokážu sa

²⁹; ²⁹ Perseverácia je definovaná ako stratégia zvládania záťaže – nedokázať sa myšlienково odpútať od záťažovej situácie a pod. Pri negatívnej korelácii sa preto formulácia definície Perseverácie stáva kladnou (dokáže sa myšlienково odpútať od záťažovej situácie a pod.)

³¹ Podhodnotenie je definované ako stratégia zvládania záťaže – v porovnaní s ostatnými si jedinec prisudzuje menšiu mieru záťaže a stresu. Pri negatívnej korelácii sa preto formulácia definície Podhodnotenie stáva negatívnou („...prisudzuje väčšiu mieru záťaže a stresu“.)

myšlienkovy odpútať od prežívanej záťaže (*stratégia Perseverácia*) a snažia sa zaistiť alebo udržať kontrolu vlastných reakcií (*stratégia Kontrola reakcií*).

Stredne silná pozitívna korelácia sa preukázala medzi osobnostnou dimenziou Otvorenosť a stratégiou zvládania Úniková tendencia. Na základe štatisticky významného výsledku je možné predpokladať, že čím viac sú respondenti a respondentky sebakritickejšie (*dimenzia Otvorenosť*), tým viac majú tendenciu unikať zo záťažovej situácie – neriešiť ju priamo (*stratégia Úniková tendencia*).

Záver

V oblasti výskumu sme sa zamerali predovšetkým na skúmanie preferovaných stratégií zvládania záťažových situácií u osôb s onkologickými chorobami. Výskumné zistenia prezentujú respondentov ako jedincov, ktorí napriek závažnej životnej situácii, vo väčšej miere využívajú efektívne stratégie zvládania. Prepojením zvolených štatisticky významných výsledkov sa dá konštatovať, že napriek preferovaniu efektívnych stratégií zvládania záťaže u onkologicky chorých respondentov a respondentiek, dominujú osobnostné dimenzie, ktoré reflektujú charakteristiky ako Nervozita a Zdržanlivosť. Možno predpokladať, že výskumná vzorka predstavuje respondentov a respondentky, ktorých choroba mobilizovala k využívaniu efektívnych stratégií zvládania vo väčšej miere ako respondentov a respondentky bez onkologickej diagnózy. Zároveň možno predpokladať, že samotná choroba a náročné situácie s ňou spojené majú vplyv na osobnosť respondentov a respondentiek, u ktorých dominujú dimenzie osobnostných charakteristík poukazujúce na pocity bezmocnosti. Ako opodstatnené sa ukazuje skúmanie problematiky sociálnej opory, ktorej potreba sa u respondentov odzrkadľuje.

Zoznam bibliografických odkazov

- HALACHOVÁ, M a E. ŽIAKOVÁ, 2016. Zvládanie záťažových situácií v kontexte kyberšikanovania. In: ŽIAKOVÁ, E. ed. *PODOBY VNÚTORNÝCH I VONKAJŠÍCH FAKTOROV ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE Z POHLADU TEÓRIE I PRAXE SOCIÁLNEJ PRÁCE*. 4. ročník Košických dní sociálnej práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Košice: Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, s. 111-117. ISBN 978-80-8152-405-9.
- JANKE, W. a G. ERDMANNOVÁ, 2003. *Strategie zvládání stresu – SVF 78*. Praha: Testcentrum. ISBN 80-86471-24-1.
- KOLLÁRIK, T., E. POLIAKOVÁ a A. RITOMSKÝ, 1984. *Freiburský osobnostný dotazník*. Bratislava: Psychodiagnostika.
- LEVINE, C. et. al., 2010. Bridging Troubled Waters: Family Caregivers, Transitions, and Long-term Care. *Health Aff (Millwood)* [online]. **29**(1), 116-24 [cit. 2016-11-11]. ISSN 0278-2715. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20048369>
- SHIELDS, C. G., et. al., 2012. Couple and Family Interventions in Health Problems. *Journal of Marital and Family Therapy* [online]. **38**, 265–280 [cit. 2017-3-24]. ISSN 0194-472X. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22283390>

Kontakt na autorky

Mgr. Antónia Sabolová Fabianová, PhD., IESP UNIPO, 17. novembra 1 Prešov, e-mail: sabolova.antonina@gmail.com

Mgr. Tatiana Žiaková, PhD., Katedra sociálnej práce, FF UPJŠ, Moyzesova 9, 040 59 Košice, e-mail: tatiana.ziakova@gmail.com

Premeny rizikového správania v kontexte sociálnych dôsledkov – problematické používanie internetu a jeho sociálne súvislosti

The Changes of the Risk-taking Behavior in the Context of Social Consequences – the Problematic Internet Use and Its Social Correlates

Vladimír Lichner (SK)

Abstrakt

Príspevok sa primárne zameriava na relatívne novú formu rizikového správania – problematické používanie internetu v kontexte jeho sociálnych dôsledkov. So zmenami spoločenského vývoja sa menia formy a spôsoby medziľudskej interakcie, čoho dôsledkom sú i zmeny vo formách a spôsoboch rizikového správania. Okrem teoretického vymedzenia tejto formy správania vrátane príčin a následkov, sa empiricky zameriava na overenie jeho možných sociálnych dôsledkov. Tie boli identifikované prostredníctvom fenoménu patologického zanedbávania povinností, teda prokrastinácie ako i prostredníctvom vplyvu na sociálne zručnosti u cieľovej skupiny adolescentov. Výsledky empirického overovania indikujú, že u respondentov môžeme pozorovať výskyt sociálnych dôsledkov, ktoré môžu byť pripísané práve správaniu na internete, ktoré môžeme považovať za sociálne rizikové.

Kľúčové slová

Problematické používanie internetu. Prokrastinácia. Sociálne zručnosti.

Abstract

The article focuses primarily on a relatively new form of risk behavior – the problematic internet use, in the context of its social implications. Changes in the social development change the forms and methods of interpersonal interaction, which also results in changes in forms and ways of risk behaviors. In addition to the theoretical definition of this form of behavior, including its causes and consequences, it empirically focuses on verifying its possible social consequences. The authors identified through the phenomenon of pathological neglect, ie procrastination as well as through the impact on social skills in the target group of adolescents. The results of empirical verification indicate that respondents can see the occurrence of social consequences that can be attributed to behavior on the Internet that we can consider to be socially risky.

Keywords

Problematic internet use. Procrastination. Social skills.

Úvod

V posledných desaťročiach sme svedkami prudkého spoločenského vývoja. V oblasti vedeckých teórií je tento trend jednoznačne pomenovaný prostredníctvom zmien vo vedeckých paradigmách vysvetľujúcich jednotlivé oblasti vývoja sveta i týchto disciplín. Okrem iného, významným vývojom prechádza i vnímanie a vysvetľovanie sveta, ktoré je ovplyvnené významným rozvojom poznania, ako i výrazným rozvojom prostriedkov, ktoré slúžia pre základnú medziľudskú interakciu. Tento trend je prítomný nielen v pozitívnych oblastiach života spoločnosti, ale je jednoznačne pozorovateľný i pri rozvoji negatívnych stránok života. Postupné zmeny paradigiem tak vnímame v každej oblasti, ktorej sa týka deviantné správanie, nevynímajúc rizikové formy správania. Kým tradičné formy rizikového správania u adolescentov, ako užívanie alkoholu, fajčenie, či iné formy, postupne vo svojom výskyte stagnujú, objavujú sa novodobé formy, ktoré majú jednoznačne stúpajúci trend. V jednej z týchto oblastí sa stretávame s problematickým používaním internetu, ktoré narastá s postupným nárastom používania moderných technológií (Šiňanská, Žiaková 2014). Okrem

pozitívnych stránok tak vnímame i sociálne dôsledky, ktoré sú z hľadiska dôsledkov na jednotlivca významné.

Internet predstavuje moderný komunikačný prostriedok, využívaný v každodennej praxi. Neustále sa integruje do rôznych aspektov spoločnosti, vrátane práce, vzdelávania, poskytovania služieb, komunikácie a spoločenských aktivít (Sabolová Fabianová 2017). Uľahčuje zvládanie rýchleho životného tempa, urýchlňuje procesy a skracuje vzdialenosti medzi ľuďmi. Je nevyčerpatelným zdrojom informácií. Ako uvádzajú Tóthová a Žiaková (2017) internet v súčasnosti ponúka nové spôsoby vytvárania sociálnych vzťahov medzi ľuďmi, predstavuje priestor pre alternatívne formy sociálnej opory a možnosť stať sa a zostať aktívnym členom spoločnosti. Zásadným spôsobom mení a uľahčuje komunikáciu a poskytuje množstvo zábavy. V posledných rokoch však moderná technika ukazuje ľudstvu aj svoj opačný rozmer a produkuje problémy. Situáciu zhoršuje fakt, že virtuálne médiá sú vnímané ako základný štandard, prirodzená súčasť života, samozrejmosť a niekedy aj ako nevyhnutnosť, či priamo vyžadovaná schopnosť človeka ovládať prácu s nimi.

Virtuálne prostredie internetu je prostredím bez hraníc a bez zábran. Odstraňuje geografické bariéry, ale vytvára bariéry v priamom sociálnom kontakte medzi mladými ľuďmi. Komunikácia na internete saturuje také potreby, ktoré adolescent primárne uspokojoval prostredníctvom reálnej sociálnej komunikácie a interakcie. Umožňuje experimentovanie s vlastnou identitou, čo môže byť v období adolescence obzvlášť nebezpečné práve z dôvodu, že adolescent si v rovnakom čase svoju identitu tvorí. Strata kontroly nad aktivitami a časom stráveným na internete sú faktormi signalizujúcimi rizikové správanie na internete, ktoré môže v konečnom dôsledku viesť k neželaným zmenám správania adolescentov v reálnom živote a zmenám v ich sociálnych spôsobilostiach. Aj fenomén prokrastinácie, ako tendencie odkladať realizáciu dôležitých úloh na neskôr, je vnímaný ako sociálne dysfunkčný spôsob plnenia si svojich povinností v prípade, že táto tendencia vplýva na výkonnosť a konečný výsledok práce.

Základné charakteristiky problematického používania internetu ako novodobej formy rizikového správania

Fernándezová Coellová (2005, in: Escandón, Gálvez 2012) tvrdí, že návykovosť či závislosť je ľudskej prirodzenosti výlučná a vlastná. Spojitosťou je silná túžba po existenciálnom uspokojení, ktorú sa človek pokúša vedome či pudovo naplniť. Marks (1990, in: Sejčová 2011) hovorí o presvedčení ľudí o tom, že pojem závislosť by mal byť aplikovaný len v prípade užívania chemických látok. Menej často je označenie závislosť dané aj behaviorálnym excesom, kde cieľom nie je vonkajšia substancia. Preto môžu byť nazývané tiež nonchemickými alebo behaviorálnymi závislosťami.

Podľa Escandóna a Gálveza (2012) sú netoxickými závislosťami, ktoré vytvárajú psychickú, neskôr aj fyzickú závislosť nebezpečne podobajúcu sa na závislosť od drog. V súvislosti s novodobými závislosťami je potrebné uvažovať predovšetkým o vzniku psychickej závislosti. Sú často spájané s nutkavými a impulzívnymi poruchami kvôli existencii rady podobností v základných charakteristikách oboch skupín. (Fischer, Škoda 2014). Podľa Benkoviča (2007, in: Fischer, Škoda 2014) ide o nasledujúce charakteristiky:

- túžba (craving – baženie) po príjemných zážitkoch a zaujatosť týmito činnosťami;
- preferencia týchto činností pred inými aktivitami, záujmami či povinnosťami;
- problémy s kontrolou v jednotlivých činnostiach, zvyšovanie intenzity, frekvencie a dĺžky trvania času týmito činnosťami;
- pokračovanie v týchto činnostiach napriek závažným dôsledkom (ekonomickým, spoločensko-sociálnym, rodinným, pracovným, fyzickým).

Napriek tomu, že odborníci si stále nie sú istí, či ide o skutočnú diagnózu a formu závislosti, poznáme sedem hlavných symptómov, ktoré priamo poukazujú na rozvinutie IAD (Kariková 2011, s. 156).

1. Strata kontroly nad časom. Čas strávený pri obrazovke ide na úkor iných aktivít, ktoré boli doposiaľ pre neho typické.
2. Klamstvo. Postihnutý nehovorí pravdu o čase strávenom na internete.
3. Zmena psychického stavu. Objavuje sa nekontrolovateľný nepokoj, nespavosť, zvýšená nervozita, nesústredenosť, dekoncentrácia.
4. Zmena osobnosti. Postihnutý žije dvojité život niekedy až schizofrenického typu, pretože sa prostredníctvom internetu stáva niekým iným, ako v skutočnosti je..
5. Emocionálna nestabilita. Pocit šťastia spojený so zasadnutím za počítač a pripojením sa na internet striedajú pocity viny.
6. Zúfalstvo. Postihnutý reaguje mimoriadne podráždene aj na minimálny podnet. Je zúfalý, ak z nejakej príčiny nemôže tráviť čas za počítačom.
7. Fixácia. Počítač a pripojenie na internet sú pre postihnutého dôležitejšie ako akákoľvek súkromná, školská alebo pracovná záležitosť.

V súčasných štúdiách o problematickom používaní internetu Benkovič (2007, in: Kopuničová 2012, s. 174) zdôrazňuje tri elementy:

- „osobnostné elementy – nízka sebadôvera, rysy introverzie a deficit v medziľudských/interpersonálnych spôsobilostiach;
- sociálne prvky – nízka sociálna opora;
- prvky súvisiace s internetom – nadmerné používanie internetu, rýchle a ľahké pripojenie na internet a vysoké schopnosti v užívaní internetu.“

Príčiny a dôsledky závislosti na internete

Interpersonálna teória Sullivana etiológie závislostného správania vychádza z predpokladu neoddeliteľnosti každého človeka od medziľudských vzťahov, v ktorých žije a jeho osobnosť je z povahy týchto vzťahov odvodená. Zameriava sa na sociálnu úzkosť a podľa jeho predpokladov hladina úzkosti jedinca je priamoúmerná úzkosti osôb, ktorých starostlivosť bol jedinec v detstve vystavený. (Kolibová 2013)

Rizikové správanie môže byť zapríčinené multifaktoriálne. Ševčíková a Lovašová (2016) ako príčiny vzniku rizikového správania vo všeobecnosti považujú primárne maladaptívne stratégie zvládania záťaže a nedostatočnú sociálnu oporu.

Podľa kognitívno-behaviorálnej teórie problémového používania internetu, navrhutej Davisom (2001, in: Kolibová 2013) využívanie internetu poskytuje okamžitú odmenu s minimálnym oneskorením a predpokladá, že závislostné správanie na internete má dva druhy príčin:

- vzdialené (psychopatologická dispozícia; situačné podnety – posilnenie v dôsledku pozitívnych emócií ako reakcií na používanie internetových aplikácií) a
- blízke (maladaptívne myslenie – kognitívne distorzie v zmysle sebahodnotenia, sebaopochybovania a negatívneho sebahodnotenia; sociálnu izoláciu; nedostatok sociálnej opory).

Treťou teóriou etiológie závislostného správania na internete, ktorá vychádza z výsledkov mnohých výskumov zameraných na sociálne spôsobilosti je teória deficitov sociálnych spôsobilostí podľa Caplana (Kolibová 2013). Caplan (2005, in: Vondráčková, Vacek 2009) uvádza riziko vzniku závislostného správania u osôb s psychosociálnymi problémami (najčastejšie trpiacimi osamelosťou, depresiou, sociálnou úzkosťou). V ich dôsledku vnímajú vlastné sociálne kompetencie negatívnejšie a preferujú sociálne interakcie cez internet. Majú pocit, že online komunikácia je pre ne menej ohrozujúca, umožňuje im väčšiu kontrolu nad informáciami, ktoré o sebe prezradia a flexibilnú seba prezentáciu.

Preferencia online medziľudských kontaktov vedie k nadmerným a kompulzívnym online sociálnym interakciám, ktoré na druhej strane zhoršujú ich sociálne kompetencie a vedú k vzniku problémov doma, v zamestnaní alebo v škole.

Šebeňová (2001, in: Sejčová 2011) za príčiny vzniku závislosti od internetu považuje: pocit vzrušenia, redukciu tenzie, nový pocit identity, vyhľadávanie spoločnosti, biologické aspekty, psychické problémy, rodinnú situáciu.

Youngová (1998, in: Kolibová 2013), zakladateľka Centra pre internetovú závislosť v USA, poukazuje na to, že porucha spôsobuje rovnaký typ sociálnych problémov ako iné závislosti bez spôsobenia rovnakého typu fyzických ťažkostí. Autorka uvádza aj sociálne problémy, ako niektoré z jej dôsledkov:

- strata kontroly užívateľa pri používaní internetu;
- abstinenčné príznaky – nervozita, agresivita, podráždenosť;
- sociálna izolácia postihnutého jedinca;
- rodinné i pracovné konzekvencie;
- manželské problémy;
- zlyhanie v škole, v práci a v rodine. (Reilly 1996, in: Sejčová 2011; Youngová 1998, in: Kolibová 2013)

Medzi závažné dôsledky, ktoré vyplývajú zo závislosti na internete Youngová (1998, in: Kolibová 2013) ďalej radí stratu vnímania času, uplatňovanie internetových riešení v živote, zmenšený priestor pre interpersonálnu komunikáciu v reálnom živote, ochudobnenie medziľudských kontaktov, ktorá vedie k postupnej izolácii.

Podľa Šebenovej (2001, in: Sejčová 2011) závislosť na internete spôsobuje zmeny vo fyzickej oblasti; neprijemné pocity a depresiu; únik z reality; osamelosť; anonymitu; pocit moci; náhradný regulačný mechanizmus; problémy v práci. Viacerí autori zdôrazňujú hlavne psychosociálne dôsledky ako frustráciu, depresívnosť, osamelosť, sociálnu úzkosť a sociálnu disinhibíciu. Závislosť na internete negatívne vplyva na rodinný a spoločenský život, vedie k poruche fungovania v práci a k zlým študijným výsledkom. (Davis 2002, in: Kolibová 2013)

Z hľadiska výskumného zámeru, ktorý bol realizovaný a je prezentovaný v tomto príspevku, sú pre nás najdôležitejšie sociálne dôsledky, ktoré môže takéto správanie mať. A to konkrétne sociálne spôsobilosti, ktoré môžu byť na základe problematického používania internetu výrazne zasiahnuté. Konkrétne máme na mysli niekoľko dimenzií, medzi ktoré patria rovesnícke vzťahy, sebaregulačné mechanizmy, sebaapresadzovanie a iné. Okrem uvedeného nás zaujíma i odkladanie vlastných, v kontexte s cieľovou skupinou konkrétne akademických povinností. Hovoríme o prokrastinácii, ktorá je definovaná ako sebaznevýhodňujúce správanie, ktoré vedie k časovým stratám, nízkemu výkonu a zvýšenému prežívaniu stresu (Chu, Choi 2005). Blunt a Pynchyl (1998, in: Chu, Choi 2005) zistili, že prokrastinácia je fenomén, ktorý chronicky ovplyvňuje podstatnú časť dospelých rovnako, ako aj vysokoškolských študentov. Školské prostredie je typickým prostredím, kde je prirodzene vytváraný tlak na plnenie si povinností v stanovených termínoch a kde bol zaznamenaný najvyšší výskyt prokrastinácie (Steel 2007, in: Schweigerová, Slávkovská 2015). Akademická prokrastinácia je považovaná za špecifickú, vzťahuje sa k akademickému prostrediu a k úlohám, ktoré súvisia so štúdiom. Zahŕňa odsunutie akademických činností (úloh) napriek vedomiu negatívnych následkov. (Aremu, Williams, Adesina 2011, in: Schweigerová, Slávkovská 2015) Pynchyl, Lee, Thibodeau, Blunt (2000, in: Steel 2007) tvrdia, že študenti sa viac ako v jednej tretine svojich denných aktivít venujú prokrastinácii, ktorá má podobu spania, hrania sa, alebo sledovania televízie. Tice a Baumeister (1997, in: Chu, Choi 2005) uvádzajú, že univerzitní študenti, ktorých prokrastinácia dosiahla vysoko hodnotené skóre dostávali nielen zlé známky, ale uvádzali tiež vysokú úroveň napätia (stresu) spolu so zlým sebahodnotením zdravia. Práve toto odkladanie povinností považujeme za dôležité i z hľadiska možných korelácií s problematickým používaním internetu, ktorého jedným

z diagnostických kritérií je baženie ako i odkladanie svojich povinností na neskôr v dôsledku internetových aktivít.

Sociálne dôsledky problematického používania internetu – empirické overovanie

Nasledujúca časť sa orientuje na deskripciu výskumu, ktorý sa orientoval najmä na overovanie sociálnych dôsledkov novodobej formy rizikového správania – problematického používania internetu v cieľovej skupine adolescentov. Okrem sociálnych dôsledkov sme sa zameriavali na preferované aktivity na internete.

Výskumný súbor a použité metódy

Výskumný súbor nášho výskumu tvorilo 200 respondentov – adolescentov vo veku 13 – 24 rokov, ktorí boli pre výskum oslovení prostredníctvom príležitostného výberu. Hornú hranicu sme zvolili na základe viacerých teoretických analýz (Macek 2003; Vágnerová 2008; Langmeier, Krejčířová 2006).

V rámci rodového rozloženia, vo výskumnom súbore prevládali ženy (103 žien, 97 mužov) študujúcich na stredných odborných (n=107) a vysokých školách (n=93). Z hľadiska veku, najviac respondentov bolo vo veku 16-18 rokov (n=89, 44,5%), 22-24 rokov (n=66, 33%), 19-21 rokov (n=29, 14,5%), a nakoniec 13-15 rokov (n=16, 8%).

Výskumný zámer bol realizovaný prostredníctvom dotazníkovej batérie pozostávajúcej zo štyroch metodík doplnených o metodiku orientovanú na demografické charakteristiky.

TPS – Tuckman Procrastination Scale, vyvinutá v roku 1991 (in McCloskey 2011; Cao 2012) je metodika orientovaná na identifikáciu tendencie prokrastinovať, čiže zámerne plytvanie časom, oneskorenie, či odkladanie dôležitých povinností na neskôr. Ide o 16-položkovú sebaopisovú škálu, pričom pôvodne bola určená pre akademických účastníkov a orientovaná na zisťovanie akademickej prokrastinácie. Na jednotlivé položky majú respondenti možnosť odpovedať na 4-bodovej škále Likertovho typu. Pôvodná metodika vykázala dobrú vnútornú konzistenciu $\alpha = 0,86$, v našom výskume nadobudla reliabilita uspokojivú hodnotu $\alpha = 0,83$.

PRIUSS – The Problematic and Risky Internet Use Screening Scale (Jelenchick et al. 2014) je nástroj pre identifikáciu problematického používania internetu u adolescentov a mladých dospelých. Pozostáva z 18 položiek na ktoré respondent odpovedá prostredníctvom 5 bodovej Likertovej škály. Prostredníctvom odpovedí je možné identifikovať 3 subškály identifikujúce problematické používanie, a to sociálne dôsledky (komunikačné ťažkosti a socializačné problémy v režime offline vrátane ťažkostí s vytváraním a udrжанím vzťahov); emocionálne dôsledky (ako maladaptívna psychologická súvislosť spojená s využívaním internetu); rizikové a impulzívne používanie internetu (neschopnosť obmedziť čas strávený využívaním internetu a jeho zásah do každodenného života). Reliabilita jednotlivých subškál pôvodného dotazníka dosahovala uspokojivé hodnoty 0-88 – 0,90. V prípade nášho výskumu nadobudla reliabilita prostredníctvom Cronbachovho koeficientu α pre jednotlivé faktory hodnoty 0,74 – 0,83.

IAT – Internet Addiction Test, v skrátenej verzii s-IAT (Pawlikowski, Alstotter-Gleich, Brand 2013) je metodika pre zachytávanie problematického používania internetu. Obsahuje 12 položiek, ktoré respondent hodnotí na 5 bodovej škále Likertovho typu prostredníctvom ktorej je možné identifikovať závažnosť správania respondenta na internete v kontexte dôsledkov (bezproblémové používanie, mierne problémy s ovládaním správania, ťažké problémy s ovládaním). Okrem toho je možné identifikovať ďalšie 2 faktory v správaní (strata kontroly vs. ovládanie času pripojenia, túžba, baženie a sociálne

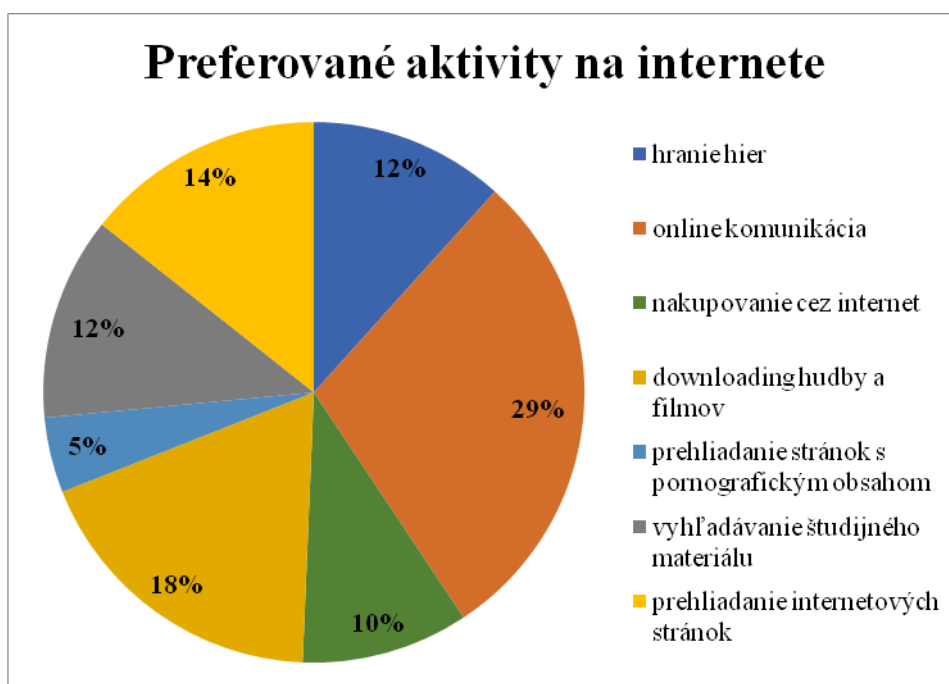
problémy spojené s internetom). Dotazník dosahuje dobré psychometrické vlastnosti a dobré hodnoty reliability prostredníctvom Cronbachovho koeficientu alfa (0,83-0,9 v pôvodnom výskume, 0,80-0,87 v nami realizovanom výskume).

SSI – SocialSkillsInventory (Riggio, Carney 2007, in: Riggio, Reichard 2008), teda Inventár sociálnych spôsobilostí je sebaopisová škála pozostávajúca z 90 položiek, ktoré zachytávajú základné komunikačné spôsobilosti respondentov prostredníctvom 5 bodových škál Likertovho typu. Konkrétne ide o expresivitu, senzitivitu a kontrolu emocionálnych a sociálnych informácií u seba a ostatných, ktoré komplexne vyjadrujú mieru sociálnej inteligencie u respondenta. Vnútorňá konzistencia jednotlivých subškál dosahovali v pôvodnom dotazníku uspokojivé hodnoty ($\alpha = 0,67-0,89$, v našom výskume 0,48-0,80 pre jednotlivé subškály, pre celý dotazník 0,88 v originálnej metodike a 0,80 v našom výskume).

Ďalšie otázky boli autorské a orientovali sa na zistenie základných demografických charakteristík výskumného súboru, charakter používania internetu, preferované aktivity na internete, ako i ďalšie premenné týkajúce sa používania internetu u respondentov.

Interpretácia výsledkov výskumu

Prostredníctvom dotazníka sme sa zameriavali na preferované aktivity, ktoré respondenti na internete vykonávajú. Najpreferovanejšou aktivitou je online komunikácia (teda komunikácia prostredníctvom sociálnych sietí. Konkrétne výsledky preferovaných aktivít reprezentuje nasledujúci Graf.



Z hľadiska preferovaných aktivít je možné predpokladať i rodové rozdiely v preferovaných aktivitách u respondentov. Tie sa v ďalšej analýze výsledkov potvrdili. Aktivity ako hranie hier, sťahovanie hudby a filmov a prehliadanie stránok s pornografickým obsahom signifikantne viac realizujú muži oproti tomu, nakupovanie cez internet, vyhľadávanie študijných materiálov, či online komunikáciu signifikantne viac realizujú ženy. Ostatné činnosti boli rodovo vyvážené, resp. neboli zaznamenané signifikantné rozdiely v týchto aktivitách.

Z hľadiska konkrétnych sociálnych dôsledkov problematického používania internetu sme sa v prvom rade orientovali na patologické zanedbávanie najmä školských povinností. Orientovali sme sa teda na úroveň akademickej prokrastinácie u respondentov prostredníctvom dotazníka TPS. Pre spracovanie sme respondentov rozdelili podľa rizikovosti ich správania na tých, ktorí vykazujú určité známky rizikového správania a tých, ktorí takéto správanie nevykazujú. Tu sme predpokladali, že rizikové správanie štatisticky významne súvisí s akademickou prokrastináciou.

Aritmetický priemer nerizikových adolescentov v miere prokrastinácie nadobudol hodnotu 41,42 (SD=7,621). Pre adolescentov vykazujúcich rizikové správanie na internete išlo o hodnotu 37,41 (SD=7,119). Hladina významnosti $p(\alpha)=0,003^{**}$ hovorí o štatisticky významných rozdieloch medzi týmito dvoma skupinami adolescentov v tendenciách mladých ľudí odkladať svoje povinnosti na neskôr. Aritmetický priemer, naznačuje smer tejto tendencie, ktorá klesá spolu so stúpajúcim vykazovaním rizikového správania na internete.

Tab. 1 Rozdiely v miere zanedbávania školských povinností podľa rizikového používania internetu

premenné	s-IAT skupiny	n	X	u	p(α)
celkové skóre prokrastinácie	nerizikovní respondenti	166	41,42	1923,00	0,003**
	rizikovní respondenti	34	37,41		

$p < 0,01^{**}$ $p < 0,001^{***}$

V ďalšej analýze sme sa orientovali na analýzu možných súvislostí medzi problematickým používaním internetu a zmenami v živote adolescentov, konkrétne v oblasti strata kontroly a v sociálnej dimenzii. Tu boli vo všetkých dimenziách identifikované štatisticky významné vzťahy, ktoré jednoznačne potvrdzujú trend, ktorý naznačuje, že problematické používanie štatisticky významne pozitívne súvisí s týmito dvoma dimenziami negatívnych následkov.

Tab. 2 Súvislosti medzi problematickým používaním internetu a emocionálnymi dôsledkami

premenné	strata kontroly		emocionálna dimenzia	
skóre rizikového správania na internete (PRIUSS)	$r = 0,710^{***}$	$p(\alpha) < 0,001$	$r = 0,844^{***}$	$p(\alpha) < 0,001$
skóre rizikového správania na internete (s-IAT)	$r = 0,928^{***}$	$p(\alpha) < 0,001$	$r = 0,573^{***}$	$p(\alpha) < 0,001$

$p < 0,01^{**}$ $p < 0,001^{***}$

Poslednou realizovanou analýzou v rámci identifikácie sociálnych súvislostí je, bola identifikácia sociálnych dôsledkov takehoto správania. Konkrétne ide o štatisticky významné súvislosti medzi problematickým používaním internetu a sociálnymi problémami u respondentov. Výsledky korelačnej analýzy reprezentuje nasledujúca tabuľka.

Tab. 3 Súvislosti medzi problematickým používaním internetu a sociálnymi dôsledkami

premenné	sociálna dimenzia		sociálne problémy	
skóre rizikového správania na internete (PRIUSS)	$r = 0,755^{***}$	$p(\alpha) < 0,001$	$r = 0,633^{***}$	$p(\alpha) < 0,001$
skóre rizikového správania na internete (s-IAT)	$r = 0,536^{***}$	$p(\alpha) < 0,001$	$r = 0,850^{***}$	$p(\alpha) < 0,001$

$p < 0,01^{**}$ $p < 0,001^{***}$

Z hľadiska overovania miery sociálnych spôsobilostí sme sa orientovali na štatisticky významné súvislosti medzi rizikovými a nerizikovými respondentmi, teda tými, ktorí sú ohrození problematickým používaním internetu a tými, ktorí nie a ich sociálnymi spôsobilosťami reprezentovanými sociálnou kontrolou a sociálnou senzitivitou. Podľa nameraných výsledkov, Existujú štatisticky významné rozdiely v miere sociálnej senzitivity ($p = 0,025^*$) a v miere sociálnej kontroly ($p < 0,001^{***}$) medzi respondentmi vykazujúcimi rizikové správanie na internete a tými, ktorí takéto správanie nevykazujú. Hypotézy sa potvrdili. Na základe aritmetického priemeru v jednotlivých dimenziách môžeme konštatovať, že nerizikovní respondenti majú v menšej miere rozvinutú sociálnu senzitivitu ako rizikovní respondenti, a naopak, vo väčšej miere rozvinutú sociálnu kontrolu. Môžeme teda konštatovať, že rizikovní adolescenti citlivejšie vnímajú sociálne dianie, dokážu presnejšie čítať v sociálnych situáciách odohrávajúcich sa v ich sociálnom okolí, ale majú väčší problém s plnením svojej sociálnej role a s taktným vystupovaním v sociálnych situáciách.

Diskusia a záver

Pierce (1990, in: Steel 2007) tvrdí, že tí respondenti, ktorí sú viac úzkostliví majú tendenciu byť tvrdší sudcovia svojho vlastného správania. Úzkosť je hlavným prejavom neuroticizmu a neuroticizmus, podľa výskumu realizovaného Steelom (2007), vo všeobecnosti nesúvisí s prokrastináciou. Na základe nášho výskumu môžeme ale tvrdiť, že existuje štatisticky významná súvislosť medzi mierou prokrastinácie a mierou prežíanej úzkosti. Ide však o úzkosť, ktorá vznikla v dôsledku toho, že adolescent nemôže byť pripojený na internet. Podľa intenzity a smeru vzťahu, môžeme konštatovať, že so zvyšujúcou sa mierou prokrastinácie, klesá miera prežíanej úzkosti v čase nedostupnosti internetu a vo všeobecnosti i miera prežívaných negatívnych psychických stavov (skleslosť, zraniteľnosť) v čase offline.

Tab. 4 Súvislosti medzi patologickým zanedbávaním školských povinností a emocionálnymi dôsledkami

premenné	skóre emocionálnej dimenzie		úzkosť	
skóre prokrastinácie	$r = -0,235^{**}$	$p(\alpha) = 0,001$	$r = -0,209^{**}$	$p(\alpha) = 0,003$

$p < 0,01^{**}$ $p < 0,001^{***}$

Vyššie uvedené skutočnosti poukazujú na to, že adolescenti, ktorí majú tendenciu prokrastinovať, pociťujú menšiu úzkosť v čase nedostupnosti internetového pripojenia. Ide o

tých respondentov, ktorí nevykazujú rizikové správanie na internete, to znamená, že nedostupnosť internetového pripojenia im nespôsobuje zmeny v prežívaní.

Odaci (2011) realizoval štúdiu, ktorej cieľom bolo zistiť, či akademická sebaúčinnosť a akademická prokrastinácia môže vystupovať ako prediktor problematického používania internetu študentov vysokých škôl. V porovnávanom výskume použili metodiky: Problematic Internet UseScale (PIU), Academicself-efficacyscale (ASS) a Academicprocrastinationscale (APS). Výsledky poukázali na štatisticky významnú negatívnu koreláciu medzi akademickou sebaúčinnosťou a problematickým používaním internetu, zatiaľ čo vzťah medzi akademickou prokrastináciou a problematickým používaním internetu nebol štatisticky významný. Zistenie neštatisticky významného vzťahu medzi prokrastináciou a rizikovým správaním sa zhodovalo s výsledkami nášho výskumu. Respondenti v porovnávanom výskume (Odaci 2011) vykazovali problematickejšie správanie na internete a dosiahli nižšie priemerné skóre v teste merajúcom tendenciu prokrastinovať.

Ghassemzadeh, Shahraray a Moradi (2008) realizovali výskum zameraný na posúdenie rizikového správania na internete, osamelosti, sebaúcty a sociálnych schopností vo výskumnej vzorke 977 vysokoškolských študentov. Tí boli rozdelení do 3 skupín, podľa miery vykazovaného rizikového správania na internete (internetovo závislých, ohrozených internetovou závislosťou a umiernených užívateľov internetu). Výsledky naznačujú, že internetovo závislí študenti sú osamelejší, majú nižšiu sebaúctu a rozvinutú nižšiu mieru sociálnych schopností ako umiernení užívatelia, ale nie nevyhnutne aj ako užívatelia ohrození závislosťou a neužívatelia internetu. Dimenzie, ktoré sú hodnotené prostredníctvom Matsonovej škály sociálnych schopností strácajú vo virtuálnom prostredí význam. Ide o altruistické správanie, nevhodné spoločenské správanie, tvrdohlavosť, strach zo vzťahu, dominantnosť. Rovnako náš výskum poukázal na sociálne dôsledky spôsobené rizikovým správaním na internete. So zvyšujúcou sa vykazovanou mierou rizikového správania na internete, posudzovaného v oboch výskumoch tým istým zahraničným metodickým nástrojom (Youngovej IA testom), sa zvyšovala miera sociálnych dôsledkov v reálnom sociálnom živote adolescentov. Rizikové správanie malo tiež dôsledok na reálnu sociálnu interakciu respondentov (obmedzenie reálnych sociálnych vzťahov, problémy v komunikácii, problém s nadviazaním vzťahov).

Z hľadiska realizovaného výskumu je pre nás významná identifikácia 5 javov (faktorov), ktoré signifikantne korelujú s rizikovým správaním na internete, či už v pozitívnom alebo negatívnom smere. Považujeme za veľmi dôležité venovať pozornosť týmto faktorom v rámci sociálnej prevencie realizovanej v oblasti rizikového správania sa adolescentov na internete. Preto je dôležité v sociálnej práci orientovať sa na sociálnu prevenciu prostredníctvom pomáhajúcich profesionálov, ale i na prevenciu v rámci sociálnej práce s rodinou, komunitnej sociálnej práce i ďalších foriem sociálnej práce s rizikovými klientskymi skupinami.

Zoznam bibliografických odkazov

- CAO, L., 2012. Differences in procrastination and motivation between undergraduate and graduate students. In: *Journal of Scholarship of Teaching and Learning*. 12(2), p. 39-64.
- ESCANDÓN, R. a C. GÁLVEZ, 2012. *Slobodní od závislosti*. Vrutky: ADVENT-ORION, s.r.o.. ISBN 978-80-8071-149-8. ISSN 1527-9316
- FISCHER, S. a J. ŠKODA, 2014. *Sociální patologie. Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení. 2., rozšířené a aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s.. ISBN 978-80-247-5046-0.
- GHASSEMZADEH, L., SHAHRARAY, M. & A. MORADI, 2008. Rapid Communication. Prevalence of Internet Addiction and Comparison of Internet Addicts and Non-Addicts in

Iranian High Schools. In: *CyberPsychology and Behavior*. **11**(6), p. 731-733. ISSN 2152-2715.

CHU, A. H. CH. & J. N. CHOI, 2005. Rethinking procrastination: Positive Effects of „Active“ Procrastination Behavior on Attitudes and Performance. In: *The Journal of Social Psychology*. **145**(3), p. 245-264. ISSN 0022-4545.

JELENCHICK, L. A., EICKHOFF, J., CHRISTAKIS, D. A., BROWN, R. L., ZHANG, CH., BENSON, M. and M. A. MORENO. The Problematic and Risky Internet Use Screening Scale (PRIUSS) for adolescents and young adults: Scale development and refinement. In: *Computers in Human Behavior*. **35**, p. 171-178. ISSN 0747-5632.

KARIKOVÁ, S., 2011. *Psychické poruchy v detstve a dospievaní*. Banská Bystrica: EDIS – vydavateľstvo Žilinskej univerzity v Žiline. ISBN 978-80-554-0417-2.

KOLIBOVÁ, D., 2013. Virtuálny svet a jeho dopad na psychiku mladého človeka. In: *Výchova a vzdelávanie ako nástroj (de)formovania hodnotového systému spoločnosti III*. Ružomberok: VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity Ružomberok, s. 25-40. ISBN 978-80-561-0108-7.

KOPUNIČOVÁ, V., 2012. Problematické používanie internetu a aktuálne zistenia v tejto oblasti. In: OROSOVÁ, O. a kol. *Základy prevencie užívania drog a problematického používania internetu v školskej praxi. Vysokoškolská učebnica*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. s. 170-198. ISBN 978-80-7097-964-8.

LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ, 2006. *VÝVOJOVÁ PSYCHOLOGIE 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing, a. s.. ISBN 80-247-1284-9.

MACEK, P., 2003. *Adolescence*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-747-7.

ODACI, H., 2011. Academic self-efficacy and academic procrastination as predictors of problematic internet use in university students. In: *Computers and Education*. **57**, p. 1109-1113. ISSN 0360-1315.

PAWLIKOWSKI, M., ALTSTÖTTER-GLEICH, CH. and M. BRAND. 2013. Validation and psychometric properties of a short version of Young's Internet Addiction Test. In: *Computers in Human Behavior*. **29**(3), p. 1212-1223. ISSN 0747-5632.

RIGGIO, R. E. and R. J. REICHARD, 2008. The emotional and social intelligences of effective leadership. An emotional and social skill approach. In: *Journal of Managerial Psychology*. **23**(2), p. 169-185. ISSN 0268-3946.

SEJČOVÁ, Ľ., 2011. *Mladí v sieti závislostí*. Bratislava: Album. ISBN 978-80-969908-4-9.

SABOLOVÁ FABIANOVÁ, A., 2017. Reziliencia seniorov v kontexte využívania možností informačno-komunikačných technológií. In: BALOGOVÁ, B. a kol. *Šance a limity seniorov v súčasnej modernej komunikácii (negatíva a pozitíva IKT v živote seniora)*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. s. 63-68. ISBN 978-80-555-1803-9.

SCHWEIGEROVÁ, K. a M. SLÁVKOVSKÁ, 2015. Akademická prokrastinácia v kontexte exekutívnych funkcií. In: *E-psychologie*. **9**(2), s. 26-35. ISSN 1802-8853.

STEEL, P., 2007. The Nature of Procrastination: A Meta-Analytic and Theoretical Review of Quintessential Self-Regulatory Failure. In: *Psychological Bulletin*. **133**(1), p. 65-94. ISSN 0033-2909.

ŠEVČÍKOVÁ, V. a S. LOVAŠOVÁ, 2016. Zvládanie záťaže a sociálna opora u detí na základných školách a možnosti školskej sociálnej práce. In: E. ŽIAKOVÁ, ed. *Podoby vnútorných i vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 170-175. ISBN 978-80-8152-405-9.

TÓTHOVÁ, L. a E. ŽIAKOVÁ, 2017. Šance onkologicky chorých seniorov v súčasnej modernej komunikácii. In: BALOGOVÁ, B. ed. *ŠANCE A LIMITY SENIOROV V*

SÚČASNEJ MODERNEJ KOMUNIKÁCII (negatíva a pozitíva IKT v živote seniora). Prešov. Filozofická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove. s. 132-139. ISBN 978-80-555-1803-9.

ŠIŇANSKÁ, K. a E. ŽIAKOVÁ, 2014. E-learning as a Significant Part of Education Increasing the Possibilities of Coping with Oncological Disease in Adolescents. In: *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 132, p. 715-721. ISSN 1877-0428.

VÁGNEROVÁ, M., 2008. *VÝVOJOVÁ PSYCHOLOGIE I. DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-0956-0.

VONDRÁČKOVÁ, P. a J. VACEK, 2009. Závislostné správanie na internete. In: *Sociálna prevencia – Prevencia nelátkových návykových chorôb. Informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry*. 4(2), s. 4-7. ISSN 1336-9679.

Kontakt na autora

Mgr. Vladimír Lichner, PhD., Katedra sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach, Moyzesova 9, 040 59 Košice, e-mail: vladimir.lichner@upjs.sk; +421 55 234 7194

Možnosti sociálnej práce pri formovaní zmyslu života odchovancov detských domovov

Possibilities of Social Work in Shaping the Meaning of Life of Children's Home Pupils

Katarína Šiňanská (SK), Ľubica Nohajová (SK)

Abstrakt

Príspevok v úvode pojednáva o problematike zmyslu života. V nadväznej časti definuje obdobie adolescencie a zameriava sa na otázky rizikového správania mládeže vo všeobecnosti. Špecificky venuje pozornosť skupine adolescentov – odchovancov detských domovov. Vymedzuje rolu sociálneho pracovníka pri práci s odchovancami detských domovov a popisuje možnosti využitia logoterapie s touto cieľovou skupinou klientov sociálnej práce. Reflektujúc teoretické vymedzenia problematiky zmyslu života odchovancov detských domovov, príspevok v druhej časti prezentuje výskumné zistenia kvalitatívne orientovaného výskumu, ktorého hlavným cieľom bolo zistiť aký zmysel života majú odchovanci detských domovov.

Kľúčové slová

Zmysel života. Adolescencia. Odchovanci detských domovov. Sociálna práca. Logoterapia.

Abstract

In the beginning, the paper introduces the issue of the meaning of life. In the following part, it defines the period of adolescence and focuses on issues of youth risk behavior in general. It specifically addresses the group of adolescents - children's homes pupils. It defines the role of a social worker in working with children's home pupils and describes the possibilities of using logotherapy with this target group of social work clients. Reflecting the theoretical definition of the issue of the meaning of life of children's home pupils, the paper in the second part presents the research findings of qualitatively oriented research, whose main objective was to find out what is the meaning of the life among children's home pupils.

Keywords

The meaning of life. Adolescence. Children's home pupils. Social work. Logotherapy.

Problematika zmyslu života

Nejeden človek sa v určitej etape svojho života zamyslel nad jeho zmyslom, položil si otázku, čo je zmyslom života a hľadal na ňu odpoveď. Čo vlastne považujú ľudia za svoj zmysel života? Akým smerom sa ubera ich život a vôbec, je ten ich smer správny?

Pojem zmysel života vo svojej podstate odzrkadľuje presvedčenie, že udalosti, ktoré sa v živote odohrávajú, do istej miery spolu súvisia a smerujú k finálnemu cieľu. Tie sú chronologicky a kauzálne prepojené. Teda všetko to, čo sa deje, má svoj význam (Csikszentmihalyi 2015).

Na otázku: „Aký je zmysel života?“, by sme mohli odpovedať spôsobom, že čokoľvek, čo nájdeme v živote a napĺňa nás, či už je to smer, poslanie, cieľ, má pre človeka zvlášť osobitý význam (Křivohlavý 2006).

Zmysel života hľadáme po celý svoj život, ale zároveň ho aj strácame v rozličných životných obdobiach. Zmysel nie je vždy jednoduchý a rovnako nie je vždy jednoduché nájsť ho. Každý môže mať na zmysel života odlišný názor (Nákonečný 2005).

Keď sa zaoberáme otázkou zmyslu života, nie je presne jednoznačné pre koho čo znamená. Odpovede na otázky sú u každého individuálne. Závisí to nielen od aktuálneho stavu, ale aj od situácie, v ktorej sa človek nachádza. Príkladom môžu byť sociálne väzby, city, životné (priaznivé alebo nepriaznivé) situácie a mnoho ďalších. Veľa však závisí aj od samotného

postoja človeka k životu. Ak človek nedokáže nájsť uspokojenie v podobe naplnenia a plnohodnotného prežívania života, stáva sa preňho bezpredmetným. Častokrát sa stáva, že sa len bezcieľne potuluje životom a všetky cesty vedú do slepej uličky. Zmysel života by sa dal tiež chápať ako motivátor, pretože človeka vedie, aby sa snažil niečo dosiahnuť v svojom živote.

Odchovanci detských domovov ako špecifická skupina adolescentov

Adolescencia je príznačným obdobím, ktoré je vymedzené ako špecifická životná etapa, považovaná za jedno z najdlhšie trvajúcich období. Prinášajúca so sebou mnoho špecifických zmien. Tieto zmeny sa týkajú najmä fyzickej a duševnej oblasti, ale takisto aj pohlavného dozrievania, či zmenami v sociálnej oblasti života.

V adolescencii dochádza k postupnému ustáľovaniu duševného a telesného vývinu, k dozrievaniu psychickej stránky osobnosti. Naproti tomu v telesnom vývine v tomto období už prakticky nedochádza k žiadnym výrazným zmenám. Z hľadiska kognitívnych funkcií nastáva pokrok vo vývine myslenia, konkrétne logicko-deduktívnej zložky. Adolescent postupne dozrieva, stáva sa z neho osobnosť, ktorá sa včleňuje do populácie dospelých ako jej rovnocenný partner (Končeková 2014).

Celkovo sa u mládeže (a nielen u tej z ústavnej starostlivosti) prejavuje nárast problémového a rizikového správania (Lichner, Šlosár 2014). Sociálna práca ako odborná činnosť na profesionálnej úrovni sa tak stáva nápomocná i pri riešení rôznych problémov mládeže. Napomáha pri identifikovaní, eliminovaní, zmierňovaní alebo riešení sociálnych problémov a negatívnych vplyvov okolitého prostredia. Špecifickú skupinu adolescentov tvoria odchovanci detských domovov. Odchovanci, teda mládež, ktorá vzišla z ústavnej starostlivosti, tvoria významnú skupinu, ktorej treba venovať zvýšenú pozornosť. Prispieva k tomu aj skutočnosť, že po ukončení ústavnej starostlivosti a následnom odchode z detského domova sa často stretávajú s problémom pri hľadaní zamestnania a stabilného bývania. Na jednej strane sa odpútavajú od života v domove, na strane druhej sú nútení čeliť vonkajšiemu svetu a realite. Očakávanie sú síce veľké, ale sklamanie a „vytriezvenie“ býva o to trpkéjšie. Zvlášť, ak vykróčia do sveta bez pomoci, odkázaní len sami na seba.

Za odchovancov považujeme mladých ľudí, bývalých chovancov detských domovov, ktorí po dovŕšení veku stanoveným zákonom odchádzajú zo zariadenia. Často nevedia ako ďalej a kam. Problém spočíva v tom, že sú mnohokrát konfrontovaní a odmietaní zo strany okolia a štátu. Bývajú odkázaní len sami na seba, nemajú žiadnych blízkych, ktorí by im pomohli, aby boli v živote úspešní a veľakrát musia čeliť nepríjemným prekážkam v živote. Keďže len málokto z nich má rodinu, sú vystavovaní vonkajšiemu tlaku a pod ním konajú neuvážene až impulzívne. K tomu prispieva aj nedostačujúca výchova, zlé sociálne prostredie, málo pozornosti. To všetko vplýva na osobnosť mladého človeka a ovplyvňuje ho (Fico 2012).

Rola sociálneho pracovníka s odchovancami detských domovov a možnosti využitia logoterapie

Dôležitou podmienkou pri práci s mládežou je poznať jej potreby a koncentrovať sa na ne. Takisto je dôležité, aby sociálny pracovník disponoval profesionálnymi kompetenciami a zručnosťami, ktoré sú potrebné pre výkon tejto funkcie (Lichner, Bajczerová, Šlosár 2015). Sociálny pracovník musí byť odborne vyškolený. Ideálne je prepojenie teórie s praxou, kde sa získané poznatky spájajú a dopĺňajú vzájomne (Macháček 2011).

Sociálny pracovník sa snaží odchovancov:

- integrovať do spoločnosti, aby žili plnohodnotný život a boli užitoční pre spoločnosť. To jest aby vedeli niesť zodpovednosť za seba, svoje správanie a konanie, uspokojovať a vedieť si zabezpečiť svoje základné potreby,
- viesť tak, aby dokázali byť flexibilní a otvorení možnostiam, čo sa týka pracovnej sféry,
- viesť a motivovať k samostatnému fungovaniu, naučiť byť finančne nezávislý, naučiť ako efektívne hospodáriť s peniazmi, do čoho je dobré investovať a aké výhody to môže priniesť do budúcnosti,
- viesť tak, aby boli sebestační v bežných samoobslužných činnostiach spojených s domácnosťou, aby boli schopní sami si vybaviť záležitosti úradného typu a aby vedeli v prípade výskytu problému na koho sa obrátiť, orientovať sa v bežnom živote,
- podporovať v ukončení štúdia a v nájdení si zamestnania,
- viesť tak, aby sa vedeli presadiť a obhájiť svoje práva (Mikloško 2009).

Sociálna práca je pomáhajúca profesia, ktorá je v príbuzenskom vzťahu s inými vedami. Psychológia, pedagogika, právo, sociológia sú jej súčasťou a veľakrát na seba nadväzujú a dopĺňajú sa. V každej z týchto disciplín sa využívajú isté metódy, techniky a postupy pri práci s klientom. Všetky tieto profesie hľadajú cesty, aby pomohli klientovi s jeho problémom.

Ako už bolo spomenuté, práve obdobie adolescencie je náchylné k vzniku rizikového správania. Sociálna práca by sa predovšetkým mala zamerať na poskytovanie pomoci a v neposlednom rade poskytovať oporu, aby sa mladý človek ľahšie adaptoval na prostredie. Akým smerom sa uberať nám bližšie objasní Stempelová (2011), ktorá ponúka idey zo samotnej logoterapie:

- naučiť sa ponímať zmysel života dvojako, najmä však v krízových a náročných životných situáciách,
- upriamiť pozornosť a klásť dôraz na rodinu a jej špecifickú, obzvlášť dôležitú úlohu v živote, viesť k pozitívnemu prístupu a vnímaniu tejto jedinečnej bunky spoločnosti,
- vytvoriť pre mladých ľudí dostatočný priestor, aby si určili životné priority,
- viesť k priamej zodpovednosti za seba, svoje konanie a správanie,
- dôležitým bodom je, aby profesionálni pracovníci pestovali u mladých ľudí túžbu po zmysle života.

Sociálna práca s mládežou má čoraz častejšie širší záber. Tým, že pribúda počet mladých s problémovým správaním, zvyšujú sa a rozširujú možnosti práce s touto cieľovou skupinou. Sociálna práca s rizikovou mládežou spolupracuje na zlepšení a vyriešení problémov. V konečnom dôsledku sa snaží prísť na koreň problému a odstrániť ho. Taktiež sa usiluje o to, aby sa mladý človek ľahšie integroval do spoločnosti. K tomu patrí budovanie vzťahov, vrátane budovaniu vzťahu k sebe samému, vedieť sa o seba v živote postarať a viesť plnohodnotný život.

Výskumné zistenia

Reflektujúc teoretické vymedzenia problematiky zmyslu života odchovancov detských domovov sme sa uvedené skutočnosti rozhodli empiricky overiť prostredníctvom kvalitatívne orientovaného výskumu. Výskum sme realizovali na jar v roku 2017 v skupine šiestich respondentov, odchovancov detských domovov.

Hlavným cieľom nášho výskumu bolo zistiť, aký zmysel života majú odchovanci detských domovov. **Čiastkovými cieľmi** bolo zistiť, aké sú životné ciele odchovancov detských domovov. Takisto, koho považujú za najväčšiu oporu v živote, čo plánujú do budúcnosti a akú úlohu zohráva sociálny pracovník pri práci s touto sociálnou skupinou.

Využívali sme **metódu** kazuistiky a pološtruktúrovaného rozhovoru otázkami vlastnej konštrukcie (inšpirované dotazníkom PIL- Purpose in Life Test od autorov Crumbaugh a Maholick). Pre účely tohto príspevku vyberáme interpretáciu údajov získaných rozhovorom. Údaje sme spracovávali prostredníctvom kvalitatívnej analýzy. Na základe zozbieraných informácií a ich následného triedenia sme vytvorili kategórie. Jedná sa o nasledovné:

- **Kategória 1: Odchovanci DeD považujú za dôležitý aspekt vo svojom živote rodinu**

Rodina je základná bunka spoločnosti a jedna z najvýznamnejších sociálnych inštitúcií. Je považovaná za primárnu a najdôležitejšiu sociálnu skupinu. Rodina a rodinné prostredie, v ktorom dieťa vyrastá ho formuje a ovplyvňuje. Jej úlohou je zabezpečiť riadnu výchovu a vychovať nezávislú, vyrovnanú a zodpovednú osobnosť.

Juraj: „Rodina je pre mňa nesmierne dôležitá. Hoc som svojich biologických rodičov nikdy nepoznal, práve jej náhrada – profesionálne rodičovstvo v zastúpení uja Janka mi ukázala pravý význam. Vďaka nemu som spoznal, akú hodnotu v sebe ukrýva. Nie je dôležité, kto ťa porodí, ale kto ťa vychová“.

- **Kategória 2: Najväčší problém pri dosahovaní vytýčených cieľov je v prekážkach vnútorného nastavenia**

„Prekážky sú to, čo vidíte, keď sa prestanete pozerat' na svoj cieľ“ (Brian Tracy). Pri dosahovaní svojich cieľov je potrebné zamerať sa na svoje silné stránky a nájsť spôsob, ako to dosiahnuť. Môže sa však stať, že po opakovanom neúspešnom pokuse sa vzdávame. Treba sa však k tomu postaviť tak, že všetko ide, len to chce svoj čas a priestor.

Monika: „Pri dosiahnutí akéhokoľvek cieľa ma najviac vie odradiť fakt, ak sa o niečo pokúšam a nedarí sa mi to dosiahnuť. Veľakrát sa stáva, že po neúspešnom pokuse to vzdám a nebojujem ďalej. Potom to už nechám plávať a viac sa tým nezaoberám. Možno to bude aj tým, že ak by som mala podporu zo strany rodičov, šlo by to ľahšie, tú však nemám“.

- **Kategória 3: Veľkou oporou v živote mladých dospelých z Ded sú životní partneri**

Sociálna opora je súčasťou sociálneho kapitálu každého jedinca. Obzvlášť dôležité je venovať pozornosť problematike sociálneho kapitálu u adolescentov žijúcich aktuálne či v minulosti v detskom domove (Lichner, Žiaková 2010). Špecifickú úlohu má často najmä blízka osoba – partner. Poskytuje oporu vo všetkých oblastiach, najmä však v citovej. Je to osoba, ktorá spoločne s nami kráča životom. Vybudovanie si dôverného vzťahu však chce svoj čas.

Juraj: „Najväčšiu oporu vidím vo svojej partnerke Zuzane. Poznám ju od svojich 17 rokov. Vždy mi pomáhala ako sa len dalo, podporovala ma v mojich rozhodnutiach a stála pri mne v tých najťažších chvíľach môjho života“.

- **Kategória 4: Detský domov v živote mladých dospelých zohrával jednu z najdôležitejších úloh**

Detský domov je miestom, ktoré nahrádza rodinné prostredie. Usiluje sa vytvoriť pre jedinca priaznivé podmienky pre jeho celkový rast. Poskytuje základné potreby, ktoré sa snaží uspokojovať. Dôležitým aspektom je samotná výchova, ktorá je zameraná na to, aby sa vychovala vyrovnaná a nezávislá osobnosť, ktorá sa bude vedieť o seba postarať.

Ondrej: „Život v detskom domove mi dal veľmi veľa. V prvom rade mi nahradil rodičov, ktorých som nikdy nepoznal, teda moju skutočnú rodinu. Aj keď som ho ako dieťa nemal rád, až s odstupom času si uvedomujem, že to bolo to najlepšie, čo sa mi v živote mohlo stať. Nie každý mal príležitosť dostať sa do DeD“.

- **Kategória 5: Materiálne hodnoty v živote mladého dospelého z detského domova sú dôležitým zdrojom bytia**

Materiálne hodnoty – peniaze sú zdrojom, ktoré uspokojujú do istej miery naše potreby. Nie sú v živote najdôležitejšie, no bez nich sme stratení. Majú veľkú moc a vplyv na každého jedného človeka. Inak to nie je ani v prípade mladých ľudí z domova, ktorí sa snažia o to, aby ich mali dostatok. Ich nedostatok môže viesť k frustráciám.

Monika: „Peniaze nie sú všetko, avšak sú v živote dôležité. Bez nich by sme nedokázali existovať. Najhoršie na tom je, že sa ťažko zarábajú a ľahko minajú. Nemám ich síce veľa, ale aj to čo mám, si vážim a dvakrát si rozmyslím, načo ich miniem“.

- **Kategória 6: Mladí dospelí nevnímajú smrť ako ohrozenie. Pristupujú k otázke smrti ako k bežnej súčasťi života**

Smrť je prirodzenou súčasťou nášho života. Nemôžeme sa jej nijako vyhnúť, zastaviť ju ani zvrátiť. Tak, ako začína život, tak musí aj skončiť. Táto téma je však veľmi citlivá a v spoločnosti je označovaná ako „tabu“. Musíme smrť akceptovať a byť na ňu pripravení.

Juraj: „Som ešte mladý, nad takou vecou ešte neuvažujem, aj keď je to súčasť života. Čo má prísť, príde, tomu sa nevyhnem. Smrti sa však nebojím. Riadim sa heslom: Užívaj si každý deň, akoby to mal byť tvoj posledný“.

- **Kategória 7: Najväčší dar v živote mladých dospelých z DeD je dar života**

Život je opakom smrti. Je to ten najvzácnejší dar, aký môže dať rodič dieťaťu. Je to dar, ktorý si treba ceniť. Je občas niekedy ťažký a nevyspytateľný, ale krásny. Svoj život máme vo svojich rukách my – my sme pánmi svojho osudu. Preto si ho treba vážiť a ceniť a byť vďačný za všetko, čo nám život dal.

Ondrej: „Za najväčší dar považujem to, že som sa narodil. Som zdravý a snažím sa vychutnávať si život plnými dúškami. Je niekedy ťažký a nie je vždy všetko ružové. Som však šťastný, že som tu a môžem sa tešiť z každej maličkosti, ktorú život prináša“.

- **Kategória 8: Problémy a starosti v živote považujú odchovanci za odoberanie životnej energie**

V živote sa bežne stretávame s udalosťami, ktoré sa podieľajú na uberaní našej energie. Ide o problémy, ktoré nás pohlcujú a my sa potom cítime vyčerpaní a bez energie. Často sa stáva, že priveľa energie venujeme tomu, čo nás trápi a zameriame sa výlučne na naše problémy.

Gizela: „O najviac energie ma oberajú problémy, ktoré ma trápia. Je to ťažké ich pustiť z hlavy, keď musím na ne ustavične myslieť. Dost to zo mňa potom vysáva energiu“.

a cítim sa vyčerpaná, nemôžem sa sústrediť. Snažím sa myslieť na pozitívne veci a nabíjať sa pozitívnou energiou, ale je to náročné“.

- **Kategória 9: V náročných životných situáciách alebo ťažkých chvíľach života odchovanci DeD siahali po alkohole a iných omamných látkach**

Každý v živote prežíva určité obdobie, ktoré je preňho nejakým spôsobom náročné. Či už sú to problémy vo vzťahoch, v rodine alebo osobné problémy. V prípade mladých ľudí, ktorí si nevedia poradiť, siahajú po alkohole a rôznych drogách, aby mohli aspoň nachvíľu utiecť z reality. Tým sa však problémy zväčšia nevyriešia, iba pribudnú nové.

Dávid: *„Keď mi bolo najhoršie, tak som útechu hľadal v alkohole. Alkohol ti síce odpoveď na problémy nedá, ale aspoň zabudneš na otázku. O to horšie to bolo na druhý deň, keď som vytriezvel. Problémy sa nevyriešili, iba sa zbierali a zbierali, bolo to čoraz horšie“.*

- **Kategória 10: Existujú príčiny, prečo sa mladí dospelí z DeD vzdávajú života – majú sklon k samovraždám či k sebapoškodzovaniu**

Príčiny, prečo sa mladí ľudia uchýľujú k samovraždám sú u každého individuálne. Ide o situáciu alebo stav, kedy človek vidí jediné východisko a to vo vlastnej smrti. Chce skončiť so svojim životom a so všetkým, čo mu spôsobuje utrpenie. Je to stav psychickej bolesti, kedy človek už nevládze a dobrovoľne sa vzdáva života.

Monika: *„Jeden čas som mala neznesiteľné problémy. Nič sa mi nedarilo. Nemala som nikoho, kto by pri mne bol, kto by mi pomáhal. Chcela som si ublížiť. Pokúsila som si podrezať žily. Dnes už viem, že som bola na pokraji svojich síl a jediné riešenie som videla v smrti. Teraz sa však na celú vec pozerám triezvejšie a nikdy by som svoje problémy neriešila podobným spôsobom“.*

- **Kategória 11: V najťažších chvíľach života sa obraciame na vieru v Boha. Zmysel života možno nájsť v náboženstve a vo viere v Boha**

Mnoho ľudí sa na celom svete vo svojich ťažkých chvíľach obracia na vieru v Boha. To im aspoň na určitý čas pomáha zvládať ťažké životné chvíle.

Ondrej: *„Nikdy som veriaci nebol. Všetko sa to však zmenilo, keď som sa dal sám pokrstiť a začal som navštevovať kostol a Boha. V ťažkých chvíľach sa obraciam naňho s prosbou. Utielam sa k nemu a verím, že mi v ťažkých chvíľach pomôže“.*

- **Kategória 12: Sloboda v živote mladých ľudí z DeD je považovaná za osobitne dôležitý prejav vlastného Ja**

Sloboda- spája sa s nezávislosťou a nezáväznosťou. Slobodný človek nemusí byť len vo vzťahu, bez partnerky, ale slobodný v zmysle byť nespútaný a žiť život podľa vlastných pravidiel, ničím neobmedzovaný.

Ondrej: *„Sloboda pre mňa znamená, že som nespútaný, mám slobodnú myseľ a ducha. Žijem si svoj život, podľa svojich pravidiel. V decáku to bolo iné, tam to so slobodou nebolo také jednoznačné. Mali sme presne nalinajkovaný každý jeden deň. Teraz mám svoj život a môžem si ho zariadiť podľa seba, nikto ma neobmedzuje a ani neprikazuje čo mám a čo nemám robiť“.*

- **Kategória 13: Zmysel života mladých ľudí z DeD je tiež založený na pomoci iným ľuďom s podobným osudom**

Každý z nás sa stretol so situáciou, s ktorou si nevedel dať rady. Práve sociálna práca ako pomáhajúca profesia sa sústreďuje na pomoc ľuďom v núdzi. Jedná sa o konkrétnu formu

pomoci. Inak to nie je ani u mladých dospelých, ktorým bola poskytovaná pomoc, či už v inštitúciách alebo v spolupráci s inými organizáciami.

Ondrej: „Tým, že pôsobím v neziskovej organizácii „Úsmev ako dar“ mi dáva možnosť realizovať sa a pomáhať mladým ľuďom, ktorých stretol v živote rovnaký osud, ako mňa. Myslím si, že je dôležité pomáhať iným a nečakať za to nič. Ja to robím preto, lebo som si sám tým prešiel a viem, aké je to ťažké. Mne v živote pomohlo mnoho ľudí a ja to chcem posilať ďalej“.

- **Kategória 14: Za krátkodobý cieľ vo svojom živote mladí dospelí z Ded považujú spoznávanie iných krajín.**

Juraj: „Veľmi rád cestujem. V čase, keď som býval u profesionálneho rodiča uja Janka sme veľmi veľa cestovali. Rád spoznávam nových ľudí, ich zvyky a tradície. Mojm snom je spolu so svojou rodinou cestovať a spoznávať rôzne miesta. Je to môj malý, veľký sen“.

- **Kategória 15: Za dlhodobý cieľ vo svojom živote mladí dospelí považujú založenie si vlastnej rodiny**

V živote každého jedinca zohráva rodina dôležitú úlohu. To, do akej rodiny sa mladí dospelí narodili, neovplyvnia. Môžu sa však rozhodnúť akého partnera si do života vyberú a akými budú rodičmi.

Dávid: „Túžim po rodine. Je to to, čo si najviac prajem v budúcnosti. Založiť si vlastnú rodinu a byť šťastný. Po ničom inom ani viac netúžim“.

- **Kategória 16: Sociálny pracovník zohral významnú úlohu v živote odchovancov detských domovov. Mali so sociálnym pracovníkom dobré skúsenosti**

Sociálna práca sa orientuje na všetky oblasti práce s ľuďmi. Zástupcom je sociálny pracovník, ktorý pracuje v rôznych sociálnych inštitúciách a orientuje sa na rôzne oblasti práce s ľuďmi. Sociálna práca zohráva dôležitú úlohu a snaží sa ako pomáhajúca profesia postarať o svojich klientov

Mária: „So sociálnou pracovníčkou mám veľmi dobré skúsenosti . V čase, keď som bola na ulici, pomohla mi dostať sa z nej a zaradila ma do detského domova. Som jej za to vďačná. Ktovie, akoby som skončila, kebyže ostanem na ulici“.

- **Kategória 17: Odchovanci DeD priznávajú, že je ťažké sa integrovať do spoločnosti**

Mária: „Mala som problém začleniť sa medzi ľudí. Viackrát som sa stretla s rasovou diskrimináciou a ponižovaním a to mi sťažovalo aj samotné fungovanie v spoločnosti“.

- **Kategória 18: Nadácie a iné organizácie tretieho sektora pracujú s odchovancami DeD a sú súčasťou sociálnej práce**

Pod tretí sektor patria mimovládne a neziskové organizácie. Prostredníctvom fondov a realizáciou projektov sa snažia pomáhať ľuďom v núdzi. Táto oblasť zahŕňa aj prácu s odchovanci DeD, ktorí po ukončení ústavnej starostlivosti si vyžadujú aj naďalej špecifický prístup a pomoc. Najznámejšou neziskovou organizáciou v oblasti práce s chovancami a odchovancami DeD je Úsmev ako dar.

Ondrej: „S neziskovkami mám osobnú skúsenosť. Už viac ako 2 roky pôsobím v neziskovej organizácii Úsmev ako dar. Je to skvelá príležitosť, ako pomôcť iným a spoznať osudy ľudí“.

Záver

Deti v detskom domove po dovŕšení osemnásteho veku života opúšťajú detský domov a musia hľadať cestu, ktorá je často veľmi ťažká a zložitá. Aj keď to v živote nemali a nemajú ľahké, je dôležité aby sa pozerali správnym smerom a konali tak, aby to malo zmysel.

Zoznam bibliografických odkazov

- CSIKSZENTMIHALYI, M., 2015. *Flow: o šťastí a smyslu života*. Praha: Portál. ISBN 978-80-26209-18-8.
- FICO, M., 2012. *Historický vývoj trestov*. Košice: UPJŠ v Košiciach. ISBN 978-80-70979-48-8.
- KONČEKOVÁ, Ľ. 2014. *Vývinová psychológia*. Prešov: Vydavateľstvo Michala Vaška. ISBN 978-80-71659-45-7.
- KRIVOHLAVÝ, J., 2006. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada. ISBN 80-24713-70-5.
- LICHNER, V. a E. ŽIAKOVÁ, 2010. Sociálny kapitál ako jeden z najdôležitejších zdrojov zmyslu života pubescentov v Detskom domove. In: *Budovanie spoločnej cesty v sociálnej inklúzii: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 08.10.2010 v Košiciach*. Košice: Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, s. 162-169. ISBN 978-80-97054-31-1.
- LICHNER, V. a D. ŠLOSÁR, 2014. Zmysel života v kontexte novodobých závislostí adolescentov ako rizikovej skupiny sociálnej práce. In: *Ako nájsť zmysel života v sociálnej práci s rizikovými skupinami: 2. ročník Košických dní sociálnej práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 22.11.2013 v Košiciach*. Košice: Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ Košice, s. 243-249. ISBN 978-80-81521-40-9.
- LICHNER, V. BAJCZEROVÁ, M. a D. ŠLOSÁR, 2015. Sociálna práca v podmienkach profesionálneho rodičovstva. In: *Kvantitatívne a kvalitatívne výskumné stratégie: zborník príspevkov z V. doktorandskej konferencie konanej 28. októbra 2014 v Prešove*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, s. 163-171. ISBN 978-80-55513-68-3.
- MACHÁČEK, L., 2011. *Úvod do sociológie mládeže*. Trnava: UCM v Trnave. ISBN 978-80-8105-259-0.
- MIKLOŠKO, J., 2009. *Náhradná starostlivosť*. Bratislava: SAP. ISBN 978-80-89271-36-8.
- NÁKONEČNÝ, M. 2005. *Sociální psychologie organizace*. Praha: Grada. ISBN 80-24705-77-X.
- STEMPELOVÁ, J. 2011. Patologické dôsledky existenciálnej krízy u mladých ľudí. In: *Aktuálnosť logoterapie vo výchovnej a sociálnej práci s mládežou, zborník z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, konanej dňa 08.04.2011 v Žiline*. Trnava: FF TU v Trnave, s.111-120. ISBN 978-80-8132-004-0.

Kontakt na autorky

PhDr. Katarína Šiňanská, PhD., Katedra sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach, Moyzesova 9, 040 01 Košice, e-mail: katarina.sinanska@upjs.sk

Mgr. Ľubica Nohajová, Katedra sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach, Moyzesova 9, 040 01 Košice, e-mail: nohajovalubka@gmail.com

Rozdiely v zmysle života u nezamestnaných žien v závislosti od dĺžky nezamestnanosti

The Differences in the Meaning of Life for Unemployed Women, Depending on the Length of Unemployment

Katarína Kováčiková (SK), Soňa Lovašová (SK)

Abstrakt

Cieľom práce je stručne popísať nezamestnanosť a samotné prežívanie a vnímanie nezamestnanosti. Keďže uvedená problematika zasahuje do všetkých aspektov života, v rámci teoretickej časti uvádzame taktiež oblasť zmysel života. Cieľom výskumu, ktorého priebeh a výsledky sú rozpracované na konci práce, bolo zistiť, aké sú rozdiely v jednotlivých komponentoch zmyslu života u krátkodobo a dlhodobo nezamestnaných žien. Na výskume, ktorý bol realizovaný v Košiciach sa zúčastnilo celkom 47 respondentiek. Rozdiely vo vnímaní jednotlivých komponentov života u krátkodobo a dlhodobo nezamestnaných žien sa vyskytli v malej miere. Ako typ výskumu sme si zvolili mapovanie. Ako metódu sme si vybrali dotazník, konkrétne ide o PIL - test životných cieľov. Z empirickej časti sme si vybrali tri najhlavnejšie zistenia, ktoré sú v práci nielen popísané, ale aj graficky znázornené.

Kľúčové slová

Zmysel života. Nezamestnanosť. Prežívanie nezamestnanosti.

Abstract

The aim of the thesis is to briefly describe unemployment and real perception and perception of unemployment. As this question affects all aspects of life within the theoretical part, we also present the goal of the area in life. The research, progress, and outcomes that were developed at the end of the work were to find out what are the differences in the individual components of life for short-term and long-term unemployed women. 47 respondents took part in the research that took place in Košice. Differences in the perception of individual life components in short-term and long-term unemployed women occurred to a small extent. As a type of research, we chose mapping. As a method, we chose a questionnaire, namely the PIL - Life Objectives Test. From the empirical part, we have selected the three most important findings, which are not only described but also graphically illustrated.

Keywords

The meaning of life. Unemployment. Unemployment survival.

Úvod

Existencia nezamestnanosti je fenomén, ktorý v súčasnej dobe predstavuje pre spoločnosť problém. Hoci mnohí odborníci považujú prirodzenú mieru nezamestnanosti za prirodzený jav, upozorňujú však najmä na dopady dlhodobej nezamestnanosti. Dôsledky sú širokospektrálne, pretože zasahujú do celkového sebavnímania jednotlivca, ovplyvňujú jeho vzťahy s ostatnými, odrážajú jeho postoje, zasahujú do jeho časového harmonogramu dňa. V rámci nezamestnanosti dochádza k znevýhodneniu niektorých skupín, medzi ktoré patria aj ženy. Ako ukazujú mnohé štatistiky, ženy sú znevýhodňované na trhu práce. Hoci v Zákonníku prác nájdeme rôzne opatrenia, ktoré vyslovene zakazujú akúkoľvek diskrimináciu, v mnohých prípadoch je tomu naopak. V práci sa venujeme tiež zmyslu života. Každý z nás si už isto položil aspoň raz otázku: Čo je skutočným zmyslom môjho života? Ako najlepšie vyplniť zmysel, ktorý má môj život? Akým smerom sa mám vybrať aby môj život bol plnohodnotný? Má všetko čo robím nejaký zmysel? Týmto otázkam venuje pozornosť mnoho webových stránok, kníh, časopisov, diskusií. Veríme, že sa otázkou zmyslu života zaoberalo alebo aspoň sa v rámci myšlienok zamyslelo 100% všetkých ľudí na svete. Prirodzene, aj mnohí významní odborníci sa zaoberajú touto tematikou –zmyslom života.

Alfred Adler - Zmysel života

V literatúre sme sa dozvedeli o rôznych teóriách, ktoré analyzujú a popisujú zmysel života. Pre skutočne veľké množstvo konceptov sme sa rozhodli uviesť výstižný názor známeho psychológa Alfred Adler (1998, s. 143), ktorý uvádza, že „*nikto nám nezoslal absolútnu pravdu, a preto sme nútení premýšľať o svojej budúcnosti, o výsledku svojho konania.*“ Citát naznačuje, že otázka zmyslu života neodmysliteľne patrí do ľudského života. Zmysel života chápal v dimenziách životného štýlu a životných cieľov. Životný štýl, a teda aj zmysel života je dlhodobá orientácia človeka počas celého jeho života, vzťahujúca sa na chápanie seba, druhých a svojich životných cieľov. Zmysel života teda určuje, aké životné ciele si jednotliviec vyberá, a to najmä v súvislosti s tromi „nevyhnutnými“ otázkami ľudstva, ktoré musí riešiť vo svojom živote každý človek. Tieto základné otázky či problémy sa týkajú troch veľkých oblastí: problém života v spoločenstve (postoj k blížnym), problém práce (otázka povolania) a lásky (partnerský vzťah). Práve prostredníctvom osobných odpovedí na tieto tri otázky možno poznať, aký zmysel života má konkrétny človek. V živote nielen jednotlivca ale aj celej spoločnosti je dôležitý sociálny záujem alebo cit spolupatričnosti (Halama 2007). Tento cit spolupatričnosti Adler (1998, s. 143) definuje ako „*úsilie o takú formu pospolitosti, ktorú možno považovať za večnú a takú, aká by zavládla, keby ľudstvo dosiahlo dokonalosť ako svoj cieľ.*“

Nezamestnanosť

Fenomén nezamestnanosti je v mnohých krajinách sveta známy a hovorí sa o ňom v posledných rokoch často. Touto problematikou sa zaoberajú odborníci, ale aj samotní ľudia, ktorých sa to bytostne dotýka. V televízii alebo v iných médiách môžeme sledovať, ako sa snažia danú situáciu popísať, diskutujú o možných rizikách, dôsledkoch, ale aj o prevencii. Prirodzene, z iného hľadiska sa bude na nezamestnanosť pozerat' ekonóm, z iného sociológ, psychológ, či sociálny pracovník. V súčasnej dobe, hlavne po poslednej hospodárskej kríze, sa stala nezamestnanosť ťažkým a ťaživým problémom v našej spoločnosti. Odborná verejnosť začala venovať tejto oblasti skutočne veľkú pozornosť.

Definície nezamestnanosti

Odborníci definujú pojem nezamestnanosť odlišne, pretože samotná nezamestnanosť je rozmanitá a týka sa ľudí s rôznymi osudmi, pocitmi, potrebami a ambíciami. Potom nám samozrejme vzniká množstvo definícií. To, že nezamestnanosť je skutočne ťažko jednoznačne pomenovať, nám potvrdzuje aj Krebs (2005, s. 286 - 287) ktorý hovorí: „*Nezamestnanosť je zložitým javom a nemôžeme ju hodnotiť len globálne. K jej riešeniu je potrebné mať k dispozícii celú informačnú sieť potrebných dát takého typu ako napríklad koho sa nezamestnanosť týka, kde sa vyskytuje, ako dlho trvá, aká je jej miera, aké sú predpoklady pre jej riešenie, v rátane finančných zdrojov a podobne.*“

Hamaj (2005) uvádza, že ekonómovia nezamestnanosť vysvetľujú ako dôsledok zníženia potreby pracovnej sily, ktoré môže byť spôsobené rôznymi príčinami ako napríklad: úpadok podniku, odvetvia, modernizácia a racionalizácia výroby, reštrukturalizácia ekonomiky, nedostatočná kvalifikácia, zmena štruktúry dopytu po pracovnej sile a podobne. Hartl a Hartlová (in: Schraggeová 2011, s. 11) opisujú nezamestnanosť ako situáciu, keď v spoločnosti existuje určitá skupina ľudí, ktorí by mohli pracovať a z väčšej časti by aj chceli, ale pre nedostatok pracovných príležitostí nemôžu. Ďalšie možné definície nezamestnanosti ponúka vo svojej štúdii Hanischová (in: Schraggeová 2011, s. 11), ktorá uvádza, že ich spoločným znakom je odlišenie straty práce ako udalosti, ktorá znamená nedobrovoľný odchod z plateného zamestnania a stavom nezamestnanosti, ktorý sa dostaví následne, pokiaľ si osoba nenájde novú prácu.

Rozdiely v prežívaní krátkodobej a dlhodobej nezamestnanosti u žien

V súčasnej dobe žijeme v spoločnosti, kde sa od jednotlivca očakáva, že sa bude po skončení štúdia zaujímať o zamestnanie, bude mať platenú prácu. Práca sa svojim historickým vývojom tak vžila do nášho každodenného života, že nielen spoločnosť očakáva od svojich jednotlivcov, aby pracovali, ale pre samotných ľudí je zamestnanie samozrejmosťou a významnou oblasťou ich života. Hamaj (2005, s. 107) píše o význame práce pre človeka takto: *Mnohí ľudia - medzi nimi čoraz väčšie percento žien - definujú svoj život predovšetkým podľa práce, ktorú vykonávajú a do značnej miery od nej odvodzujú aj svoju prestíž a sebaúctu.* A preto náhla, nečakaná strata práce je veľkým zásahom do života nielen pre konkrétneho človeka, ale aj pre celú jeho rodinu.

Prežívanie krátkodobej nezamestnanosti

Viacerí autori sa zhodujú na tom, že krátkodobá nezamestnanosť nemá vážnejšie dopady na osobnosť človeka. Podobný názor uvádza aj Kentoš (2010), ktorý vyjadruje, že krátkodobá nezamestnanosť nezanecháva psychologické následky. Je považovaná za viac-menej prirodzený jav, kedy nezamestnaný stratu práce nevníma ako niečo negatívne, práve naopak. K prežívaniu krátkodobej nezamestnanosti sa autorka Rievajová (2009, s. 200) vyjadruje takto: *"všeobecne platí, že lepšie sa s hendikepom nezamestnanosti vyrovnávajú tí, ktorí sú nezamestnaní kratší čas a s predchádzajúcou prácou boli nespokojní, tí, ktorí majú určité zázemie i úspory a sú adaptabilnejší."* Z uvedeného vyplýva, že nielen dĺžka, ale aj iné faktory ovplyvňujú prežívanie nezamestnanosti.

Dlhodobá nezamestnanosť

Dopady nezamestnanosti sú širokospektrálne. Zasahujú psychiku človeka, jeho okolie, jeho vnímanie samého seba. To, ako človek zvláda túto ťaživú situáciu ovplyvňuje jeho celkové prežívanie nezamestnanosti, ktoré sa prejavuje nielen navonok.

Citové prežívanie

Nezamestnanosť býva prežívaná ako strata, na ktorú človek reaguje zúfalstvom a depresiou, ale taktiež ako ohrozenie vlastnej budúcnosti, ktoré vyvoláva psychické napätie, úzkosť a strach. Reakciou na stratu zamestnania býva tiež zlosť a hnev, z ktorého môže vyplývať autoagresia alebo dokonca nenávisť voči spoločnosti. Strata profesijnej roly vedie k významnému zníženiu osobnostnej istoty. Za svoje zdanlivé zlyhanie môže jedinec prežívať pocity hanby a môže sa cítiť ponížený (Vágnerová 2008). Eisenberg s Lazarsfeldem (in: Mareš 2002) konštatujú, že stav nezamestnanosti je spojený s prežívaním väčšej emocionálnej nestability. Jedinec nielenže stráca svoju cenu vo vlastných očiach, ale vníma i stratu svojej ceny v očiach ostatných ľudí. Nastáva strata sebadôvery.

Sociálna izolácia

Mareš (2002) považuje zamestnanie za významný zdroj sociálnych kontaktov. V priebehu nezamestnanosti dochádza k strate nielen týchto kontaktov, ale aj k prerušeniu ďalších sociálnych kontaktov, ktoré so zamestnaním priamo nesúvisia. Sociálna izolácia nezamestnaných sa chápe predovšetkým ako ich izolácia od majoritnej (zamestnanej) populácie. Tento problém nastáva predovšetkým v miestach s vysokou mierou nezamestnanosti, kde nezamestnaní nežijú obklopení zamestnanými, ale ľuďmi s rovnakým osudom. Robertson (in: Rievajová 1997, s.168) uvádza, že *„i keď bezprostredným efektom nezamestnanosti je pokles príjmov, najbolestnejšia pre nezamestnaného je strata vlastnej ceny v očiach okolia. Pre tých, ktorí stratili prácu a sú zatiaľ plne v zajatí etiky práce, znamená strata zamestnania akási sociálnu smrť."*

Rodina nezamestnaného

Strata zamestnania jedného z členov rodiny predstavuje záťažovú situáciu pre celú rodinu. Dochádza tiež k zmene vo vzťahoch medzi rodinnými príslušníkmi, k narušeniu stereotypu rodinného života (napr. rušivý vplyv trvalej prítomnosti nezamestnaného člena rodiny doma) a k zmene v rozdelení domácich prác. Prítomný je stres, napätie a úzkosť. Môže dôjsť k vážnej kríze, ktorej následkom je v mnohých prípadoch rozpad rodiny (Vágnerová 2008). Prirodzene, opísaná situácia neplatí automaticky pre všetky rodiny s nezamestnaným členom. Ak má niekto silné rodinné zázemie a vzťahy, cíti zo strany rodiny oporu a členovia rodiny ho vedia podržať, tým nezamestnanosť nemusí mať také vážne dopady.

Strata sociálneho statusu

Žijeme v spoločnosti, kde pretrvávajú vysoké hodnotenie práce. V tejto súvislosti hovorí autorka Vágnerová (2008) o negatívnom moralizujúcom postoji k nezamestnaným. Spoločnosť považuje stratu zamestnania za dôsledok osobnej nedostatočnosti, neschopnosti a zlyhania a tým prispieva k negatívnemu sebahodnoteniu nezamestnaných. Nezamestnanosť je často chápaná viac ako zlyhanie jedinca než zlyhanie spoločnosti. V súčasnej dobe si ľudia stále viac uvedomujú, že strata zamestnania môže mať aj objektívne dôvody (napr. zánik veľkého podniku v menšom meste).

Prirodzene, uvedené skutočnosti nemožno absolutizovať. Nezamestnanosť nevylučuje ani aktívny a pozitívny životný štýl, vyrovnané rodinné vzťahy a zachovanie prijateľnej štrukturalizácie času atď. Vždy závisí od individuálnych postojoch, mravnej sily a stratégie nezamestnaných osôb. Niektorí ľudia sa vyrovnávajú s nezamestnanosťou lepšie, iní horšie (Rievajová 2009, s. 200). Na to, ako jednotlivец prežíva svoju situáciu nepochybne vplyva nespočetné množstvo faktorov, medzi ktoré patria aj osobnostné charakteristiky a subjektívny postoj k problému. Každý sa s ťaživou situáciou v živote vyrovnáva inak. Pre mnohých je teda strata práce stresujúca udalosť, pretože zamestnanie v ich živote zohráva významnú úlohu.

Vymedzenie problému

Ako sme načrtli, nezamestnanosť predstavuje závažný problém, ktorý je nutné riešiť. Viacerí autori sa zhodujú v názore, že istá miera nezamestnanosti je pre ekonomiku prospešná. Ak sa však prehĺbi do dlhodobého stavu, znamená pre spoločnosť problém. Nezamestnanosť nemá dopady len na človeka, ktorého sa bytostne dotýka, ale zasahuje svojimi negatívami do celej spoločnosti. V súčasnosti a hlavne na Slovensku je daný fenomén jeden z najdiskutovanejších. Prirodzene, každý človek prežíva svoju nezamestnanosť subjektívne. Muži a ženy prežívajú nezamestnanosť odlišne. Dokonca aj samotný prístup k obom pohlaviam zo strany zamestnávateľov je rozdielny. Mnohé prieskumy, analýzy a štatistiky, ktoré sú publikované v literatúrach potvrdzujú znevýhodnenie žien na trhu práce. Táto skutočnosť existuje napriek tomu, že naša krajina má legislatívu, ktorá zakazuje diskrimináciu na základe pohlavia, či už ide o uchádzanie sa o zamestnanie alebo pri mzde za prácu rovnakej hodnoty. Dôvod, prečo sme si túto tému vybrali je ten, že nezamestnanosť je jeden z najaktuálnejších a najvážnejších problémov na Slovensku. Dotýka sa mladej ale aj staršej populácie. Vo výskume nás zaujímalo aké sú rozdiely v prežívaní nezamestnanosti medzi krátkodobou a dlhodobou nezamestnanými ženami, pretože vo všeobecnosti platí, že krátkodobá nezamestnanosť nemá vážnejšie dopady. Konkrétne sme sa zamerali na vnímanie komponentov zmyslu života u nezamestnaných žien.

Metodika výskumu

Ako typ výskumu sme si zvolili mapovanie. Ako metódu sme si vybrali dotazník, konkrétne ide o PIL - test životných cieľov. Dôvodov, na základe ktorých sme si dotazník vybrali je viacero. Na jednej strane je to jedna z najstarších a najdôležitejších metód, ktorá bola vytvorená k diagnostikovaniu zmysluplnosti života. Na strane druhej prax ukázala, že tento dotazník je vhodný pre prvú orientáciu v problematike zmysluplnosti života. Jeho autormi sú Crumbaugh a Maholick (Křivohlavý 2006). Dotazník je zameraný na problematiku zmysluplnosti života, strachu zo smrti a taktiež na otázky slobody a zodpovednosti. PIL (Purpose in Life Test) pozostáva z troch častí. Prvá je psychometrická, obsahuje dvadsať tvrdení hodnotených na sedembodovej škále, k danej téme sú vždy pridané dve až extrémne protikladné stanoviská. Medzi týmito extrémami je celkom sedem stupňov vyznačených číslami od 1 do 7. Vyššie číslo charakterizuje relatívne vyšší príklon ku kladnému postoju k životu a jeho zmyslu. Ide o postup, ktorý bol v psychológii vytvorený k zisťovaniu tzv. sémantického diferenciálu, t.j. poznávanie jemných odlišností vo význame slov. Úlohou respondenta/respondentky je zakrúžkovať číslo, ktoré vyjadruje postoj danej osoby k téme v rozmedzí danej dvojice jej extrémnych postojov. Druhá časť obsahuje 13 nedokončených viet, ktoré má daná osoba dopísať. Tretiu časť dotazníka tvorí úloha, ktorou je vypísanie vlastných plánov, cieľov do budúcnosti a snáh. Hodnotenie prvej a druhej časti je však problematické. Z toho dôvodu sa stretávame obvykle len s údajmi o výsledkoch v prvej časti PIL (Křivohlavý 2006). Do pôvodného dotazníka PIL sme dodatočne uviedli položku, ktorá sa týka dĺžky nezamestnanosti respondentiek. Prostredníctvom tohto dotazníka budeme vyhodnocovať jednotlivé komponenty zmyslu života, a to afirmáciu života, slobodu, vnímanie cieľov do budúcnosti, sebaakceptáciu, postoje do budúcnosti a postoje k smrti.

Výber vzorky

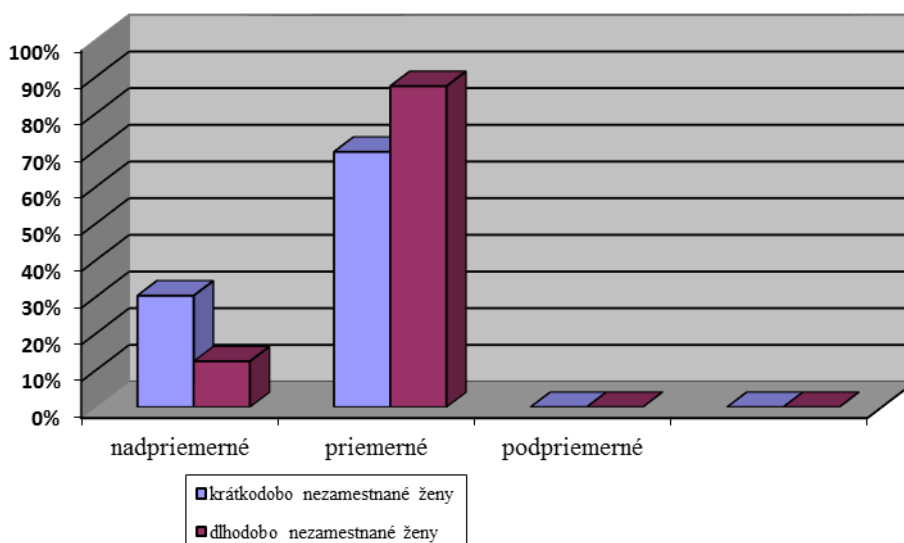
Pri výskume sme si respondentky vybrali nenáhodným príležitostným výberom. Vyberali sme si výlučne len ženy, keďže aj v teoretickej časti sa venujeme len tejto kategórii. Účastníčky výskumu boli klientky Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny na Žižkovej ulici v Košiciach. Výskumnú vzorku tvorilo 47 respondentiek, z toho 24 dlhodobo nezamestnaných žien a 23 krátkodobo nezamestnaných žien.

Výsledky

Hypotéza: *Predpokladáme, že krátkodobo nezamestnané ženy budú mať viac stanovené ciele ako dlhodobo nezamestnané ženy.*

Stanovením si cieľov sa v dotazníku PIL venujú položky 3, 4, 8, 16, 20. Výsledky sú graficky uvedené v Obr. 1.

Obr. 1 Stanovenie cieľov u krátkodobo a dlhodobo nezamestnaných žien

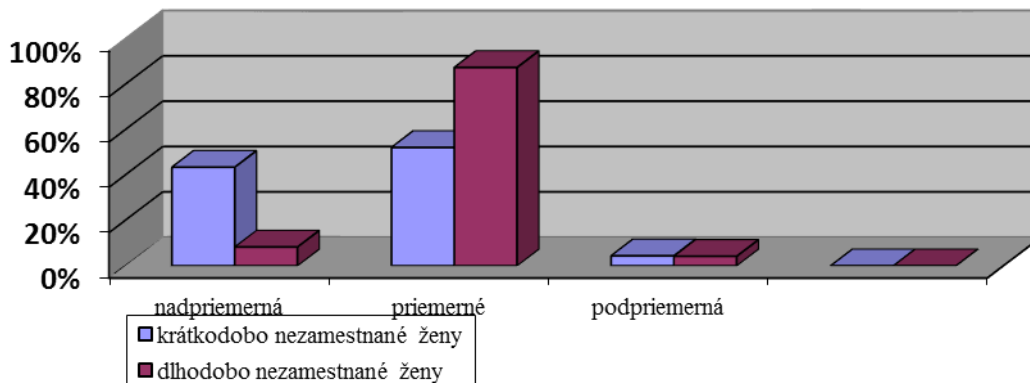


Opäť nám vyšla u obidvoch skupín respondentiek priemerná hodnota. Stanovenie cieľov dosiahlo u krátkodobo nezamestnaných žien priemernú číselnú hodnotu 5,3 a u dlhodobo nezamestnaných žien 5,1. Priemerne stanovené ciele do budúcnosti má 87,5% dlhodobo nezamestnaných žien a 69,6% krátkodobo nezamestnaných žien. Avšak je potrebné uviesť, že 7 krátkodobo nezamestnaných žien, čo je 30,4% má nadpriemerné vnímanie cieľov do budúcnosti, čo je menší počet ako u dlhodobo nezamestnaných žien. Z nich teda len 3 ženy vnímajú ciele do budúcnosti nadpriemerne. V tomto prípade sa nám hypotéza potvrdila. Radi by sme poukázali aj na ďalšie zistenie, a to, že ani jedna respondentka nemala podpriemerné stanovenie cieľov, čo považujeme za pozitívum.

Hypotéza: Predpokladáme, že krátkodobo nezamestnané ženy budú svoju slobodu vnímať viac než dlhodobo nezamestnané ženy.

Vnímaniu slobody sa v dotazníku PIL venujú otázky 1, 14 a 19. Pre ľudskú existenciu je charakteristická slobodná vôľa. Ako vnímajú slobodu nezamestnané ženy, môžeme vidieť na Obr. 2.

Obr. 2 Vnímanie slobody u krátkodobo a dlhodobo nezamestnaných žien

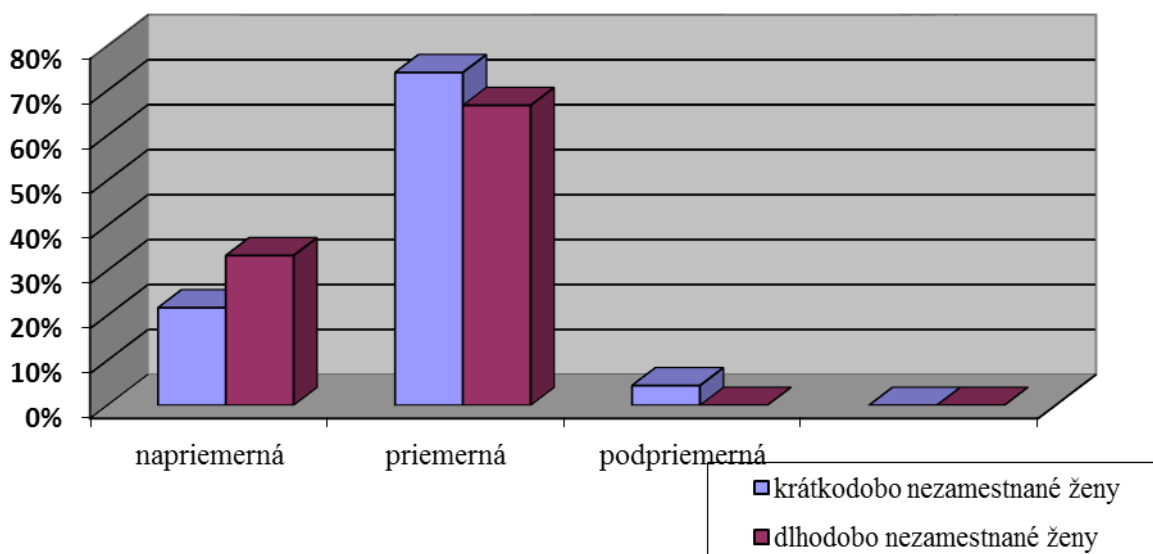


U krátkodobo nezamestnaných žien je priemerná číselná hodnota vnímania slobody 5,3 a u dlhodobo nezamestnaných žien je to 4,5. Rozdiel v číselných hodnotách považujeme za významný, teda hypotéza sa nám potvrdila.

Hypotéza: Predpokladáme, že krátkodobo nezamestnané ženy budú mať vyššiu sebaakceptáciu ako dlhodobo nezamestnané ženy.

Na meranie sebaakceptácie sú určené položky 13 a 18 v dotazníku PIL. Sebaakceptácia znamená jednotu seba samého potrebnú na zachovanie emocionálnej rovnováhy a sociálneho fungovania človeka. Výsledky nášho zistenia znázorňuje Obr. 3.

Obr. 3 Sebaakceptácia u krátkodobo a dlhodobo nezamestnaných žien



U krátkodobo nezamestnaných žien dosiahla sebaakceptácia podľa výpočtu priemernú hodnotu 4,7 a u dlhodobo nezamestnaných žien hodnotu 5,15. Teda priemerne vníma sebaakceptáciu 74% krátkodobo nezamestnaných žien a 66,7% dlhodobo nezamestnaných žien.

Diskusia

V tejto časti venujeme pozornosť našim výsledkom výskumu a uvádzame podobný výskum, ktorý sa zaoberal tiež nezamestnanými a ich zmyslom života.

Hypotézy, ktoré sme si vo výskume stanovili, sa nám potvrdili, ale aj nepotvrdili. Tie, ktoré sa nám potvrdili, sú konkrétne hypotéza č. 3, ktorou sme skúmali stanovenie cieľov, hypotéza č. 4, ktorá bola venovaná otázke slobody a napokon hypotéza č. 5, ktorou sme zisťovali postoj k budúcnosti. Ostatné hypotézy, teda ktoré sa venujú otázke afirmácii života, sebaakceptácii a postoji k smrti sa nám nepotvrdili. Hoci rozdiel priemerných číselných hodnôt nastal v každom prípade, avšak v troch z nich nebol až taký veľký, aby sme ho považovali za významný, preto sme hypotézy uviedli ako nepotvrdené. Niektoré rozdiely v prežívaní medzi krátkodobo a dlhodobo nezamestnanými ženami ukázali až grafické zobrazenia, ale aj výsledky vyjadrené v percentách, ktoré sme pri každej výskumnej otázke zohľadnili. Čo je príčinou toho, že nám vyšli približne rovnaké konečné výsledky u krátkodobo a dlhodobo nezamestnaných žien? Jedným stanoviskom môže byť názor, že na výskume sa zúčastnilo málo respondentiek na to, aby sa ukázali väčšie rozdiely v prežívaní komponentov zmyslu života. Môžeme sa na to pozrieť aj z iného hľadiska. Vieme, že nezamestnanosť môžeme deliť na krátkodobú (0 - 6 mesiacov) a dlhodobú (12 a viac

mesiacov). Výsledky mohli byť ovplyvnené tým, že niektoré boli napr. 1 rok bez zamestnania a iné zasa 10 rokov. Prorodzene, aj jedna aj druhá skupina sa podľa teoretických delení radia rovnako, a to do dlhodobej nezamestnanosti. Teda, môže byť dôvodom aj to, že dlhodobá nezamestnanosť nie je ďalej delená na mesačné príp. iné časové obdobia? Alebo je to preto, že súčasný stav nezamestnanosti je tak frekventovaný, tak vžitý, že ľudia začínajú nezamestnanosť vnímať ako súčasť života, napriek tomu, že je nežiadúca? Prirodzene, tým nevyvraciam to, že nezamestnanosť má vážne dopady na človeka, chceme však poukázať na súčasný stav problematiky, ako sme načrtli aj v teoretickej časti, že nezamestnanosť je v súčasnosti veľmi rozšíreným javom. Mnohokrát sám človek nemôže za svoju nezamestnanosť.

Podobný výskum, ktorý uvádzame sa týka, podobne ako náš, nezamestnanosti. Konkrétne ide o výskum, ktorý bol realizovaný Stanislavom Hvozdičkom a Tatianou Rosíkovou z Katedry psychológie, Filozofickej fakulty na Prešovskej univerzite v Prešove. Výskum bol zameraný na zisťovanie prežívanej úrovni zmyslu života u nezamestnaných. Cieľom práce bolo monitorovať situáciu nezamestnaných, čo je v našich podmienkach početná skupina ľudí, ktorí sú v rizikovom postavení. Autori sa vo výskume venujú kvalite života v spojení s vôľou po zmysle života. Za respondentov si vybrali nielen nezamestnané ženy, ale aj mužov. Pracovali so súborom 45 nezamestnaných a súborom 45 zamestnaných stredného veku 30 - 45 rokov. V oboch súboroch bolo 35 žien a 10 mužov. Účastníci výskumu boli nezamestnaní od 1 roka po 2 roky. Pre svoj výskum použili okrem iných aj dotazník interpersonálnej diagnózy ICI. Výsledky výskumu interpretujú nasledovne: svoju situáciu ako veľmi zlú až kritickú označilo 72,3% nezamestnaných. Ako dobrú až veľmi dobrú ju označilo 27,7% nezamestnaných. U tých, ktorí uviedli svoju situáciu ako dobrú až veľmi dobrú 8,3% malo kriticky zníženú nenaplnenosť existencie zmyslom. Autori usudzujú, že subjektívne prežívaná príjemnosť situácie ešte neznamená, že život jednotlivca je naplnený zmyslom. Naopak súvislosti neprijemného prežívania nevylučujú naplnenosť života zmyslom. Ukazuje sa, že aj zamestnaní môžu v rôznej miere prežívať naplnenosť zmyslu života a výsledky naznačujú, že je to skupina, ktorá z hľadiska existenciality pracuje v situáciách, ktoré prinášajú existencionálne riziká.

Záver

Z výsledkov, ku ktorým sme sa prostredníctvom nášho výskumu dopracovali, môžeme vyvodzovať viacero záverov. Prvým je skutočnosť, že hypotézy sa nám potvrdili, ale niektoré nepotvrdili. Predpokladali sme, že ak porovnáme prežívanie nezamestnanosti u krátkodobo a dlhodobo nezamestnaných žien, vyjdú nám jednoznačné rozdiely. Ak sme vypočítali priemerné číselné hodnoty, tak rozdiely sa ukázali, no len v malej miere. Avšak pozoruhodné bolo, že ak sme výsledky našich respondentiek uvádzali v percentách, výsledky boli jasnejšie. Vo všetkých skúmaných komponentoch sa ukázalo, že aj krátkodobo aj dlhodobo nezamestnané ženy prežívajú komponenty zmyslu života priemerne. Ani v jednej hypotéze nám grafické znázornenie neukázalo, že by účastníčky nášho výskumu vnímali komponent celkovo napriemerne. Rovnako sme zistili, že nenastal jav, kedy by bol celkový silný podpriemer. Ďalšie zistenie bolo, že hoci nám celková nadpriemerná hodnota nevyšla ani v jednom prípade, podotýkame, že u krátkodobo nezamestnaných žien vyšlo vnímanie slobody takmer z polovice napriemerne. Sloboda dáva človeku možnosť vybrať si, rozhodnúť sa, preto považujeme toto zistenie za významné. Výraznejšie rozdiely sa ukázali najmä pri interpretácii hypotéz č. 1, ktorou sme zisťovali vnímanie cieľov. Rozdiely boli viditeľné z grafického znázornenia a taktiež po výpočtoch nám priemerná číselná hodnota vyšla taká, že sme rozdiely mohli považovať za významné. Pri hypotéze č. 2, vnímalo slobodu priemerne 21 z 24 respondentiek. Výsledky hypotézy č. 3 sme chceli uviesť hlavne pre fakt, že podpriemerná

hodnota nám vyšla u krátkodobo nezamestnaných, pričom ani jedna z dlhodobo nezamestnaných žien v tejto hypotéze neuviedla podpriemerný postoj.

Zoznam bibliografických odkazov

- ADLER, A., 1998. *O zmysle života*. Bratislava: IRIS. ISBN 80-88778-05-0.
- HAMAJ, P., 2005. *Sociológia práce*. 1. vyd. Liptovský Mikuláš: 4D. ISBN 8096929127
- KREBS, V., 2005. *Sociální politika*. 3. vyd. Praha: ASPI. ISBN 8073570505
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2006. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1370-5
- MAREŠ, P., 2002. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 8086429083
- PIETRUCHOVÁ, O., 2007. *Rodová rovnost' v organizácii*. Bratislava: Okat plus. ISBN 9788088720126
- RIEVAJOVÁ, E. a kol., 2009. *Trh práce a politika zamestnanosti*. Bratislava: Eknóm. ISBN 9788022528788.
- SCHRAGGEOVÁ, M., 2011. *Nezaměstnanost' v psychologických súvislostiach*. 1. vyd. Nové Zámky: PSYCHOPROF. ISBN 9788089322084
- VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 9788073674144

Kontakt na autorky

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

Zmysel života onkologicky chorých pacientov a pacientok³² *Sense of Life of Cancer Patients*

Lenka Lukáčová (SR), Eva Žiaková (SR)

Abstrakt

Predkladaný príspevok sa zameriava na definovanie zmyslu života v kontexte onkologickej choroby, ktorá predstavuje veľký zásah do života človeka, ovplyvňuje jeho fyzický, psychický stav a predstavuje aj sociálne dôsledky. Samotná choroba, ale aj náročná a zdĺhavá liečba ovplyvňuje a mení celý doterajší život onkologicky chorého pacienta a pacientky ako aj jeho sociálne vzťahy. Vyrovnávanie sa s ťažkými životnými situáciami súvisí aj so stratou, hľadaním a objavovaním zmyslu života, čo môže liečbu ovplyvňovať v negatívnom aj pozitívnom zmysle.

Kľúčové slová

Onkologicky chorý pacient a pacientka. Rakovina. Zmysel života.

Abstract

The presented contribution aims at defining the meaning of life in the context of oncological disease, which represents a major interference with the life of a person, affects his physical, mental state and also social consequences. The disease itself, as well as the difficult and lengthy treatment, influences and changes the whole life of the oncologically ill patient and patients as well as their social relationships. Equating with difficult life situations is also associated with loss, search and discovery of the meaning of life, which can influence the treatment in negative and positive ways.

Key words

Oncologically ill patients. Cancer. Meaning of life.

Úvod

Každý potrebuje zažiť určitý pocit zmyslu a je možné tvrdiť, že pre človeka je nenahraditeľný. Človek neustále hľadá zmysel v tom, čo ho obklopuje, čo sa okolo neho deje. Tento proces môže prebiehať na rôznych úrovniach, či už sa jedná o zmysel viet, udalostí alebo zmysel života. Človek potrebuje v živote zmysel a nie je schopný žiť bez cieľov, hodnôt a ideálov, podľa ktorých by sa mohol riadiť. Pri stanovení onkologickej diagnózy je pacient konfrontovaný s eventualitou smrti. V tomto období sú typické pocity zlosti, hostility, popierania, šoku, depresívne nálady, či samotná strata zmyslu života, v lepšom prípade jeho prehodnocovanie. Niektorí pacienti s odstupom času považujú onkologickú chorobu prínosnú pre rast osobnosti. Ak človek pozná zmysel a cieľ svojho života, tak život pre neho bude mať jasné zameranie, pretože mu pomôže sústrediť jeho snahu a energiu na dôležité veci. Samotný cieľ dáva podľa Warena (2005) motiváciu človeku žiť, pretože nič neoduševňuje človeka viac ako jeho jasný cieľ.

Uvedomujúc si význam používania rodovo citlivého jazyka pre prehľadnosť čítania ďalšieho textu budú autorky používať pojem pacient/pacienti, pričom obsahovo majú na mysli pacientov/pacientky.

³² Príspevok vznikol v rámci riešenia vedeckovýskumnej úlohy Vega 1/0230/15 s názvom „*Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok*“.

Onkologická choroba ako riziko straty zmyslu života

Celkový počet pacientov so zhubnými nádorovými ochoreniami sa neustále zvyšuje na celom svete (Hatoková 2009). Príčinou rastu počtu nádorov je podľa Jurga (2000, in: Hatoková 2009) predovšetkým zvyšovanie priemerného veku života (mnohé nádorové choroby sa vyskytujú niekoľkonásobne častejšie vo vekových skupinách nad 65 rokov), životný štýl (málo aktívneho pohybu) a stravovacie návyky. Rakovina spolu so srdcovo-cievnyimi chorobami patrí medzi najčastejšie sa vyskytujúce civilizačné choroby. V priemyselne vyspelých štátoch sú zhubné nádory na druhom mieste príčin smrti (Žiaková 2008). „Vývojové trendy nie sú pozitívne, pretože sa zvyšuje ako výskyt chorôb, tak sa zvyšuje počet osôb žijúcich s onkologickou chorobou a predlžuje sa i dĺžka života s chorobou“ (Čadková Svejková, Chrdlová, Slavíková 2013, s.17). „Rakovina je súhrnné označenie zhubných ochorení, ktoré si nekontrolovateľným bunčným rastom získavajú v organizme ďalšie a ďalšie miesto, čím životne ohrozujú rôzne telesné orgány a životné funkcie. Toto ochorenie je výsledkom vysoko komplexného vzájomného pôsobenia najrôznejších faktorov“ (Angenent, Schutze-Kreilkamp, Tschuschke 2010, s. 40).

Pri onkologickej chorobe vstupuje človeku do života existencionálne dilema z dôvodu strachu z bolesti, samoty, straty kontroly, či zo smrti. Väčšina pacientov má problém akceptovať smrť a pochopiť jej boja. Aj keď má pacient nádej na vyliečenie, musí sa vyrovnáť so zmenou somatickej schémy, bolesťou, eventuálnou stratou časti tela a inými deformitami alebo hendikepmi, ktoré choroba a daná liečba prinášajú (Raudenská, Javůrková 2011). Schopnosť vyrovnávať sa s týmito problémami je u každého pacienta individuálna. Pacient prežíva podľa autorov Angenent, Schutze-Kreilkamp, Tschuschke (2010) nádorovú chorobu ako ťažkú osobnú katastrofu a často vníma stanovenú diagnózu ako rozsudok smrti. Od stanovenia diagnózy pacient prežíva pocit neistoty a zaujíma ho len jedno – či bude žiť, ak áno, ako dlho a ako bude vyzeráť jeho ďalší život. Významnú úlohu v utváraní kvality života zohráva viera vo vlastné schopnosti, miera sebauplatnenia každého človeka. Vnímanie úrovne tejto viery vo vlastné schopnosti ovplyvňuje podľa Kebzu (2005) aj mieru úsilia a vytrvalosti, kedy sú ľudia ochotní vydať sa tvárou v tvár ťažkostiam a prekážkam. V priebehu procesu vlastného boja s onkologickou chorobou je možné u pacienta rozlišovať viaceré aspekty (Gulášová 2009, s. 14):

- zhodnocovanie situácie – pre pacienta je mimoriadne náročné vyznať sa v situácii, do ktorej sa dostal. Musí rátať aj s možnosťou, že sa mu to celkom nepodarí. Najprv je to zvažovanie závažnosti choroby a premýšľanie nad tým, čo všetko sa v dôsledku vzniknutej choroby zmení,
- proces adaptácie – čím sa rozumie jednak prispôbenie výsledku pri zhodnocovaní a jednak aktívna úprava podmienok prostredia, v ktorom sa pacient nachádza (tu je možné zaradiť zvládanie bolesti, osobných problémov súvisiacich s určitým vyšetrením, zvládanie medziľudských vzťahov v rodinnom a nemocničnom prostredí, atď.),
- schopnosť zvládať ťažkosti – predstavuje schopnosť zvládnuť to, čo pred pacientom stojí. Snaží sa zvládnuť svoj emocionálny stav, riešiť vzniknuté problémy a nachádzať zmysluplnosť danej situácie.

Vstupom onkologickej choroby do života človeka nastáva množstvo zmien v mnohých oblastiach života jednotlivca, nakoľko každý jedinec je vnímaný ako bytosť bio-psycho-sociálno-spirituálna. Popri strachu, bolesti, úzkosti a množstva otázok sa mení aj pacientova aktivita v bežnom živote, životný rytmus, jeho emócie a prostredie, stáva sa závislým od druhých. Gulášová (2009, s. 10) uvádza nasledovné všeobecne sa vyskytujúce zmeny u onkologického pacienta:

- precitlivosť pacientov, väčšia citová dráždivosť,
- časté výkyvy nálady,

- záporné emócie – strach, obavy, deprimovanosť, depresia, až apatia,
- pocit menejcennosti,
- pocit znehodnocovania, utláčania a prenasledovania,
- narušenie medziľudských vzťahov.

Autorky Angelovičová a Máthéová (2012) dopĺňajú nedostatočný spánok, nechutenstvo a zníženie alebo stratu sexuálneho pudu.

Autorky príspevku poukazujú na zmeny onkologicky chorého pacienta v kontexte bio-psycho-socio-spirituálneho modelu podľa Raudenskej a Javůrkovej (2011, s. 195):

- somatická úroveň – v tejto úrovni nastávajú u pacienta zmeny v tele, ktoré sa následne odzrkadľujú aj v predstavách a myslení pacienta. Možno sem zaradiť bolesti, pocity dávania a dávania, stratu vlasov, únavu ako aj zmeny v aktivite, sexualite, odkázanosti na druhých a pod.,
- psychická úroveň – pacienti počas svojej choroby prežívajú stratu istoty, strach, úzkosť, obavy, smútok, zmenu perspektív do budúcnosti, či hrozbu novej smrti,
- spirituálna úroveň – každý človek vníma a rozumie významu svojho života a hodnotám, ktoré sa vstupom onkologickej choroby do pacientovho života môžu meniť,
- sociálna úroveň – onkologickou chorobou a jej liečbou dochádza u pacienta k zmene v medziľudských vzťahoch. Pacient má potrebu pocitu solidarity v rodine (potreba patriť niekomu, komunikovať s niekým, chápať a byť pochopený druhými). Protipólom sú pocity osamelosti, opustenia, prehliadania až stigmatizácie, s ktorými sa taktiež pacient počas svojej choroby musí vyrovnávať. Všetky vyššie uvedené ťažkosti sa menia v kontexte štádia choroby.

Zmysel života ako zložitý konštrukt

Otázka zmyslu života sprevádza ľudstvo po celú dobu jeho existencie. Pri zmysle života možno vidieť filozofické, sociologické, psychologické alebo teologické pozadie. Najst' odpoveď na otázku zmyslu života nie je vôbec ľahké. Sociálne vedy, ale zvlášť filozofia a religionistika ukazujú, že na otázku zmyslu nemožno odpovedať ani na základe vnútorných zážitkov jednotlivca, pretože sú u každého iné a preto nemajú normatívny ráz (Tavel 2004). Okrem pojmu zmysel života sa používajú aj výrazy ako zmysel existencie, životný zmysel, zmysluplnosť života, pocit zmysluplnosti a pod. (Halama 2007).

Zmysel života je veľmi zložitý konštrukt a všeobecne je možné konštatovať, že je veľmi ťažko definovateľný. Autorky príspevku ponúkajú niekoľko pohľadov na chápanie zmyslu života, pričom Tavel (2004) uvádza, že bolo vytvorených okolo 170 definícií zmyslu. Ako uvádza Hartl a Hartlová (2010), pod pojmom zmysel života je možné vnímať vnútorný, duševný zmysel určitého cieľa alebo zamerania v živote človeka alebo v samotnej existencii, bytia. Křivohlavý (2006, s. 47-48) konštatuje, že „z hľadiska existenciálneho poňatia zmyslu nášho bytia ide o snahu pochopiť ako udalosti v našom živote súvisia medzi sebou a „zapadajú“ do širšieho obrazu, do kontextu nášho života. Za touto snahou stojí naša motivácia vidieť v tom, čo zažívame určitý zmysel“. Adler (1998) chápal zmysel života v dimenziách životného štýlu a životných cieľov. Životný štýl je pre neho celkové zameranie človeka, dlhodobá orientácia človeka počas celého jeho života vzťahujúca sa na chápanie seba, druhých a svojich životných cieľov. Zmysel života určuje to, aké životné ciele si človek vyberá. Zmysel života podľa Slovníka sociálneho pracovníka (Strieženec 1996) je regulatívny pojem, upravujú a odôvodňujú sa ním sociálne normy, podľa vzoru ktorých má človek konať. Tajomstvo bytia individua, čiže zmysel života sa odvíja od jeho vlastného hodnotového systému a konfrontáciou so spoločenskými normami.

O rozšírenie pojmu zmysel života sa v psychológii najviac zaslúžil viedenský psychiater a filozof Frankl (2009). V jeho logoterapii a existenciálnej analýze má ústredné

miesto tzv. „vôľa k zmyslu“, ktorú chápe ako ľudskú túžbu nájsť a naplniť v živote nejaký zmysel a hodnoty. Táto túžba je podľa neho hlavnou motivačnou silou človeka a chronické zlyhávanie v jej uskutočňovaní vedie k existenciálnemu vákuu (nedostatok zmyslu a existenciálna prázdnota), ktoré môže byť príčinou psychickej patológie, najmä depresie a tzv. noogénnej neurózy. Frankl chápal vytváranie zmyslu života ako proces odhaľovania hodnôt a cieľov v jednotlivých situáciách života. Život má podľa neho zmysel v každej situácii, úlohou človeka je tento zmysel objaviť a realizovať. Aj v utrpení a v bezvýhodiskových situáciách môže človek nájsť zmysel pomocou ľudskej schopnosti sebatranscendencie, ktorá umožňuje prekročiť okruh vlastných potrieb a zamerať sa na hodnoty mimo seba.

Zmysel života je podľa Frankla (2006) pre každého človeka a pre každú situáciu jedinečný a nemožno ho nikomu predpísať. Človek ho musí nájsť a rozpoznať sám. Nemal by sa pýtať na to, čo je zmyslom života, ale čo život očakáva od neho, čo človek sám môže životu dať. V kontexte zmyslu života je možné rozlíšiť tri hlavné kategórie hodnôt (Längle 2002, s. 26-29):

- a) *zážitkové* – realizované pri prijímaní sveta, prežívaní jeho krásy v prírode a umení. Človek môže ľahko prehliadnuť čo sa mu ponúka ak nevenuje svojmu okoliu pozornosť. Najhlbšou zážitkovou hodnotou je stretnutie s druhým človekom a láska k druhému človeku;
- b) *tvorivé* – človek ich uskutočňuje ak niečo vytvára, pričom sa nemusí jednáť o významné umelecké dielo. Nezáleží na veľkosti a význame výsledku, ale na skutočnosti a oddanosti s akou človek na svojom diele pracuje;
- c) *postojové* – ak človek nemôže slobodne prežívať okolitý svet v jeho plnosti alebo sa oddať tvoreniu, ostáva mu ešte stále možnosť zaujať k svojmu osudu určitý postoj.

Podľa Frankla (2006) môže človek vždy vo svojom živote nájsť zmysel, vždy mu ostáva tá jediná sloboda, ktorá mu dovoľuje postaviť sa určitým spôsobom k danej situácii aj za tých najhorších podmienok. Sám uvádza vlastné skúsenosti z koncentračného tábora počas druhej svetovej vojny, kedy tí najstatočnejší ľudia dokázali nájsť zmysel aj v situácii, keď čelili smrti. Napriek všetkému dokázali povedať životu áno. V knihe s názvom *Napriek všetkému povedať životu áno* (Frankl 1998) je táto idea zároveň hlavnou dejovou líniou, ktorá presne vystihuje nielen pocity autora v čase odohrávania sa „deja“, ale i poslstva, ktoré nesie. Každý človek, hoci prežíva aj najťažšie chvíle svojho života, má aj svoj vnútorný svet v ktorom prežíva rôzne radosti, či už sú to naivné predstavy o krásnom živote, o prírode, láske, neistej budúcnosti, alebo sú to pocity, na ktoré spomína, predstavy, ktoré sa mu vstúpili do pamäte pri nejakých minulých príjemných situáciách. Napriek všetkému povedať životu áno znamená aj vedieť sa *utiekat' do vlastného vnútra*. Frankl (1998) vo svojom rozprávaní sleduje na retrospektívnom náhľade jeho prežívania a správania bežné situácie, ale i zaujímavé spomienky, na ktorých sa snaží analyzovať a vytvárať z nich akési vzorce pre vysvetlenie správania sa najmä v krízových, netradičných situáciách. Človek totiž môže byť vnútorne silnejší než jeho vonkajší osud, a to nielen v koncentračnom tábore. Človek je neustále konfrontovaný s osudom a to ho stavia pred rozhodnutie, ako pretvoriť stav čistého utrpenia na vnútorný čin.

Dôležitosť zmyslu života u pacientov a pacientok s onkologickou chorobou

„Choroba do pacientovho života vpadne a modifikuje jeho budúcnosť a vyhliadky, teda napĺňanie jeho zmyslu života“ (Mojtová, Sedlárová, Šrank 2013, s. 25). Pacient na základe svojich psychických a fyzických možností mení svoje životné ciele a hodnoty. „Choroba ohrozuje pacienta na živote a konfrontuje ho s myšlienkou smrti. Ďalším zdrojom úzkosti je samotná liečba ochorenia, jej vedľajšie účinky, nejasná dĺžka trvania a neistý efekt. Nezávládny strach a vysoká hladina úzkosti môže prerásť do úzkostných porúch a fobií.“ (Andrášiová 2007, s. 45). Pacient má neistú budúcnosť, s ktorou sa spája pokles niektorých kompetencií, na základe čoho smúti. Cíti sa byť menejcenný, čo môže prerásť do depresie. U

pacientov sa stretávame s poruchami spánku, dlho pretrvávajúcim rozrušením, nočnými desmi, negáciou ochorenia, sebaobviňovaním, odmietaním liečby, ktoré je iracionálne podmienené, nespavosťou a psychogénnym zvracaním (Andrášiová 2007). Choroba zasahuje všetky sociálne role pacienta, rolu partnera, manžela, rodiča, rolu v zamestnaní.

Zvýšená požiadavka nachádzať zmysel v tom, čo sa deje, nastáva hlavne v situácii, ktorá pre človeka predstavuje veľké trápenie. Vytváranie tohto zmyslu je pre človeka nesmierne dôležité, pretože mu napomáha utvoriť si presnejšiu podobu svojej vlastnej identity (Křivohlavý 2006). Schopnosť nachádzania či vytvárania vyššej úrovne zmyslu z relatívne spolu veľmi nesúvisiacich udalostí je niečo, čo je človeku vrodené (Baumeister, Vohs 2000, in: Křivohlavý 2006). Kagan (1981, in: Křivohlavý 2006) tiež usudzoval, že schopnosť nachádzať zmysel je človeku vrodená. Aj tá najhoršia situácia však v sebe nesie zmysel, ktorý musí človek objaviť. Aj v utrpení človek môže nájsť zmysel pomocou schopnosti prekročiť vlastné potreby (sebatranscendencia) a zamerať sa na hodnoty, ktoré ležia mimo neho, a tak dokáže pretvoriť utrpenie na zmysluplný výkon. Dlhodobé nenaplnenie zmyslu vedie k stavu, ktorý nazývame existencionálne vákuum. Tento stav sa prejavuje nudou, pocitom bezzmyslenosti a depresiou (Halama 2007).

V súvislosti s onkologickými chorobami Dostálová (1993) zaraďuje medzi psychosociálne faktory, ktoré môžu mať vzťah ku vzniku tejto choroby aj stratu koncepcie vlastného života ako i stratu zmyslu života, ktorá sa prejavuje predovšetkým nedostatkom záujmu, ale aj nedostatkom interpersonálnych vzťahov, alebo ich obmedzením a oslabením pocitu spolupatričnosti k spoločnosti. Každý človek musí počítať s existencionálnymi problémami akými sú bolesť, strata a smrť. Ľudia, ktorí sú konfrontovaní so smrteľnou chorobou sa začínajú intenzívnejšie a hlbšie zaoberať zmyslom života a môžu ho v porovnaní so zdravými ľuďmi vo väčšej miere prežívať. Pacienti a pacientky s onkologickou chorobou sa tým však musia zaoberať omnoho skôr a omnoho intenzívnejšie ako ostatní. Frankl (2007) nazerá na utrpenie ako na potenciálny odrazový mostík pre potrebu hľadania aj nájdenia zmyslu života. Podľa neho aj na diagnózu potenciálne smrteľnej choroby môžeme nazeráť ako na krízu, no takýto zážitok úzkosti až zúfalstva môže človeku ponúknuť možnosť na rast a nájdenie zmyslu, ak sa to naučí zvládať. Podľa Vágnerovej (2000, in: Končeková 2005) ťažko a nevyliciteľne chorý človek často stráca svoj pôvodný zmysel života, a v takej ťažkej životnej situácii nie je ľahké nájsť nový, prijateľný zmysel vlastnej existencie. Frankl (1994, in: Končeková 2005) vidí zmysel aj v utrpení, pretože chorému môže pomôcť ujasniť význam skutočných hodnôt. *„Utrpenie môže podporiť jeho citlivosť a niekedy mu môže pomôcť, aby sa stal kvalitnejšou osobnosťou. Choroba mení pohľad človeka, na svet i na seba samého. Dovolí mu pochopiť aj iné dimenzie života, ktorým by predtým nebol schopný rozumieť alebo by o ne ani nestál. I v zvládaní choroby a utrpenia s ňou spojeného sa môže potvrdiť kvalita ľudskej osobnosti, hoci je to často posledný prejav jeho sebaopotvrdenia“* (Končeková 2005, s. 67). Mesárošová et al. (2007, in: Bačová, Žiaková, Katreniaková 2015) poukazujú na to, že ženy s onkologickou chorobou kladne vnímajú chorobu v tom zmysle, že ju považujú za prínosnú pre rast osobnosti. Mnohé ženy si uvedomujú, že táto choroba zmenila ich pohľad na život, naučila ich lepšie zvládať životné ohrozenia a problémy. Zároveň si uvedomili, ktoré stránky života a hodnoty sú najcennejšie.

Schnellová (2009) v súvislosti so spomínaným zmyslom života rozlišuje 26 zdrojov zmyslu života, ktoré člení do nasledujúcich štyroch dimenzií:

1. sebatranscendencia – človek sa zaväzuje cieľom, ktoré presahujú jeho súčasné potreby. Tieto zdroje je možné rozlíšiť na vertikálne (orientácia na nemateriálnu, kozmickú silu). Sem možno zaradiť religiozitu a spiritualitu. Ďalšiu rovinu tvoria zdroje horizontálne (prevzatie zodpovednosti za záležitosti, ktoré presahujú záujmy jedinca). Medzi tieto zdroje patrí vzťah k prírode, sebaopoznanie, zdravie, sociálne záväzky,

2. sebaaktualizácia – využívanie a posilňovanie vlastných zdrojov (napr. úspech, znalosti, kreativita),
3. poriadok – zakladanie si na hodnotách, praktických aspektoch, slušnosti. Konkrétnymi zdrojmi sú tradície, morálka, rozum a praktickosť,
4. osobná pohoda a vzťahy – prežívanie potešenia o samote i v spoločnosti druhých, starostlivosť o seba a druhých. Táto dimenzia je tvorená zdrojmi ako sú komunita, láska, harmónia, venovanie pozornosti druhým.

V kontexte uvedeného autorky príspevku považujú za významné zdroje zmyslu života v kontexte onkologickej choroby:

- vzťahy – rodina, partner/ka, deti a priatelia,
- služba – onkologicky chorí pacienti a pacientky môžu nájsť počas choroby zmysel života v pôsobení v rámci podporných a svojpomocných skupín, pomáhať ostatným pacientom a pacientkam, šíriť osvetu a podieľať sa na preventívnych aktivitách,
- rast – choroba môže človeka ovplyvniť aj v pozitívnom zmysle, onkologický pacient a pacientka sa zameria v tomto zmysle na sebarozvoj a rast osobnosti, čo môže zahŕňať tvorivé aktivity, či ďalšie vzdelávanie,
- v neposlednom rade spiritualita.

Záver

Za najväčšiu hodnotu života človeka je možné považovať život a zdravie. Choroba človeku pripomína zraniteľnosť života. Po zistení tak závažnej diagnózy akou je onkologická choroba je pacient plný úzkosti, strachu a obáv. Pri včasnom poskytnutí primeraného množstva informácií pacientovi ohľadom jeho zdravotného stavu možno dospieť k zníženiu strachu a úzkosti. Prostredníctvom týchto informácií pacient nadobúda predstavu o svojom súčasnom zdravotnom stave a prognóze choroby. Autorky príspevku poukázali na hodnotu zmyslu života, ktorá sa stáva ústrednou takmer u každého pacienta, ktorému diagnostikujú onkologickú chorobu. Rakovina ako súhrnné označenie onkologických chorôb je žiaľ čoraz aktuálnejšou témou a problematikou, ktorá sa mnohokrát stáva podnetom na zamyslenie a prehodnotenie životných hodnôt aj u zdravých jedincov.

Zoznam bibliografických odkazov

- ADLER, A., 1998. *O zmysle života*. Bratislava: Iris. ISBN 80-88778-05-0.
- ANDRÁŠIOVÁ, M., 2007. Psychologické minimum o psychickom prežívaní onkologického pacienta. *Via practica*. 4(2), s. 42–46. ISSN 1339-4790.
- ANGELOVIČOVÁ, K. a E., MÁTHÉOVÁ, 2012. Špecifiká psychického prežívania u pacienta s diagnózou nádorového ochorenia na klinike urológie. In: CHALUPOVÁ, M., IŠTOŇOVÁ, M. a JUDIČÁKOVÁ, M. *Súčinnosť podporných profesií pri starostlivosti o pacienta/klienta*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, s. 94-101. ISBN 978-80-555-0512-1.
- ANGENENDT, G., U. SCHÜTZE-KREILKAMP a V. TSCHUSCHKE, 2010. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-781-7.
- BAČOVÁ, M., E. ŽIAKOVÁ a Z. KATRENIÁKOVÁ, 2015. Sociálna opora onkologicky chorých žien - základný predpoklad intervencie sociálnych pracovníkov.. In: *Sociální práce/Sociální práce*, 15(1), s. 48-65. ISSN 1335-0579.
- ČADKOVÁ SVEJKOVSKÁ, M., M. CHRDLÁKOVÁ a Š. SLAVÍKOVÁ, 2013. Rodina s onkologicky nemocným dospelým. *Sociální práce/Sociální práce*. 13(3), 17-19. ISSN 1213-6204.
- DOSTÁLOVÁ, O., 1993. *Jak vzdorovat rakovině*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-040-6.

- FRANKL, V. E., 1998. *Napriek všetkému povedať životu áno. Psychológ prežíva koncentračný tábor*. Bratislava: Slovenský spisovateľ. ISBN 80-220-091-0.
- FRANKL, V. E., 2006. *Vůle ke smyslu. Vybrané přednášky o logoterapii*. Brno: Cesta. ISBN 80-7295-084-3.
- FRANKL, V. E., 2009. *Psychoterapia pre laika*. Bratislava: LÚČ. ISBN 978-80-7114-690-2.
- GULÁŠOVÁ, I., 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-80633-05-9.
- HALAMA, P., 2007. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: SAP – Slovak Academic Press. ISBN 978-80-8095-023-1.
- HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HATOKOVÁ, M. at al., 2009. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich. Dobrovoľníctvo v nemocniciach a paliatívnych zariadeniach*. Bratislava: DON BOSCO. ISBN 978-80-8074-095-5.
- KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
- KONČEKOVÁ, Ľ., 2005. *Patopsychológia*. Prešov: Lana. ISBN 80-8923-500-X.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2006. *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1370-5.
- LÄNGLE, A., 2002. *Smysluplně žít. Aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta. ISBN 978-80-7295-037-9.
- MOJTOVÁ, M., K., SEDLÁROVÁ a ŠRANK, M., 2013. *Klinický sociálny pracovník*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. ISBN 978-80-558-0269-5.
- RAUDENSKÁ, J. a A. JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2223-8.
- SCHNELL, T., 2009. The sources of meaning and meaning in life questionnaire: Relations to demographics and well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 4 (6), 483-499. ISSN 1743-9779.
- STRIEŽENEC, Š., 1996. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava: AD. ISBN 80-967589.
- TAVEL, P., 2004. *Zmysel života podľa V. E. Frankla*. Bratislava: IRIS. ISBN 80-89018-81-5.
- WAREN, R., 2005. *Život s jasným cieľom*. Bratislava: Porta Libri. ISBN 80-89067-31-X.
- ŽIAKOVÁ, E. et al., 2008. *Osamelosť ako sociálny a psychologický jav. Prežívanie osamelosti vo vybraných sociálne rizikových skupinách*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity. ISBN 978-80-806-8731-1.

Kontakt na autorky

Mgr. Lenka Lukáčová, Katedra sociálnej práce, Filozofickej fakulty Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach,, Moyzesova 9, 040 59 Košice, e-mail: lenka.lukacova@student.upjs.sk

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

Integrácia imigrantov v kontexte socializácie a resocializácie

Integration of Immigrants in the Context of Socialization and Re-socialization

Jana Plavnická (SK), Dušan Šlosár (SK)

Abstrakt

Imigranti prichádzajúci na územie hostiteľskej krajiny so sebou prinášajú hodnoty či normy správania nadobudnuté počas procesu socializácie, v rámci vstania do vlastnej kultúry. Príchodom do hostiteľskej krajiny musia imigranti dodržiavať pravidlá a normy v nových hodnotách prijímajúcej spoločnosti. Podporu a rozvoj adaptácie imigrantov na tieto zmeny predstavuje proces resocializácie, ktorý zároveň podporuje aj ich integráciu do hostiteľskej spoločnosti. Efektívna sociálna práca s imigrantmi v integračnom procese by sa v budúcnosti mala realizovať práve s ohľadom na socializačné a resocializačné procesy tejto klientskej skupiny, ktorých analýza v tomto kontexte je cieľom príspevku.

Kľúčové slová

Socializácia. Resocializácia. Integrácia. Sociálna práca.

Abstract

Immigrants coming to the territory of the host country bring with them the values or standards of behavior acquired during the process of socialization, as part of their own culture. By entering the host country, immigrants must adhere to the rules and standards in the new values of the receiving company. Supporting and developing the adaptation of immigrants to these changes represents a process of social reintegration, which also supports their integration into the host society. Effective social work with immigrants in the integration process should be realized in the future with respect to the socialization and resocialization processes of this client group whose analysis in this context is the goal of the contribution.

Keywords

Socialization. Re-socialization. Integration. Social work.

Úvod

Integrácia imigrantov je dlhodobým a obojstranným procesom, ktorého cieľom je začlenenie týchto jednotlivcov do spoločnosti hostiteľskej krajiny. Ide tiež o nepretržitý proces opierajúci sa o vzájomné práva i zodpovedajúce povinnosti nie len samotných imigrantov, ale aj prijímajúcich krajín. Faktom je, že prichádzajúci imigranti sú ovplyvnení svojou pôvodnou kultúrou a z nej vyplývajúcimi hodnotami či normami správania, ktoré nadobudli počas procesu socializácie. Resocializácia týchto jednotlivcov a ich integrácia do prijímajúcej krajiny sa preto stáva obtiažnou. Je dôležité, aby sociálny pracovník pracujúci s cieľovou skupinou imigrantov v integračnom procese vnímal ich začleňovanie sa do novej spoločnosti v kontexte socializácie a resocializácie.

Socializácia a resocializácia

Podstata socializačného procesu spočíva v etapovitej premene jednotlivca vnímaného ako biologické individuum, na bytosť spoločenskú (Keller 2008). Predstavuje komplexný proces prebiehajúci po celý život každého jednotlivca (Vančíková 2011). Ide o proces utvárania a vývinu osobnosti prostredníctvom pôsobenia sociálnych vplyvov, pričom zahŕňa

aj jeho aktivity, ktorými na tieto vplyvy odpovedá, a to spôsobom vyrovnania sa, podliehaniu im či spôsobom ich tvorivého zvládania (Helus 2004). Tento proces je realizovaný prostredníctvom sociálnych interakcií v rôznych sociálnych skupinách jestvujúcich v spoločnosti, pričom jednotlivec nadobúda spôsoby, vzorce a normy správania či hodnoty platné a akceptované v tej kultúre a spoločnosti, ktorej členom sa stáva. Procesom socializácie sú jednak utvárané spôsoby jednania, ale zároveň je u jednotlivca formovaná tendencia vo vzťahu k morálnemu a konformnému reagovaniu v najrôznejších situáciách. (Keller 2008) Podľa Štefáčkovej (2017) miera socializácie nie je u každého jednotlivca rovnaká. V tejto súvislosti uvádza Novosad (2009) formy socializačného procesu, ktoré zohľadňujú rozdiely individuálneho i multifaktoriálneho charakteru vo vzťahu k jednotlivcovi. Sú nimi integrácia, adaptácia, utilita (sociálna použiteľnosť) a inferiorita (sociálna nepoužiteľnosť).

V rámci prebiehajúceho socializačného procesu sú uskutočňované aj tzv. procesy interiorizácie, exteriorizácie a personalizácie. Interiorizácia predstavuje vnútorné osvojovanie si noriem, vzorov správania, kultúry, spoločenských hodnôt zo strany jednotlivca. Predstavuje teda všetko to, čo si jednotlivec myslí a vie vo vzťahu k správaniu sa v tej ktorej situácii. Exteriorizácia predstavuje prejavovanie vnútorne osvojených noriem, hodnôt a vzorov správania navonok, čiže ako sa jednotlivec správa a ako to vidia ostatní. Posledný proces personalizácia predstavuje utváranie osobnosti jednotlivca, rozvíjanie jeho individuality a rozvoj jeho vlastného „ja“. (Kúdelová-Kopčanská, Harváneková 2008) Socializačný proces je Nakonečným (2009) vnímaný v kontexte procesu učenia, pričom vymedzuje päť kľúčových produktov socializácie. Ide o:

- osvojenie si systému kultúrnych návykov, ktoré predstavujú podobu žiadúceho správania a jednania,
- naučenie si osvojovať spoločenské roly, pričom prvé internalizované vzorce správania súvisia s pohlavím a vekom,
- orientáciu v hodnotách danej kultúry,
- osvojenie si jazyka predstavujúceho základný prostriedok komunikácie a interakcie,
- schopnosť sebaovládania súvisiaceho s vytvorením hierarchického systému hodnôt.

V rámci procesu socializácie je rozlišovaná primárna a sekundárna socializácia. Primárna je realizovaná v rodinnom prostredí každého jednotlivca v rámci interakcií s rodičmi a ďalšími členmi rodiny. V rámci tejto socializácie sú osvojované základné vzorce sociokultúrneho správania a myslenia, na základe ktorých si jednotlivec vytvára vzťah k sebe samému i k druhým a k sociálnemu prostrediu. Primárna socializácia končí nástupom do školy, kedy začína sekundárna socializácia, v rámci ktorej na jednotlivca pôsobí školské prostredie, ktorého súčasťou sa stáva a ktoré plní funkciu socializačného činiteľa. (Vančíková 2011) Cieľom tejto druhej fázy socializácie je rozvíjanie a využívanie v primárnej fáze nadobudnutých zručností, vedomostí i skúseností a prispôbovanie sa pre jednotlivca novým situáciám, ale aj nadobúdanie nových vzorov správania, noriem či hodnôt (Kúdelová-Kopčanská, Harváneková 2008).

V procese sekundárnej socializácie je jednotlivec mnoho krát nútený zmeniť osvojené sociálne roly, normy či vzory správania a hodnoty a osvojiť si nové. Tento proces je označovaný ako resocializácia. Imigranti, ktorí prichádzajú do hostiteľskej krajiny s už osvojenými hodnotami, normami a vzormi správania a ktorí si musia prijať a osvojiť nové, môžu byť príkladom tohto procesu.

Resocializácia podľa Hartla a Hartlovej (2010) predstavuje proces spočívajúci v opätovnom začlenení jednotlivca do spoločnosti. Hlavným cieľom resocializácie je upevňovanie a rozširovanie schopností jednotlivca a jeho správneho rozhodovania, ale aj vylučovanie tých nepriaznivých vplyvov, ktoré sa vyskytujú v jeho pôvodnom sociálnom prostredí. Benková (2013) vníma úspešnú resocializáciu v súvislosti s predpokladom, že

jednotlivec nie je považovaný za objekt starostlivosti, ale za jeho aktívny subjekt, ktorý nesie zodpovednosť za riešenie svojich problémov, podieľa sa na ich minimalizácii či likvidácii, mobilizuje svoje schopnosti, možnosti, vlastné zdroje. V tejto súvislosti Hartl a Hartlová (2010) zdôrazňujú dôležitosť jednotlivcovho zvládnutia fungovať nie len v prospech spoločnosti, ale hlavne v prospech seba samého.

Sociálna práca a integrácia imigrantov

Činnosť a spolupráca sociálneho pracovníka je v rámci integračného procesu imigrantov popisovaná Brnulom (2008) v dvoch fázach. V prvej fáze zastáva sociálny pracovník rolu poskytovateľa sociálnej asistencie vo vzťahu k vybavovaniu najnutnejších úkonov. Patrí k nim pomáhanie pri hľadaní adekvátnych jazykových kurzov, zabezpečovanie plnenia povinnej školskej dochádzky detí imigrantov, pomáhanie pri hľadaní a zabezpečovaní adekvátneho bývania, zamestnania, sociálneho zabezpečenia i zdravotnej starostlivosti. Úlohou sociálneho pracovníka vo vzťahu k imigrantom je poskytovanie informácií o ich právach a povinnostiach, poskytovanie kvalitného poradenstva, psychosociálnej pomoci a sprostredkovanie politickej i sociálnej orientácie v hostiteľskej krajine (Kočišová, Králiková, Šiňanská 2009). Sociálny pracovník podľa Janigovej (2009) primárne plní úlohy, ktoré predstavujú aktivity zamerané na pomoc imigrantom, ich rodinám a komunitám, na zlepšovanie kvality ich sociálnych vzťahov, na pomoc žiť slobodný život a pri formovaní správnych postojov a pod. Druhá fáza je charakteristická postupným odlučovaním spolupráce sociálneho pracovníka a imigranta a jeho osamostatňovaním sa od služieb, ktoré mu poskytuje (Brnula 2008).

V procese integrácie sa imigranti a sociálni pracovníci môžu stretnúť s prekážkami, ktoré mu bránia. Podľa Kollárovej (2011) je dôležité porozumieť tomuto procesu a problémom, ktorým imigranti čelia, pričom tie existujú jednak na strane prijímajúcej spoločnosti a jednak na strane samotných imigrantov. Tieto prekážky závisia na ich individuálnom postavení, ale môžu byť aj výsledkom legislatívy platnej v hostiteľskej krajine alebo závisia na sociokultúrnom pozadí. Prekážky brániace v úspešnej integrácii imigrantov môžu vyplývať z ich odlišných tradícií, zvykov, kultúry, správania na verejnosti atď. V tejto súvislosti Pastrňák (2008) uvádza, že sociálna práca s imigrantmi je predovšetkým činnosť sociálne konštruovaná, ktorú sociálny pracovník musí pochopiť vo vzájomnej väzbe nie len na sociálny, ale i kultúrny kontext, v ktorom sa realizuje. Práve preto by sociálny pracovník mal vnímať integračný proces imigrantov v kontexte socializácie a resocializácie.

Zásadným faktorom efektívnej a kvalitnej sociálnej práce s imigrantmi je uvedomenie si kultúrnych podnetov, v ktorých bol sociálny pracovník, ale predovšetkým aj imigranti socializovaní, vychovávaní a v rámci ktorých si interiorizovali normy a hodnoty spoločnosti (Pastrňák 2008). V tejto súvislosti Dubayová (2001) uvádza možnosti definovania akejkoľvek kultúry, čiže správania sa istého kultúrneho spoločenstva, ktoré by mal sociálny pracovník pri svojej práci poznať a zohľadňovať. Ide o vzťah k autoritám, vzťah medzi spoločnosťou a imigrantom, chápanie mužskej a ženskej roly, spôsoby riešenia konfliktných situácií, chápanie seba v čase, sankcie demonštrujúce sa v trestoch a odmenách, chápanie získaného a pripísaného statusu, schopnosť percepcie, výkonu svojich povinností a emocionalitu a racionalitu správania sa. Kultúrne kompetentný sociálny pracovník si musí byť vedomý svojho vlastného kultúrneho pozadia, svojich zážitkov či hodnôt, ale aj negatívnych emocionálnych reakcií vo vzťahu k imigrantom, musí rešpektovať rozdiely medzi sebou a svojimi klientmi, ale aj ich hodnoty, náboženské vyznanie či kultúru, ale v neposlednom rade rešpektuje aj pôvodné praktické postupy pomoci tejto klientskej skupine a rešpektuje pôvodné pomocné siete komunity imigrantov (Doná, Berry 1999, in: Kováts et al. 2006).

V neposlednom rade je dôležité podotknúť, že každý klient sociálnej práce je jedinečný a preto vyvstáva potreba rozlišovať a vidieť imigrantov v kontexte ich individuálnych, ale i sociokultúrnych rozdielov, na základe ktorých má každý z nich svoje individuálne potreby i požiadavky, ktoré ovplyvňujú úspešnosť integračného procesu (Pastrňák 2008).

Záver

Príspevok sa orientuje na analýzu integrácie imigrantov v kontexte procesov socializácie a resocializácie. Pozostáva z dvoch častí, pričom v prvej zameriava pozornosť na procesy socializácie a resocializácie a v druhej časti pojednáva o integrácii imigrantov, ktorú by sociálny pracovník mal vnímať práve z aspektu spomínaných procesov.

Imigranti pochádzajúci z krajín s odlišnou kultúrou, ktorej hodnoty, normy a vzory správania si interiorizovali, sa po príchode do prijímajúcej krajiny musia prispôbiť jej podmienkam. Adaptácia na nové podmienky zahŕňa zmeny v ich správaní, v hodnotách a možno povedať, že z dlhodobého aspektu aj zmeny v ich identite. Možno teda konštatovať, že imigranti v hostiteľskej spoločnosti prechádzajú procesom resocializácie, ktorá podporuje ich úspešnú integráciu.

Sociálny pracovník v kontexte týchto procesov musí zohľadňovať kultúrne odlišnosti a fenomény interkultúrneho spolužitia imigrantov. Aby ich začleňovanie do spoločnosti bolo efektívne, kultúrne kompetentný sociálny pracovník pomáha imigrantom zabezpečiť základné podmienky vo vzťahu k ubytovaniu, pomáha pri hľadaní zamestnania, jazykových kurzov, v oblasti vzdelávania a zdravotnej i sociálnej starostlivosti.

Zoznam bibliografických odkazov

- BENKOVÁ, M., 2013. Dopad sociálnej práce na život klientov s nevyliciteľným ochorením a zomierajúcich klientov v hospici. In: E. ŽIAKOVÁ a D. ŠLOSÁR, eds. *Sociálna práca – cesta k zmyslu života. Košické dni sociálnej práce*. Košice: Katedra sociálnej práce filozofickej fakulty UPJŠ Košice, s. 36-41. ISBN 978-80-8152-012-9.
- BRNULA, P., 2008. *Sociálna práca so žiadateľmi o azyl a azylantmi*. Bratislava: OZ Sociálna práca. ISBN 978-80-89295-10-4.
- DUBAYOVÁ, M., 2001. *Rómovia v procesoch kultúrnej zmeny*. Prešov: FF PU. ISBN 80-8068-059-0.
- HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2010. *Veľký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HELUS, Z., 2004. *Dítě v osobnostním pojetí: Obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-888-0.
- JANIGOVÁ, E., 2009. Integrácia ako jedna zo stratégií integrácie migrantov. In: *Migrácia, chudoba, nezamestnanosť. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 11.12.2009*. Košice: Filozofická fakulta UPJŠ. s. 59-65. ISBN 978-80-970306-0-5.
- KELLER, J., 2008. *Úvod do sociológie*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-86429-39.
- KOČIŠOVÁ, A., V. KRÁLIKOVÁ, a K. ŠIŇANSKÁ, 2009. Hľadanie potenciálov sociálnej práce v problematike migrácie v Slovenskej republike. In: *Migrácia, chudoba, nezamestnanosť. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 11.12.2009*. Košice: Filozofická fakulta UPJŠ. s. 49-58. ISBN 978-80-970306-0-5.

- KOVÁTS, A. et al., 2006. Praktická sociálna práca s utečencami – prístup cez ľudské práva. Budapešť: Menedék – Maďarské združenie pre migrantov. ISBN 963-06-0862-6.
- KÚDELOVÁ-KOPČANSKÁ, D. a I. HARVÁNEKOVÁ, 2008. *Sociológia 1 pre stredné pedagogické školy, pedagogické a sociálne akadémie a pedagogické a kultúrne akadémie*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo. ISBN 978-80-10-01345-6.
- NAKONEČNÝ, M., 2009. *Sociální psychologie*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1679-9.
- NOVOSAD, L., 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.
- PASTRŇÁK, R., 2008. *Sociální práce s menšinami a migranty*. Opava: OPTYS. ISBN 978-80-85819-69-4.
- ŠTEFÁKOVÁ, L., 2017. Socializačný proces – integrácia, adaptácia, utilita, inferiorita. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta. s. 301. ISBN 978-80-8152-483-7.
- VANČÍKOVÁ, K., 2011. *Škola a spoločnosť: kapitoly zo sociológie výchovy*. Banská bystrica: Univerzita Mateja Bela, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-557-0184-4.

Kontakt na autorov

Mgr. Jana Plavnická. Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach, Moyzesova 9, 04001 Košice, e-mail: j.plavnickamail.com

doc. Mgr. JUDr. Dušan Šlosár, PhD. Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach, Moyzesova 9, 04001 Košice, e-mail: dusan.slosar@upjs.sk

Profesjonalizacja zawodu pracownika socjalnego na Podkarpaciu

Professionalization of Social Workers Profession in Podkarpacie Province

Piotr Frączek (PL)

Streszczenie

Artykuł jest próbą przedstawienia procesu profesjonalizacji zawodu pracownika socjalnego w województwie podkarpackim oraz wskazania zagrożeń dla tego procesu. Na Podkarpaciu występuje odpowiednia liczba podmiotów, które zajmują się kształceniem i szkoleniem specjalistycznym pracowników socjalnych, zaś badania ankietowe przeprowadzone w grupie 378 pracowników socjalnych wskazały, że w większości posiadają oni odpowiednie kwalifikacje zawodowe. Zagrożeniem dla procesu profesjonalizacji zawodu pracownika socjalnego na Podkarpaciu jest: nieuczestniczenie przez pracowników socjalnych w szkoleniach i kursach zawodowych; brak dążenia do podjęcia studiów wyższych przez pracowników socjalnych z wykształceniem średnim (34,1% ogółu badanych) oraz nie ubieganie się przez pracowników socjalnych o stopnie specjalizacji w zawodzie (47,4% ogółu badanych).

Słowa kluczowe

Profesjonalizacja. Zagrożenia profesjonalizacji. Zawód pracownika socjalnego. Województwo podkarpackie.

Abstract

The article is an attempt to present the process of professionalization of social workers profession in Podkarpacie Province and identify threats to this process. In the Podkarpacie Province there are suitable number of the entities that are involved in education and training of social workers. The survey conducted among 378 social workers showed that they possessed suitable professional qualifications. A threat to the process of professionalization of social workers profession in Podkarpacie Province is: non-participation by social workers in training and vocational courses; the lack of aspirations for higher education by social workers with secondary education (34.1% of all respondents) and not applying by social workers for the degrees of the specialization in the profession (47,4 % of all respondents).

Keywords

Professionalization. Threats of professionalization. Social workers profession. Podkarpacie Province.

Wprowadzenie

Zjawisko pomagania ludziom w wychodzeniu z trudnych sytuacji życiowych znane jest od wielu wieków. W poszczególnych okresach przyjmowało ono jednak różne formy, bardziej lub mniej sformalizowane i podlegało mniejszej bądź większej kontroli ze strony sektora państwowego. W tę ideę pomagania innym wpisuje się doskonale zawód pracownika socjalnego, którego działalność opiera się między innymi na świadczeniu pracy socjalnej na rzecz potrzebujących (szerzej zob. Kamiński 2000). Zawód ten przeżył długą drogę ewolucji, podczas której zmieniała się jego istota - od osoby zajmującej się społecznie pomaganiem innym do osoby, której pracą zawodową jest wspieranie innych w trudnych sytuacjach życiowych. Największą tradycję i doświadczenie w dążeniach do profesjonalizacji pracy socjalnej mają Stany Zjednoczone (zob. Epstein 1992). Jednak nawet w tym kraju często pojawiają się w literaturze głosy, iż proces kształcenia pracowników socjalnych jest utrudniony czy to poprzez zbyt małe wysiłki podejmowane przez kadrę dydaktyczną na rzecz profesjonalizacji pracowników socjalnych czy też przez rozwiązania pomocowe, które nie są

efektywne (Epstein 1992, p. 3 and 7).³³ W Polsce dążenie do profesjonalizacji pracy na rzecz potrzebujących ma genezę w działaniach podejmowanych w okresie zaborów. Trwające ponad wiek dążenia do wypracowania skutecznej metody pomocy ludziom w wychodzeniu z kryzysów życiowych wciąż nie osiągnęły w pełni swoich rezultatów (Brenk 2012, s. 135). Proces kształtowania się zawodu w Polsce rozpoczął się na początku XX wieku, kiedy pojawiły się pierwsze oddolne inicjatywy społeczne na rzecz poprawy sytuacji bytowej wśród ludności, zaś jego dynamiczny rozwój nastąpił po 1989 r., co miało niewątpliwie związek z przemianami politycznymi w Polsce i pojawieniem się „nowych” wysuwających się na pierwszy plan problemów społecznych. W okresie 1945-1989 podejmowano różne inicjatywy na rzecz wspierania osób będących w trudnym położeniu, jednak znaczenie pracy socjalnej osłabło, sam zaś system pomocy społecznej okazał się niewydolny (szerzej zob. Brenk 2012, s. 138 i dalsze). Model pracy socjalnej obowiązujący w tamtym okresie był ukształtowany przez system polityczny. Podobny wpływ systemu politycznego na pracę socjalną i profesję pracownika socjalnego można dostrzec w krajach, które przechodziły proces zmiany gospodarki centralnie planowanej na gospodarkę rynkową. Przykładem mogą być Chiny, gdzie rozwój gospodarczy i społeczny wymusił przejście z „nieprofesjonalnej pracy socjalnej” w pracę socjalną profesjonalną. Proces ten doskonale przedstawia w swojej publikacji Feng (2013, pp. 92-102).

Nie odbiegając jednak zbyt daleko od głównego przedmiotu analizy niniejszego artykułu należy ustalić znaczenie określenia „profesjonalizacja”. Otóż jak pisze Kamiński w nowoczesnej pracy socjalnej charakterystyczne stało się akcentowanie profesjonalizmu. Co przede wszystkim należy rozumieć jako fakt, iż praca socjalna jest czymś o wiele bardziej złożonym niż tylko spontaniczna gotowość niesienia pomocy, osobistą wielkoduszością czy też pełnią współczucia dobroczynnością. Sama profesja jest według Kamińskiego synonimem zawodu i oznacza „dobre dzieło”, a więc produkt lub usługę wykonywaną profesjonalnie. Profesjonalizm będzie zatem wymagał nie tylko bardzo dobrego przygotowania wstępnego do podjęcia danej pracy, ale również wysokiej jakości działania w trakcie jej wykonywania (Kamiński 200, s. 435). Inną definicję określenia „profesjonalizacja” można znaleźć w Słowniku Języka Polskiego PWN, który wskazuje, że profesjonalizacja to nabywanie nowych umiejętności niezbędnych do wykonywania zawodu Słownik Języka Polskiego PWN, <http://sjp.pwn.pl/sjp/profesjonalizacja;2508545>). Zatem dokonując niejako syntezy informacji przedstawionych wcześniej, można sformułować twierdzenie, iż dla procesu profesjonalizacji zawodu pracownika socjalnego kluczowe jest zapewnienie odpowiednich kwalifikacji w trakcie edukacji oraz stworzenie możliwości nabywania nowych kwalifikacji w trakcie pracy zawodowej m.in. poprzez kursy, specjalizacje, szkolenia itp.

Właśnie tym zagadnieniom poświęcony jest niniejszy tekst. Celem artykułu jest przedstawienie instytucji z terenu Podkarpacia, które działają na rzecz profesjonalizacji zawodu pracownika socjalnego oraz potrzeb szkoleniowych pracowników socjalnych. Ponadto w artykule zostaną zaprezentowane wyniki badania ankietowego, przeprowadzonego na terenie województwa podkarpackiego, które pozwoliło określić poziom kwalifikacji zawodowych wśród pracowników socjalnych, a także wskazało jakie podejmowali oni szkolenia zawodowe, aby podnieść poziom kompetencji zawodowych. Artykuł zamykają wnioski autora oraz wskazanie zagrożeń dla procesu profesjonalizacji zawodu pracownika socjalnego występujących na Podkarpaciu.

³³ Epstein (1992) wskazuje nawet, iż w latach 1972-1982 prawie połowa profesorów pracy socjalnej w USA nie napisała ani książki czy też artykułu naukowego.

Potrzeby szkoleniowe pracowników socjalnych i podmioty działające na rzecz ich profesjonalizacji na Podkarpaciu

Jednym z etapów profesjonalizacji zawodu pracownika socjalnego jest zapewnienie odpowiednich kwalifikacji w trakcie edukacji szkolnej. E. Kantowicz w swoim artykule wskazuje, że w edukacji profesjonalistów społecznych zarówno w Polsce, jak i wielu innych krajach europejskich można zauważyć kilka wspólnych tendencji, do których zaliczyć można m.in. podwyższanie ogólnego poziomu kształcenia do studiów akademickich – licencjackich, magisterskich, a nawet doktorskich oraz uwzględnianie w programach kształcenia wiedzy teoretycznej z różnych dyscyplin nauk humanistyczno-społecznych w ujęciu transwersalnym (Kantowicz 2010, s.174).

W województwie podkarpackim istnieje pięć podmiotów prowadzących kształcenie na kierunku studiów praca socjalna, które uprawniają do wykonywania zawodu pracownika socjalnego (zob. Tab. 1).

Tab. 1 Studia na kierunku praca socjalna w województwie podkarpackim w 2016 roku

Lp.	Nazwa kierunku	Poziom kształcenia	Tytuł zawodowy	Forma kształcenia	Instytucja/jednostka
1	Praca socjalna	Pierwszego stopnia	Licencjat	Stacjonarne i Niestacjonarne	Wyższa Szkoła Inżynieryjno-Ekonomiczna w Rzeszowie; Wydział Przedsiębiorczości
2	Praca socjalna	Pierwszego stopnia	Licencjat	Stacjonarne i Niestacjonarne	Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu; Instytut Ochrony Zdrowia
3	Praca socjalna	Pierwszego stopnia	Licencjat	Stacjonarne i Niestacjonarne	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku
4	Praca socjalna z elementami organizacji i zarządzania	Drugiego stopnia	Magister	Stacjonarne i Niestacjonarne	
5	Praca socjalna	Pierwszego stopnia	Licencjat	Stacjonarne i Niestacjonarne	Uniwersytet Rzeszowski; Wydział Socjologiczno-Historyczny
6	Praca socjalna	Pierwszego stopnia	Licencjat	Stacjonarne	Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie; Wydział Zamiejscowy Prawa i Nauk o Społeczeństwie w Stalowej Woli

Źródło: Opracowanie własne na podst. systemu POL-on; <https://polon.nauka.gov.pl/opi/aa/kierunki/studia?execution=e2s1> [dostęp: 17.05.2017]

Informacje zawarte w tabeli pozwalają zauważyć, że na terenie województwa podkarpackiego istnieje odpowiednia liczba podmiotów kształcących przyszłych pracowników socjalnych. Osoby z terenu województwa mają możliwość zdobywania kwalifikacji z zakresu pracy socjalnej zarówno na studiach pierwszego, jak i drugiego stopnia.

Zawód pracownika socjalnego wymaga stałego doskonalenia umiejętności. W Polsce przewidziano możliwość zwiększania kwalifikacji i zdobywania specjalizacji zawodowych przez pracowników socjalnych. Po zakończeniu edukacji na studiach wyższych i zdobyciu odpowiedniego stażu pracy w zawodzie pracownika socjalnego osoby mogą się starać o uzyskanie jednej ze specjalizacji tj.:

- specjalizacji I stopnia w zawodzie pracownik socjalny,
- specjalizacji II stopnia w zawodzie pracownik socjalny (szerzej zob. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 kwietnia 2012 r. w sprawie specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny (Dz. U. z 2012 r. poz. 486),
- specjalizacji z zakresu organizacji pomocy społecznej.³⁴

³⁴ Specjalizacja z zakresu organizacji pomocy społecznej przeznaczona jest nie tylko dla pracowników socjalnych, ale także dla innych osób zainteresowanych pogłębieniem wiedzy z zakresu pomocy społecznej, które w przyszłości chcą pełnić stanowiska kierownicze w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej- szerzej zob. Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 września 2012 r. w sprawie organizacji specjalizacji z zakresu organizacji pomocy społecznej (Dz. U. z 2012 poz. 1081)

Zdobycie pierwszego stopnia specjalizacji z zakresu pracy socjalnej ma na celu uzupełnienie wiedzy oraz doskonalenie zawodowe pracowników socjalnych. Natomiast drugi stopień specjalizacji ma na celu pogłębienie wiedzy i doskonalenie umiejętności pracy z wybranymi grupami osób korzystających z pomocy społecznej. Ustawiczne uzupełnianie wykształcenia w specjalistyczną wiedzę stanowi istotę profesjonalizacji tej grupy zawodowej (Duda, Wojtanowicz 2014, s. 34).

Na Podkarpaciu istnieją dwa podmioty, które posiadają uprawnienia do prowadzenia specjalizacji z zakresu organizacji pomocy społecznej (zob. Tab. 2).

Tab. 2 Podmioty uprawnione do prowadzenia szkolenia w zakresie organizacji pomocy społecznej oraz specjalizacji I i II stopnia w zawodzie pracownik socjalny w województwie podkarpackim w 2016 r.

Podmioty uprawnione do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych z zakresu organizacji pomocy społecznej				
Lp.	Nazwa podmiotu	Dane teleadresowe	Sygnatura zgody	
1	Uniwersytet Rzeszowski - Instytut Socjologii Wydział Socjologiczno-Historyczny	Ul. Rejtana 16 c 35-959 Rzeszów Tel. 17 872 13 30	Zgoda z dnia 7 marca 2013 r. DPS- DPS -VI-51112-1825-18-MJ/13(1)	
2	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku	Ul. Mickiewicza 21 38-500 Sanok Tel. 13 46 55 950	Zgoda z dnia 4 lipca 2014 r. DPS- VI-51111-4980-80-MJ/14(18)	
Podmioty uprawnione do prowadzenia szkoleń z zakresu I stopnia specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny				
1	Wyższa Szkoła Inżynieryjno-Ekonomiczna w Rzeszowie	Ul. Mirocińska 40 35-232 Rzeszów Tel. 17 866 04 30	Zgoda z dnia 8 lutego 2013 r. DPS-VI-51112-292-15-MJ/13(2)	
2	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku	Ul. Mickiewicza 21 38-500 Sanok Tel. 13 46 55 950	Zgoda z dnia 12 grudnia 2014 r. DPS-VI-51112-9124-192-MJ/14(19)	
Podmioty uprawnione do prowadzenia szkoleń z zakresu II stopnia specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny				
1	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku	Ul. Mickiewicz 21 38-500 Sanok Tel. 13 46 55 950	Zgoda z dnia 3 sierpnia 2015 r. DPS.VI.51212.30.2015.MJ.(16) l.dz. 5810	Nazwa specjalności - praca socjalna z osobą i rodziną z problemem przemocy

Źródło: Opracowanie własne na podst. informacji MRPiPS, <http://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoeczna/ksztalcenie-i-doskonalenie-zawodowe-pracownikow-sluzb-spoecznych/> [dostęp: 17.05.2017]

Dwa podmioty z terenu województwa były uprawnione do prowadzenia specjalizacji I stopnia w zawodzie pracownik socjalny, jedna uczelnia posiadała uprawnienia do prowadzenia specjalizacji II stopnia w zawodzie pracownik socjalny (tylko w zakresie jednej specjalności). Na tej podstawie można sformułować twierdzenie, że pracownicy socjalni na Podkarpaciu mają zapewniony dostęp do instytucji, które działają na rzecz profesjonalizacji zawodu, jednakże tylko na elementarnym poziomie.

Oprócz określenia dostępności podmiotów działających na rzecz profesjonalizacji zawodu pracownika socjalnego istotne jest zidentyfikowanie potrzeb szkoleniowych pracowników socjalnych. W roku 2014 Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej w Rzeszowie przeprowadził badanie ankietowe, podczas którego pracownicy sektora pomocy społecznej zgłaszali zakres swoich potrzeb szkoleniowych. Tematy szkoleń najczęściej wskazywanych przez pracowników socjalnych z ośrodków pomocy społecznej przedstawia poniższa tabela.

Tab. 3 Tematy szkoleń najczęściej wskazywane przez ośrodki pomocy społecznej funkcjonujące na terenie woj. podkarpackiego w 2014 r.

Lp.	Temat	Wskazania kadry kierowniczej		Wskazania pracowników socjalnych		Wskazania pozostałych pracowników	
		Liczba osób	% zatrudnionych	Liczba osób	% zatrudnionych	Liczba osób	% zatrudnionych
1	Praca z agresywnym klientem, metody przeciwdziałania agresji	11	7,2%	199	20,0%	59	3,5%
2	Kodeks postępowania administracyjnego	59	38,8%	196	19,7%	125	7,5%
3	Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie	26	17,1%	184	18,5%	56	3,4%
4	Kontrakt socjalny	2	1,3%	178	17,9%	5	0,3%
5	Superwizja w pracy socjalnej	44	28,9%	166	16,7%	17	1,0%
6	Organizator usług socjalnych	23	15,1%	86	8,7%	13	0,8%

Zródło: ROPS-Rzeszów 2014a, s. 2-5, tab. 1

Wśród szkoleń zaproponowanych przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie największym powodzeniem wśród pracowników socjalnych cieszyły się szkolenia z zakresu:

- Praca z agresywnym klientem, metody przeciwdziałania agresji;
- Kodeks postępowania administracyjnego;
- Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie;
- Kontrakt socjalny;
- Rodzinny wywiad środowiskowy i jego rola.

Podobnie wyglądały preferencje w zakresie potrzeb szkoleniowych wśród pracowników socjalnych zatrudnionych w powiatowych centrach pomocy rodzinie. Największa liczba pracowników socjalnych zatrudnionych w PCPR była zainteresowana tematem przeciwdziałania przemocy w rodzinie, a także pracą z agresywnym klientem, metodami przeciwdziałania agresji.

Zidentyfikowanie najbardziej pożądanых potrzeb szkoleniowych w grupie pracowników socjalnych pozwoliło na określenie celów szkoleniowych, których zaspokojenie przyczyni się do wzrostu profesjonalizacji pracowników socjalnych na Podkarpaciu.

Szkolenia i kwalifikacje zawodowe pracowników socjalnych na Podkarpaciu – wyniki badań terenowych

W 2015 r. autor przeprowadził badanie ankietowe w grupie pracowników socjalnych z terenu województwa podkarpackiego. Badaniem empirycznym objęto 299 jednostek funkcjonujących w sektorze pomocy społecznej zatrudniających pracowników socjalnych (w tym 160 ośrodków pomocy społecznej, 21 centrów pomocy rodzinie, 63 środowiskowe domy samopomocy, 8 dziennych domów pomocy oraz 47 domów pomocy społecznej). Ostatecznie autorowi badania udało się pozyskać 378 ankiet zwrotnych, co oznacza, że w badaniu empirycznym wzięło udział 30,6% ogółu pracowników socjalnych (tj. 378 spośród 1236 osób zob. ROPS-Rzeszów 2014, s. 28), którzy wykonują swoją pracę na terenie województwa podkarpackiego. Zebrany materiał pozwolił nie tylko na określenie poziomu kwalifikacji zawodowych pracowników socjalnych, ale również na sprawdzenie w jakich szkoleniach zawodowych uczestniczyli, aby zwiększyć poziom posiadanych kompetencji zawodowych.

Przeprowadzone badania wskazały, że pracownicy socjalni na Podkarpaciu w większości posiadali wykształcenie wyższe (zob. Tab. 4).

Tab. 4 Staż pracy i poziom wykształcenia pracowników socjalnych objętych badaniem w województwie podkarpackim

Staż pracy w zawodzie pracownika socjalnego	Średnie (w tym policealne)	Wyższe- licencjat	Wyższe- magister	Inne- np. doktor	Suma	W %
do 2 lat	0	3	15	0	18	4,7
2-5 lat	0	5	30	0	35	9,3
5-10 lat	2	11	82	0	95	25,1
10-15 lat	3	4	25	0	32	8,5
15-20 lat	19	2	29	0	50	13,2
Powyżej 20 lat	102	5	22	1	130	34,4
Brak danych	3	6	9	0	18	4,8
Razem	129	36	212	1	378	100
w %	34,1	9,5	56,1	0,3	100	

Źródło: Opracowanie własne na podst. przeprowadzonych badań

Ponad połowa badanych posiadała wyższe wykształcenie magisterskie, a niemalże 10% respondentów ukończyło studia licencjackie uprawniające do wykonywania zawodu pracownika socjalnego. Wśród pracowników socjalnych na Podkarpaciu dużo jest również osób, które posiadają wykształcenie średnie – 34,1% (tj. 129 osób). Taki poziom wykształcenia występował najczęściej wśród osób o długim stażu w zawodzie - ponad 20 lat. Oznacza to, że osoby te po podjęciu pracy w sektorze pomocy społecznej zazwyczaj nie podnosiły swoich kwalifikacji zawodowych na studiach wyższych. Jest to niewątpliwie zjawisko negatywnie oddziałujące na proces profesjonalizacji zawodu pracownika socjalnego w województwie.

Kolejnym przejawem profesjonalizacji zawodu pracownika socjalnego na Podkarpaciu jest zdobywanie specjalizacji zawodowych przez osoby wykonujące ten zawód. W badaniu empirycznym połowa respondentów wskazała, że posiada takie kwalifikacje, zaś połowa nie pogłębiała swojej wiedzy zawodowej na szkoleniach specjalizacyjnych (zob. Tab. 5).

Tab. 5 Kwalifikacje specjalistyczne i poziom wykształcenia pracowników socjalnych objętych badaniem w województwie podkarpackim i w Polsce

	Wykształcenie średnie	Wykształcenie wyższe – licencjat	Wykształcenie wyższe- magister	Inne wykształcenie np. stopień naukowy doktora	Ogółem*	W %	Badanie w Polsce – 2013 r (w %)**
I stopień specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny	68	9	49	0	126	31,5	35
II stopień specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny	10	1	16	0	27	6,8	6
Specjalizacja z zakresu Organizacji pomocy społecznej	7	1	40	1	49	12,3	7
4- inne kwalifikacje zawodowe	1	0	7	0	8	2,0	
Brak wskazań	47	26	116	0	189	47,4	52
Łączna liczba wskazań	133	37	228	1	399	100	100

*liczba wskazań ≠ liczbie respondentów, ponieważ osoby badane mogły wskazać kilka odpowiedzi

**Olech, Łuczyńska (2013, s. 13)

Źródło: Opracowanie własne na podst. przeprowadzonych badań

Największa liczba respondentów wskazywała, że posiada specjalizację I stopnia w zawodzie pracownik socjalny. Stosunkowo niewielu badanych pracowników socjalnych na Podkarpaciu – 6,8% posiadało specjalizację II stopnia w zawodzie pracownik socjalny. Ponad 12%

badanych wskazywało, że posiada specjalizację z zakresu organizacji pomocy społecznej. Niepokoić może, że aż 116 osób z wykształceniem wyższym magisterskim wskazało, że po ukończeniu studiów wyższych nie podnosiło swoich kwalifikacji zawodowych. Może mieć to negatywny wpływ na profesjonalizację tego zawodu w badanym regionie. Przeprowadzone badanie ankietowe wskazało, że pracownicy socjalni na Podkarpaciu posiadają dodatkowe kwalifikacje specjalistyczne na poziomie podobnym, jak pracownicy socjalni w pozostałych regionach Polski.

Jednym z celów badania empirycznego było zidentyfikowanie tematyki szkoleń i kursów zawodowych podejmowanych przez pracowników socjalnych na Podkarpaciu, celem zwiększenia kompetencji zawodowych. Zakres odbytych przez pracowników szkoleń i kursów zawodowych przedstawia poniższa tabela.

Tab. 6 Szkolenia i kursy zawodowe podejmowane przez pracowników socjalnych w trakcie wykonywania pracy zawodowej na Podkarpaciu (liczba wskazań)

PIERWSZE WSKAZANIE*		DRUGIE WSKAZANIE*		TRZECIE WSKAZANIE*	
Tematyka/zakres szkolenia bądź kursu zawodowego	Liczba wskazań	Tematyka/zakres szkolenia bądź kursu zawodowego	Liczba wskazań	Tematyka/zakres szkolenia bądź kursu zawodowego	Liczba wskazań
Aktywizacja społeczna	1	Mediacje w pracy socjalnej	2	Etyka	1
Diagnoza potrzeb klientów	1	Udzielanie pierwszej pomocy	1	Praca socjalna z osobami starszymi	1
Ekonomia społeczna	1	Praca z trudnym klientem	9	Różne szkolenia z zakresu pomocy społecznej	17
Etyka	1	Przeciwdziałanie alkoholizmowi	2	Brak szkoleń/kursów zawodowych	359
Język migowy	4	Kontrakt socjalny	4		
Kontrakt socjalny	8	Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie	7		
Kurs pedagogiczny	1	Praca socjalna z dzieckiem niedostosowanym społecznie	1		
Kurs SI Pomost	1	Superwizja	1		
Mediacje w pracy socjalnej	1	Kurs SI Pomost	2		
Pomoc rodzinie i jednostce	2	Sytuacja kryzysowa	1		
Praca z trudnym klientem	31	Terapia rodzin	1		
Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie	41	Wypalenie zawodowe	3		
Studia podyplomowe doradztwo zawodowe	1	Zespół interdyscyplinarny	1		
Udzielanie pierwszej pomocy	1	Różne szkolenia z zakresu pomocy społecznej	44		
Wypalenie zawodowe	1	Brak szkoleń/kursów zawodowych	299		
Zespół interdyscyplinarny	1				
Różne szkolenia z zakresu pomocy społecznej	167				
Brak szkoleń/kursów zawodowych	114				
Razem	378	Razem	378	Razem	378

*respondenci mogli trzykrotnie wskazywać kursy i szkolenia zawodowe, w których uczestniczyli w trakcie wykonywania pracy zawodowej

Źródło: Opracowanie własne na podst. przeprowadzonych badań

Najczęściej pracownicy socjalni na Podkarpaciu uczestniczyli w szkoleniach, których tematyka dotyczyła pracy z trudnym klientem oraz przemocy w rodzinie. Analiza informacji zawartych we wcześniejszej tabeli pozwala zauważyć, że szkolenia i kursy podejmowane przez pracowników socjalnych są częściowo tożsame z potrzebami szkoleniowymi zidentyfikowanymi w 2014 r. przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie.

Niepokojący jest natomiast fakt, iż znaczna liczba pracowników socjalnych na Podkarpaciu wskazała, że w trakcie swojej pracy zawodowej nigdy nie brała udziału w szkoleniach i kursach zawodowych. Tak znacząca liczba pracowników socjalnych nieuczestniczących w procesie edukacji ustawicznej może być niewątpliwie kolejnym zagrożeniem dla procesu profesjonalizacji zawodu pracownika socjalnego na Podkarpaciu.

Wnioski

Proces profesjonalizacji w przypadku pracowników socjalnych oznacza zapewnienie możliwości uzyskania odpowiednich kwalifikacji zawodowych w trakcie edukacji szkolnej oraz stworzenie warunków do zdobywania i podnoszenia kompetencji zawodowych m.in. poprzez udział w kursach, specjalizacjach i szkoleniach zawodowych.

Przeprowadzone analizy i badania empiryczne dowiodły, że na Podkarpaciu istnieje odpowiednia liczba uczelni wyższych, które kształcą przyszłych pracowników socjalnych. Osoby z terenu województwa podkarpackiego mają możliwość zdobywania kwalifikacji z zakresu pracy socjalnej zarówno na studiach pierwszego, jak i drugiego stopnia. Ponadto na terenie województwa pracownicy socjalni mają zapewniony dostęp do podmiotów, które zajmują się kształceniem w zakresie stopni specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny, jednakże jest to dostęp tylko na elementarnym poziomie.

Pracownicy socjalni z terenu województwa podkarpackiego w większości posiadają wysokie kwalifikacje zawodowe oraz podejmują działania na rzecz podniesienia swoich kompetencji zawodowych poprzez udział w szkoleniach i kursach. Co ważne podejmowane przez pracowników socjalnych kursy i szkolenia są tożsame z potrzebami zidentyfikowanymi przez podmioty polityki społecznej działające na szczeblu regionalnym.

W trakcie badań i analiz udało się także zidentyfikować kilka zagrożeń dla procesu profesjonalizacji zawodu pracownika socjalnego na Podkarpaciu.

Pierwszym z nich jest duża liczba pracowników socjalnych, którzy posiadają jedynie wykształcenie średnie i pomimo długiego stażu pracy w sektorze pomocy społecznej nie dążą do zwiększenia poziomu swojego wykształcenia poprzez podjęcie studiów wyższych. Drugim zagrożeniem jest niewątpliwie fakt, iż znaczna liczba pracowników socjalnych posiadających wykształcenie wyższe (licencjackie bądź magisterskie), nie podnosiła swoich kwalifikacji specjalistycznych i nie ubiegała się o I lub II stopień specjalizacji w zawodzie pracownika socjalnego. Kolejnym zagrożeniem dla procesu profesjonalizacji pracowników socjalnych na Podkarpaciu, które udało się zidentyfikować podczas badań jest fakt, że znaczna liczba pracowników socjalnych w trakcie wykonywania pracy zawodowej nie brała udziału w szkoleniach i kursach zawodowych.

Wyeliminowanie wszystkich tych zagrożeń może mieć kluczowe znaczenie dla procesu profesjonalizacji zawodu pracownika socjalnego i podniesienia efektywności system socjalnego na Podkarpaciu.

Zoznam bibliografických odkazov

BERNK M., 2012. Od społecznika do profesjonalisty–ewolucja zawodu pracownika socjalnego w Polsce; „*Kultura-Społeczeństwo-Edukacja*”, nr 2/2012.

DUDA M., WOJTANOWICZ K., 2014. Specjalizacja w zawodzie pracownika socjalnego jako przykład profesjonalizacji zawodu, W: Ján Husár, Mária Machalová, Tomáš Hangoni, Bohuslav (eds.), *Nová Sociálna Edukácia Človeka Iii- Terapie v pomáhajúcich profesiách*, Prešovská univerzita v Prešove.

EPSTEIN W. M., 1992. Professionalization of social work: The American experience; „*Social Science Journal*”, 1992, Vol. 29 Issue 2.

FENG C., 2013. Thoughts on the Professionalization and Industrialization of Social Work in China; „*Chinese Education and Society*”, vol. 46, no. 6, 2013, pp. 92–102.

KAMIŃSKI T., 2000. Praca socjalna jako działalność zawodowa, „*Seminare. Poszukiwania naukowe*”, 16/2000, s 431-448.

KANTOWICZ E., 2010. Ocena reformy systemu kształcenia do pracy socjalnej w Polsce, „*Problemy Polityki Społecznej- Studia i Dyskusje*”, 13-14/2010, Warszawa.

MRPiPS, 2016. <http://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoeczna/ksztalcenie-i-doskonalenie-zawodowe-pracownikow-sluzb-spoecznych/> [dostęp: 17.05.2016].

OLECH A., ŁUCZYŃSKA M., 2013. Pracownicy socjalni w Polsce – portret zbiorowy 2013; Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa.

REGIONALNY OŚRODEK POLITYKI SPOŁECZNEJ W RZESZOWIE (ROPS), 2014. Ocena zasobów pomocy społecznej w województwie podkarpackim-2013 rok, Rzeszów.

REGIONALNY OŚRODEK POLITYKI SPOŁECZNEJ W RZESZOWIE (ROPS), 2014a. Potrzeby szkoleniowe pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w 2014 roku, Rzeszów.

ROZPORZĄDZENIA MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ z dnia 26 września 2012 r. w sprawie organizacji specjalizacji z zakresu organizacji pomocy społecznej (Dz. U. z 2012 poz. 1081).

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ z dnia 17 kwietnia 2012 r. w sprawie specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny (Dz. U. z 2012 r. poz. 486).

SŁOWNIK JĘZYKA POLSKIEGO PWN, <http://sjp.pwn.pl/sjp/profesjonalizacja;2508545>, [dostęp: 14.05.2017].

SYSTEM POL-ON; <https://polon.nauka.gov.pl/opi/aa/kierunki/studia?execution=e2s1> [dostęp: 17.05.2017].

Kontakt na autora

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

Stratégie zvládania záťažových situácií u dlhodobo chorých

Coping Strategies of Long-term Ill

Gajdošová Eva (SK), Lovašová Soňa (SR)

Abstrakt

Hlavnou témou príspevku je zvládanie záťažových situácií u dlhodobo chorých. V príspevku sú vysvetlené pojmy ako záťažové situácie, zvládanie záťažových situácií, stratégie zvládania záťažových situácií, dlhodobo chorí, svojpomocné a podporné skupiny. Nosnou časťou je projekt výskumu, ktorý obsahuje vymedzenie problému, výskumného cieľa, hypotéz, výber výskumnej vzorky, stanovenie predpokladaných metód a metodík a navrhnutie štatistického spracovania výsledkov.

Kľúčové slová

Stratégie zvládania záťažových situácií. Dlhodobo chorí. Svojpomocné skupiny. Podporné skupiny.

Abstract

The main concern of the present contribution is coping strategies of long-term ill. The contribution explains concepts such as load situation, coping strategies, long term ill, self-help and support groups. The main part of the contribution is definition of the problem, goal of the research, hypotheses, the selection of research samples, determination of envisaged methods and methodologies of design of statistical processing of results.

Keywords

Coping strategies. Long-term ill. Self-help groups. Support groups.

Úvod

V dnešnom uponáhľanom svete sú ľudia neustále vystavení dlhodobému tlaku a stresu. Nároky sa stále zvyšujú a sami cítia, že požiadavky, s ktorými sú konfrontovaní, prekonávajú ich schopnosti vyrovnať sa s nimi. Praktickejším a rozumnejším rozhodnutím je v každej situácii prijať účinné stratégie zvládania záťažových situácií (Choudhury 2012). Príspevok je zameraný na zvládanie záťaže u dlhodobo chorých, ktoré je svojou podstatou kľúčovým elementom konceptu sociálneho fungovania, preto pomáhať zvládnuť záťažové situácie je nosným pilierom práce sociálneho pracovníka v každej oblasti práce.

Záťažové situácie

Záťažové situácie vo vysokej miere narúšajú obvyklé vzorce každodenného správania a vyvolávajú veľké emočné napätie. Zahŕňajú všetky prípady psychologického stresu, ktoré možno pripísať vonkajším udalostiam alebo známkam, ktoré vyvolávajú očakávania od bolesti, či zranenia (Janis 2017). Taxonómia záťažových situácií sa mení v súlade s koncepcnými východiskami autorov. Nosným prístupom k taxonómií záťažových situácií je systematické triedenie Mikšíka (2007), ktorý za základné typy náročných životných podmienok a situácií považuje stresové situácie, konfliktné situácie, frustráciu, problémové situácie a neprimerané úlohy a požiadavky.

Stres je mnohokrát označovaný ako akákoľvek záťaž a používa sa ako univerzálny pojem, slúžiaci na označenie akejkoľvek požiadavky, ktorej treba vyhovieť. Zakladateľ štúdie stresu, Selye (1936, in: Fink 2016), definoval stres ako nešpecifickú odpoveď tela na akúkoľvek požiadavku. Popísal GAS – General Adaptation Syndrom, všeobecný súbor

príznakov vyrovnávania sa s ťažkosťami, pozostávajúci z fáz ako pôsobenie stresu, zvýšená rezistencia, vyčerpanie rezervných síl a obranných možností.

V rámci problémových situácií sa rozvíjajú dve skupiny situácií. Prvým typom sú situácie adjustačného typu, v ktorých existenčné podmienky vyžadujú pretvoriť zvyčajný spôsob života a správania. Druhým sú situácie kreatívneho typu, v ktorých je potrebné osvojiť nové postupy a spôsoby riešenia konkrétnych problémových situácií. Medzi problémy, s ktorými sa každý človek v živote opakovane stretáva, sú konfliktné situácie (Vágnerová 2004).

Medzi záťažové situácie sa zaraďujú deprivujúce situácie. Folger (2017) upozorňuje, že pri pojme deprivácia je potrebné zamerať sa na nedostatok. Deprivácia je postoj, pocit nedostatku alebo vnímanie nespravodlivosti. Podľa Vágnerovej (2004) sa o deprivácii hovorí, ak niektorá z objektívne významných potrieb, biologických, či psychických, nie je uspokojovaná v dostatočnej miere, primeraným spôsobom a dostatočne dlhú dobu.

Onebamoi (2015) kladie dôraz na frustráciu ako na pozoruhodný fakt, ktorým sa treba každodenne zaoberať. Či v práci, v rodine, pri nepredvídaných krízach, s ktorými sa spájajú ciele prekonať zamotané slučky frustrujúcich udalostí. Vágnerová (2004) označuje frustráciou situácie, kedy nie je človeku umožnené dosiahnuť uspokojenie nejakej subjektívne dôležitej potreby, keď bol presvedčený, že tomu tak bude. Medzi denné mrzutosti patria okrem frustrácie aj konflikty. Konflikt sa radí medzi bežné problémy, s ktorými sa človek v živote stretáva. Patogénnym činiteľom sa stáva vtedy, ak je skutočne závažný, trvá príliš dlho, zahrňuje osobne dôležitú oblasť a keď ho človek nie je schopný riešiť.

Ľudia sa počas svojho biodromálneho vývinu stretávajú s rôznymi záťažovými situáciami, na ktorých majú sami podiel vďaka svojmu osobnostnému vývinu. Transformáciou spoločnosti sa vynárajú neustále aj nové problémy, ktoré je potrebné naučiť sa zvládať.

Zvládanie záťažových situácií

Každý človek reaguje na záťažové situácie inak. Povaha reakcií závisí od druhu záťaže a od toho, ako sa ľudia práve cítia, čo na nich okrem záťaže pôsobí. Záťaž sa môže vyskytovať v rôznych oblastiach života (Richards 2006). Všeobecná miera odolnosti voči záťažovým situáciám sa nazýva frustračná tolerancia. Je to komplex protektívnych faktorov, ktoré človeku pomáhajú zvládnuť nepriaznivé udalosti a vyrovnat' sa zo životnými situáciami bez maladaptívnych reakcií a možnosťou nájsť prijateľné riešenie. Frustračná tolerancia sa u ľudí vyvíja rôzne. Významné je, ako jedinec hodnotí záťažovú situáciu. Či ju považuje za ohrozujúcu alebo záťaž vníma ako výzvu. Frustračná tolerancia sa vyjadruje mierou odolnosti voči záťaži. V novšej literatúre je častejšie používaný termín hardiness, ako pevnosť, tvrdosť, ktorý sa chápe ako vyjadrenie stupňa odolnosti a termín reziliencia, ako húževnatosť a nezdolnosť, schopnosť odolávať v priebehu času (Vágnerová 2004).

Pojem reziliencia patrí k najznámejším konštruktom, vytvoreným s ambíciou zachytiť odolnosť globálne ako celostnú charakteristiku zvládania. Odolnosť, v ktorej je zdôraznená adaptácia na nepriaznivé podmienky a riziká. Pri všeobecnom vymedzovaní pojmu reziliencia je dôraz kladený na plasticitu, pružnosť a flexibilitu, umožňujúcu účinnú adaptáciu na nepriaznivé podmienky a okolnosti (Paulík 2017).

Stratégie zvládania záťažových situácií

Medzi vedomé obranné mechanizmy zvládania psychickej záťaže patrí coping. Lazarus a Folkman (1984, in: Rice 2012) definujú zvládanie, coping, ako súbor kognitívnych a behaviorálnych snažení zameraných zvládnuť, redukovať alebo tolerovať vnútorné a vonkajšie požiadavky, ktoré ohrozujú alebo preyšujú zdroje individua. Paulík (2017) charakterizuje coping ako stratégiu, či taktiku zvládania záťaže a vyrovnávania sa s ňou.

Lazarus a Folkman (1984, in: DeCuir-Gunby, Schuts 2016) predstavujú dva základné prístupy k zvládnutiu, zvládanie vyhýbaním sa problému a zameraním sa na emócie. Prístup zameraný na riešenie problému má za následok zníženie stresu tým, že sa zameriava na správanie, ktoré by sa dalo použiť na riešenie problému. Vyplýva z predstavy, že problém je možné riešiť a že jedinec je schopný tento cieľ dosiahnuť. Do tejto kategórie patria rôzne alternatívy ako úsilie o samostatnosť pri riešení problému alebo hľadanie faktickej pomoci, či iba symbolickej podpory (Vágnerová 2004). Stratégie zvládania záťaže zamerané na problém sa nazývajú aj kognitívne stratégie. Křivohlavý (2010) predstavuje strategické postupy v tomto type zvládania záťaže, a to konfrontačné spôsoby správania, hľadanie sociálnej opory, plánované hľadanie riešenia problému, sebaovládanie, napríklad ovládanie dýchania, distancovanie sa od toho, čo sa deje, hľadanie pozitívnych stránok, prijať osobnú zodpovednosť za to, čo sa deje, snaha o vyhnutie sa stresovej udalosti a utiecť od nej. Ciele zamerané na emócie zahŕňajú sústredenie sa na emocionálne reakcie na situáciu.

Stratégie zvládania záťažových situácií je možné rozdeliť podľa očakávaného výsledku na aktívne a pasívne stratégie. Pre pasívnu stratégiu je typická rezignácia, zanechanie úsilia, únik do fantázie, nečinnosť, únik do alkoholického opojenia alebo zneužívanie iných narkotík, únik do choroby a izolácia. Štúdiami sa zistilo, že pasívne stratégie zvládania záťažových situácií sú asociované s maladaptívnym výsledkom meraní, napríklad distress a depresie. Do aktívnych stratégií patria opakované a so zvýšeným úsilím robené pokusy o prekonanie prekážok, otvorená agresia, kompenzácia, vytýčenie primeraného náhradného cieľa a únik do horlivej činnosti (Deimling et al. 2006).

V rámci zvládania záťažových situácií sa do popredia dostáva takzvaný C-systém zvládania ťažkostí, c-coping style. Upozornil na neho Temshok a Baltrusch (1988). Hlavnými charakteristikami C-systému zvládania je snaha byť záchrancom, domnienka o vlastnom výbornom zdraví, snaha vyhýbať sa konfliktom, snaha nevyjadrovať za žiadnu cenu negatívne druhým a snaha mať vyššiu mieru subjektívne hodnotenej sociálnej adaptácie a úzkosti, ako uvádza Faleide (2010, in: Žiaková 2016). Pri riešení životných situáciách má rozhodujúci význam aktívny prístup k životu, schopnosť a usilovnosť bojovať vlastnými silami s problémami, s ktorými sa ľudia v živote stretávajú.

Nie vždy sa dá záťažovým situáciám len tak vyhnúť, je nutné problémom čeliť a riešiť ich. Špecifickou skupinou, ktorá sa musí naučiť zvládať náročné životné situácie, sú dlhodobo chorí pacienti.

Dlhodobó chorí

V posledných rokoch prudko stúpa počet závažných ochorení, ktorých spúšťačom je stres. Ľudia žijú a pracujú bez primeraného oddychu, na doraz. Ignorujú signály vnútra a výsledkom je nalomené zdravie. Preto sa zvládaniu a prevencii stresu venuje čoraz viac odborníkov s cieľom eliminovať ťažké dôsledky preťaženia.

Pojem zdravie vymedzili odborníci zo Svetovej zdravotníckej organizácii ako celkový stav telesnej, duševnej a sociálnej pohody, a nie iba neprítomnosť choroby alebo slabosti. Dôležitý je súlad troch zložiek zdravia, a to telesnej, duševnej a sociálnej. Narušenie niektorej z nich sa odráža na zdravotnom stave jedinca (WHO 1946, in: Zuniga et al. 2013). Vzťah zdravia a záťažových situácií je nespochybniteľný. Pôsobením dlhodobého stresu na organizmus dochádza k vážnym psychickým zmenám, čo môže vyústiť až do somatických ochorení. Dlhodobó chorí pacienti nie sú len geriatrickí pacienti, ale ide o pacientov všetkých vekových kategórií, ktorí dlhodobo potrebujú zdravotnú starostlivosť (Moricová 2015). Sú to najmä pacienti trpiaci chronickým ochorením, často sprevádzané chronickými bolesťami.

Cieľom každej liečby je dosiahnuť ústup ochorenia, navodenie remisie. Pri ochoreniach, ktoré majú pozvoľný priebeh a nie sú úplne vyliečiteľné, sa musí pacient

uspokojiť aj s čiastočnou remisiou. V týchto prípadoch sú veľmi osožné svojpomocné a podporné skupiny.

Svojpomocné a podporné skupiny

V podmienkach Slovenska sa stretávame s pojmami, ktoré evokujú v laickej verejnosti synonymum k podpornej skupine, a to svojpomocná skupina. Schavel et al. (2012, in: Tokovská 2016) uvádzajú, že podporná skupina je založená a vedená profesionálom, facilitátorom so získaným vzdelaním v pomáhajúcej profesii a s adekvátnymi skúsenosťami. Na rozdiel od svojpomocnej skupiny, v ktorej iniciatíva vychádza od ľudí zasiahnutých spoločným problémom a je bez profesionálneho vedenia (Galinsky 2013). Podporné skupiny nie sú explicitne vymedzené v zákone a v súčasnosti sa etablujú ako občianske združenia, neziskové organizácie alebo sú priamo napojené na existujúceho poskytovateľa sociálnych služieb. Často vznikajú z nadšenia pomáhajúcich profesionálov a ich angažovanosti v pomáhajúcej profesii. Služby sú bezplatné, cielené, adresné a určené nielen pre rodinných príslušníkov, ale i pomáhajúcich profesionálov (Tokovská 2016). Podľa Hartla (1997, in: Mátel 2013) moderné svojpomocné anonymné skupiny začali svoju históriu 10. júna 1935, keď Wilson a Smith, známi ako Bill W. a Dr. Bob, pomohli jeden druhému zostať triezvy. Založili hnutie Anonymných alkoholikov.

Svojpomocné a podporné skupiny sú bezpodmienečne považované za významný zdroj sociálnej opory. Spiegel a Classen (2008, in: Šišanská, Žiaková 2017) zdôrazňujú, že na to, aby sa pacient vyhol sociálnej izolácii, môže využívať sociorehabilitačné programy. Aj pacienti, ktorí sú o síce obklopení blízkymi ľuďmi, nemusia od nich dostávať dostatočnú oporu. Stretnutie pacientov s odborníkom, či s pacientom, ktorý prekonal rovnaké ochorenie, je formou skupinovej opory. Cobb (1976, in: Mattson, Hall 2011) definoval oporu sociálneho prostredia ako vnímanie patriť k sieti sociálnej komunikácie a vzájomnej záväznosti. Výskumníci často používajú konceptualizáciu sociálnej opory vypracovanú Houseom (1981, In: Peterson, Bredow 2013). Ide o štyri teoretické konštrukcie. Emocionálna opora, inštrumentálna pomoc v podobe materiálnej pomoci, informačná opora a hodnotiacia opora.

Ištoňová (2015) zisťovala rodové rozdiely v miere prijímanej sociálnej opory. Zistila, že ako muži, tak ženy, pociťujú väčšiu mieru opory z rodinnej sféry, ako z pracovnej. Gaylord-Harden et al. (2008, in: Hičárová 2010) na základe výsledkov výskumu konštatuje, že vyhľadávanie sociálnej opory je stratégiou, ktorú ženy vyberajú oveľa častejšie ako muži.

Projekt výskumu

Záťažové situácie sprevádzajú ľudí dennodenne. Záťaž môže človeka na jednej strane aktivovať a posúvať vpred, na druhej strane vyčerpanie organizmu vyvolá celý rad telesných a psychických ochorení. Dlhodobo chorí denne prežívajú problémy spojené s danou chorobou, bolesťou a utrpením. Dostávajú sa neustále do kontaktu nielen s vlastným utrpením, ale aj utrpením, či dokonca smrťou iných pacientov, čo pre nich predstavuje veľkú psychickú záťaž, ktorá ich môže určitým spôsobom poznačiť. Na druhej strane tak môžu získať schopnosť hodnotiť náročnosť záťažových situácií a tým pádom schopnosť efektívne zvládať záťažové situácie vo svojom živote. Dokážu pomôcť nie len sebe, ale aj iným ľuďom pri zvládaní náročných životných situácií, napríklad prostredníctvom rôznych svojpomocných a podporných skupín.

Vymedzenie problému

Problematike zvládania záťažových situácií sa venuje v literatúre mnoho odborníkov. Napríklad Kebza, Paulík, či Krivohlavý. Neustále však vzrastá výskyt nevhodného zvládania záťažových situácií a tým pádom nežiaducich ťažkých dôsledkov na človeka. Tento stúpajúci trend vyžaduje, aby sme sa týmto problémom zaoberali. Je potrebné venovať sa tomu, ako

dlhodobo chorí dokážu zvládať záťažové situácie, v závislosti od ich fungovania v svojpomocných skupinách.

Výskumný cieľ

Cieľom výskumu bude komparácia zvládania vybraných záťažových situácií u dlhodobo chorých v závislosti od ich fungovania v svojpomocných a podporných skupinách, v súvislosti s využívaním rôznych druhov sociálnej opory.

Pripravovaný výskum bude realizovaný prostredníctvom kvantitatívnej metódy. Záťažové situácie vo výraznej miere znižujú kvalitu života každého človeka. Skúmaním budú identifikované využívané stratégie zvládania záťažových situácií u dlhodobo chorých a využívanie sociálnej opory, čo môže prostredníctvom spätnej väzby prispieť k náprave alebo zmene copingových stratégií v prípade potreby.

Hypotézy

Hypotéza č. 1: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný rozdiel vo využívaní stratégií zvládania záťažových situácií medzi dlhodobo chorými, ktorí navštevujú svojpomocné a podporné skupiny a dlhodobo chorými, ktorí svojpomocné a podporné skupiny nenavštevujú.

Hypotéza č. 2: Predpokladáme, že medzi mužmi a ženami existuje štatisticky významný rozdiel v uplatňovaných stratégiách zvládania záťažových situácií.

Hypotéza č. 3: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný rozdiel vo využívaní stratégie zvládania záťažových situácií potreba opory medzi mužmi a ženami.

Predpokladané použitie metód a metodík

Na získanie údajov bude slúžiť empirická metóda zberu informácií – dotazník. Vo výskume bude použitý Dotazník SVF 78 – Streßverarbeitungsfragebogen – Strategie zvládania stresu, Sebaopisový inventár od autorov Janke a Erdmann (2003) a Dotazník MOS – Social Support Survey, ktorého autormi sú Kožený a Tišanská (2003).

Výber výskumnej vzorky

Výber výskumnej vzorky bude zámerný a nenáhodný. Výskumnú vzorku bude tvoriť približne 200 dlhodobo chorých. Pôjde o pacientov s kardiovaskulárnymi ochoreniami, onkologických pacientov a alkoholikov. Dotazníky budú respondentom distribuované osobne. Všetci respondenti budú oboznámení s cieľmi dotazníkov, budú im poskytnuté informácie pre ich vyplnenie, budú informovaní o dobrovoľnosti účasti na výskume a uistení o anonymite.

Návrh štatistického spracovania výsledkov

Spracovanie a analýza dát bude realizovaná prostredníctvom štatistického programu SPSS 20 – Statistical Package for the Social Science a tabuľkového procesora Microsoft Office Excel. Pre dosiahnutie cieľov výskumu bude použité mapovanie a kauzálnokomparatívny výskum.

V rámci mapovania budú zistené údaje zosumarizované deskriptívnou štatistikou, spracované do tabuliek, obsahujúcich aritmetické priemery, mediány a štandardné odchýlky. Aritmetickými priemermi bude zisťované rozloženie jednotlivých stratégií zvládania záťažových situácií vo výskumnej vzorke. Deskriptívnou štatistikou bude zisťované využívanie pozitívnych, negatívnych a nevyhranených stratégií zvládania záťažových situácií u dlhodobo chorých a využívanie sociálnej opory na úrovni praktická intervencia, emocionálna blízkosť a chápanie autorita.

V rámci indukčnej štatistiky bude využitá bivariačná rozdielová štatistika. Na zistenie rodových rozdielov bude použité testovanie t-testami pre dve nezávislé výbery, keďže ide o dve úrovne nezávislej premennej, muž a žena a závislé premenné, akými sú jednotlivé stratégie zvládania záťažových situácií. Na zistenie rozdielov v intenzite využívania stratégií zvládania záťažových medzi mužmi a ženami bude slúžiť dosiahnutá štatistická signifikancia z testovania a aritmetické priemery zvládania záťažových u žien a u mužov z deskriptívnej štatistiky. Nosnou časťou výskumu bude komparácia zvládania vybraných záťažových situácií u dlhodobých chorých v závislosti od ich fungovania v svojpomocných, či podporných skupinách, v súvislosti s využívaním rôznych druhov sociálnej opory.

Získané výsledky budú interpretované, spracované v tabuľkách s podrobným slovným popisom. Pre testovanie reliability položiek použitých dotazníkov bude slúžiť miera vnútornej konzistencie položiek, Cronbachov koeficient alfa (α).

Záver

Realita každodenného života ľudí donúti k tomu, aby vzali pojmy ako utrpenie, choroba na vedomie a rešpektovali skutočnosť, že prirodzene patria k životu. Práve choroba je pre človeka priestorom, kedy začne uvažovať nad tým, že ho ochorenie robí vnímavejším, radikálne sa mení jeho doterajší život a často dochádza aj k zmene rebríčka hodnôt. Výsadné postavenie pomôcť pacientom, či klientom, má nie len rodina, či známi, ale práve pracovníci pomáhajúcich profesií. Tak isto svojpomocné a podporné skupiny, ako významný zdroj sociálnej opory, pomáhajú chorým, aj vyliceným pacientom, či dokonca ich príbuzným, zvládať záťažové situácie, prekonávať problémy, dosiahnuť čo najväčšiu možnú mieru samostatnosti, stav bez bolesti, podporujú ich, aby sa začali realizovať a v neposlednom rade pomáhajú nájsť stratený zmysel života.

Zoznam bibliografických odkazov

- CHOUDHURY, K., 2012. *Managing Workplace Stress: The Cognitive Behavioural Way*. New York: Springer. ISBN 978-81-322-0682-8.
- DECUIR-GUNBY, J., and T. P. A. SCHUTZ, 2016. *Developing a Mixed Methods Proposal: A Practical Guide for Beginning Researchers*. Los Angeles: Sage.
- DEIMLING, G. T., WAGNER, L. J., BOWMAN, K. F., STERNS, S., KERCHER, K., and B. KAHANA, 2006. Coping among older-adult, long-term cancer survivors. In: *Psycho-oncology*. 15(2), pp. 143-159. ISSN 1099-1611.
- FINK, G., 2016. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. United States of America: Academic Press. ISBN 978-0-12-800951-2.
- FOLGER, R. G., 2017. *The Sense of Injustice: Social Psychological Perspectives*. New York: Plenum Press. ISBN 978-1-4612-9669-0.
- GALINSKY, M. J., 2013. *Support Groups: Current Perspectives on Theory and Practise*. New York: Routledge. ISBN 978-1-560-24763-0.
- HIČÁROVÁ, V., 2010. Vplyv veku a rodu na copingové stratégie adolescentov pri zvládaní obáv. In: *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. 45(1), s. 3-20. ISSN 0555-5574.
- IŠTOŇOVÁ, L., 2015. Znižovanie konfliktu práce – rodina prostredníctvom rôznych zdrojov sociálnej opory. In: *Človek a spoločnosť*. 18(1), s. 12-25. ISSN 1335-3668.
- JANIS, I. L., 2017. *Psychological Stress: Psychoanalytic and Behavioral Studies of Surgical Patients*. New York: Academic Press. ISBN 0-12-380750-6.
- JANKE, W. a G. ERDMANNOVÁ, 2003. *Strategie zvládání stresu - SVF 78*. Praha: Testcentrum. ISBN 80-86471-24-1.

- KOŽENÝ, J. a L. TIŠANSKÁ, 2003. Dotazník sociální opory – MOS: Vnitřní struktura nástroje. In: *Československá psychologie*, **42**(2), s. 135-143. ISSN 0009-062 X.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres*. Praha: Portál. ISBN 978-80-247-3149-0.
- MATTSON, M. & J. G. HALL, 2011. *Health as Communication Nexus: A Service Learning Approach*. Dubuque, IA: Kendall Hunt Publishing Company. ISBN 978-0-7575-5987-7.
- MÁTEL, A., 2017. Existenciálne teórie a logoterapia. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Filozofická fakulta, s. 55-56. ISBN 978-80-8152-483-7.
- MIKŠÍK, O., 2007. *Psychologické teórie osobnosti*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1312-3.
- MORICOVÁ, Š., 2015. *Top lekárka v paliatívnej medicíne: Nie sme žiadne "odkladisko"* [online]. Bratislava: MAFRA Slovakia a.s. [cit. 2016-04-12]. Dostupné z: <http://mediweb.hnonline.sk/spravy/top-lekari-slovenska/top-lekarka-v-paliativnej-medicine-nie-sme-ziadne-odkladisko>
- ONEBAMOI, R., 2015. *Anatomy of Frustration: Discover How to Transform Frustration into Creative Opportunities & Unlock The Power To Succeed*. Belgium: Sceptre Publications. D/2008/11789/3.
- PAULÍK, K., 2017. 2. vyd. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5646-2.
- PETERSON, S. J. & T. S. BREDOW, 2013. *Middle Range Theories: Application to Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Health. ISBN 978-0060000448.
- RICE, V. H., 2012. *Handbook of Stress, Coping, and Health: Implications for Nursing Research, Theory, and Practice*. Los Angeles: Sage. ISBN 978-1412999298.
- RICHARDS, Mary, 2006. *Stres*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-082-8.
- ŠIŇANSKÁ, K. a T. ŽIAKOVÁ, 2017. Súčasné podoby podporných skupín pre pacientov s onkologickým ochorením a ich blízkych s využitím edukačných programov. In: E. ŽIAKOVÁ, ed. *Význam a miesto resocializácie a reedukácie v sociálnej práci*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta, s. 57-62. ISBN 978-80-8152-502-5.
- TOKOVSKÁ, M., 2016. Podporné skupiny pre príbuzných pacientov s Alzheimerovou chorobou. In: *Via Practica*. **13**(4), s. 160-162. ISSN 1336-4790.
- VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- ZUNIGA, J. M., MARKS S. P. & GOSTIN L. O., 2013. *Advancing the Human Right to Health*. Oxford: Oxford University Pres. ISBN 978-0-19-966161-9.
- ŽIAKOVÁ, E., 2016. C-systém zvládania záťaže u onkologicky chorých pacientov a pacientok v kontexte sociálnej práce. In: E. ŽIAKOVÁ, ed. *Podoby vnútorných i vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta, s. 7-10. ISBN 978-80-8152-405-9.

Kontakt na autorky

PhDr. Eva Gajdošová, Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ v Košiciach, Slovenská republika, e-mail: gajdosovaevka@gmail.com

doc. Mgr. Soňa Lovašová, PhD., Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ v Košiciach, Slovenská republika, e-mail: sona.lovasova@upjs.sk

Program PAI – nowe rozwiązanie w zakresie aktywizacji zawodowej i społecznej

PAI Program - a New Solution for Professional and Social Activation

Ewelina Kleszcz-Ciupka (PL)

Abstrakt

Program PAI to nowe narzędzie pracy wykorzystywane do przeciwdziałania chronicznemu bezrobociu. Rozwiązanie to łączy w sobie dwa istotne elementy, mające ogromne znaczenie w sytuacji pozostawanie bez pracy przez długi czas. Podstawowymi składnikami tego programu to aktywizacja zawodowa oraz integracja społeczna. Osoby oddalone od rynku pracy i posiadające małą gotowość do zmiany swojej sytuacji wymagają wsparcia ze strony instytucji pomocowych zwłaszcza takich jak publiczne służby zatrudnienia oraz ośrodki pomocy społecznej. Program PAI to nowe rozwiązanie w walce z bezrobociem wśród osób, które przez wiele lat nie podejmowały działań zawodowych, a które jednocześnie korzystają z pomocy społecznej.

Kluczowe słowa

Aktywizacja zawodowa. Integracja społeczna. Instrumenty rynku pracy. Pomoc społeczna.

Abstract

The PAI program is a new work tool used to counteract chronic unemployment. This solution combines two existing elements, which are of great importance in the situation of being unemployed for a long time. The basic components of this program are professional activation and social integration. People distant from the labor market and having a small willingness to change their situation require support from assistance institutions, especially such as public employment services and social welfare centers. The PAI program is a new solution in the fight against unemployment among people who have not taken professional activities for many years, but who simultaneously benefit from social assistance.

Keywords

Professional activation. Social integration. Labor market instruments. Social assistance.

Wstęp

W dobie licznych przemian gospodarczych i politycznych nowego znaczenia nabiera kwestia jakości życia człowieka jego sensu, który według T. Czeżewskiego przekłada się na cele do jakich dąży jednostka. Wszelkie działania podejmowane w kierunku realizacji tych celów tworzą zwartą dorzeczną całość i ta całość właśnie to sens życia. Cele określone są przez różnorakie potrzeby człowieka. „Cele te nie są między sobą niezależne, lecz układają się tak, iż cele bliższe są środkami do osiągnięcia celów dalszych. Celami, które nie służą jako środki dla osiągnięcia dalszych celów, nazywamy celami dla siebie lub celami ostatecznymi.” Podstawą jest tu spójność w realizacji celów, która to realizacja jest spójna, wzajemna, harmonijnie zgrana a cele się wzajemnie uzupełniają. Swój pogląd na życie i jego sens T. Czeżowski bardzo obrazowo oraz symbolicznie ujmuje w słowach „życie to jakby zadanie, które człowiek otrzymuje do rozwiązania – sens życia zaś to rozwiązanie, które trzeba znaleźć.”(Czeżewski 2002). W. James, przytaczany przez K. Obuchowskiego powiedział: „Marzę o znalezieniu powodu, dla którego można chcieć żyć o godzinę dłużej” (Obuchowski 1989). Kolejny element postrzegania sensu życia to powód, przyczyna, dla której człowiek chce żyć i działać. W takim rozumieniu rozwiązaniem, a zarazem powodem podejmowania jakichkolwiek działań przez człowieka jest praca, która wpływa na poprawę jakości życia jednostki. Jednocześnie praca stanowi podstawę dającą możliwość zaistnienia w życiu człowieka wartości stanowiących integralną część życia ludzkiego nadających mu

sens istnienia. Daje ona bowiem nie tylko szansę na aktywność zawodową, ale także na zaspokajanie wszelkich potrzeb. Praca to wartość sama w sobie. "Stanowi ona swoisty fenomen kulturowy i cywilizacyjny. Z jednej strony jest bowiem formą aktywności człowieka, formą bytowania człowieka na ziemi, z drugiej zaś strony jest wartością, jaką człowiek – podmiot i twórca pracy – dzieli się z innymi ludźmi, przy czym jednocześnie doskonalą siebie i świat. W tym znaczeniu praca człowieka jako osoby stanowi zjawisko fundamentalne dla zrozumienia człowieka. Ponieważ praca jest zjawiskiem czysto ludzkim, wyróżniającym jej podmiot (homo laborens) spośród innych istot żywych, nie można zrozumieć jej istoty i sensu bez zrozumienia człowieka, tak jak nie można zrozumieć człowieka, pomijając jego pracę (Furmanek 2006). „Praca jest dobrem człowieka – dobrem jego człowieczeństwa przez pracę bowiem człowiek nie tylko przekształca przyrodę, dostosowując ją do swoich potrzeb, ale także urzeczywistnia jako człowieka, a także ponieważ bardziej staje się człowiekiem" (Wilsz 2009).

W takim ujęciu praca jako wartość pozwala na satysfakcję oraz samozadowolenie, które są możliwe do osiągnięcia kiedy osoba czuje się spełniona w różnych aspektach życia. Pozostawanie bez pracy odbiera człowiekowi stabilizację i poczucie bezpieczeństwa, ogranicza jego możliwości rozwoju i aktywności na różnych płaszczyznach. Dlatego tak istotne jest przeciwdziałanie bezrobociu i stwarzanie ludziom możliwości zmiany swojej sytuacji zawodowej poprzez wykorzystywanie nowych rozwiązań, jakim jest między innymi Program Aktywizacja i Integracja.

Inicjatorzy i beneficjenci Programu PAI

Program Aktywizacja i Integracja to narzędzie, którego podstawa prawna opiera się na przepisach następujących dokumentów:

- Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U z 2017 r. poz. 1065, z późn.) Art. 62 a
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1769, 1985)
- Ustawa z dnia z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Z 2017 r. poz. 60, 573, 1909)
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1875, 2232)

Omawiane narzędzie stworzone zostało w celu poprawy sytuacji na rynku pracy osób długotrwale bezrobotnych, a jego inicjatorem jest zgodnie z art. 62 a Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy jest Powiatowy Urząd Pracy. Zadanie to jednak znacznie przekracza możliwości urzędów pracy, dlatego konieczne jest zintegrowanie wysiłków powiatowych urzędów pracy i ośrodków pomocy społecznej, wspierane działaniami organizacji pozarządowych, w celu realizacji w partnerstwie działań włączających te osoby do rynku pracy. PAI jest przykładem partnerstwa zadaniowego, które może zostać zawiązane pomiędzy:

1. powiatowym urzędem pracy i ośrodkiem pomocy społecznej (porozumienie o realizacji programu)
2. powiatowym urzędem pracy, ośrodkiem pomocy społecznej (porozumienie o współpracy) i organizacją pozarządową (umowa)
3. powiatowym urzędem pracy, ośrodkiem pomocy społecznej (porozumienie o realizacji programu i porozumienie o współpracy) i organizacją pozarządową (umowa)

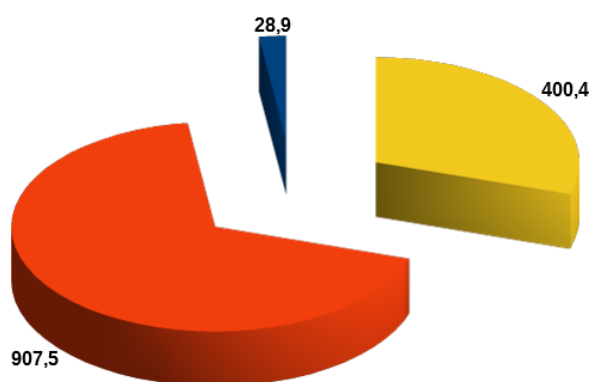
Celem tego partnerstwa jest kompleksowa pomoc bezrobotnemu oraz precyzyjne zaplanowanie dedykowanych osobie działań, które będą realizowane w ramach poszczególnych instytucji. (DRP MPiPS 2014).

Program Aktywizacja i Integracja stwarza dodatkowe możliwości aktywizacji osób, które utraciły możliwość podjęcia pracy z powodu długiego okresu przebywania w bezrobociu, często połączonego z brakiem kwalifikacji, niewystarczającymi kompetencjami i deficytami utrudniającymi funkcjonowanie w środowisku pracy. W pierwszej kolejności PAI objęci powinni zostać ci bezrobotni, którzy spełniają łącznie następujące warunki:

- a) korzystają ze świadczeń pomocy społecznej,
- b) objęci zostali przez ośrodek pomocy społecznej kontraktem socjalnym,
- c) powiatowy urząd pracy ustalił dla nich profil pomocy III czyli najbardziej oddalonych od rynku pracy i najmniej gotowych do zmiany swojej sytuacji zawodowej.

Poniższy wykres prezentuje liczbę osób zarejestrowanych jako osoby bezrobotne z podziałem na ustalony profil form pomocy

Wyk 1. ZAREJESTROWANI BEZROBOTNI WG USTŁONEGO PROFILU POMOCY W KOŃCU STYCZNIA 2017 ROKU W TYŚ.



Źródło: MRPiPS, DRP

Powyższy wykres pokazuje, iż w końcu stycznia 2017 r. w rejestrach osób bezrobotnych znajdowało się 28,9 tys. z pierwszym profilem pomocy (2%), 907,5 tys. z drugim profilem pomocy (68%) oraz 400,4 tys. z trzecim profilem pomocy (30%), co daje ogółem 1 336,7 tys. osób z ustalonym profilem pomocy.

Znaczna liczba klientów powiatowych urzędów pracy to osoby, które będąc od wielu lat bezrobotne, stają się osobami „uzależnionymi” od świadczeń pomocy społecznej, biernymi i marginalizowanymi społecznie, dlatego też podejmowane wobec nich działania powinny być nakierowane na przywrócenie zdolności do podjęcia pracy. (DRP MPiPS 2014)

Realizacja Programu PAI

Przepisy dotyczące PAI regulują zakres działań możliwych do podjęcia przez powiatowy urząd pracy w zakresie współpracy z ośrodkami pomocy społecznej lub podmiotami prowadzącymi działalność statutową na rzecz integracji i reintegracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym lub przeciwdziałania uzależnieniom i patologiom społecznym. Program Aktywizacja i Integracja składa się z dwóch elementów:

1. Działania w zakresie **aktywizacji zawodowej** bezrobotnych realizowane przez powiatowy urząd pracy w ramach **prac społecznie użytecznych**, do których skierowane są osoby bezrobotne bez prawa do zasiłku korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej, w celu wykonania prac na terenie gminy, w której bezrobotny zamieszkuje lub przebywa, w wymiarze do 10 godzin w tygodniu, za kwotę nie niższą niż 6 zł za każdą godzinę pracy. (Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy). Sporządzanie przez kierownika ośrodka pomocy społecznej listy osób kierowanych do prac społecznie użytecznych powinno być poprzedzone rozpoznaniem sytuacji życiowej klienta ośrodka pomocy społecznej. Oceny sytuacji życiowej takich osób dokonuje kierownik ośrodka pomocy społecznej, uwzględniając przede wszystkim aspekt korzystania przez te osoby ze świadczeń pomocy społecznej, w tym także oceny postawy danej osoby w myśl art. 4 Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. np. przystąpienia do kontraktu socjalnego. Wykonywanie prac społecznie użytecznych przez osoby bezrobotne, korzystające ze świadczeń pomocy społecznej, może być pierwszym etapem aktywizacji tych osób, przed ewentualnym skierowaniem ich w dalszej perspektywie czasowej do innych form aktywizacji zawodowej.
2. Działania w zakresie **integracji społecznej** bezrobotnych, służące kształtowaniu aktywnej postawy w życiu społecznym i zawodowym, mogą być realizowane w szczególności poprzez **grupowe poradnictwo specjalistyczne, warsztaty trenerskie i grupy wsparcia**, w wymiarze co najmniej 10 godzin tygodniowo. Działania w zakresie integracji społecznej bezrobotnych mogą być realizowane przez ośrodek pomocy społecznej lub podmioty zatrudnienia socjalnego ewentualnie podmioty prowadzące działalność statutową na rzecz integracji i reintegracji zawodowej i społecznej. Mając na uwadze grupowy charakter działań w zakresie integracji społecznej przy jednoczesnej dbałości o ich jak najwyższą efektywność ustalono, że grupy uczestników nie powinny liczyć więcej niż 10 osób. Założony, jako minimalny wymiar zajęć powinien być skorelowany z realizowanymi przez uczestników pracami społecznie użytecznymi. Działania w zakresie integracji społecznej bezrobotnych, służące kształtowaniu aktywnej postawy w życiu społecznym i zawodowym, mogą być realizowane w szczególności poprzez grupowe poradnictwo specjalistyczne, warsztaty trenerskie i grupy wsparcia. Zaprojektowane formy działań w zakresie integracji społecznej stanowią katalog otwarty. Oznacza to, że podmioty realizujące ten zakres wsparcia, w pracy z bezrobotnym mogą wykorzystywać szerokie spektrum działań doradczych, działań aktywizujących, zajęć warsztatowych, które będą zmieniać postawę bezrobotnych i wspomagać proces aktywizacji zawodowej realizowany przez powiatowy urząd pracy. Działania w zakresie integracji społecznej bezrobotnych, służyć powinny kształtowaniu aktywnej postawy w życiu społecznym i zawodowym. (DRP MPiPS 2014).

Wykonywanie przez bezrobotnych prac społecznie użytecznych wzmocnione równoległym uczestnictwem w działaniach z zakresu integracji społecznej, ma na celu ukształtowanie aktywnej postawy w życiu społecznym i zawodowym tych osób i odbywać się będzie w formule PAI. Do realizacji tego celu niezbędna jest współpraca z ośrodkiem pomocy społecznej lub/i podmiotami, o których mowa w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

Realizacja Programu Aktywizacja i Integracja przez ośrodek pomocy społecznej lub podmioty zatrudnienia socjalnego prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego

odbywa się na podstawie porozumienia o realizacji programu zawartego z powiatowym urzędem pracy, które określa w szczególności:

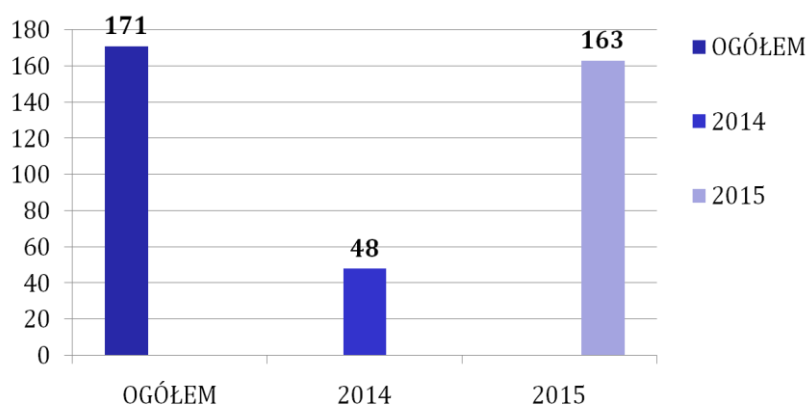
1. kryteria doboru i liczbę bezrobotnych;
2. działania w zakresie integracji społecznej bezrobotnych, realizowane przez ośrodki pomocy społecznej;
3. okres realizacji i przewidywane efekty, z podaniem mierników pozwalających ocenić indywidualne efekty;
4. kwoty i źródła finansowania działań;
5. sposób kontroli i zakres monitorowania.

Art 62b Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy określa czas trwania Programu Aktywizacja i Integracja, który wynosi 2 miesiące. Jednocześnie zgodnie z art. 62c przytaczanej ustaw podawane są warunki zakończenia realizacji omawianego działania. Po zakończeniu Programu Aktywizacja i Integracja powiatowy urząd pracy może:

1. podjąć decyzję o ponownym skierowaniu bezrobotnego do udziału w Programie Aktywizacja i Integracja, jednak nie dłużej niż łącznie na okres do 6 miesięcy albo
2. skierować bezrobotnego, w porozumieniu z ośrodkiem pomocy społecznej, do:
 - zatrudnienia wspieranego u pracodawcy na zasadach określonych w przepisach o zatrudnieniu socjalnym lub
 - podjęcia pracy w spółdzielni socjalnej zakładanej przez osoby prawne, o której mowa w przepisach o spółdzielniach socjalnych, albo
3. ponownie ustalić profil pomocy, a w przypadku zmiany profilu niezwłocznie dostosować indywidualny plan działania i przedstawić bezrobotnemu propozycję pomocy określoną w ustawie. W okresie udziału bezrobotnego w Programie Aktywizacja i Integracja powiatowy urząd pracy nie kieruje do bezrobotnego innych form pomocy, o których mowa w ustawie.

Poniższy wykres prezentuje liczbę zrealizowanych Programów PAI w latach 2014-2015.

Wyk. 2 PROGRAM PAI V LATACH 2014-2015



Źródło: MRPiPS, DRP

Na podstawie powyższego wykresu 2 wynika, że w latach 2014-2015 zrealizowanych zostało 171 programów PAI, przy czym w roku 2014 48, natomiast w 2015 roku 16. Daje to podłoże

do rozważań, że wzrasta stopień zainteresowania Programem Aktywizacja i Integracja wśród instytucji pomocowych.

Finansowanie Programu PAI

Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy określa źródła finansowania Programu Aktywizacja i Integracja, którymi są środki Funduszu Pracy oraz budżetu gminy. Wysokość środków Funduszu Pracy na realizację Programu Aktywizacja i Integracja określa art. 109 ust. 8a. Dostępny dla starosty limit, może być zwiększony na jego wniosek, o środki z rezerwy Funduszu Pracy będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw pracy. O środki z rezerwy Funduszu Pracy starosta może ubiegać się zgodnie z „Zasadami ubiegania się o środki rezerwy Funduszu Pracy na finansowanie programów na rzecz promocji zatrudnienia, łagodzenia skutków bezrobocia i aktywizacji zawodowej w danym roku kalendarzowym”. Kwota wydatków przeznaczonych z Funduszu Pracy na finansowanie działań, o których mowa w art. 62a ust. 8 i 9, jest ustalana z uwzględnieniem stawki godzinowej pracy trenera z 10-osobową grupą bezrobotnych, w wysokości nie wyższej niż 70 zł. Działania w zakresie integracji społecznej bezrobotnych, realizowane przez ośrodek pomocy społecznej, są finansowane ze środków budżetowych gminy i mogą być współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (art. 62a ust. 8) (DRP MPiPS 2014).

Wnioski

Celem niniejszego tekstu było zaprezentowanie nowego rozwiązania w zakresie aktywizacji zawodowej i integracji społecznej jakim jest Program PAI. Przeprowadzona analiza pokazała, iż Program Aktywizacji i Integracji cieszy się z coraz większym zainteresowaniem angażując w omawiane rozwiązanie zarówno powiatowe urzędy pracy, jak i ośrodki pomocy społecznej, a także inne podmioty działające na rzecz osób bezrobotnych. Specyfika PAI odnosząca się do samej konstrukcji tego Programu, jak również takich kwestii jak finansowanie działań czy kwalifikacja bezrobotnych, wymaga podjęcia współpracy z gminą. Bez nawiązania tej współpracy, przede wszystkim w obszarze inicjowania prac społecznie użytecznych, PAI nie może zostać uruchomione. Szczególne znaczenie w Programie Aktywizacja i Integracja zajmuje miejsce współpracy poszczególnych instytucji pomocowych działających na rzecz osób bezrobotnych i zmiany ich trudnej sytuacji na rynku pracy. Jak podkreślała bowiem Helena Radlińska pomoc społeczna "polega na wydobywaniu i pomnażaniu sił ludzkich, na ich usprawnianiu i organizacji wspólnego działania dla dobra ludzi". (Szarfenberg 2013)

Problem społeczny, jakim jest bezrobocie wiąże się z licznymi zmianami w dotychczasowym życiu człowieka zarówno w sferze osobistej, jak i społecznej. Celem pracy socjalnej w omawianym zakresie jest przede wszystkim wsparcie osoby bezrobotnej tak w formie finansowej, jak i pozamaterialnej. Ważną rolą jest tutaj umożliwienie osobie bez pracy odzyskania sensu życia oraz wiary w lepszą przyszłość. Istotą życia każdego człowieka są wartości, które odgrywają wielką rolę. Bez wartościowania świata i bez odniesienia do wartości człowiek w jakimś sensie przestaje być autentycznie sobą, jakby spada ze swego ludzkiego poziomu życia. Wartości są rdzeniem egzystencji i źródłem autentycznego i rozumnie uzasadnionego sensu życia (Siemianowski 2008). Biorąc pod uwagę powyższe aspekty sensem życia osoby bezrobotnej jest praca, która jako wartość pozwala na satysfakcję oraz samozadowolenie, które są możliwe do osiągnięcia kiedy osoba czuje się spełniona w różnych aspektach życia. Pozostawanie bez pracy odbiera człowiekowi stabilizację i poczucie bezpieczeństwa, ogranicza jego możliwości rozwoju i aktywności na różnych płaszczyznach. W takim ujęciu wszelkie narzędzia, wykorzystywane do wyprowadzania osób z sytuacji bezrobocia, mają ogromne znaczenie dla polepszania jakości życia i odnajdywania jego sensu.

Zoznam bibliografických odkazov

- CZEŻEWSKI, T., 2002. *Filozofia na rozdrożu*. Toruń: Wyd. Naukowe UMK, s. 136 -145.
- Departament Rynku Pracy MPiPS. 2014. Program Aktywizacja i Integracja - kierunkowe wytyczne dla podmiotów organizujących Program Aktywizacja i Integracja, https://www.mcps-efs.nazwa.pl/upload/File/ops_pup/pai_wytyczne.pdf (dostęp 15.01.2018)
- FURMANEK, W., 2013. *Nowa praca człowieka w cywilizacji informacyjnej*. Zarys problematyki, <https://www.repozytorium.ukw.edu.pl/WaldemarFurmanek/Nowapracaczlowiekawcywilizacjiinformacyjnej.pdf> (dostęp 26.10.2017), 20-32
- OBUCHOWSKI, K., 1989. *W poszukiwaniu właściwości człowieka*. Warszawa: Wyd. KiW, ISBN: 83-05-11921, 74-75.
- SIEMIANOWSKI, A., 2008. Wartości i sens życia z punktu widzenia ontologicznego, In. POPIELSKI K. (red.). *Wartości dla życia*, Lublin: Wyd. KUL, ISBN: 978-83-7363-747-4, 1-17.
- SZARFENBERG, R., 2013. *Standardy pracy socjalnej*. Wprowadzenie, https://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SPS%20wprowadzenie_2601.pdf (dostęp 15.11.2017), 4-7.
- Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U z 2017 r. poz. 1065, z późn.) Art. 62 a
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U: z 2017 r. poz. 1769, 1985)
- WILSZ, J., 2009. *Teoria pracy*. Kraków: Wyd. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, ISBN: 978-837-587-940-7, 11-21.

Kontakt na autorku

mgr Ewelina Kleszcz-Ciupka, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. Grodka w Sanoku, Zakład Pracy Socjalnej, 38-500 Sanok ul. Mickiewicza 21, Polska

Vývoj systému liečby závislosti od alkoholu a miesto sociálnej práce v ňom *The Development System of Treatment of Alcohol Dependence and the Place of Social Work There*

Markéta Rusnáková (SK), Michaela Janáková (SK)

Abstrakt

Príspevok mapuje vývoj systému liečby alkoholovej závislosti na Slovensku pričom sme sa sústredili na začiatok 20. storočia až po súčasnosť. V práci sme ďalej načrtli aktuálne teoretické východiská chápania závislosti a ich modeli intervencie. V tretej časti príspevok približuje systém liečby závislosti na Slovensku v súčasnosti a možnosti pôsobenia sociálnej práce.

Kľúčové slová

Liečba závislosti od alkoholu. Sociálna práca. Závislosť.

Abstract

The article maps the development system of treatment of alcohol dependence in Slovakia, from the beginning of the 20th century to the present. In the article we outlined the current theory of dependence and their model of intervention. The third part of the article approaches the system of treating dependence on Slovakia at present and the possibilities of social work.

Keywords

Treatment of alcohol dependence. Social work. Addiction.

Úvod

Užívanie alkoholu je v našej kultúre považované za spoločensky prijateľné aj keď jeho nadmernú konzumáciu sprevádza široká škála vážnych poškodení. Na Slovensku je to najčastejšie nadmerne legálne konzumovaná droga v dôsledku čoho je táto problematika stále aktuálna a ponúka široké možnosti pre pôsobenie sociálnej práce.

Vývoj systému liečby závislosti od alkoholu na Slovensku od začiatku 20 storočia po súčasnosť.

Začiatky záujmu o riešenie problematiky závislosti na alkohole sa na našom území datujú už od konca 16. storočia, kedy u nás začalo pôsobiť prvé hnutie striedmosti (Bútora 1989). V štyridsiatich rokoch 19. storočia zaznamenávajú rozkvet spolky striezlivosti (miernosti), tohto abstinenčného hnutia sa ujali štúrovci, ktorí ho začleňovali do celkového programu obrody národa (Kunda 1988). Aj napriek tomu, že švédsky psychiater Magnus Huss už v roku 1852 zaviedol pojem „chronický alkoholizmus“ a vymedzil ho ako samostatnú chorobu so systematickým klinickým opisom, v spoločnosti prevláda nazeranie na závislosť od alkoholu, ako na morálny problém. V tejto teórii sa užívateľ drog chápe ako morálne slabý alebo nedokonalý jedinec a užívanie drog ako nemorálne správanie (Vavrinčíková 2010).

Na prelome 19. a 20. storočia u nás nadobúdajú celonárodný charakter spolky miernosti, ktoré vznikali najmä z iniciatívy duchovných a učiteľov. V roku 1908 začína svoju pôsobnosť Československý abstinentný svaz (Kunda 1988). Na činnosti sa iniciatívne podieľali sociológ doc. Břetislav Foustka, katolícky kňaz Bedřich Koňářík a ďalší. Československý abstinentný svaz v začiatkoch svojho pôsobenia narážal na nedostatok finančných prostriedkov, ale aj napriek tomu sa jeho členovia zaslúžili o šírenie prevencie. I keď sa spočiatku jeho činnosť orientovala predovšetkým na Prahu, postupne vznikali miestne spolky aj v ďalších mestách a zriadili sa stavovské odbory: lekárske, učiteľské a ženské. Z iniciatívy Ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy vznikol v roku 1919 Československý

abstinentský zväz, ktorý sa zaslúžil o šírenie abstinentského hnutia v medzivojnovom období (Morovicsová 2016). Úspechom v boji proti alkoholizmu bol Holitscherov zákon z roku 1922, zakazujúci podávať alkohol mládeži do 18 rokov ako aj opitím a podnapitým osobám (Bútora 1989).

Prvá abstinentská liečebňa vzniká na území Slovenska v roku 1937, v Istebnom na Orave z iniciatívy Krajského ústredia Abstinentského zväzu. Viedol ju E. Kraus (Kunda 1988). Ako liečebné postupy sa v tomto zariadení využívali osvedčené výchovné a liečebné metódy, ktoré boli zamerané na fyzické ozdravenie, duševnú a mravnú prevýchovu pacientov. Význam pracovnej terapie bol vtedy, ak pacienti boli správne motivovaní, vykonávali práce podľa svojho zamerania a uvedomovali si skutočný cieľ a prínos jednotlivých činností. K zvýšeniu fyzickej zdatnosti prispeli pravidelný telocvik, rôzne pohybové a športové aktivity a vodoliečba. Integrálnou súčasťou liečebných postupov bola psychoterapia, z ktorej mala najvýraznejšie zastúpenie biblioterapia. Pacienti mali možnosť navštevovať rôzne kultúrne a spoločenské podujatia. Úspech liečby predpokladal nepretržitý 5–6 mesačný pobyt v zariadení a úplnú abstinenciu počas liečby, aj po prepustení (Morovicsová 2016).

V štyridsiatych a päťdesiatych rokoch vznikajú v ČSSR prvé protialkoholické oddelenia a šesťdesiate a sedemdesiate roky prinášajú kvantitatívnu explóziu liečebných programov pre ľudí závislých od alkoholu (Bútora 1989). V roku 1945 vzniká poradňa pri bratislavskej psychiatrickej klinike s pôsobnosťou pre Bratislavský kraj (Kunda, 1988). Významným dokumentom bol zákon o potláčaní alkoholizmu z roku 1948, ktorý reguloval dostupnosť alkoholu a umožňoval povinnú ambulantnú liečbu alkoholovej závislosti (Bútora 1989).

Osobitné postavenie v liečbe a prístupe k alkoholizmu v bývalej ČSSR má špecializované zariadenie pražskej psychiatrickej kliniky – Apolinár, ktoré skoro od založenia roku 1948 dlho viedol Jaroslav Skála (Kunda 1988). Skála sa mimoriadne zaslúžil o rozvoj liečby a organizáciu protialkoholického starostlivosti u nás. Vybudoval vlastný systém režimovej liečby, v rámci psychoterapie (a neskôr aj veľmi intenzívne aj o výuku a výcvik v nej) a následného doliečovania v socioterapeutickom klube abstínujúcich alkoholikov Klus (Nociar 1991). Podľa Skálovho klubu Klus (Klub ľudí usilujúcich o střízlivost) vznikali socioterapeutické kluby aj na Slovensku. V súčasnosti sú tieto kluby súčasťou sociálnych a zdravotných zariadení (napr. centier preliečbu drogových závislostí, krízových a resocializačných centier) (Šavrnichová 2017).

V roku 1956 boli ustanovené protialkoholické zbory a 1962 vyšiel zákon 120 (Kunda 1988) o boji proti alkoholizmu, ktorý zdôraznil úlohy národných výborov a legislatívne podchytil činnosť protialkoholických záchranných staníc, zaviedol povinné protialkoholické liečenie a iné (Bútora 1989). Medzi významné osobnosti liečby alkoholovej závislosti na Slovensku patrí Michal Turček, ktorý založil a viedol protialkoholickú liečebňu v Bratislave – Dúbravke, ktorá existovala v rokoch 1961–1965. Turček realizoval protialkoholickú činnosť na území Bratislavy, Západoslovenského kraja i celého Slovenska a to formou osobného kontaktu s niekoľkými nadšencami zaujímajúcimi sa o problematiku alkoholizmu (Kunda 1988). V roku 1965 založil Turček odborný časopis Protialkoholický obzor s publikáciami najvýznamnejších Slovenských a Českých psychiatrov/adiktológov. Tento časopis vychádza od roku 1995 pod názvom Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor) dodnes (Kolibáš, Turček 2015).

Toto obdobie prináša nový pohľad na chápanie závislosti od alkoholu, ako uvádza Kunda (1988) sociálna a kultúrne faktory ustúpili na čas do pozadia- alkoholizmus sa medicinizoval. Na závislosť od alkoholu sa začalo nazerať ako na chorobu. Nepochybne k tomu prispela Svetová zdravotnícka organizácia (WHO), ktorá po druhej svetovej vojne unifikovala v oblasti alkoholizmu základné medicínske pojmy a terapeutické postupy. Dôležitou postavou bol americký vedec E.M. Jellinek, ktorý skonštruoval a klinicky opísal vývojové fázy (štádiá)

alkoholizmu (začiatkové, varovné, rozhodujúce a konečné štádium). Ďalej rozdelil na jednotlivé typy problémového pitia (abúzu) alebo závislosti (gama, delta, epsilon). Významná bola aj jeho spolupráca s WHO (Bútora 1989).

V roku 1965 vznikla v Banskej Bystrici krajská protialkoholická poradňa, medzi jej počiny patrila na tú dobu novátorské ambulantné psychoterapeutické skupiny. Skúsenosti z tejto poradne tvorili jeden z predpokladov otvorenia protialkoholického oddelenia v roku 1977 v Podbrezovej pod vedením Stanislava Kundu. Oddelenie sa neskôr presťahovalo do nemocnice v Banskej Bystrici, kde dlhý čas pôsobilo. Systém liečby tu vychádzal zo Skálovhoapolinárskeho systému (Kunda 1998). V súčasnosti poskytuje Fakultnej nemocnica F. D. Roosevelta Banská Bystrica liečbu nelátkových závislostí a patologického hráčstva. (www.fnsfpdr.sk). V roku 1981 bolo vytvorené oddelenie pre systematickú a dlhodobú odvykáciu protialkoholickú a protitoxikomanickú liečbu v psychiatrickej nemocnici Philippa Pinela (v tej dobe krajskej nemocnici). K dnešnému dňu nemocnica disponuje klinikou drogových závislostí, kde poskytuje zdravotnú starostlivosť osobám závislým od psychoaktívnych látok (<http://pnpp.sk>). Z pomedzi významnejšie protialkoholických liečební, ktoré sa formovali v 80. a 90. rokoch spomenieme Odborný liečebný ústav psychiatrický na Prednej Hore. Tento ústav je aktuálne jediný špecializovaný liečebný ústav na oblasť AT (alkoholizmus a iné toxikománie). Jeho začiatky siahajú do roku 1973, keď sa z pôvodného tuberkulózneho sanatória reprofiliroval na protialkoholickú liečebňu s celoslovenskou pôsobnosťou. Od roku 2005 sa centrum pretransformovalo zo štátnej príspevkovej organizácie na neziskovú. V súčasnosti má štatút špecializovanej nemocnice pre liečbu drogových závislostí pôsobí pod názvom Odborný liečebný ústav psychiatrický (www.olup-prednahora.sk). Protialkoholická poradňa, ktoré vznikali od päťdesiatich rokov dnes tvoria vlastnú špecializovanú sieť AT ambulancií (ambulancie pre alkoholizmus a iné toxikománie). V týchto ambulanciách pracujú psychiatri, psychológovia a zdravotné sestry. Počet týchto ambulancií však z roka na rok klesá (Kolibáš, Novotný 2007). V deväťdesiatych rokoch začali vznikať na Slovensku Centrá pre liečbu drogových závislostí (CPLDZ). Prvé CPLDZ vzniklo v roku 1992, v Bratislave. Je to najväčšou centrálnou špecializovanou zdravotníckou inštitúciou na Slovensku, ktorá je určená na prevenciu, diagnostiku, liečbu a následnú starostlivosť poskytovanú občanom v súvislosti s problémami vznikajúcimi pri užívaní psychoaktívnych látok. Je to štátna, príspevková organizácia zriadená Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky (www.cpdz.sk). V roku 1995 sa otvorili obdobné centrá v Nových Zámkoch a Žiline, o rok neskôr v Banskej Bystrici. V roku 2004 začalo svoju činnosť CPLDZ v Košiciach a v roku 2005 v Prednej Hore – dnes už Odborný liečebný ústav psychiatrický. Starostlivosť o závislých na alkohole dotvárajú neštátne resocializačné zariadenia (Kolibáš, Novotný 2007).

Teoretické východiská/modeli chápania závislosti

Nazeranie na pojem závislosti prechádzalo určitým vývojom, od krajne ponímaných morálnych modelov cez modeli sociálne a modeli úzko medicínske až k modelu bio-psycho-sociálnemu, niekedy doplnovanému o spirituálny/existencionalný rozmer. Na vznik syndrómu závislosti od alkoholu má vplyv veľké množstvo premenných. Môžeme hovoriť o multifaktorovej problematike, pri riešení ktorej je potrebný medziodborový prístup. Silné postavenie medzi týmito teóriami vzniku závislosti má v súčasnosti bio-psycho-sociálno-spirituálny model aneurobiologický model vzniku závislosti, ktorý zaradíme do medicínskej teórie. Medicínska teória a jej model intervencie má na Slovensku dominantné postavenie.

Neurobiologický model nahliada na závislosť ako na chronické recidivujúce ochorenie mozgu. Ako uvádza Kalina (2015) jedná sa o takzvaný systém odmeny, pri ktorom po skúsenosti s drogou dochádza k dlhodobým zmenám mozgového systému v dôsledku

dlhodobého preferovania jednoduchšej a efektívnej stratégie (slasť dosiahnutá drogou, resp. po nejakej dobe len vyhnutie sa nepríjemnostiam v neprítomnosti drogy). Zjednodušené povedané, mozog sa v dôsledku dlhodobého užívania alkoholu stáva rozmazaným, chce rýchlu odmenu a to najlepšie hneď. Nutkavý model „teraz hneď a rýchlo“ je dominujúcim vzorcom pre ďalšie správanie. Sprievodným prejavom závislosti je craving – nutkavá túžba užiť drogu spojená s nutkavým kompulzívnym užívaním psychoaktívnych látok a odvikacím stavom. Ako uvádza Vavrinčíková (2010) v tejto medicínskej teórii sa užívateľ drog chápe ako osoba trpiaca chorobou v lekárskom zmysle slova, ktorá je chronická, progresívna a bez liečby má často smrteľné následky. Drogová závislosť sa považuje za chorobnú poruchu mozgových funkcií, do istej miery s dedičnými dispozíciami. Pokladá sa za chorobu dedičnú, s častými recidívami, problematicky liečiteľnú, až nevyliciteľnú. Liečba sa poskytuje v nemocnici (centrá pre liečbu drogových závislostí, AT oddelenia a ambulancie) alebo v zariadeniach spolupracujúcich s nemocnicami (resocializačné strediská). Poskytovatelia služieb pracujú v tímoch pod vedením lekára a zvyčajne poskytujú kognitívno-behaviorálnu terapiu, vo veľkej miere uplatňujú princípy „AA“ (anonymní alkoholicy). V tomto, na Slovensku dominantnom prístupe, existuje len jeden akceptovateľný cieľ, úplná a doživotná abstinencia od užívania všetkých návykových látok. Ak osoba užije v ktoromkoľvek momente drogy, choroba bude ďalej postupovať. Táto teória neuznáva možnosť kontrolovaného užívania drog.

Spoločne s Nešporom (in: Matoušek 2013) považujem morálny a striktný medicínsky model závislosti za príliš úzky. Vhodnejšie sa nám zdá model Bio – psycho – sociálno- spirituálny, ktorý dobre reflektuje, že neexistuje len jedna príčina závislosti, ale na jej vzniku sa podieľajú faktory z rôznych oblastí. Biologická dimenzia tohto modelu zahŕňa genetické predispozície (najmä prítomnosť závislosti u biologického otca), účinky na plod nenarodeného dieťaťa, priebeh pôrodu a pod. Psychická dimenzia zahŕňa osobnosť jedinca a faktory osobnej zodpovednosti jedinca. Harmonický vývin dieťaťa, ale aj výskyt rôznych psychických porúch. Sociálna dimenzia zahŕňa predovšetkým prostredie v ktorom jedinec vyrastá a ktoré má vplyv na vytváranie jeho budúcich postojov. Ďalšími faktormi tu sú kultúrne normy spoločnosti, postoj ku vzťahu k alkoholu a pod. Spirituálna dimenzia zahŕňa zmysel života, duchovné hodnoty (Kalina 2003; Šavrnichová 2015).

Liečba závislosti od alkoholu a možnosti pôsobenia sociálnej práce

Dôležitú súčasť a niekedy nevyhnutnosť pri prekonaní problémov s alkoholom tvorí odborná liečba závislosti. Tak ako môže mať vznik závislosti rôzne príčiny, existujú aj rôzne formy pomoci. Je mnoho psychoterapeutických prúdov, ktoré sa pri liečbe závislosti uplatňujú. Najčastejšie využívané sú prístupy zamerané na zmenu chovania (behaviorálne a kognitívno-behaviorálne terapie) a prístupy zamerané na zmenu osobnosti a podporu ich dozrievania (integratívne prístupy, psychodynamické terapie) (Kalina a kol. 2008).

Liečba závislosti na alkohole prebieha formou ambulantnou alebo ústavnou, obsahuje terapeutické intervencie a liečebné programy. Ako uvádza Šavrnichová (2015) ambulantná liečba sa v praxi vykonáva najmä v špecializovaných centrách pre liečbu drogových závislostí (CPLDZ), v psychiatrických ambulanciách všeobecných nemocníc a v denných stacionároch. Táto liečba je vhodnejšia pre dostatočne motivovaných klientov s ľahším stupňom závislosti. Pokiaľ závislý človek nezvláda problémy a zásady liečby ambulantnej je potrebná liečba ústavná. Tá prebieha najčastejšie v psychiatrických oddeleniach všeobecných fakultných nemocníc a špecializovaných oddeleniach psychiatrických kliník a v CPLDZ. Odporúčaná dĺžka ústavnej liečby závislosti je tri mesiace. Na liečbu u nás nadväzujú resocializačné strediská. Obdobným ekvivalentným resocializačným strediskom sú v zahraničí terapeutické komunity. Sem prichádzajú väčšinou klienti s ťažkou závislosťou od alkoholu. Liečba závislosti je dlhodobým procesom. Po základnej liečbe by malo nasledovať doliečovanie, to je

dôležitá z hľadiska podpory liečebných výsledkov. Môže sa jednať o individuálne poradenstvo, skupinovú terapiu, sociálnu rehabilitáciu, klubovú činnosť a chránené bývanie. Medzi faktory uzdravovania, priaznivé výsledky liečby pokladá Kalina a kol. (2008) zníženie užívania psychoaktívnej látky, zlepšenie psychického stavu (najmä znížená depresívna a úzkostná symptomatika a zvýšená sebaúcta), zvýšenú sociálnu integrovanosť (rodina, partnerstvo, bývanie, zamestnanosť) a zníženie kriminality. Pri liečbe vhodné sústreďovať sa na ovplyvňovanie takých systémov, ktoré sú podstatné a dosiahnuteľné, napr. sieť vzťahov alebo životný štýl (Nešpora, in: Matoušek 2013).

V programoch liečby alkoholovej závislosti a doliečovania pracuje celá rada odborníkov - lekárov, psychológov, terapeutov, pedagógov a v neposlednom rade sociálnych pracovníkov. Podľa Vavrinčíkovej (2010) môžeme v širšom ponímaní služby v drogovej oblasti deliť na kontinuu prevencia – liečba – resocializácia. V užšom zmysle sa sociálna práca vykonáva ako špecializovaná odborná činnosť, realizovaná profesionálmi vo forme zdravotných služieb, sociálnych služieb a opatrení sociálno-právnej ochrany a sociálnej kurately. Sociálni pracovníci odborne pracujú s populáciou v norme, realizujú aktivity primárnej prevencie ale môžu ako špecialisti poskytovať kvalifikované služby v oblasti práce s rizikovou populáciou, ako aj služby na znižovanie škôd spojené s užívaním drog. Medzi metódy, ktoré majú nezastupiteľnú úlohu pri práci s užívateľmi drog patrí poradenstvo, motivačný tréning, krízová intervencia a sociálna kuratela. (Rusnáková, Šrobárová 2015). Nakoľko u nás stále prevláda medicínske chápanie závislosti sú sociálni pracovníci v týchto zariadeniach zastúpený len málo. Sociálna práca je viac prijímaná na poli primárnej a terciárnej prevencie.

Záver

Sociálna práca má dôležité zastúpenie v celom procese liečby závislosti od alkoholu. V súčasnosti sa najviac angažuje pri pomoci závislým klientom opäť sa zapojiť do bežného života. Málo využitý potenciál sociálnej práce vidíme najmä v oblasti sociálneho poradenstva (základné, odborné a špecializované) a výkonu psychoterapeutických techník (po absolvovaní adekvátneho vzdelávania) v prospech ľudí závislých od alkoholu a ich rodinných príslušníkov.

Zoznam bibliografických odkazov

- BŮTORA, M., 1989. *Mne sa to nemôže stať, sociologické kapitoly z alkoholizmu*. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0076-9.
- KALINA, K. a kol., 2003. *Drogy a drogové Závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-06.
- KALINA, K. a kol., 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KALINA, K., 2015. In: *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4331-8.
- KOLIBÁŠ, E., TURČEK, M., 2015. *Príspevok k 50. výročiu časopisu Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*. [online]. [cit. 2017-25-11]. Dostupné z: http://www.adzpo.sk/images/conference/9.AT_Bojnice_2015_18.pdf.
- KUNDA, S. a kol., 1988. *Klinika alkoholizmu*. Martin: Osveta. ISBN 70-020-88.
- KUNDA S., 1998. Alkoholizmus a drogové závislosti. In: *Protialkoholický obzor*. Roč. 33 (č. 1), 45-48 s. ISSN 0862-0350.
- KOLIBÁŠ, E., NOVOTNÝ, V., 2007. *Alkohol – drogy – závislosti : Psychické poruchy spojené s užívaním návykových látok*. Bratislava: UK. ISBN 978-80-223-2315-4.
- MOROVICOVÁ, E., 2016. Význam protialkoholických liečební v boji proti alkoholizmu v prvej Československej republike. In: *Česká a Slovenská Psychiatrie*, Roč. 112 (č. 6) 287–

297 s., ISSN 1212-0383. [online]. [cit. 2017-25-11]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_6_287_297.pdf.

NEŠPORA, K., 2013. Lidé závislí na alkoholu. In: *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 380 – 381 s., ISBN 978-80-262-0366-7.

NOCIAR, A., 1991. *Alkohol a osobnost*. Bratislava: Veda. ISBN 80-7167-044-8.

RUSNÁKOVÁ, M., ŠROBÁROVÁ, S., 2015. *Sociálna patológia v zameraní na sociálnopatologické javy*. Ružomberok: VERBUM. ISBN 978-80561-0291.

ŠAVRNOCHOVÁ, M., 2015. *Závislosť od alkoholu v kontexte rodinného systému*, Banská Bystrica: UMB - Belianum, ISBN 978-80-557-0833-1.

VAVRINČÍKOVÁ, L. a kol., 2010. Sociálna práca s užívateľmi drog In: *Profesné kompetencie sociálnych pracovníkov v kontexte intencionálnych a inštitucionálnych reflexií*. Banská Bystrica: PF UMB. 50-58 s. ISBN 978-80-557-0112-7.

www.fnspfdr.sk [online]. [cit. 2017-25-11]. Dostupné na: <https://www.fnspfdr.sk/index.php/fnsp-fdr-bb-3/643-pacienti-s-nelatkovymi-zavislostami-najdu-pomoc-aj-v-banskej-bystrici>.

[http.pnpp.sk](http://pnpp.sk) [online]. [cit. 2017-25-11]. Dostupné na: http://www.pnpp.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=92.

www.olup-prednahora.sk [online]. [cit. 2017-25-11]. Dostupné na: <http://www.olup-prednahora.sk/index.php?caid=1>.

cpldz.sk [online]. [cit. 2017-25-11]. Dostupné na: <http://cpldz.sk/o-nas/>.

Kontakt na autorky

doc. PhDr. Markéta Rusnáková PhD., Katolícka univerzita v Ružomberku, Katedra sociálnej práce, Pedagogická fakulta, Hrabovská cesta 1, 034 01 Ružomberok, e-mail: marketa.rusnakova@ku.sk

Mgr. Michaela Janáková, Katolícka univerzita v Ružomberku, Katedra sociálnej práce, Pedagogická fakulta, Hrabovská cesta 1, 034 01 Ružomberok, e-mail: m.janakova9@gmail.com

Asystent rodziny a wypalenie zawodowe

Family Assistant and Professional Burnout

Sylvia Drozd (PL)

Streszczenie

W artykule podejmuję zagadnienie wypalenia zawodowego asystentów rodziny. Przeprowadziłam badania na grupie 57 asystentów rodziny z terenu województwa podkarpackiego. Głównym celem badania była analiza wypalenia zawodowego i jego kontekstu psychospołecznego i osobowościowego wśród asystentów rodziny. Zebrano podstawowe informacje na temat badanych oraz problemów, z którymi spotykają się w pracy. Zastosowano narzędzia: Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach - Maslach Burnout Inventory (MBI). Wyniki badań wskazały, że asystenci rodziny są grupą, która jest zagrożona wypaleniem zawodowym.

Słowa kluczowe

Asystent rodziny. Wypalenie zawodowe. Rodzina dysfunkcyjna.

Abstract

This article describes the issue of professional burnout of family assistants. I have carried out research including a group of 57 family assistants from the Podkarpackie Province. The main objective of the study was to analyze burnout and its psychosocial and personality context among family assistants and the relationship between individual, interpersonal and organizational factors and the occurrence of burnout. Basic information was collected on the subjects and problems they meet at work. The following tools were used: the Maslach Burnout Inventory (MBI) The research results indicated that family assistants are a group that is at risk of burnout.

Keywords

Family assistant. Burnout. Dysfunctional family.

Samo określenie „wypalenie się” (burnout), choć metaforyczne, oddaje trafnie istotę doświadczanego przez jednostkę wyczerpania sił na skutek silnie stresujących warunków pracy. Zostało ono wprowadzone do języka nauki we wczesnych latach siedemdziesiątych w Ameryce – równolegle i niezależnie od siebie – przez psychiatrę Herberta Freudenbergera i psychologa społecznego Christinę Maslach.

Pierwsza definicja wypalenia sformułowana przez Maslach, bazująca na danych z wywiadu, uwzględniała tylko dwa wymiary: emocjonalne wyczerpanie i depersonalizację. Wyodrębnienie trzeciego czynnika, równie istotnego jak poprzednie, zostało dokonane na podstawie danych z badań kwestionariuszowych, prowadzonych wspólnie z Jackson, którymi objęto kilkuset pracowników socjalnych, służby zdrowia i szkolnictwa. Wnikliwe analizy statystyczne danych empirycznych wskazywały na obecność trzeciego, niezależnego wymiaru wypalenia, łączącego się z brakiem satysfakcji zawodowej (Maslach, Jackson 1981). Wyodrębnienie trzech wymiarów wypalenia zostało uwzględnione w przyjętej przez Maslach w latach osiemdziesiątych (1982a, s. 3) definicji wskazującej, że „wypalenie jest syndromem emocjonalnego wyczerpania, depersonalizacji i braku satysfakcji zawodowej, które może wystąpić u osób wykonujących zawody oparte na kontaktach z innymi ludźmi”. Maslach podkreśla, że wypalenie jest następstwem doświadczanego przez jednostkę stresu, które włącza się w kontekst relacji społecznych i nie pozostaje bez wpływu na sposób widzenia siebie i innych.

Jedną z najważniejszych form aktywności człowieka jest praca, która odgrywa dużą rolę w życiu każdego z nas i tworzy podstawę życia społecznego. Daje nam ona możliwość

uczenia się nowych umiejętności, stwarza warunki do nawiązywania przyjaźni, a także daje poczucie bezpieczeństwa. Praca to przede wszystkim źródło utrzymania siebie i rodziny. Niestety dla wielu ludzi praca to także źródło stresu. Aktualnie praca staje się wartością deficytową, a niepewność zatrudnienia powoduje niepokój, pracownik stara się wykonywać swe obowiązki jak najlepiej, czasem poświęcając się bez reszty pracy zarobkowej. Łączenie wielu różnych ról życiowych oraz obowiązków nieustającego podnoszenia swoich kwalifikacji sprawiają, że ludzie coraz częściej mogą odczuwać przytłoczenie, spadek energii, motywacji oraz ogólne wyczerpanie. W obecnych czasach zjawisko wypalenia zawodowego dotyka niemal wszystkie grupy zawodowe, znamienne jest jednak to, że na syndrom ten narażone są osoby mające stosunkowo krótki staż pracy. W tym czasie bowiem początkowo wyidealizowany obraz pracy, zderza się z rzeczywistością, która jednak często znacznie różni się od wcześniej szych oczekiwań i wyobrażeń.

Asystent rodziny jest nowym i kolejnym zawodem powołanym do pracy z rodziną w obszarze wsparcia rodziny. Stanowisko asystenta rodziny wprowadziła Ustawa o Wspieraniu Rodziny i Systemie Pieczy Zastępczej z dnia 9 czerwca 2011 roku. Na mocy tej ustawy wprowadzono na poziomie samorządu gminnego obowiązek zapewnienia wsparcia rodzinom mającym trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych. Głównym zadaniem asystenta jest wspieranie rodziców w prawidłowym wypełnianiu przez nich funkcji opiekuńczo-wychowawczej oraz kształtowanie umiejętności członków rodziny w zakresie znajdowania rozwiązań trudności życiowych. Z tymi rodzinami zazwyczaj pracowały już w obrębie tych problemów inne służby społeczne (pracownik socjalny, pedagog szkolny, terapeuta rodzinny, kurator, policjant dzielnicowy, pracownicy placówek opiekuńczo-wychowawczych i in.). Projektowanie działań asystenta rodziny tworzone było w Polsce od lat 90-tych XX wieku, kiedy stowarzyszenia i ośrodki pomocy społecznej zaczęły realizować pierwsze projekty pogłębionej pracy socjalno-wychowawczej z elementami terapii w środowisku zamieszkania rodziny i wykonującego tę pracę pracownika zaczęto nazywać asystentem rodziny. Na początku określono, że asystent ma pracować w środowisku przebywania rodziny, udzielać zindywidualizowanego wsparcia jej członkom, wyjść ze schematu urzędniczego na rzecz towarzyszącego i partnerskiego. Wskazywano na słabości pracy socjalnej z rodziną takie jak arbitralność, interwencjonizm, klientelizm, dystrybucję jedynie środków materialnych, ograniczony dostęp do poradnictwa i placówek opieki nad dziećmi i wsparcia rodziny, ubogą infrastrukturę kulturalno-rekreacyjną (Trawkowska 2008). Nowe rozwiązania kładą szczególny nacisk na działania profilaktyczne w środowisku zamieszkania, pomagające rodzinie w prawidłowym funkcjonowaniu i wychowaniu dzieci. Profilaktyka rozumiana jest tu jako eliminowanie zagrożeń odebrania dziecka z rodziny biologicznej i umieszczenia w rodzinnej lub instytucjonalnej pieczy zastępczej. Przeciwdziałanie niekorzystnym sytuacjom prowadzącym do dezorganizacji rodzin ma dokonywać się przez wczesne reagowanie i zapobieganie pogłębianiu się sytuacji kryzysowych.

Termin „asystent” został wprowadzony od słowa „asysta”, które jest określeniem na osobę towarzyszącą komuś, współobecną, pomagającą, będącą w pogotowiu. Asystentura to kompleksowe działanie polegające na towarzyszeniu z zachowaniem profesjonalnych relacji (Dunajska 2011). Towarzyszenie to opiera się na indywidualnym podejściu do sytuacji osoby wspieranej w czasie, jakiego ona potrzebuje, aby dokonać zmian w swoim życiu, na nowo odzyskać wiarę we własne siły i włączyć się aktywnie w życie społeczne (Jacków 2008). Istotą towarzyszenia, które jest odmienne od innych metod w poradnictwie rodzinnym czy zawodowym, jest zapewnienie indywidualności przez poszukiwanie rozwiązań dostosowanych do potrzeb konkretnej osoby oraz uczestniczenie w ich wdrażaniu w środowisku życia klienta. Podstawą tej metody jest współdziałanie, tzw. „wspólne wędrowanie” asystenta i osoby wspieranej, oparte na wymianie myśli i budowaniu

wzajemnego zaufania (Słowik 2008). Zaufanie to przekonanie, że można na kims polegać, budowane poprzez okazywanie zainteresowania, inwestowanie w zrozumienie, mówienie prawdy, im trudniejszej, tym z większą życzliwością i troską. Osoba czy rodzina mierząca się problemami, czasem zraniona i żyjąca na marginesie życia społecznego nie jest w stanie przyjąć pomocy bez nawiązania relacji, w której poczuje się bezpiecznie. Każda osoba, która będzie próbowała się do niej zbliżyć lub ingerować w jej życie, nie budując zaufania będzie postrzegana jako kolejne zagrożenie i traktowana wrogo i nieufnie (Karasowska, Szulirz 2015). Praca metodą asystowania ma za zadanie dać wsparcie psychiczne, oparcie osobowe. Ma nieść przekonanie, że w kryzysie, w jakim znalazła się ta osoba, nie pozostaje sama, ale jest ktoś kto pomoże poszukać zasobów w nim samym i otoczeniu niezbędnych do pokonania trudności, zademonstruje jak przechodzić przez zawły labirynt różnego rodzaju procedur, instytucji czy nowych sposobów reagowania na codzienne sytuacje, pomoże odbudować więzi społeczne oraz pokaże jak korzystać z dóbr kultury. Spotkanie z drugim człowiekiem – asystentem, daje możliwość podzielenia się swoimi doświadczeniami życiowymi, wyrażenia swoich problemów, niepokojów, sprawdzenia realności pomysłów na zmiany we własnym życiu. Współpraca to działanie osób, których łączy wspólny cel, choć każda z nich może mieć inne kompetencje i zadania. Człowiek zaproszony do współpracy (zamiast do wykonywania poleceń specjalistów, których sensu nie rozumie) rokuje, że przy odpowiednim wsparciu zacznie dążyć do konstruktywnych zmian (Karasowska, Szulirz 2008).

Głównym założeniem koncepcji wprowadzenia tego nowego stanowiska było podjęcie działań pomocowych rodzinom, w taki sposób, aby dzieci zagrożone odebraniem lub znajdujące się już w pieczy zastępczej mogły pozostać lub wrócić do swoich rodzin biologicznych. Początkowo ustawa określała, że jeden asystent może mieć pod opieką maksymalnie 20 rodzin. Liczbę tę jednak ograniczono do 15 na mocy ustawy z dnia 25 lipca 2014 o zmianie Ustawy o Wspieraniu Rodziny i Systemie Pieczy Zastępczej. Ograniczenie to związane było z ogromem obowiązków, które zobligowany jest wypełnić asystent. Do jego zadań należą m.in.: skonstruowanie planu pracy z rodziną i pomoc w jego realizacji. Każdy plan powinien zawierać termin realizacji oraz określać spodziewane efekty. Ponadto do obowiązków asystenta należy szczegółowa analiza i diagnoza rodzin, z którymi pracuje, rozpoznanie i ustalenie ich potrzeb, określenie zasobów. Jego rolą jest motywowanie poszczególnych członków rodziny do realizowania wspólnie ustalonych działań oraz wspierać ich, gdy członkowie tracą zapał i wiarę w możliwość poprawy. Również mają za zadanie stwarzać warunki do rozwoju, motywować do uczestnictwa w różnych formach wsparcia, wskazywać nowe możliwości (Łangowska 2010). Do jego zadań należy też podejmowanie działań interwencyjnych i zaradczych w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa w rodzinie, monitorowanie jej funkcjonowania, a w razie konieczności sporządzanie na wniosek sądów ewentualnych opinii o rodzinie. Z drugiej strony asystent musi dbać o własny warsztat pracy, regularnie podwyższać swoje kwalifikacje. W każdej chwili powinien kierować się w pracy dobrem swych beneficjentów, a jego nadrzędnym celem jest utrzymanie ciągłości i trwałości rodziny.

Asystent rodziny we współczesnej praktyce pracuje zazwyczaj z rodziną z wieloma problemami, nie tylko trudnościami wychowawczymi. Czasem, niektóre przypadki mają tak wiele problemów i zagadnień do pracy, że nawet wytrawnego pracownika ogarnia poczucie zagubienia. Wiele rodzin, z którymi przyszło pracować asystentowi rodziny może posiadać jeden lub więcej następujących problemów: ubóstwo, długotrwałe bezrobocie, częste zmiany pracy lub/i miejsca zamieszkania albo zagrożenie bezdomnością, długotrwała choroba fizyczna lub psychiczna, niepełnosprawność, konflikty małżeńskie, problemy szkolne dzieci, zachowania przestępcze, trwanie w konflikcie międzypokoleniowym, uzależnienie od narkotyków i alkoholu, przemoc, wykorzystanie seksualne dzieci itd. Rodzinie takiej próbuje naraz pomóc wiele służb społecznych: pracownicy szkoły, kurator sądowy, terapeuci rodzinni

i od uzależnień, pracownicy socjalni. Natychmiastowa reakcja służb społecznych bywa przytłaczająca dla rodziny, zamiast być skoordynowaną pomocą, dzieli obecne problemy i sposoby ich traktowania.

Powyższe rozważania wskazują na niejednoznaczność i wielowymiarowość roli asystenta. Zróżnicowanie w obrębie funkcji, które pełnić może prowadzi zarówno do jego dezorientacji, jak i współpracujących z nim rodzin. Z jednej strony ma on za zadanie wspierać rodzinę, być jej powiernikiem i sprzymierzeńcem, z drugiej jednak powinien monitorować, weryfikować postępy i wyciągać ewentualne konsekwencje. Musi łączyć więc w swojej funkcji profilaktykę i interwencję, co jest zadaniem niezwykle trudnym i budzącym dylemat niejasności roli. Te wszystkie cechy wiążą się z podwyższonym ryzykiem pojawienia się wypalenia zawodowego w tej grupie zawodowej.

Niniejszy artykuł powstał na podstawie wyników badań własnych przeprowadzonych w sierpniu 2017r. podczas spotkania asystentów rodziny z województwa podkarpackiego. W badaniu wzięło udział 57 asystentów, w tym 2 mężczyzn i 55 kobiet. Badani byli w wieku od 22 do 55 lat; średni wiek wynosił 35 lat. Dwie osoby posiadały wykształcenie średnie pozostałe wyższe, w tym 53 osoby posiadały tytuł magistra. Badani różnili się między sobą stażem pracy na stanowisku asystenta rodziny – najkrótszy wynosił 2 miesiące, najdłuższy prawie 5 lat. Należy zaznaczyć, że maksymalny okres liczony był jako czas od momentu wprowadzenia stanowiska asystenta rodziny Ustawą o Wspieraniu Rodziny i Systemie Pieczy Zastępczej z dnia 9 czerwca 2011 roku do momentu przeprowadzenia badania. Średni staż pracy na stanowisku asystenta w badanej grupie wyniósł 28 miesięcy. Pomiaru wypalenia zawodowego dokonałam przy użyciu Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego Maslach - Maslach Burnout Inventory (MBI). Do pomiaru wypalenia zawodowego w badaniu użyto polską adaptację kwestionariusza autorstwa T. Pasikowskiego, który pozwala określić trzy elementy zespołu wypalenia zawodowego: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację oraz obniżone poczucie dokonań osobistych (satysfakcję zawodową). Pod względem własności psychometrycznych jest to najczęściej używane i bardzo wartościowe narzędzie służące badaniu wypalenia zawodowego. Łącznie kwestionariusz składa się z 22 pozycji podzielonych na trzy nierówne grupy, z których każda dotyczy jednego z elementów zespołu wypalenia. Według autorów, Maslach Burnout Inventory może być używane wśród grup zawodowych, których praca polega na specyficznych kontaktach z ludźmi.

Wyczerpanie emocjonalne. 45 osób w grupie respondentów (79%) przez swoją pracę czuje się emocjonalnie wyczerpanych. 41 osób ma wrażenie że zbyt ciężko pracuje, tyle samo osób odpowiedziało, że na koniec dnia czuje się zużyty. Jednak na pytanie czy przez pracę czuje się wypalony-twierdząco odpowiedziało tylko 9 respondentów(niespełna 16%). 12 osób przez pracę czuje się sfrustrowanym.

Depersonalizacja. Żaden z badanych nie ma wrażenia, że traktuje klientów przedmiotowo. Tylko 4 badanych obawia się że praca, czyni ich mniej współczującymi. Żaden z respondentów nie odpowiedział twierdząco na pytanie czy stali się obojętni wobec ludzi odkąd wykonują tę pracę.

Obniżone poczucie dokonań osobistych. 80% badanych czuje się ożywiony, kiedy pracuje z klientami (46 os).Co druga osoba ma wrażenie, że jego praca pozytywnie wpływa na życie (28 os). Z łatwością przychodzi wytworzenie luźnej atmosfery w kontakcie z klientem 60% badanych. Tylko 10 respondentów uważa że osiąga wiele znaczących celów i tyle samo traktuje problemy emocjonalne bardzo spokojnie

Zakończenie

Asystenci są grupą zawodową, która jest szczególnie narażona na wypalenie zawodowe. Ponadto, badania wskazują na wysokie rozczarowanie tej grupy zawodowej. Poczucie rozczarowania bierze się z refleksji nad doświadczeniem, gdy wcześniejsze wyobrażenia i oczekiwania, zderzają się z twardą i niepodatną na zmiany rzeczywistością. Prawdopodobnie wynika to z podnoszonej już we wstępie teoretycznym niejasności roli, a także wykluczających się zadań asystenta rodziny. Wpływ na takie wyniki może mieć również specyfika grupy z jaką pracują asystenci rodziny. Bardzo często efekty ich intensywnej pracy bywają niewielkie i/lub także zauważalne po długim okresie czasu

Zoznam bibliografických odkazov

BURISCH M., 2000. W poszukiwaniu teorii - przemyslenia na temat natury i etiologii wypalenia [w]: Sęk H. (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, ISBN: 83-01-14317-7

KARASOWSKA A., SZULIRZ A., 2008. *Projekt jako metoda korygowania zaburzeń – cz.I*, Remedium, ISBN 83-7308-114-3.

KARASOWSKA A., SZULIRZ A., 2015. *Ocalić więzi. Praca socjoterapeutyczna z rodziną zagrożoną*, Wydawnictwo Remedium, Warszawa, ISBN: 978-83-64000-22-5

KRASIEJKO I. *Praca socjalna w praktyce asystenta rodziny* (Nr 6 w serii Profesjonalny Pracownik Socjalny). Przykład Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach, PPS, ISBN 978-83-7164-671-3

ŁANGOWSKA-MARCINOWSKA K., 2010. *Krótkie spojrzenie na pomoc społeczną i pracę socjalną dawniej i dziś*, (w:) Nowe wymiary i nowe perspektywy pracy socjalnej w kontekście Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, red. Z. Markiewicz, Opole 2010, s. 10-17.

MASLACH, C., 1998. *A multidimensional theory of burnout*. [W:] C. L. Cooper (red.), *Theories of organizational stress*, s. 68-85. New York: Oxford University Press, ISBN-10: 019829705X

MASLACH, C., JACKSON S., 1981a. Maslach burnout inventory research edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press. Maslach, C., Jackson, S., 1981b. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.

MASLACH, C., JACKSON S., 1982. *Burnout in health professions: A social psychological analysis*. [W:] G. Sanders, J. Suls (red.). *Social psychology of health and illness*, s. 227-251. Hillsdale, NY: Erlbaum.

SĘK H.: *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, ISBN: 9788301143176

Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 11 czerwca 2011 roku (Dz.U. 2017, poz. 697)

Kontakt na autorku

mgr Sylwia Drozd, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. Grodka w Sanoku, Zakład Pracy Socjalnej, 38-500 Sanok ul. Mickiewicza 21, Polska, e-mail: sylwiadrozd@interia.eu, tel. +48 781 176 475

Kvalita života ľudí s duševným ochorením

Quality of Life of Persons with Mental Illness

Erika Rosiarová (SK), Tatiana Žiaková (SK)

Abstrakt

Práca sa zaoberá kvalitou života osôb s duševným ochorením, špecificky osôb s bipolárnou afektívnou poruchou. Rozpracováva problematiku ľudí s bipolárnou afektívnou poruchou, poukazuje na aktuálne problémy a na potrebu ich riešenia v kontexte zvýšenia kvality ich života. Práca je rozpracovaná v dvoch častiach, teoretickej a praktickej. Teoretická časť pozostáva z troch kapitol. V prvej kapitole sa práca venuje kvalite života a jej vývoju v súvislosti s vývojom spoločnosti. Druhá kapitola definuje jednu z duševných porúch, bipolárnu afektívnu poruchu a spôsoby jej prežívania. Tretia kapitola prináša pohľad na sociálnu prácu s ľuďmi s duševným ochorením. Cieľom empirickej časti bolo zistiť kvalitu života cieľovej skupiny ľudí s bipolárnou afektívnou poruchou a pokúsiť sa navrhnúť špecifické postupy sociálnej práce s touto skupinou.

Kľúčové slová

Bipolárna afektívna porucha. Kvalita života. Sociálne služby.

Abstract

The thesis deals with the quality of life of persons with mental illness, specifically those with bipolar affective disorder. The thesis elaborates the issue of people with bipolar disorder, highlights the current problems and the need for their solution in the context of the improvement of the quality of their lives. The thesis is elaborated in two parts, theoretical and practical. The theoretical part consists of three chapters. The first chapter deals with the quality of life and its development in relation to the development of society. The second chapter defines one of the mental disorders, bipolar affective disorder and the ways of its survival. The third chapter provides insight into the social work with people with mental illness. The goal of the empirical part was to identify the quality of life of the target group of people with bipolar affective disorder and to attempt to design specific procedures for social work with this group.

Keywords

Bipolar affective disorder. Quality of Life. Social Work.

Úvod

Kvalita života je v súčasnosti často používaný pojem, tak v laickom ako aj profesionálnom, sociálnom, psychologickom, ekonomickom a politickom slovníku. Dôvody, ktoré nás viedli k výberu témy kvality života osôb s duševným ochorením sú predovšetkým ľudia. Ľudia, ktorým do života vstúpila duševná porucha, konkrétne bipolárna afektívna porucha, ktorá im prináša zmeny v prežívaní, správaní a s tým súvisiace problémy prejavujúce sa v rôznych oblastiach ich života. Sú medzi nami, stretávame ich dennodenne v bežnom živote, komunikujeme s nimi, spolupracujeme. Žijú život, ktorý im prináša množstvo zmien, striedajú sa obdobia mánie a depresie, na ktoré nie sú pripravení a svojím okolím sú nepochopení a odmietaní. Časté hospitalizácie im uberajú na sebavedomí, na chuti do života, izolujú sa od spoločnosti, cítia sa iní, nepotrební, vyčlenení. Stretávajú sa so stigmu a predsudkami, ktoré sú v nich samotných ako aj v postojoch okolia.

Kvalita života

Definície kvality života sú rôzne, závisia od každého autora a od jeho prístupu nazerania na kvalitu života v priebehu času a na základe parametrov, ktoré sú podľa autora

dôležité a kvalitu života významne ovplyvňujú. Kvalita života je vyjadrením subjektívneho hodnotenia ľudí, ktoré prebieha v istom kultúrnom, sociálnom a environmentálnom kontexte a nezhoduje sa ani nie je synonymom pojmov ako stav zdravia, životná spokojnosť, psychický stav, alebo pohoda. Koncept kvality života predpokladá akceptovanie toho, že sociálne a fyzické prostredie ovplyvňuje kvalitu života ľudí, ktorí v ňom žijú. (Heřmanová 2012)

Fyzické well-being podľa Shalocka et al. (2002) je súhrnom troch zložiek a to zdravia, aktivity denného života a voľného času. Zdravie označuje ako fungovanie, kde zahŕňa celkovú starostlivosť o zdravie, fitnes, kondíciu a zdatnosť. V rámci aktivít denného života popisuje zručnosti starostlivosti o seba, pri varení, nakupovaní, domácich prácach. Vo voľnom čase sa orientuje na relax, oddych, venovanie sa voľnočasovým aktivitám.

Medzi materiálne well-being podľa Shalocka et al. (2002) patrí finančná situácia, teda zabezpečenie finančných príjmov, zamestnanosť, pracovné prostredie a bývanie.

Sociálna inklúzia je Shalockom et al. (2002) popisovaná ako prepojenie sociálnej integrácie, plnenie úloh v spoločenstve a sociálnej opory. Sociálna inklúzia je chápaná ako scelenie, spojenie so spoločnosťou, zapájanie sa do diania spoločnosti formou dobrovoľníctva a dostupnosťou a využiteľnosťou služieb.

Interpersonálne vzťahy sú podľa Shalocka et al. (2002) výsledkom interakcie, funkčnosťou vzťahov v rodine, medzi priateľmi, kolegami a podporou vo vzťahoch. Podpora vo vzťahoch v zmysle emocionálnej, fyzickej a finančnej.

Osobnostný rozvoj podľa Shalocka et al. (2002) je v oblasti vzdelávania, rozvíjania osobných schopností a podávaného výkonu, ktorý reprezentuje úspech, produktivita a úspešnosť. Osobné schopnosti sú zamerané na pozornosť, pamäť, učenie, myslenie a reč.

Je na výskumníkov, aký typ výskumu si pri zisťovaní kvality života respondentov zvolí.

Kvantitatívny výskum má za cieľ overiť teóriu, hľadať zovšeobecnenie výsledkov. Najpoužívanjšie výskumné metódy dotazníky, škálovanie, štruktúrované interview, štruktúrované pozorovanie a experiment. Pri tomto type výskumu sa jednotlivec stráca. (Gavora 2006)

Kvalitatívny výskum sa uskutočňuje v prirodzenom prostredí a je zameraný na jednotlivca s holistickým prístupom. Pri kvalitatívnom výskume ide o zámerný výber malých skupín prípadne jednotlivcov. Používajú sa metódy neštruktúrovaného pozorovania, neštruktúrovaného interview, analýzy ľudských produktov, pričom skupina alebo jednotlivec je v popredí. (Gavora 2006)

Bipolárna afektívna porucha

Medzi najzávažnejšie duševné poruchu radíme bipolárnu afektívnu poruchu. Zvyčajne sa zvykne objaviť v pubertálnom, adolescentnom alebo skorom dospelom veku. Medzi epizódami mánie a depresie, bývajú často remisie alebo je priebeh chronický. Táto duševná porucha má výrazný dopad na kvalitu života človeka, na jeho pracovné, rodinné a sociálne fungovanie. (Mořovský et al. 2013)

Bipolárna afektívna porucha je charakterizovaná striedaním manických a depresívnych epizód, pri ktorých je hlboko narušená nálada a úroveň činnosti. Medzi fázou mánie, prejavujúcou sa zvýšenou energiou a aktivitou a fázou depresie, spočívajúcej v skleslej nálade a nedostatkom energie býva obdobie remisie, pokoja bez prejavov ochorenia. (Mahrová et al. 2008)

Bdenie, ktoré je podporované neustálou aktivitou udržiava stav manickej excitácie, ktorý má negatívne následky na zdravotnú, rodinnú, citovú, sociálnu a profesijnú oblasť. Hyperaktivita sprevádza manickú fázu, ľudia necítia únavu, nemajú potrebu spánku, majú prílev energie, nutkanie niečo robiť, nevydržia pri jednej aktivite, potrebujú ju neustále meniť a púšťajú sa do realizovania rôznych nápadov. Správanie je bez zábran, v tejto fáze ľudia

ľahko nadväzujú plytké vzťahy s množstvom sexuálnych kontaktov, sú veľmi spoločenský, extrovertní. Nemajú zábrany púšťať sa do nezmyselných a nadsadených projektov v práci, ktoré neskôr končia bankrotom. Výrazné je prehnané nakupovanie a míňanie peňazí, napriek tomu, že to čo kupujú vôbec nepotrebujú, v prípade nedostatku peňazí sú pripravení ihneď si zobrať pôžičku, úver, čím sa dostávajú do finančnej zadĺženosti. Pre krádeže, podvody a urážky, agresívne správanie a násilie v domácnosti majú problém so zákonom. (Mahrová et al. 2008)

Depresia je manifestovaná smutnou náladou, neschopnosťou radosť sa. Je to stav, kedy trpí človek a jeho aktivita. Stráca záujem o činnosti a schopnosť koncentrovať sa je oslabená, človek cíti únavu aj po minimálnej alebo žiadnej námahe. Sebahodnotenie a sebadôvera sú znížené, človek má tendenciu k sebaobviňovaniu a pocity bezcennosti. Podľa množstva a závažnosti príznakov sa depresívna epizóda hodnotí ako ľahká, stredná a ťažká. Depresia je stav sprevádzaný zvieraním na hrudi, bolesťou svalov, kĺbov, pocitom ťažkých končatín. (Mahrová et al. 2003)

V dôsledku meniaceho sa charakteru a priebehu ochorenia sa u ľudí s duševným ochorením menia ich pôvodné názory na život a očakávania do budúcnosti. Mladí dospelí, ktorí majú skúsenosti s fázou mánie alebo depresie, či už raz alebo niekoľkokrát, stojí otázka ich budúcnosti. Majú svoje potreby, pranie dokončiť štúdium, osamostatniť sa, nájsť si prácu, životného partnera, založiť si rodinu. U ľudí s touto poruchou emotivity je dôležitá tak zdravotná starostlivosť, ktorá je im poskytovaná ako aj poskytnutie sociálnych služieb, pri riešení sociálnej insuficiencie. (Weeghel 2009, in: Pěč, Probstová 2009)

Sociálna práca s ľuďmi s Bipolárnou afektívnou poruchou

Na Slovensku je sociálna služba a jej poskytovanie vymedzené zákonom č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. Sociálna služba podľa tohto zákona je „*odborná činnosť, obslužná činnosť alebo ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností*“ ktoré sú zamerané na prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie a riešenie tejto situácie. Nepriaznivou sociálnou situáciou je ohrozenie sociálnym vylúčením, alebo ohrozenie sa spoločensky začleniť a samostatne riešiť svoju nepriaznivú situáciu. (Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách). V pôsobnosti Košického samosprávneho kraja sú vedení neverejní poskytovatelia, ktorí v rámci rehabilitačného strediska pre dospelých ľudí s duševnou poruchou a poruchami správania poskytujú sociálne služby a zariadenia podporovaného bývania pre ľudí s telesným, duševným a zmyslovým postihnutím. (Košický samosprávny kraj 2017)

Zákon vymedzuje účastnícke právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, kde na jednej strane je poskytovateľ sociálnej služby a na druhej, je prijímateľ sociálnej služby. Je to však predovšetkým človek, na ktorého by sme nemali pozeráť len ako na diagnózu, alebo ako na problém. Je to človek, ktorý má špecifické potreby a odlišný spôsob ich napĺňania. Čím väčší počet nenaplnených potrieb ľudia s duševnými poruchami majú, tým viac pociťujú nižšiu kvalitu života (Pěč, Probstová 2009). Pociť porozumenia a rešpektu poskytuje útechu a nádej, lepšie sa v situácii a zmätku zorientovať (Jedlička et al. 2015).

Kroon (2003, in: Pěč, Probstová 2009, s. 17) nenaplnené potreby rozdeľuje do štyroch skupín:

- pomoc naučiť sa zvládať duševný hendikep a jeho dôsledky,
- pomoc pri osobnom úsilí zotaviť sa, usporiadať si veci z minulosti a nájsť životné plány do budúcnosti,
- opora pri budovaní vzťahov, intímnych aj sexuálnych, potreba akceptácie a integrácie,
- sprevádzanie pri nachádzaní a udržiavaní si práce, školy alebo iného denného programu.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách vymedzuje sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia alebo nepriaznivého zdravotného stavu. Na základe zdravotného posudku a sociálneho posudku sa vyhotovuje posudok odkázanosti na sociálnu službu. Súčasťou posudku je určenie stupňa odkázanosti,

zoznam úkonov sebaobsluhy a starostlivosti o domácnosť a základných sociálnych aktivít, v ktorých je fyzická osoba odkázaná na pomoc. Sú vyjadrené rozsahom hodín poskytovanej sociálnej služby. V posudku je navrhnutý druh sociálnej služby s prihliadnutím na potreby fyzickej osoby. (Medlen 2016)

Sociálnou rehabilitáciou sa rozumie odborná činnosť na podporu samostatnosti, nezávislosti, sebaistočnosti, rozvoj a nácvik zručností, aktivizovanie schopností a posilňovanie návykov pri sebaobsluhe a starostlivosti o domácnosť s využitím prirodzených zdrojov v rodine a komunite. Sociálne poradenstvo je odborná činnosť zameraná na pomoc fyzickej osobe v nepriaznivej sociálnej situácii, ktoré sa poskytuje na úrovni základného sociálneho poradenstva, ktoré je súčasťou každej sociálnej služby. Ide o posúdenie povahy problému, poskytnutie základných informácií o možnostiach riešenia a podľa potreby aj odporúčanie alebo sprostredkovanie ďalšej odbornej pomoci. Špecializované sociálne poradenstvo je zamerané na zistenie príčin vzniku, charakteru a rozsahu problémov a poskytnutie konkrétnej odbornej pomoci. (Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách)

V pôsobnosti košického samosprávneho kraja sú vedení neverejní poskytovatelia, ktorí v rámci rehabilitačného strediska pre dospelých ľudí s duševnou poruchou a poruchami správania poskytujú sociálne služby. (web.vucke.sk)

- Dosos n.o. Sobrance,
- Facilitas n.o. Košice,
- Integra o.z. Michalovce,
- Združenie príbuzných a priateľov Radosť o. z. Košice

V pôsobnosti košického samosprávneho kraja sú vedení poskytovatelia, ktorí poskytujú zariadenie podporovaného bývania pre ľudí s telesným, duševným a zmyslovým postihnutím. (web.vucke.sk)

- Idea Gelnica,
- Harmonia Strážske,
- Idea Prakovce,
- Barborka n. o. Rožňava,
- Integra o. z. Michalovce,
- Lux n. o. Košice,
- Resocia n. o. Sobrance,
- Social Trans n. o. Spišské Vlachy,
- Spišská katolícka charita - Dom Charitas sv. Damiána Spišské Vlachy.

Výskumné zistenia

Na základe teoretického vymedzenia bipolárnej afektívnej poruchy a kvality života sme sa rozhodli tieto skutočnosti overiť aj empiricky. **Cieľom výskumu bolo zistiť** kvalitu života ľudí s bipolárnou afektívnou poruchou v Košiciach. **Čiastkovým cieľom bolo zistiť, akú rolu zohráva sociálna rehabilitácia v zariadení poskytujúcom sociálne služby ľuďom s BAP.** Výskum bol realizovaný v čase od decembra 2016 do marca 2017 u troch respondentov s bipolárnou afektívnou poruchou v zariadení Facilitas n.o. Košice. Na získanie výskumnej vzorky sme využili zámerný a cielený výber. Výskumnú vzorku tvorili traja respondenti zo zariadenia Facilitas. Dvaja muži vo veku 29 a 30 rokov a jedna žena vo veku 32 rokov s diagnózou bipolárna afektívna porucha.

Zvolili sme si kazuistický prístup kvalitatívneho pohľadu, ktorého výhodou je zachytenie komplexu informácií od jednotlivcov v prirodzenom prostredí v priestoroch zariadenia, ktoré navštevujú. Postupovali sme formou neštruktúrovaného rozhovoru, následne spracovaného podľa Hučíka, Hučíkovej (2009) do kazuistík, s dôrazom na osobnú, rodinnú, zdravotnú, školskú, profesijnú a sociálnu anamnézu a sociálny problém. Na základe obsahovej analýzy

sme komparovali spoločné a diferentné znaky podľa vybraných komponentov kvality života: fyzické well-being, materiálne well-being, interpersonálne vzťahy, osobnostný rozvoj a sociálna inklúzia podľa Shalocka (2007). Na základe spracovaných kazuistík stanovili niekoľko predpokladov:

Ľuďom s BAP ochorenie mení vnímanie svojho zdravia

V jednotlivých prípadoch sa nám potvrdilo, že bipolárna afektívna porucha a jej prejavy v jednotlivých fázach ovplyvňujú vnímanie zdravia a u ľudí s BAP. Vo fáze mánie pociťujú prílev energie, životaschopnosť, nič ich vtedy nezastaví, venujú sa svojim aktivitám, nepociťujú potrebu spánku, oddychu. Majú zvýšenú chuť do jedla, priberajú na váhe aj niekoľko desiatok kíl. Vo fáze depresie sú bez energie, pasívni, nemajú potrebu nič robiť, niečomu sa venovať. Nemajú chuť do jedla, čo spôsobuje úbytok na váhe, cítia sa slabí, stuhnutí, neschopní pohybu. Sú úzkostní, bezmocní, majú suicidálne sklony, čo končí hospitalizáciou a následnou sociálnou rehabilitáciou.

Ľudia s BAP majú problém nájsť a udržať si zamestnanie

Napriek vyučeniu sa v odbore, alebo získaniu vysokoškolského vzdelania nenašli pracovné uplatnenie v bežnom pracovnom zaradení. Príčinou sú problémy v interpersonálnych vzťahoch, komunikácii, rozhodovaní, orientácii, zodpovednosti, ktoré vyplývajú z BAP. Pre zníženú schopnosť pracovnej spôsobilosti nad 70% – 80% sú ľudia s BAP na invalidnom dôchodku, u ktorých ešte možnosťou zamestnania je miesto na chránenej dielni s podporou asistenta, čo sa potvrdilo vo všetkých troch prípadoch.

Ľudia s BAP majú obmedzené sociálne siete, mimo zariadenia, ktoré navštevujú.

Ľudia s BAP sú úzko spätí s rodinnými príslušníkmi a naviazaní na sociálne kontakty vytvorené v rámci komunity v zariadení, ktoré navštevujú. Sociálne kontakty mimo zariadenia nemajú, alebo sú veľmi obmedzené.

Ľuďom s BAP sú najväčšou oporou ich rodičia

Ľudia s BAP z výskumného súboru vnímajú rodičov ako osoby, na ktorých sa môžu spoľahnúť v čase svojich najväčších problémov aj keď ich o to priamo nepožiadajú. Pretože v mánii majú toľko energie, že to nepovažujú za potrebné a v depresii na požiadanie o pomoc nemajú silu. V mánii sa im rodičia snažia zabrániť aktivitám s nežiadúcim dopadom na ich zdravie a financie. V depresii im pomáhajú zvládať stav počas hospitalizácie a po jej ukončení. Sú tými, na ktorých sa môžu so všetkým obrátiť.

Ľudia s BAP majú potrebu osamostatnenia sa.

V jednotlivých prípadoch sa potvrdilo, že ľudia s BAP majú potrebu osamostatnenia sa. Majú, alebo si hľadajú partnerov a chcú sa osamostatniť, mať vlastné bývanie. No práve prílišná emočná naviazanosť na rodičov a rodičov na nich im bráni naplňať túto potrebu.

Rehabilitačné stredisko poskytuje informačnú a sociálnu oporu ľuďom s BAP, ktorí ho navštevujú.

Ľudia s BAP vo výskumnom súbore navštevujú rehabilitačné stredisko za účelom sociálnej rehabilitácie. Cítia sa v zariadení bezpečne, majú denný režim, štruktúrovaný program, priestor na vytváranie sociálnych kontaktov v zariadení a medzi zariadeniami navzájom. Možnosť rozvíjať svoje zručnosti, upevňovať pracovné návyky a získavať informácie z oblasti zdravia a spoločenského života.

Za účelom zvyšovania kvality života ľudí s bipolárnou afektívnou poruchou navrhujeme na základe teoretických poznatkov a získaných empirických poznatkov z kazuistík nasledovné odporúčania pre prax.

Ako dôležité vidíme sprevádzanie, ktoré je podstatnou úlohou komplexného prístupu v sociálnej práci. Vyžaduje si zameranie sa na pozitíva, na ktorých sa u ľudí s BAP dá stavať. Ide o rozvíjanie sociálnych zručností a vytváranie pozitívnych vzťahov s ľuďmi, opora v zamestnaní, bezpečné štruktúrované prostredie, porozumenie okolia.

Spôsoby napĺňania potrieb u ľudí s BAP je potrebné realizovať v zariadeniach poskytujúcich sociálnu rehabilitáciu prostredníctvom účelného plánovania aktivít, nácviku relaxácie, nácviku komunikácie a sociálnych spôsobilostí, nácviku riešenia problémov, porozumením bipolárnej poruche a jej príznakom, vytvorením vyrovnanejšieho spôsobu myslenia.

Sociálna rehabilitácia a špecializované sociálne poradenstvo má rozvíjať u ľudí s BAP silné stránky a učiť sa ich využívať. Je dôležité podporovať, to čo môžu robiť sami a to je poznať, že niečo nie je v poriadku, rozpoznať varovné signály, príznaky. Nezostávať v tom sám, nájsť si kompetentnú osobu v zariadení, mať dostatok informácií, dodržiavať pravidlá, nevysadzovať lieky, využívať psychohygienu.

Rozšíriť sieť špecializovaných sociálnych poradcov, posilňovať faktory, ktoré pôsobia pozitívne a sú súčasťou poradenského procesu. Vytvoriť v Košiciach zariadenie podporovaného bývania pre ľudí s BAP, nakoľko vidíme, že je nedostatočná. Podporované bývanie spolu so sociálnymi službami zabezpečí postupné zvládanie osamostatnenia sa ľudí s BAP a zvládania nových návykov a vzorcov správania.

Vytvoriť podporné skupiny pre rodičov ľudí s BAP, ktoré by fungovali spôsobom face to face a online. Podporné skupiny facilitované odborníkom by poskytovali oporu jednak ľuďom s BAP, ale aj ich rodičom.

Záver

Teoretické vymedzenie a spracované kazuistiky nám poskytli reálny a užší pohľad na problematiku kvality života ľudí s duševným ochorením, konkrétne s bipolárnou afektívnou poruchou. Získali sme poznatky o tom, ako vnímajú ľudia s bipolárnou afektívnou poruchou kvalitu svojho života. Prínosom zistení je, že ľudia s BAP si vyžadujú špecifický prístup. Vo fáze mánie nevyhľadávajú pomoc, nakoľko sa cítia neohrození, vitálni, s množstvom energie, úžasných plánov, nereálnych výziev do budúcnosti. Ani vo fáze depresie nevyhľadávajú pomoc, nakoľko majú tak skleslú náladu, bez záujmov, bez plánov a zmyslu života, bez síl, cítia sa neschopní, bezmocní, pripisujú si vinu za všetko čo sa deje alebo sa môže stať, nevychádzajú medzi ľudí do spoločnosti, stráňajú sa všetkých, majú suicidálne sklony.

Význam sociálneho pracovníka a sociálnej práce vidíme v úzkej spolupráci nielen s ľuďmi s BAP ale aj s jeho rodinou, sociálnym okolím. Využívaním poskytovaných sociálnych služieb, sociálnej pomoci a opory nezbavia ľudí s BAP prejavov a problémov, ktoré im ich ochorenie prináša ale dokážu vytvoriť priaznivejšie prostredie, mobilizovať vnútorné aj vonkajšie zdroje a prispieť ku skvalitneniu ich života.

Zoznam bibliografických odkazov

GAVORA, P., 2006. *Sprievodca metodológiou kvalitatívneho výskumu*. Bratislava: Regent, ISBN 80-88904-46-3.

HARTL, P., H. HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál s. r. o. ISBN 807178303X.

HEŘMANOVÁ, E., 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, ISBN 978-80-7419-106-0.

- HUČÍK, J., A. HUČÍKOVÁ, 2009. *Kazuistika v sociálnej práci*, Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, ISBN 978-80-8927-66-5.
- MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ et al., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MOŤOVSKÝ, B. et al., 2013. Indikátory bipolarity u pacientov s bipolárnou afektívnu poruchou I, Bipolárnou afektívnu poruchou II a veľkou depresívnu poruchou. *Česká a slovenská psychiatrie*. [online]. **109**(6) 282-288 [cit. 2016-12-10]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2013_6_282_288.pdf
- PÉČ, O., V. PROBSTOVÁ, 2009. *Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, Praha: TRITON, ISBN 978-80-7387-253-3.
- SHALOCK, R. L. et al., 2002. *Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Person With Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts*. [online] [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: [http://www.aaidjournals.org/doi/abs/10.1352/00476765\(2002\)040%3C0457:CMAAQ%3E2.0.CO;2?code=aamr-site](http://www.aaidjournals.org/doi/abs/10.1352/00476765(2002)040%3C0457:CMAAQ%3E2.0.CO;2?code=aamr-site)
- SHALOCK, R. L., 2004. *The concept of quality of life: what we know and do not know*. [online]. Wiley Online Library: Journal of Intellectual Disability Research. **48**(3), 203-216 [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15025663>
- KOŠICKÝ SAMOSPRÁVNÝ KRAJ. *Rehabilitačné stredisko*. 2017. [online] [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: https://web.vucke.sk/files/socialne_veci/2017/rs-neverejny.pdf
- KOŠICKÝ SAMOSPRÁVNÝ KRAJ. *Zariadenie podporovaného bývania*. 2017. [online] [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: https://web.vucke.sk/files/socialne_veci/2017/zpb-neverejny.pdf

Kontakt na autorky

Bc. Erika Rosiarová, Facilitas n.o., Spišské námestie 4, Košice, e-mail: facilitas@post.sk
 Mgr. Tatiana Žiaková, PhD., Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Katedra sociálnej práce, Moyzesova 9, 040 59 Košice, e-mail: tana.ziakova@upjs.sk

Homofóbia a heteronormativita - príčiny a dôsledky *Homophobia and Heteronormativity - Causes and Consequences*

Ján Šimko (SR), Dušan Šlosár (SR)

Abstrakt

Homofóbia a heteronormativita zasahujú do života príslušníkov neheterosexuálnych menšín každodenne, pričom ich vlastnú podstatu a podobu si jednotliví aktéri nemusia priamo uvedomovať. V predložennom príspevku ozrejmujeme termíny súvisiace s danou problematikou, zameriavame sa na príčiny a dôsledky heteronormatívneho vnímania spoločnosti ako aj prejavom homofóbie.

Kľúčové slová

Homofóbia. Heteronormativita. Sociálna práca.

Abstract

While its participants are rarely aware of, the practice of homophobia and heteronormativity considerable affects the lives of people belonging to sexual minorities. It is the aim of this paper to clarify the terminology connected to the issue and to discuss the outcomes and the causes of the heteronormative perception of the society as well as the manifestations of homophobia.

Keywords

Homophobia. Heteronormativity. Social Work

Človek žije v neustálej interakcii s prostredím, ktoré ho prostredníctvom svojich platných zákonitostí a spoločensky prijatých a akceptovaných noriem vedome alebo nevedome formuje a ovplyvňuje. Takto upevňuje jeho postoje i presvedčenia. Niekedy si daný vplyv ani neuvedomujeme, alebo naopak snažíme sa proti týmto „danostiam“ bojovať.

V našom sociokultúrnom prostredí sme vo vnímaní sexuálnej odlišnosti akéhokoľvek druhu ovplyvnení viacerými faktormi, najmä však heterosexuálnou normativitou.

Heteronormativita - definovanie pojmu

Pre lepšie pochopenie dnešnej modernej spoločnosti je nevyhnutné si uvedomiť, že jej sexuálny poriadok je spoluvytváraný prevahou patriarchátu, esencializmu a heteronormativitou. V zmysle androcentrizmu (patriarchátu) spoločnosť, prípadne jednotlivci alebo skupiny, prisudzujú mužskosti alebo čomukoľvek s tým spojenému vyššiu hodnotu a význam. Ide o spoločenskú preferenciu maskulinitiny, ktorá stojí v centre záujmu, pričom ostatné prejavy sú akoby na periférii. Esencializmus v tomto kontexte spôsobuje, že sexualita, bez ohľadu na jej variant, prejavy, uskutočňovanie alebo prežívanie, nám príde ako niečo, čo je vrozené, prirodzené a dané. Teda prestávame vnímať ako sexualita bola, je a bude kultúrne prispôbená, ustanovená, negovaná, podliehajúca socializačným procesom alebo iným vplyvom. Heteronormativita je princíp, ktorý kultúrne ustanovuje heterosexuálnu ako dominantnú, privilegovanú, normálnu a normatívnu. (Sloboda 2016)

Samotný termín heteronormativita vznikol spojením slov heterosexuálna a norma, čím v zjednodušenej interpretácii tento pojem pomenúva to, čo je normálne a určujúce.

Pojem heteronormativita je relatívne mladý. V sociálnych vedách sa s ním stretávame od 90-tych rokov 20. storočia a slúžil k pomenovaniu normatívnej funkcie heterosexuality v každodennom živote. Okrem konceptu povinnej heterosexuality v sebe reflektuje súbor kultúrnych, právnych a inštitucionalizovaných praktík a prejavov, ktoré nás utvrdzujú v domnienke, že existujú iba dva rody, že rod automaticky odráža pohlavie a akceptovateľná a

prirodená je len sexuálna príťažlivosť medzi týmito dvoma „opačnými“ rodmi. (Richards, Barker 2015)

Predpoklad heterosexuality je štandardom pri definovaní žiadúceho sexuálneho správania a rozdiely medzi mužmi a ženami ako aj rodové roly sú prirodzenými a neodnímateľnými základmi v normálnych ľudských vzťahoch. Podľa niektorých sociálnych teoretikov sú tieto predpoklady zakorenené a neustále legitimizované v sociálnych a právnych inštitúciách, ktoré znevažujú, marginalizujú a diskriminujú príslušníkov neheterosexuálnych menšín, ktorí sa odklňajú od všeobecne akceptovanej normy. (Vandenbos 2007).

Hoci koncept heteronormativity upozorňuje a upriamuje našu pozornosť na normatívnosť heterosexuality, konformitu s väčšinou sexualitou, ktorá je zhodná s normatívne dominantnou heterosexuálnou paradigmou, v žiadnom prípade nie je tento termín chápaný v negatívnom svetle, ale neutrálnom a popisnom. (Ondrisová 2002)

V sociálnych vedách a jej jednotlivých konceptoch sa stretávame v rámci problematiky rodu a sexuálnej identity s množstvom definícií, ktoré na prvý dojem popisujú a vyjadrujú to isté. Napríklad pojem heterocentrizmus, heterosexizmus, či vyššie zadefinovaná heteronormativita sú práve takými termínmi. Sú odlišné, no navzájom prepojené.

Zjednodušenie možno za základ heterocentrizmu považovať predpoklad, že dievčatá, ktoré majú partnerov, nie partnerky sa v spoločnosti považujú za lepšie a zdravšie. To platí aj o príslušníkoch mužského pohlavia. Svetu sú lepšie prispôsobení tí muži, ktorí majú vzťah so ženami, nie mužmi. (Smitková a Kuruc 2012)

Heterosexizmus je systém, v ktorom sa domnievame, veríme a predpokladáme, že každý jedinec je heterosexuál. V tomto koncepte predpokladáme, že heterosexualita je nadriadená. Napríklad aj v tom, že rodiny opačných pohlaví sú prirodzene vo vzťahoch nadriadené rovnakopohlavným rodinám. (Fish 2012)

Zjednodušene možno heterocentrizmus označiť za ideológiu, heterosexizmus za systém, heteronormativitu za princíp a nakoniec homofóbiu za ich prejav a dôsledok.

Homofóbia

Pojem homofóbia zaviedol v roku 1972 George Weinberg, ktorým označil iracionálny strach, nenávisť a odsudzovanie homosexuálne orientovaných osôb. Od tých čias sa chápanie daného termínu podstatne rozšírilo a dnes sa aplikuje na zachytenie celého spektra negatívnych postojov, uvažovania, ale i skutkov vo vzťahu k neheterosexuálnym jedincom. Šírka prejavov homofóbie je rozmanitá a od jemnejších foriem môže prerásť až do násilia páchaného na príslušníkoch sexuálnych menšín. (Ondrisová 2002)

Iracionálny strach z homosexuálov, ktorý je spájaný s predsudkami a hnevom voči členom takejto sexuálnej menšiny vedie k diskriminácii v rôznych oblastiach života a niekedy môže jej extrémna podoba vyústiť až k vražde. (Vandenbos 2007)

Homofóbia je teda negatívnym osobným postojom nie na základe príslušnosti k niektorému pohlaviu, ale na základe sexuálnej orientácie. Možno ju tiež nazvať strachom z homosexuálov, prípadne je tento strach naviazaný na prípadný kontakt heterosexuála s homosexuálne orientovanými jedincami. Miera homofóbie je u mužov vyššia ako u žien. Heterosexuálni muži majú voči homosexuálom väčšie predsudky, nakoľko je homosexualita v ich ponímaní hrozbou pre normu (heteronormativitu) väčšinových vzťahov, v ktorých je uplatňovaná dominancia maskulinity pred feminitou. Najvyššiu mieru homofóbie možno zaznamenať u mužov v období adolescencie. Jedinci s vyššou mierou sebavedomia mávajú priaznivejšie postoje k homosexualite a na strane druhej, jedinci vykazujúci znaky hypermaskulinity majú extrémne negatívny postoj k takto sexuálne orientovanej menšine. (Helgeson 2012)

Spoločenský tlak na každého jednotlivca spôsobuje, že sa prispôbuje normám a požiadavkám svojho okolia. Práve takýto tlak môžu intenzívnejšie vnímať inak sexuálne

orientovaní ľudia. Ich snaha prispôbiť sa vedie k vynaloženiu väčšej miery úsilia len preto, aby sa stali rovnakými a nevyčnievali z radu. Konformita a preberanie nielen spôsobov správania, ktoré sú uprednostňované, či hodnotené pozitívne, môže viesť k presvedčeniu, že toto je to, čo aj oni vnútorne sami chcú.

Homofóbia sa ako taká prejavuje v štyroch rozdielnych, ale prepojených úrovniach:

- osobná - súvisí so systémom hodnôt jednotlivca, predsudkami a presvedčením;
- v medziľudských vzťahoch, keď predsudky a predpojatosť ovplyvňujú vzťahy medzi ľuďmi v aktívnej podobe;
- inštitucionálna, ktorá sa týka toho, ako vládne, náboženské, vzdelávacie a profesionálne organizácie diskriminujú členov spoločenstva na základe sexuálnej orientácie;
- kultúrna, ktorá sa prejavuje často v nepísaných pravidlách a normách správania, ktoré fungujú v spoločnosti spôsobom, ktorý ospravedlňuje právo na útlak (Smitková, Kuruc 2012).

V prípade homofóbie nie je možné obísť termín internalizovaná homofóbia, ktorá zahŕňa znútenie a stotožnenie sa so sociálnymi negatívnymi postojmi k homosexuálnej orientácii na jednej strane a rozpoznaným alebo aspoň uvedomujúcim si vlastným erotickým homosexuálnym zameraním. V období coming outu sa u jedinca s homosexuálnou orientáciou zvyšuje riziko spoločenskej diskriminácie a nárast psychopatologických javov. Človek sa v tomto prípade stáva nepriateľom samého seba. (Weiss 2010)

S internalizovanou homofóbiou súvisia mnohé škodlivé javy, ako strata sebaúcty, nenávisti voči vlastnej osobe, sociálnej izolácie, sebadeštrukcie, paradoxne sa vyskytuje aj agresia voči homosexuálom, depresia, úzkosť, či suicidálna. (Ondrisová 2002)

Prejavy a dôsledky heteronormativity a homofóbie

Otázky sexuálnych práv sa dotýkajú najmä verejného priestoru, pretože na verejnosti sú obmedzované aj erotické práva sexuálnych menších, ktoré sú automaticky priznávané heterosexuálnym párom. Jedná sa napríklad o vzájomné objímanie, bozky, pohladenie a ďalšie prejavy náklonnosti. Práve tieto prejavy sú vnímané zo strany heterosexuálnej väčšiny vnímané prinajmenšom ako problematické. (Fafejta 2016)

V prípade akýchkoľvek prejavov, ktoré by mohli v prostredí ovplyvnenom heteronormativitou naznačiť príslušnosť jedinca k homosexuálnej menšine a signalizovať tak jeho odlišnú sexuálnu orientáciu, dochádza často k vedomému potláčaniu vlastnej identity. Aj vzhľadom k tejto skutočnosti možno v našom kultúrnom prostredí označiť príslušníkov neheterosexuálnych menších za príslušníkov neviditeľnej menšiny.

V mnohých sociálnych inštitúciách platí tolerancia voči neheterosexualite jedine za predpokladu, že jedinec vybočujúci z heterosexuálnej normy nebude svoju sexualitu, orientáciu či identitu dávať príliš najavo. (Fafejta 2016)

Mužsko-ženské ponímanie vzťahov a princíp tejto komplementarity je v heteronormatívnej spoločnosti automaticky prenášaný na príslušníkov neheterosexuálnych skupín. Ponímanie mužskej homosexuality je silne ambivalentné. Na jednej strane sú gayovia popisovaní ako zženštilí na druhej strane sú im prisudzované známky hypersexuality. (Sloboda 2016)

Heteronormativitu v gay a lesbických vzťahoch je možné potvrdiť tým, že jeden z partnerov hrá mužskú rolu, nielen zvonajškom, ale aj tým, že je aktívny a druhý ženskú pasívnu rolu s väčšou atraktivitou. (Fafejta 2016) Takéto stereotypné vnímanie neheterosexuálnych párov prevláda dodnes, hoci tomu tak môže, ale nemusí byť. Binárny mužsko – ženský princíp tak hľadáme v každom párovom spolužití.

Prejavy heteronormativity a homofóbie sa odrážajú v mnohých oblastiach spoločnosti, či už v právnom poriadku, v oblasti zdravotnej starostlivosti, vzdelávacieho systému, v politickom priestore, v cirkevných inštitúciách a nemenej v masmédiách (Ondrisová 2002)

Podpora postojov posilňovaných neustálym tlakom na presadzovanie heteronormativity často vyúsťuje do homofóbnych prejavov s negatívnymi dôsledkami. Napríklad útoky mladých ľudí z domova sa dotýkajú v 30% až 40 % miere práve homosexuálne a bisexuálne orientovanej mládeže. V stredoškolskom prostredí sa obeťou slovných, či fyzických útokov stáva 60% gejev a 30% lesbičiek. Okolo 60% homosexuálnej a bisexuálnej mládeže má problémy s alkoholom a drogami a viac ako polovica z nich trpí stavmi úzkosti a depresiami. Americké oddelenie zdravotných a sociálnych služieb už v roku 1989 zistilo, že riziko samovrážd je u homosexuálnej mládeže dvoj až trojnásobné v pomere s heterosexuálnou väčšinou. Až 30% z týchto samovražedných pokusov je dokonaných. Ako ich príčina sa najčastejšie uvádza diskriminácia a stigmatizácia homosexuality (Bass, Kaufman 2003).

Homosexuálne orientovaní ľudia sú vystavení zvýšenému riziku psychického stresu v porovnaní s heterosexuálnou väčšinou a taktiež zvýšenému riziku depresí, úzkostí a užívania návykových látok. Nedostatok sociálnej opory v procese coming outu môže zvyšovať riziko samovražedného správania najmä medzi mladšími homosexuálne orientovanými jedincami. (Smith 2011)

V našej spoločnosti ešte stále pretrvávajú stereotypy a predsudky voči príslušníkom homosexuálnej menšiny. Výskum Inštitútu pre verejné otázky v rámci Centra excelentnosti SAV pre výskum a rozvoj občianskej participácie v máji 2008 poukázal na fakt, že až 34 % respondentov a respondentiek pociťuje sociálny dištanc voči gejským párom. Vnímanie lesbičských párov je o čosi otvorenejšie (Sekulová, Gyárfášová 2010)

Z celoeurópskeho *Prieskumu ohľadom lesbičiek, gejev, bisexuálnych a transrodových ľudí* z roku 2012 (FRA 2013), ktorého sa zúčastnilo 93 000 respondentov EÚ vyplýva, že viac ako polovica respondentov zo Slovenska (52%) vnímala diskrimináciu alebo obťažovanie v posledných 12 mesiacoch na základe sexuálnej orientácie. Až 86 % LGBT ľudí na Slovensku si spomína na negatívne komentáre alebo šikanovanie spolužiakov a spolužiačok pre ich sexuálnu orientáciu alebo rodovú identitu.

Prieskum Iniciatívy Inakosť z roku 2011 s 253 respondentmi preukázal v súvislosti s ich menšinovou identitou, jej uvedením a prezentáciou nasledujúce psychické problémy – smútok pociťovalo 49 %, strach 40 %, úzkosť 35 %, stres 28 % a psychickú poruchu (napr. depresiu) trpelo 22 %. (Smitková, Kuruc 2012)

Záver

K riešeniu nelichotivej situácie neheterosexuálnych jedincov, ktorá nikdy nebude ideálna, môžeme v sociálnej práci a iných pomáhajúcich profesiách pomôcť aplikovaním antidiskriminačných a antiopresívnych prístupov v praxi na rôznych úrovniach. (Šlosár 2017).

Jedným zo spôsobov ako môžeme zo svojej pozície bojovať za spravodlivejšiu spoločnosť je aj vzdelávanie profesionálov v jednotlivých odvetviach. Nevynímajúc sociálnych pracovníkov a oblasť problematiky neheterosexuálnych menšín. Veď aj v Medzinárodnom manifeste pre sociálnu prácu a sociálny rozvoj z roku 2012 sa Medzinárodná federácia sociálnych pracovníkov (IFSW), Medzinárodná asociácia škôl sociálnej práce (IASSW) a Medzinárodná rada pre sociálnu starostlivosť (ICSW), okrem iného zaväzujú k podpore úcty k rozmanitosti, k presadzovaniu a obhajobe vzdelávacích, či školských programov pripravujúcich sociálnych pracovníkov a pracovníkov v oblasti sociálneho rozvoja k etickým a informovaným intervenciám v súvislosti s genderovými rozdielmi, sexuálnou orientáciou a kultúrnou identitou (Dudová 2012).

Zaiste by bolo vhodné doplniť vzdelávacie a študijné programy pre študentov sociálnej práce o problematiku LGBT a vôbec o rodové štúdiá. V zahraničí sa sociálni pracovníci aktívne podieľajú na advokácii ľudských práv neheterosexuálnej menšiny, či už individuálne alebo prostredníctvom stavovských združení, katedier či fakúlt.

V oblasti sociálnej práce by bolo žiadúce participovať na projektoch, ktorých cieľom je odstránenie zaužívaných stereotypov a predsudkov vnímaných väčšinou populáciou voči homosexuálnej menšine a realizovať projekty, ktoré pomôžu neheterosexuálnym osobám v procese coming outu lepšie zvládať procesy sebaakceptácie. A zároveň sa v praxi snažiť o búranie stereotypného videnia problémov klienta v kontexte heteronormativity. Pretože niekedy sociálne a psychické problémy klientov môžu súvisieť práve s procesom sebaakceptácie vlastnej sexuálnej identity, či s problémom homofóbie okolia a diskriminácie.

Zoznam bibliografických odkazov

- BASS, E. a K. KAUFMAN, 2003. *Láska je láska. Knižka pre lesbickú, gejskú a bisexuálnu mládež a jej spojencov*. Bratislava: Aspekt. ISBN 80-85549-40-9.
- DUDOVÁ, H., 2012. *Global agenda – Světová výzva pro sociální práci a sociální rozvoj* / [online]. Praha: Sociální práce [cit. 2015-03-02]. Dostupné na internete: <http://www.socialniprace.cz/soubory/Svetova%20vyzva%20pro%20socialni%20praci%20a%20socialni%20rozvoj.pdf>
- EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, 2013. *EU LGBT survey: European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey; results at a glance*. Luxembourg: Publ. Office of the Europ. Union. ISBN 9789292391737.
- FAFEJTA, M., 2016. *Sexualita a sexuální identita: sociální povaha přirozenosti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1030-6.
- FISH, J., 2012. *Social work and lesbian, gay, bisexual and trans people. Making a difference*. Bristol: Policy press. ISBN 978-1-84742-803-5.
- HELGESON, V. S., 2012. *The psychology of gender*. Boston: Pearson. ISBN 978-0-205-05018-5.
- ONDRISOVÁ, S. et. al., 2002. *Neviditeľná menšina. Čo (ne)vieme o sexuálnej orientácii*. Bratislava: Nadácia Občan a demokracia. ISBN 80-968528-5-X.
- RICHARDS, C. a M. J. BARKER, 2015. *The Palgrave handbook of the psychology of sexuality and gender*. New York: Palgrave Macmillan. ISBN 9781137345882.
- SEKULOVÁ M. a O. GYÁRFÁŠOVÁ, 2010. *Diskriminácia a viacnásobná diskriminácia: pohľad verejnosti na diskrimináciu, rovnosť a rovné zaobchádzanie*. Bratislava: Inštitút pre verejné Otázky. ISBN 9788089345243.
- SLOBODA, Z., 2016. *Dospívání, rodičovství a (homo)sexualita*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-09-1.
- SMITH, O., 2012. *Lesbian, Gay & Bisexual People: A Guide to Good Practice for Social Workers*. Dublin: Glen.
- SMITKOVÁ, H. a A. KURUC, 2012. *Homofóbia a heterosexizmus*. Bratislava: Inakosť.
- ŠLOSÁR, D. a kol., 2017. *Teórie sociálnej práce a vybrané klientske skupiny*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. ISBN 9788081525513.
- VANDENBOS, G. R., 2007. *APA dictionary of psychology*. Washington: American Psychological Association. ISBN 978-1-4338-1373-3.
- WEISS, P., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 9788024724928.

Kontakt na autorov

Mgr. Ján Šimko, Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, Moyzesova 9 040 59 Košice, e-mail: simko.jan@gmail.com
doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD, Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, Moyzesova 9 040 59 Košice, e-mail: dušan.slosar@upjs.sk

Postavenie umeleckých terapií v sociálnej práci *Place of Art Therapies in Social Work*

Monika Piliarová (SK)

Abstrakt

Ak je cieľom špecializovaného sociálneho poradenstva klientov viesť ich k zvýšenej empatii a ohľaduplnosti voči ostatným v ich priestore, tak arteterapeutické techniky ponúkajú bezpečný priestor konfrontovať sa s vlastnou citlivosťou ako i senzitivitou každého účastníka umeleckých aktivít. Ponúkajú alternatívu k verbálnym technikám, nahliadnutie k motivačným a osobnostným zložkám. Konfrontácia s našou vlastnou existenciou je prítomná neustále a formy jej uchopenia sú náplňou terapeutických smerov a nášho príklonu k ich využívaniu i v sociálnej oblasti, kde neustála konfrontácia seba a ostatných v sociálnom prostredí sa podieľa na výslednom správaní, prežívaní zúčastnených.

Kľúčové slová

Umelecké terapie. Arteterapia. Špecializované sociálne poradenstvo.

Abstract

If the aim of specialized social counselling is to lead them to increase empathy and respect for others in their area, artetherapeutical techniques offer a safe space to confront their own sensitivity of each participant in artistic activities. They offer an alternative to verbal techniques insight into motivational and personality components. The confrontation with our own existence is constantly present and the forms of its grasping are the basis of the therapeutic directions and our inclination towards their use also in the social field, where constant confrontation of ourselves and others in social field participate in the resulting behavior, feelings of participants.

Keywords

The art therapies. Art therapy. Specialized social counseling.

Úvod

Do umeleckých terapií spadajú štyri hlavné terapeutické odbory, kde sa jednotlivé terapie líšia svojimi prostriedkami. Ide o arteterapiu, muzikoterapiu, dramaterapiu a tanečno - pohybovú terapiu, prepojené s odborným smerovaním prístupu k liečbe jednotlivca a skupiny ako psychoanalytické smery, humanistické ako i kognitívno behaviorálne teórie. Spoločne sa teda označujú všeobecným názvom Art therapy - umelecké terapie. Stále častejšie sa arteterapia využíva spolu s inými kreatívnymi modalitami a je integrovaná do rôznych terapeutických smerov. Ak vnímame slovo a poslanie slova terapia ako starať sa, uzdravovať a slúžiť a spojením s umeleckou zložkou sa priblížime k uchopeniu oboru umeleckých terapií.

Pojem arteterapia vychádza zo spojenia dvoch starovekých antických pojmov: z latinského slova art, artis, čo znamená umenie a z gréckeho slova therapón, čo v pôvodnom zmysle slova predstavovalo služobníka, sprievodcu a ošetrovateľa bohov. V anglickom jazyku sa pojem art používa v súvislosti s výtvarným prejavom a v súčasnosti sa termín arteterapia užíva predovšetkým pre výtvarnú stránku expresivity (Slavík 2001).

Umelecká tvorba v skupinovom poradenstve

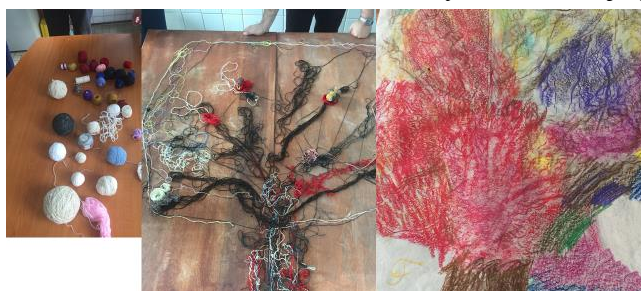
Vo výtvarnom produkte sa externalizujú pocity, situácie, problémy klientov. Tým, že je možnosť pozeráť sa na umelecký výtvor z odstupu a z nadhľadu, ako na niečo čo je vonku, mimo nás, dostávame sa do pozície pozorovateľa. Umelecký artefakt, ktorý vznikol, je konkrétny, preto sa k nemu dá vracať, nachádzať v ňom nové veci významné pre pochopenie klienta.

V priebehu skupinových stretnutí s využitím arteterapie je prínosom:

Uvoľnenie kreativity a fantázie – odhalenie výtvarného nadania, odblokovanie strachu a zábran z tvorby a zo slobodného vyjadrovania svojich emócií a pocitov, schopnosť porozumieť vlastným náladám a získať nad nimi kontrolu.



Relaxácia a uvoľnenie – samotná arteterapia je relaxačnou aktivitou a vhodným prostriedkom na uvoľnenie. Prestanú myslieť na svoje problémy a starosti, ktoré ich zatŕžujú.



Rozvoj výtvarných zručností – zoznámenie sa s rôznymi tvorivými technikami – od kresby s ceruzkou, s farebnými ceruzkami, s hlinou a s pastelom cez koláž, modelovanie s hlinou až po maľbu na plátne, skle, keramike a pod.



Rozvoj sebapoznania a sebareflexie – porozumenie tomu, čo prežívam, plnšie prežívanie a akceptácia svojich pocitov, spoznanie vlastných zdrojov, hodnôt a životných preferencií, prijatie a akceptácia samého seba, rozvoj sebadôvery.



Zlepšenie komunikačných zručností – schopnosť vyjadriť svoj názor, komunikovať s ostatnými svoje vnútorné pohnútky i nespracované zážitky a pocity, odvaha vyjadriť sa bez strachu z odsúdenia alebo výsmechu, získať schopnosť oceňovať dôležitých ľudí v ich živote, uvedomiť si ich význam pre svoj život, viac dávať ako brať.



Posilnenie kooperácie v skupine a sociability – prijatie a akceptácia tých druhých, schopnosť dôverovať iným a delegovať činnosti v skupine na jednotlivých členov, zmierniť pasivitu, alebo i „diktátorstvo“ v skupine, prekonanie svojich zábran v skupine, rozvoj sebadôvery v skupine, mať druhých rád, akceptovať druhých, ich výtvarný názor a osobnosť.

Zvýšenie motivácie prekonávať prekážky – vidieť kontinuitu jednotlivých „skúšok života“ a aj ich zmysel, dokázať začleniť negatívne skúsenosti do svojej osobnej skúsenosti a poučiť sa, byť pripravený adekvátne reagovať na nové úlohy a prekážky.

Orientácia na prítomnosť a budúcnosť – zvýšiť chuť plánovať si úlohy a svoj život, orientovať sa na prekonávanie prekážok a na zažívanie príjemných chvíľ „tu a teraz“, nevracať sa k minulosti, ktorú aj tak nemôžeme zmeniť, mať pozitívne očakávania do budúcnosti bez zbytočných strachov a obáv.



Zvýšenie a posilnenie sebadôvery – poznaním seba a svojich chýb i kladov rozvíjať pozitívny obraz o sebe, zvýšiť svoju sebadôveru prostredníctvom zážitkov z úspechu v umeleckej oblasti, získaním „vzhl'adu“ do svojho vnútra a zázračnej kreativity, byť pripravený na nové skúšky, ťažkosti a záťaž a riešiť ich tvorivo, mať tvorivý prístup k životu, veriť si a dôverovať sebe aj iným.

Vzbudenie záujmu o arteterapiu – cieľom aktivít je v neposlednom rade aj to, aby účastníkov arteterapia zaujala a aby sa jej prípadne aj ďalej venovali, aby sa v tejto oblasti ďalej vzdelávali a aby na nich zapôsobila, a teda aby si sami na sebe zažili jej pôsobenie, lebo iba tak môžu precítiť a pochopiť jej účinky.



Popis skupinových sedení s využitím arteterapie a ich priebeh

1. Časť úvodná – arte rozcvička – maľovacie a kresebné zahrievačky (Liebmann 2005), sú vhodnou a nenásilnou formou k rozhýbaniu sa predtým, než sa skupina pustí do hlavnej témy.
2. Samotná arte aktivita.
3. Expozícia tvorbou, skupinová reflexia, spätná väzba, uvoľnenie.

Dĺžka stretnutí je individuálna spravidla determinovaná zameranosťou terapeuta a zložením skupiny, sedenia trvali do 60 min.

Skupinový proces v čase má svoje obdobia, štádiá (Liebmann 2005), ktoré možno vnímať aj v programe s využitím arteterapeutických techník :

Začiatok – skupina sa stretla, oboznámenie sa s pravidlami, skupinovým priestorom, materiálmi, témami. Postavenie vedúceho skupiny je dominantnejšie.

Hľadanie pôdy pod nohami – skupina si zvyká na spôsob práce, komunikáciu o artefaktoch, vyjasňujú sa nedorozumenia. Skupina je otvorená, prichádzajú aj nové členky.

Skupinová kohézia. Prichádzajú s jasnou predstavou, čo môžu očakávať, na stretnutie sa tešia, buduje sa dôvera.

Členovia skupiny sú ochotnejší k odhaľovaniu vo svojich obrazoch a v diskusii. Dochádza k hlbšiemu vzájomnému zdieľaniu, otvárajú sa pálčivejšie témy.

Ukončenie. Priestor pre reflexiu a verbalizáciu sebapoznania a skupinové postrehy. Pozitívne povzbudenie do ďalších aktivít, priestor pre osobnostný rast.

Použité pomôcky, farby a ich potenciál

Čierny tuš – čierna farba – intenzívna, tekutá textúra, mnohé úkony bez maliarskych zručností, tešenie, fúkanie. Ohraničujú a vytvárajú kontúry.

Voskové farby – Gioconda – práca s nimi podporuje v klientovi stabilitu a istotu, vyžaduje prácu s väčším prítlakom a protitlakom, potrebujú energickú maľbu (Šicková – Fabrici 2016). Je možné nimi vytvárať veľké plochy, vhodné i pre ľudí, ktorí sú zvyknutí silne tlačiť na písací nástroj. Môžu pripomínať negatívne zážitky s výtvarnou výchovou z detstva (Liebmann 2005).

Farebné tužky – v dostatočnom farebnom prevedení – pri práci s nimi ju potrebný dostatočný prítlak, majú harmonizujúci efekt. Ťažšie sa s nimi dosahuje silný efekt a veľká plocha.



Suchý pastel – stredne náročná manipulácia, farbivá, je vhodné fixovať. Rôzne sa dajú hladiť, prelínať vo farebnosti, dosiahnu sa väčšie plochy.

Uhlík – je možné s nimi získať silné efekty a vytvárať kresby väčších plôch. Špinia, lepšie grafitové tužky – nelámu sa tak, nešpinia.



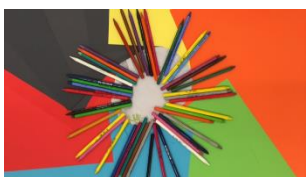
Farba indikuje emočný stav, poskytuje projekciu momentálny stav alebo tendenciu k určitému stavu, farebnosťou sa v tomto príspevku nezaobráame tak intenzívne ako formou a tvarom, aj keď tvorí podstatnú výpovednú hodnotu, viac v terapeuticky zameranom programe.

Dôležitá je príprava miestnosti, stimulácia pre aktivitu v zmysle už pripravených všetkých plánovaných pomôcok a potrieb.



Centrujeme pozornosť na biely podklad a často farebný alebo čierny kruh poskladaný z papiera, symbolizujúcim nás a náš svet. Kruh ako spojenie a štvorec ako miesto na skrytie ako i na oddych. Základný potenciál bielej a čiernej – absorbcia a odpudzovanie. Farbičky sú buď v strede alebo po stole, stále v dostatočnom množstve a farebnosti.

Základnými technikami sa javí fenomenologické pozorovanie procesu, čím to je pre mňa významné – ako jednotlivca i ako súčasť skupiny, dominantné javy v kresbe, preferované farby, prítlak, lineárny či plochý štýl, tvary kresieb, nejaký druh, témy kresieb, kompozícia, aký priestor využívam. Komentujeme čo vidíme a tak vedíme i zúčastnených. Ide len o základný postoj k vnímaniu – čo vidíme.



Jednotlivé aktivity prechádzajú fázou individuálnej práce, skupinovej práce a následne opäť k možnosti vnímania svojej hodnoty v skupine. Od seba do skupiny a späť k sebe.

Kroky kreatívneho myslenia sa odrážajú v každom sedení pri využití výtvarných techník. Možno ich vnímať v slede :

Preparácia – účastníci zbierajú nápady, nakladajú v sebe s pocitmi a myšlienkami, že nič nevedia, nedokážu. Terapeut láka, animuje pomocou cvičení, pohybom, dotváraním atmosféry, dostáva do procesu klienta.

Inkubácia v tejto fáze sa klienti vysporiadávajú s myšlienkami, že „nikdy“ nemôžu nájsť riešenie, materiál, že nie je dosť dobrý, že ich nápad nie je dobrý. Arteterapeut v tejto fáze je naďalej podporný, ponúka formát, komentuje materiál.

Illuminácia, v tejto etape je klient „osvietený“, vníma spontánny nápad a začne pracovať. Arteterapeut sleduje proces, slúži, donesie vodu, farby, nezasahuje do tvorivého procesu.

Verifikácia v tejto etape klient overuje svoj plán, dokončuje svoj nápad, spracuje všetko čo si pripravil, vie kam to vedie. Môže dôjsť k momentu tvorivej krízy, ale väčšinou je silná práca na vlastnom výtvore. Arteterapeutova podpora je v poskytovaní materiálu, v interakcii s detailom, komentovaním situácie.

Podpis vlastného diela - to je moje, za to som ja zodpovedný, a zároveň je koniec tvorivej aktivity.

Feedback, prezentácia tvorby nie je o čítaní „hrôz“, ale oslávením tvorby, vhodný je pozitívny feedback. Vnímate výtvarné krízy, ktoré sú súčasťou tvorenia.

Opis arteterapeutických techník

Arte technika – **Strom v prostredí**

Vyvinuté a upravené Tamarou Hazut, „Haifa metóda“ arteterapie, Izrael. Zakladateľka programu pre arteterapeutické cvičenia na Haifa Univerzite (Šicková, 2016). Kombinácia kresba, koláž, príbeh - technika pre terapeutickú intervenciu s jednotlivcami alebo skupinou založená na objektivej projekcii.

Stupne procesu a techniky :

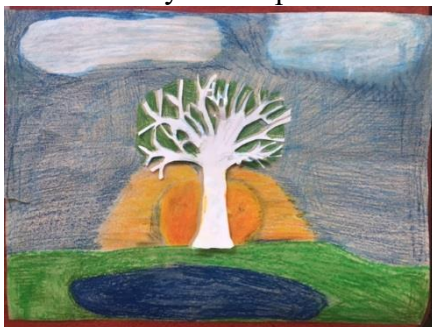
-Nakreslenie akéhokoľvek druhu stromu, bez oblohy a zeme, na pomerne malý list

Voliteľné nasledujúce
byť vybratý z kresby.
odstránení stromu.

Prvý strom môže byť
prítomnosti“,

Potom, klient môže  byť požiadaný, aby nakreslil na oddelené listy, pripravené dopredu, „strom minulosti“ a „strom budúcnosti“ v poradí akom chce klient.

Fenomenologické pozorovania vzťahov a prepojení medzi odlišnými kresbami môžu odhaliť zmysluplné informácie o klientovom živote a o osobnosti, a môžu pomôcť v stanovovaní cieľov pre poradenský proces.



stupne procesu: Strom môže
Prázdne miesto vytvorené po

hodnotenie procesu na

považovaný za „strom
reprezentujúci „tu a teraz“.

byť požiadaný, aby nakreslil



informácie o klientovom živote
pomôcť v stanovovaní cieľov

Slovo koláž je odvodené z francúzskeho „collage“ a znamená lepenie a glejenie. Priblížením a zlepením dvoch a viac rôznych výstrižkov dostávame výsledok, ktorý premieňa realitu. Čím sú výstrižky protikladnejšie, tým sa stáva artefakt „zvláštnejším“. Koláž je jedinečný výber z nekonečných možností. Koláž je nápaditá.

Prvým predpokladom výtvarnej koláže je výber výstrižkov a ich následné zlúčenie. Príroda je kreatívna, vynaliezavá, skúša najrôznejšie cesty a výsledkom je neuveriteľná druhová pestrosť. Výber sa uplatňuje v najrôznejších oblastiach nášho spoločenského a osobného života. Pokiaľ sa z tohto hľadiska zamyslíme nad našim myslením, dôjdeme k poznaniu, že naše myšlienky, názory a životné postoje sú výsledkom nekonečných jednotlivých vplyvov. Naš mozog je nevyčerpatelným zdrojom jednotlivých skúseností a vedomostí. Pokiaľ formulujeme myšlienku, skladáme ju, zlepujeme z rozličných pamäťových stôp. A tak sa stáva naša reč veľmi pestrá kolážou toho, čo život dal.



189

účinku. Preskupovanie výstrižkov, nové poskladanie, premenovanie pôvodnej matérie, toto všetko je „ veľkou hrou“, ktorú vykonáva arteterapeutický klient najskôr na papieri. Takmer vždy potrebuje podobné zásahy i vo svojom živote. Takto sa stáva tvorba koláže metaforou pre zmeny v živote. Aj tu je nutné všeličo preskupiť, odstrihnúť, odhodiť do koša. Rozhýbanie a pospájanie zdanlivo nemožného sa stáva tvorivým činom (Huptych 2014).

Záver

Stretnutie arteterapeuta s klientom je vsadené do situácie tvorby a vnímania výtvarného diela. Utvorenie arteterapeutickej hodnotného významu pri reflexii výtvarného prejavu je jedným z kľúčových momentov terapeutického procesu. Je to téma, podnet a výzva k jednaniu. Preto mu môžeme hovoriť terapeutický motív - tématický a performatívny celok, jadro pre arteterapeutické jednania a pre súčinnosť klienta s terapeutom. Terapeutický motív spája minulosť klienta, jeho individuálnu históriu, s jeho prítomnosťou a prostredníctvom arteterapeutickej situácie i s prítomnosťou terapeuta.



V uvedenom zmysle sa dá povedať, že arteterapeutická situácia ponúka šancu "vykonať skúsenosť" prostredníctvom návratov - návratov k minulosti sprostredkované výtvarným dielom klienta. Uvedeným spôsobom sa človek v arteterapii prostredníctvom svojho tvorcovského diela učí lepšie chápať svoju vlastnú skutočnosť - dozvedieť sa, aký je, spoznávať svoje Ja a učiť sa s ním, teda sám so sebou, uspokojivo zaobchádzať a "byť" (Slavík 2001).

Názor klientov na účinnosť skupinovej arteterapie v rámci špecializovaného sociálneho poradenstva:

- nesúťaživý pokoj v skupine,
- možnosť sa sústrediť na vlastné vnútorné obrazy a vyjadrovať ich prostredníctvom témy,
- podpora v hľadaní osobného výrazu, postoja, pocitov prostredníctvom variácie výtvarného materiálu vo vlastných obrazoch,
- odozva od iných klientov na umelecké výtvary,
- vnímanie iných umeleckých výtvorov k téme,
- pomoc pri chápaní a reflexii o vlastnom prežívaní, stvárnení a nastavení v porovnaní aj v kontraste s prežívaním, stvárnením a reakciami ostatných v skupine.

Spôsob využívania arteterapeutických techník v procese skupinového poradenstva je veľmi individuálny a viazaný na odborné smerovanie a teoretické poznatky toho, kto sa umeleckými terapiami zaoberá v svojej sociálnej praxi. Arteterapeutické sedenia a témy, možno vnímať i ako prostriedok sociálnej integrácie a komunikácie, ako prostriedok umožňujúci premenu hodnotových sfér životných potrieb u klientov, ktoré sú väčšinou rôzne vyvinuté, i ako spôsob učenia sa riešeniu problémov. V procese poradenstva sa javí významne zložka relaxačná, odpočinková a esteticko výchovná.

Použité kresby sú zverejnené bez mien autorov, s ich súhlasom pre účely prezentácie a publikácie.

Zoznam bibliografických odkazov

HUPTYCH, M., 2014. Stále na cestě. In: *ARTETERAPIE*. 35 ISSN 1214-4460.

LIEBMANN, M., 2005. *Skupinová arteterapia: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-864-3.

SLAVÍK, J., 2001. *Umění zážitku, zážitek umění*. Praha: Univerzita Karlova v Praze-Pedagogická fakulta. ISBN 80-7290-066-8

ŠICKOVÁ – FABRICI, J., 2016. *Základy arteterapie*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1043-6.

Kontakt na autorov

PhDr. Piliarová Monika, Denné centrum duševného zdravia
Facilitas n.o., Spišské námestie 4, Košice, e-mail:
facilitas@post.sk



fb facilitas
Ateliér Arteterapie



Hlinený dukát ako účinná forma sociálnej pomoci ľuďom bez domova *Allied Ducat as an Effective Form of Social Assistance to Homeless People*

Soňa Hlaváčová (SR), Martina Mačingová (SR), Alena Bašistová (SR)

Abstrakt

Ľudia bez domova sa dostávajú do rôznych životných situácií, kedy potrebujú pomoc nás ostatných. Pomoc je veľmi dôležitá, ale je potrebné ju poskytnúť tak, aby bola efektívna a neprehlbvala ešte viac ich závislosť a ich problémy. Príspevok sa zaoberá účinnou formou sociálnej pomoci ľuďom bez domova v Košiciach prostredníctvom hlineného dukáta ako platidla za sociálne služby v zariadeniach krízovej intervencie v pôsobnosti Arcidiecéznej charity v Košiciach.

Kľúčové slová

Charita. Hlinený dukát. Ľudia bez domova. Sociálna pomoc. Sociálne služby.

Abstract

Homeless people get into various situations and often need help from other people. Although the help is very important and necessary it is also very important to provide help in an appropriate way. It should be effective and should not deepen problems and addictions of homeless people. The article is about an effective way of a social help to homeless people in Košice through potery coin as payment for social services in crisis intervention facilities of Archdiocese Charity in Košice.

Keywords

Charity. Potery coin. Homeless people. Social help. Social services.

Úvod

S problémami ľudí bez domova sa stretávame v uliciach miest každý deň. Sú ľudia bez domova, ktorí majú záujem zmeniť svoju životnú situáciu a pomoc vyhľadajú, a sú takí, ktorí aj napriek ponúkanej pomoci zotrvávajú na ulici, pretože im život bezdomovca vyhovuje. Mnoho organizácií pomáha tejto marginalizovanej skupine obyvateľstva s cieľom pomôcť pri zabezpečení základných životných potrieb ako je ubytovanie, stravovanie, sociálne poradenstvo, ošatenie, hygienická očista až po samotné sprevádzanie. Pomoc chcú poskytnúť nielen odborní sociálni pracovníci v rámci neziskových organizácií tretieho sektoru prostredníctvom sociálnych služieb, ale aj samotní obyvatelia, ktorí sa s ľuďmi bez domova stretávajú. Otázkou je, kde je hranica pomoci a kde už ide o zneužívanie, respektíve prehľbovanie závislosti na pomoci iných. Ak má byť sociálna pomoc účinná, mala by smerovať k naštartovaniu zmeny života a mala by zamedziť prehľbovaniu problémov. Mnohokrát sa stáva, že pomáhame tým, ktorí to v skutočnosti nepotrebujú a domáhajú sa pomoci dotieravým až arogantným spôsobom za účelom získania finančnej hotovosti. Takáto situácia ľudí odrádza a ak stretnú bezdomovca, ktorý by tu pomoc ocenil a pomohla by mu prekonať ťažkú situáciu, veľakrát sa mu pomoci nedostane. Zlá skúsenosť, predsudky a falošný bezdomovec bránia v motivácii ľuďom pomáhať.

Vieme však, že okamžitá ponúknutá pomoc pre bezdomovca je veľmi dôležitá nielen pre jeho záchranu života, ale aj pre jeho ďalšie fungovanie v živote. Preto je potrebné sa naučiť ako pomôcť, ale neuškodiť. Ak sa človeku bez domova dostaví efektívna pomoc včas, dokáže dospieť k potrebnej zmene s možnosťou návratu do normálneho spôsobu života. Oceňujeme záujem ľudí pomôcť aj tým, že nás veľakrát upozorňujú na miesta, kde sa ľudia bez domova nachádzajú. Pýtajú sa ako im môžu pomôcť bez toho, aby im na ulici odovzdali peniaze, pretože majú obavy, že budú zneužití na iný účel a nie na napríklad nocľah, jedlo či

sprchu. A práve podnety občanov mesta Košice nás inšpirovali k tomu, aby sme hľadali účinnú formu sociálnej pomoci pre ľudí bez domova.

Arcidiecézna charita Košice vypracovala projekt „Hlinený dukát“, ktorý bol podporený nadáciou Slovenskej sporiteľne s cieľom zamedziť prehlbovaniu problémov ľudí bez domova a ponúknuť občanom mesta Košice, ale aj tým, ktorí do mesta prichádzajú, formu účinnej sociálnej pomoci prostredníctvom platidla „hlinený dukát.“

1 Poslanie charity a pomoc ľuďom bez domova

Cirkev už od pradávna pomáhala tým najchudobnejším a to realizuje prostredníctvom charít dodnes. Zakladala prvé útulky, sirotince a nemocnice pre chudobných. Stála pri vzniku prvých charitatívnych organizácií a prostredníctvom dobrovoľníckej a profesionálnej pomoci pomáhala ľuďom v núdzi. Vďaka podpore darcov sa usiluje čo najviac znižovať počet ľudí, ktorí sa nachádzajú v akejkoľvek núdzi (Barát 2015).

Arcidiecézna charita Košice (ďalej ADCH) pôsobí od roku 1992 v oblasti sociálnych, zdravotníckych, humanitárnych a vzdelávacích služieb. Najprv pôsobila ako organizačná zložka Slovenskej katolíckej charity bez právnej subjektivity. Po 1.1.1996 už ako samostatná organizačná jednotka s právnou subjektivitou založená diecéznym biskupom Košickej diecézy. Pomáha bez ohľadu na rasu, národnosť, politické zmýšľanie či vierovyznanie.

ADCH pomáha prostredníctvom svojich zariadení aj najzraniteľnejšej skupine obyvateľstva, a tou je skupina ľudí bez domova. Prostredníctvom aktívnej sociálnej práce pomáha v Charitnom dome sv. Alžbety a Nocľahárne Emauzy riešiť nepriaznivé životné situácie ľudí, ktorí sa ocitli na ulici v stave beznádeje a schopnosti zmobilizovať sily na prekonanie vlastnej krízy. Aj keď sociálna práca s ľuďmi, ktorí sa ocitli v zlej situácii, je behom na dlhé trate, ADCH sa prostredníctvom svojich odborných pracovníkov snaží využiť všetky možnosti a metódy práce na zmobilizovanie síl samotných klientov tak, aby boli schopní participovať na riešení vlastných problémov. Pri práci s ľuďmi bez domova využíva všetky formy sociálnej práce.

Problémy ľudí bez domova majú cyklický charakter a navzájom sa podmieňujú a je potrebné ich riešiť naraz. Pokiaľ sa riešia iba čiastočne, hrozí, že výsledok pomoci zo strany odborníkov aj snaženia človeka bez domova zanikne v kruhu nevyriešených situácií. Práca s ľuďmi bez domova je proces kontinuálny, vyžadujúcu komplexnú pomoc (Beňová et al. 2008).

1.1 Bezdomovectvo a mesto Košice

Problematika bezdomovectva sa dotýka aj druhého najväčšieho mesta v SR. Mesto Košice ako samostatný právny subjekt sa člení na 22 mestských častí. Nie všetky miestne úrady MČ musia dennodenne riešiť problém bezdomovectva, ale každá časť v prípade potreby participuje na riešení problémov. V rámci mestských častí sú vypracované rôzne dokumenty, ktoré obsahujú analýzu kľúčových oblastí, ktorým sa venujú. Stanovujú hlavné smery rozvoja, formulujú ciele, úlohy a aktivity mestskej časti a zároveň popisujú spôsoby jeho zabezpečenia. Z rôznych dokumentov mesta Košice vyplýva, že problematika marginalizovaných skupín akými sú aj ľudia bez domova, neostáva bez povšimnutia a bez možných riešení.

Predpokladom k tomu, aby bol aj problém bezdomovectva v Košiciach riešený, je vypracovanie dokumentu pomoci ľuďom v núdzi v meste ako aj účinná spolupráca mesta s inštitúciami, ktoré sa venujú bezdomovcom. Nástrojom na riadenie rozvoja mesta Košice je dokument na obdobie rokov 2015 – 2020 **Program rozvoja mesta Košice** (ďalej PRM), ktorého víziou do roku 2025 je, že Košice sú mesto, ktoré pomáha tým, ktorí to najviac potrebujú: seniorom, zdravotne postihnutým občanom, dlhodobo chorým, sociálne odkázaným jednotlivcom a rodinám v krízových situáciách. Je evidentné, že požiadavky

obyvateľov Košíc zasahujú aj sociálnu oblasť. Významná časť sociálnych problémov obyvateľov Košíc sa odvíja od konkrétnych životných situácií, typických alebo príznačných pre jednotlivé fázy životného cyklu, akým je dospievanie, založenie rodiny, narodenie dieťaťa, zabezpečenie štúdia dieťaťa, rozpad rodiny, strata žiteľa alebo člena rodiny, zdravotný stav členov rodiny alebo jeho výrazné zhoršenie ako aj od ich sociability, možností, či schopnosti integrovať sa do spoločnosti. Jedným z hlavných dlhodobých zámeroch je aj riešenie súčasných a predpokladaných problémov mesta, čiže aj riešenie bezdomovectva.

V rámci spolupráce ADCHs mestom Košice sme oslovili vedenie magistrátu mesta o súčinnosť na projekte „hlinený dukát“. Projekt bol prezentovaný v auguste tohto roku pred poslancami mestského zastupiteľstva a predstavitelia ADCH Košice vyzvali poslancov k spolupráci:

- pri podpore projektu „hlinený dukát“ užitočného pre mesto Košice,
- k propagácii cez informačné kanály košických mestských častí,
- k zvýšeniu dostupnosti dukátov pre občanov formou predajných miest v mestských častiach.

Myšlienka vytvorenia alternatívneho platidla za sociálne služby v zariadeniach krízovej intervencie pre ľudí bez domova ich zaujala a sľúbili osobnú podporu a pomoc. Po predstavení projektu „hlinený dukát“ sme osobne navštívili na základe pozvania starostov niektoré MČ, v ktorých problém bezdomovectva je potrebné riešiť. Do projektu sa zapojili okrem samotného magistrátu mesta Košice aj MČ Košice – Staré mesto, MČ Košice – Juh, MČ Košice – Západ, MČ Košice – KVP, MČ Košice – sídlisko Ťahanovce, MČ Košice – Dargovských hrdinov a MČ Košice – Nad Jazerom.

2 Sociálne služby za hlinený dukát

Ľudia, ktorí stratili svoj domov, zväčša potrebujú zázemie, aby sa mohli pokúsiť riešiť svoju nepriaznivú životnú situáciu. Zabezpečenie základných potrieb je úspešným predpokladom, aby mohli pracovať na opätovnom začlenení sa do spoločnosti. Ľudia prichádzajúci z ulice potrebujú miesto k odpočinku, jedlo, teplo, ošatenie, základnú lekársku starostlivosť a možnosť vykonávať osobnú hygienu. Človek vyčerpaný a zanedbaný nemá veľkú možnosť k úspešnému návratu k sebestačnosti. Veľakrát sa stane, že človek na ulici sa bojí požiadať o pomoc, lebo nemá na úhradu sociálnych služieb alebo nemá vedomosť, čo všetko mu môže byť v zariadeniach sociálnych služieb poskytnuté.

Sociálne služby v meste Košice sa ľuďom bez domova poskytujú v útulkoch a nocľahárňach, ktoré prevádzkujú tri neziskové organizácie: Arcidiecézna charita Košice, Oáza nádej a Útočisko. Arcidiecézna charita Košice na základe mailov, telefonátov a rozhovorov s ľuďmi, ktorí chcú ľuďom bez domova pomôcť, ale nechcú im dať finančnú hotovosť, sa posúvala k myšlienke vytvorenia efektívnej pomoci, ktorá by nebola zneužitá. Po zvážení všetkých možností, ktoré ADCH má, sme sa inšpirovali prácou sociálnych pracovníkov v Prešove, kde dávajú ľuďom v núdzi výmenné poukazy, za ktoré dostanú konkrétnu sociálnu službu. Z rôznych nápadov nám vzišiel hlinený dukát, nakoľko dukát je symbol bohatstva a hlina je symbolom chudoby. Sociálni pracovníci košickej charity chcú sprostredkovať pomoc ľuďom bez domova vytvorením účinného systému poukazov tzv. hlinených dukátov. Venovaním „hlineného dukátu“ vo forme poukazu na jedlo, hygienu, ošatenie, či nocľah, môže mať darca istotu, že jeho dar bude účinný.

2.1 Hlinený dukát ako podpora ľudí bez domova pred sociálnym vylúčením

Podporiť a ochrániť ľudí bez domova pred sociálnym vylúčením môžeme aj tak, že im zabezpečíme sociálne služby, ktoré môžu byť pre nich dostupné aj vďaka podpore obyvateľov mesta Košice prostredníctvom náhradného platidla hlineného dukátu. Uvedomujeme si, že chudobní bezdomovci nás v uliciach mesta vyrušujú a ľudia si kladú mnoho otázok. Pomôcť alebo nie? Má to význam? Je lepšie mu dať potraviny, z ktorých by sa najedol alebo peniaze, za ktoré si to môže kúpiť? Veľa otázok, ktoré často vedú k tomu, že radšej si nevšímame ako by som pomohol. Otázka bezdomovectva a chudoby je oveľa komplexnejšia, ako si snažíme nahovoriť. Systém, ktorý je dôležitý aj pri pomoci by mal fungovať aj v uliciach mesta Košice a to tak, aby sa nezneužil a pomoc by sa dostala tam, kde je to potrebné. A práve preto vznikol projekt „hlinený dukát.“

Cieľom projektu je zamedziť zneužívaniu poskytnutej pomoci bezdomovcami na prehlbovanie ich závislostí.

2.2 Hlinený dukát a jeho využitie v praxi

Hlinený dukát sa od októbra 2017 stal platidlom za sociálne služby v zariadeniach krízovej intervencie – útulky a nocľahárne, ktoré spravuje ADCH Košice. Hlinený dukát vyrábajú ženy v krízovom centre pre matky s deťmi prostredníctvom rozvoja pracovnej zručnosti, ktoré je súčasťou sociálnych služieb v útulku pre rodiny s deťmi. Hlinené dukáty sa vypaľujú v peci a označujú sa poradovým číslom. Hlinený dukát sa môže uplatniť v zariadeniach určených na pomoc ľuďom v nepriaznivej sociálnej situácii. Dôvod použitia je, že nemajú zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb alebo nemajú zabezpečené ubytovanie, alebo nemôžu doterajšie bývanie užívať. Za hlinený dukát sa im môže poskytnúť základná hygienická očista, desiatová polievka, šatstvo a ubytovanie formou denného a nočného pobytu. Dukáty budú mať hodnotu poskytnutia sociálnych služieb to nasledovne:



1 hlinený dukát = jedlo

1 hlinený dukát = sprcha + ošatenie

1 hlinený dukát = nocľah

Hodnota 1 dukátu bude 0,50 centov.

V spolupráci s mestom Košice a cirkvami ponúkneme verejnosti možnosť zakúpenia dukátov na vopred určených distribučných miestach. Darcovia budú môcť poukazy venovať ľuďom bez domova namiesto finančnej hotovosti. Bezdomovci si následne môžu uplatniť poukaz v Charitnom dome sv. Alžbety, Bosákova a Nocľahárni Emauzy, Fialková 3-5, Košice.

Už dnes sa rozdali hlinené dukáty okrem Magistrátu mesta Košice niektorým mestským častiam. Každá mestská časť dostala prvých 50 ks. Okrem štátnych inštitúcií je možné si dukáty zakúpiť v kostoloch, v centre sociálneho poradenstva na Bočnej 2, Košice a zároveň budú k dispozícii aj počas predvianočného času v stánkoch v centre mesta Košice.

Význam „hlineného dukátu“ ako poskytnutia tejto nefinančnej pomoci spočíva aj

- v **zamedzí** zneužívaniu finančných darov na prehlbovanie závislostí bezdomovcov,

- v **motivácii** verejnosti k väčšej dobročinnosti,
- vo **vytvorení** možnosti zmysluplnej činnosti pri príprave stravy a výrobe dukátov pre klientov Charitného domu sv. Alžbety a útulku pre matky s deťmi.

Záver

Ľudia bez domova sa často dostávajú do rôznych životných situácií, v ktorých si bez pomoci nás ostatných nevedia poradiť. Aj keď bezdomovci evokujú v mnohých pocit, že za situáciu, v ktorej sa ocitli si môžu sami, nie je to vždy tak. Neuvedomujeme si, že môže ísť o ľudí, ktorí stratili záujem o pomoc, pretože im bola niekoľkokrát odmietnutá alebo sa v zlej situácii ocitli v dôsledku zlyhania vlastnej rodiny. Nech je to už akokoľvek, nemali by sme mať voči tejto marginalizovanej skupine predsudky, pretože nikdy nevieme, kedy sa v podobnej situácii môžeme ocitnúť my sami. A práve preto by sme mali predsudky odstrániť a snažiť sa im efektívne pomôcť. Je potrebné dôjsť k cieľu – k chápaniu problémov chudoby, k odstraňovaniu neefektívnej pomoci a k praktickým skutkom každodenného života. Hlinený dukát môže zmeniť celý systém sociálnej pomoci v uliciach mesta Košice a tak odstrániť zneužívanie a prehľbovanie problémov bezdomovcov. Dôležité je, že sa ľudia bez domova naučia prijať ponúkanú pomoc a to tak, aby viedla k osuhu každého jedného, ktorý sa ocitol v núdzi. Projekt hlinený dukát zvýši efektívnosť poskytovaných sociálnych služieb v Košiciach. Na záver však môžeme skonštatovať, že „človeku v núdzi sa dá vždy pomôcť, ale on tu pomoc musí chcieť, pretože tu platí pravidlo, dá sa pomôcť iba tomu, kto sa tomu nebráni.“

Zoznam bibliografických odkazov

BARÁT, J., 2010. *Chudobní a charita vo svetle sociálneho učenia cirkvi*. [online] [cit. 23. 9. 2017]. Dostupné z: <http://www.fsr.gov.sk/ews3/files/1270/barat.pdf>

BEŇOVÁ, N., E. MYDLÍKOVÁ, M. HORŇANSKÝ a Š. KÖVÉROVÁ, 2008. *Projekt Krištof*. Bratislava: o.z. Proti prúdu. ISBN 978-80-969860-2-6.

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

MESTO KOŠICE. 2015. *Program rozvoja mesta Košice 2015-2020 (2025)*. [on-line] [cit. 23. 11. 2017]. Dostupné na http://www.kosice.sk/static/prilohy/prm/PRM_Kosice_2015.pdf

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

Kontakt na autorky

PhDr. Soňa Hlaváčová, Arcidiecézna charita Košice, Bočná 2, 040 01 Košice, Charitný dom sv. Alžbety, Bosákova 1, Košice – vedúca zariadenia, e-mail: sona.hlavacova@charita-ke.sk, 0904 738 551

Mgr. Ing. Martina Mačingová, Charitný dom sv. Alžbety, Bosákova 1, Košice
 doc. PhDr. Alena Bašistová, PhD., Katedra sociálnej práce, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Moyzesova 9, 040 59 Košice

Recenzie

Recenzia

Názov: Vademecum sociálnej práce. Terminologický slovník

Autor: Beáta Balogová - Eva Žiaková (eds.)

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Filozofická fakulta

Miesto vydania: Košice

Rok vydania: 2017

Počet strán: 360

ISBN: 978-80-8152-483-7

Recenzent: Mgr. Monika Bačová

Pracovisko recenzenta: Katedra sociálnej práce Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach

Pozornosť sociálnej práce sa v súčasnosti sústreďuje na rozvoj sociálnej práce tak v jej teoretickej, akademickej, ako aj v empiricko-aplikačnej rovine. Vznik encyklopédií a slovníkov bol a je vždy odrazom rozpracovanosti daného odboru, sú reprezentantmi aktuálnej úrovne teoretického a vedeckého uvažovania. Terminologický slovník z toho dôvodu nie je iba reakciou na nedostatok odbornej literatúry, ale je tiež dôkazom rastúceho významu vedného odboru a prejavom fundovanosti jeho vedeckej základne.

Editorky publikácie *Vademecum sociálnej práce*, prof. PhDr. Beáta Balogová, PhD., a prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc., spolu s početným autorským tímom prekračujú zvyčajný rozmer jednostranného videnia konkrétnych oblastí sociálnej práce. Latinský pojem vademecum sa prekladá ako príručka, rukoväť, sprievodca, knižný radca v obrovskom množstve pojmov a odborných výrazov, čomu zodpovedá aj široká škála kľúčových termínov a pojmov. Preto aj uvedená publikácia je výsledkom dlhodobšieho projektu Asociácie vzdelávateľov v sociálnej práci na Slovensku a ponúka odbornej verejnosti i študentskej obci výnimočné dielo, v ktorom bolo utriedené dosiahnuté poznanie v oblasti sociálnej práce v interdisciplinárnych súvislostiach.

Kniha *Vademecum sociálnej práce* už po prvom prelistovaní láka čitateľa svojou prehľadnosťou a obsahovým zameraním. Je zjavné, že členenie knihy je encyklopedicky prehľadné, systematicky premyslené. K zvýšeniu celkovej kvality publikácie prispelo zloženie autorského kolektívu, ktorý pozostáva z viac ako 60 graduovaných odborníkov v sociálnej oblasti.

Zostavovateľským zámerom autorského tímu bolo rozpracovať heslá k jedenástim oblastiam poznania, ktoré rešpektujú vedeckú diskusiu rozvoja sociálnej práce. Tieto heslá sú abecedne zoradené a majú ustálenú štruktúru: 1. pojem v slovenskom jazyku, 2. pojem v anglickom jazyku, 3. lingvistické korene vzniku hesla, 4. definovanie pojmu, 5. profesijný rozmer výkonu, 6. inštitucionálny rámec riešenia danej problematiky – aplikačný rozmer, 7. legislatívny rámec riešenej problematiky. Zvolená koncepcia spracovávaných hesiel kladie dôraz najmä na sociálne vzťahy a sociálne prostredie. Každé heslo má svoje špecifiká, ale všetky pokladajú za dôležité chápanie klienta a sociálneho pracovníka vo vzťahoch a prostredníctvom vzťahov.

Vzhľadom na kvalitu a úroveň spracovaných pojmov do jedného celku, nie je jednoduché upriamiť pozornosť výhradne iba na niekoľko vybraných hesiel. To je dôvod, prečo jednotlivé kapitoly zhodnotíme z hľadiska ich odborného zamerania.

Prvé tri kapitoly vymedzujú pojmy z oblasti etiky sociálnej práce, teórií a metód sociálnej práce, ktoré sú dôležité vo vzťahu sociálneho pracovníka a klienta. Keďže sa v nich premieta veľa premenných veličín, je dôležité pri práci používať špecifické prístupy, metódy a techniky a v rámci nich aplikovať aj odborné zručnosti na riešenie problémov, ktoré vyplývajú zo sociálnej situácie a individuality každého klienta. Spomínané kapitoly túto zložitú problematiku prezentujú konštruktívnym a precíznym spôsobom.

Z pohľadu praxe môže byť zaujímavou napr. 4. kapitola, v ktorej si sociálni pracovníci nájdu široký záber pojmov, ktoré súvisia s poradenstvom v sociálnej práci. Autorom sa podarilo rozpracovať poradenstvo v sociálnej práci systematicky a komplexne. Kladné hodnotenie však doplníme poznámkou, že *základné sociálne poradenstvo* a *špecializované sociálne poradenstvo*, ktoré definuje v súčasnosti legislatíva ako odbornú činnosť, boli v knihe vymedzené pojmom *Úrovne sociálneho poradenstva*. Preto aj z pohľadu praxe by bolo prínosom venovať sa týmto odborným činnostiam samostatne. Je totiž viac ako pravdepodobné, že odborníci z praxe budú v terminologickom slovníku, v súlade s legislatívou, hľadať práve tieto pojmy.

Supervízia v sociálnej práci, ktorej sa autori venovali v piatej kapitole, ponúka podnety k hľadaniu nových ciest, perspektív a možností pri riešení sociálnych problémov klientov. Táto kapitola tak spracováva vysoko aktuálnu tému, ktorá je podnetnou pre prax aj z toho dôvodu, že umožní skvalitňovať prácu sociálnych pracovníkov napr. v prevencii syndrómu vyhorenia. Šiesta kapitola je zameraná na oblasť sociálnej politiky a sociálneho zabezpečenia. I napriek tomu, že táto oblasť je veľmi zložitá, autori zostavili heslá takým spôsobom, aby aj v tejto kapitole zabezpečili prehľadnosť a rýchlu orientáciu v náročnej problematike.

V siedmej kapitole sa pozornosť sústreďí na sociálnu patológiu. Autori - v nadväznosti na spoločenskú situáciu, ktorá prináša so sebou mnoho zmien odrážajúcich sa v sociálnom fungovaní jednotlivca, rodiny i celej spoločnosti – zaradili heslá vymedzujúce problém chudoby, nezamestnanosti, bezdomovectva, delikvencie, látkových a nelátkových závislostí, kriminality, šikanovania, kyberšikanovania a ďalších sociálnopatologických javov.

Ôsma až jedenásta časť publikácie ponúka prierez mnohými kľúčovými pojmami, v ktorých sú zastúpené teoretické poznatky z oblasti rodiny ako klienta, sociálnych služieb a sociálnej rehabilitácie, sociálnej práce vo verejnej správe, ale aj z oblasti výskumu.

Významnú úlohu v koncepcii slovníka zohráva pohľad na celkové smerovanie sociálnej práce, na rozmanitosť jej ponímania. I keď vybrať z veľkého množstva pojmov tie, ktoré odborná i laická verejnosť považuje za najdôležitejšie, nebolo ľahkou úlohou, podarilo sa vytvoriť obsiahly a pre prax prospešný terminologický slovník. Dôležitým odkazom zostavovateľského tímu, pozostávajúceho z odborníkov a odborníčok z celého Slovenska, sú ich vlastné slová: „*Výber hesiel, ktoré boli zvolené nemá ambíciu byť vyčerpávajúci. Ambíciou autorského tímu bolo ponúknuť odbornej verejnosti terminologický slovník, ktorý by definoval jednotlivé pojmy, ukázal smer ďalšieho možného vedeckého vývoja a zároveň sa stal inšpiráciou pre tých, ktorí sa dnes, ale aj v budúcnosti budú tejto oblasti v sociálnej práci venovať.*“ (s. 358).

Uvedený prístup autorského kolektívu a spracovaný obsah publikácie predurčujú, aby bola prínosom nielen pre študentov odboru sociálnej práce, ale aj pre profesionálov, ktorí sa potrebujú zorientovať v mnohých oblastiach sociálnej práce a rýchlo vyhľadať najdôležitejšie informácie. *Vademecum sociálnej práce* je zároveň významným počínom, ktorý dáva sociálnej práci právo na sebavedomú pozíciu etablovanej vednej disciplíny a rozhodne by nemala chýbať nielen v knižniciach univerzít, ale ani na pracoviskách, ktoré sú zamerané na každodennú odbornú prax v sociálnej oblasti.

Recenzia

Názov: Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta

Autor: doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.

Vydavateľ: Grada Publishing, a.s.

Miesto vydania: Praha

Rok vydania: 2017

Počet strán: 192

ISBN: 978-80-271-0461-1

Recenzent: PhDr. Eva Gajdošová

Pracovisko recenzenta: Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ v Košiciach

Kniha *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta* autorky Eleny Gurkovej sa snaží bližšie rozpracovať pacientovo subjektívne poňatie choroby, ktorá je chronická, jej definovanie v súčasných teóriách a modeloch a možnosti jej hodnotenia a tiež význam v klinickej praxi, zvyšovanie spolupráce pacienta v liečbe a ovplyvňovanie kvality života. Cieľom tohto je dosiahnuť žiaducu zmenu správania pacienta.

V prvej kapitole *Chronická onemocnění a adherence k léčbě* autorka uvádza možnosti zlepšovania adherencie k liečbe chronických ochorení, porovnáva rôzne definície zdravia a choroby podľa viacerých autorov, tiež podľa očakávania človeka, ktorý je ovplyvnený svojím sociálnym prostredím a očakávaním.

V druhej kapitole *Subjektivní pojetí onemocnění a léčby* sa autorka zameriava na modely orientované na správanie sa vo vzťahu ku zdraviu, a to na Leventhalov sebaregulačný model, Rozšírený sebaregulačný model k liečbe chronických ochorení, Eversovej model kognitívneho spracovania chronických ochorení a Kognitívno-behaviorálny model. Ďalej sa venuje diagnostike subjektívneho poňatia ochorenia pacienta, v rámci toho popisuje nástroje jeho merania a liečby a nástroje merania použiteľné v diagnostike. Prináša subjektívne poňatie ochorenia a edukáciu pacienta.

V tretej kapitole *Využití terapeutických přístupů v edukačních programech* autorka pojednáva o využití rôznych dotazníkov vo vyššie uvedených modeloch. Predstavuje využitie dotazníka IPQ-R, skrátenej verzie IPQ-R a dotazníka ICQ.

V štvrtej kapitole *Využití kognitivně-behaviorálních přístupů v edukaci* sa autorka zameriava na edukačné programy ako napríklad ABC model a na podiel strachu pri liečbe chronických ochorení.

Hlavným cieľom monografie je systematické spracovanie problematiky subjektívneho pohľadu na chronické ochorenie od všeobecných teoretických východísk ku konkrétnym výskumným výsledkom a ich praktickej implementácii. Kniha prináša zaujímavý prehľad v danej problematike s použitím množstva literatúry, porovnáva rôzne pohľady a aspekty problematiky. Odborným slovom písaná, a pritom zrozumiteľne aj pre laika, je táto kniha predurčená aj pre študentov sociálnej práce, ktorí sa vo svojej praxi budú stretávať aj s ľuďmi chronicky chorými.

Recenzia

Názov: Sociální integrace cizinců

Autor: Kristína KOLDINSKÁ, Harald C. SCHEN, Martin ŠTEFKO

Vydavateľ: AUDITORIUM

Miesto vydania: Praha

Rok vydania: 2016

Počet strán: 352

ISBN: 978-80-87284-60-5

Recenzent: Mgr. Jana Plavnická

Pracovisko recenzenta: Katedra sociálnej práce Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach

Publikácia *Sociální integrace cizinců* vydaná v roku 2016 je orientovaná na mapovanie a analýzu súčasného stavu právnych garancií sociálnych práv cudzincov z aspektu medzinárodného a európskeho práva. Autori sa zaoberajú otázkami pobytu a sociálnej integrácie, v rámci ktorých skúmajú prístup cudzincov k zamestnaniu, zdravotnej starostlivosti, dôchodkovému poisteniu, k vzdelaniu a k pomoci v hmotnej núdzi. V rámci týchto oblastí autori realizovali komparatívnu analýzu v niekoľkých štátoch Európskej únie. Publikácia je prehľadne štruktúrovaná do osemnástich kapitol, ktoré sú kategorizované do troch hlavných statí. Môžeme ju považovať za prínosnú vo vzťahu k pracovníkom pomáhajúcich profesií zaoberajúcich sa integráciou imigrantov.

V prvej stati *Sociálna integrácia cudzincov v medzinárodnom a európskom práve* sa autori venujú problematike sociálneho statusu utečencov, žiadateľov o azyl a žiadateľov o medzinárodnú ochranu z pohľadu Ženevského dohovoru o právnom postavení utečencov z roku 1951, z pohľadu medzinárodnej ochrany ľudských práv a z pohľadu práva Európskej únie. V rámci analýzy Ženevského dohovoru autori prichádzajú k záveru, že neupravuje zmluvné mechanizmy dohľadu nad splnením jednotlivých záväzkov zo strany zmluvných strán, čo vedie k rôznym výkladom tohto dohovoru. Z tohto dôvodu sa publikácia zaoberá podrobnou úpravou sociálnych práv cudzincov z úrovne európskeho práva.

Zmluvným štátom medzinárodných zmlúv chrániacich udržateľnosť svojich sociálnych systémov je ponechaný priestor pre zváženie úpravy podmienok prístupu cudzincov na pracovný trh, k systému sociálnej pomoci a sociálneho zabezpečenia, zdravotnej starostlivosti a vzdelaniu na národnej úrovni. Autori konštatujú, že najreštriktívnejšie je zo strany členských štátov európskej únie pristupované k právu na zamestnanie. Vyššia miera rovnosti je pozorovaná v oblasti vzdelania. Otázky adekvátneho zaistenia materiálneho a zdravotného zabezpečenia sú komplexné a korelujú s mnohými ekonomickými faktormi. V rámci problematiky sociálnych práv cudzincov v kontexte rozboru medzinárodnej ochrany ľudských práv si autori kladú otázky zamerané na schopnosť sociálnych systémov európskych štátov uniesť masový príliv utečencov. Tento príliv utečencov je podľa autorov v budúcnosti očakávaný, a preto zdôrazňujú potrebu analýzy štandardov v oblasti ochrany hospodárskych, sociálnych a kultúrnych práv v rámci spoločnej európskej azylovej politiky.

Analýzou právnych noriem Európskej únie dospievajú autori k ich spoločnému znaku, ktorým je dôraz na nediskriminačnú zásadu v prístupe k cudzincom žiadajúcim o medzinárodnú ochranu, ale aj osobám, ktorým bola priznaná. Za zásadnú požiadavku je považovaná ich úspešná integrácia dosahovaná prostredníctvom systému vzdelávania, poskytovaním sociálnej pomoci či prístupom k zamestnaniu. Podľa autorov publikácie využitie nástrojov úspešnej integrácie závisí na úvahách Európskej únie.

V závere prvej stati je pozornosť venovaná sociálnej ochrane občanov tretích štátov v právach Európskej únie s dôrazom na voľný pohyb, koordináciu sociálneho zabezpečenia a zaručenie rovnosti. Práve problematika rovnosti a zákazu diskriminácie vo vzťahu k občanom tretích krajín prichádzajúcich z kultúrne i nábožensky iného prostredia, je autormi

považovaná za Pandorinu skrinku, ktorú možno v budúcnosti judikatúra určitým spôsobom otvorí.

Sociálna integrácia občanov tretích krajín v Českej republike predstavuje druhú stať, ktorá je zameraná na oblasti oprávnenia k pobytu, zamestnania, zdravotnej starostlivosti, dôchodkového poistenia, dávkam v hmotnej núdzi a na oblasť vzdelávania týchto osôb v podmienkach Českej republiky. V rámci oblasti oprávnenia cudzincov k pobytu autori priblížili jeho jednotlivé druhy a rozdiely medzi nimi. Zároveň zdôrazňujú, že v posledných rokoch je zaznamenaná snaha o prijímanie nesystémových zmien právnej úpravy, ktorá smeruje k sprísneniu tých oblastí zákona o pobyte cudzincov v Českej republike, ktoré zatiaľ nie sú regulované právom Európskej únie. V oblasti prístupu k zamestnaniu sú poskytnuté základné informácie o získaní povolenia na zamestnanie, pričom je spomenutá aj problematika nelegálneho zamestnávania cudzincov, ktorú podľa autorov nie je v praxi jednoduché posúdiť. Druhá stať je orientovaná aj na otázky prístupu cudzincov k zdravotnej starostlivosti, ktorého právna úprava nevybočuje od úpravy v európskom priestore.

Ďalšia časť zahrnutá v tejto stati pojednáva o úprave dôchodkového poistenia v podmienkach Českej republiky, ktorá poukazuje na základné systémové obmedzenia vo vzťahu k českému verejnému dôchodkovému poisteniu, ktorá bráni jeho zneužitiu zo strany cudzích štátnych príslušníkov. Autori vidia potrebu vyčlenenia z dôchodkového poistenia poistné zaplatené občanom tretích krajín, ktorí nesplnili stanovené podmienky nároku na dávku dôchodkového poistenia z českého systému. Úpravu taktiež vyžaduje aj regulácia vymáhania preplatkov na dávkach sociálneho zabezpečenia. Záver tejto veľkej časti venujú autori prístupu k dávkam v hmotnej núdzi a k vzdelaniu v Českej republike. Konštatujú, že cudzinci majú rovnaký nárok na prístup k nim ako občania Českej republiky.

Posledná tretia stať je venovaná *Sociálnej integrácii občanov tretích krajín vo vybraných európskych krajinách*. Sociálna integrácia týchto osôb je analyzovaná v niekoľkých krajinách. Sú nimi Nemecko, Rakúsko, Holandsko, Poľsko a Slovensko. Nemecko predstavuje nepochybne jednu z najvyhľadávanejších krajín zo strany imigrantov. Zaujímavým je návrh nového integračného zákona, ktorý presadzuje tzv. integračný kurz. Jeho cieľom je predať imigrantom znalosti nemeckého jazyka, právneho systému, histórie a kultúry, a to takým spôsobom, aby boli schopní samostatne konať vo všetkých záležitostiach. Pre občanov tretích krajín je základnou podmienkou účasti na integračnom kurze dlhodobá povaha ich pobytu v Nemecku. V Rakúsku autori spomínajú dobre fungujúci Rakúsky integračný fond a Federálnu expertnú radu pre integráciu, ktoré pracujú s rozsiahlym množstvom dát, na základe ktorých sú každoročne spracovávané integračné správy, ktoré zahŕňajú aj súčasné výzvy v jednotlivých oblastiach integrácie a návrhy ich riešenia. Zaujímavým je zákon, ktorý je v procese schvaľovania a ktorý sa týka uznávania kvalifikácie dosiahnutej v zahraničí.

V oblasti integrácie imigrantov v Holandsku je prekážkou často krát vysoká cena integračných kurzov, a to aj s vedomím skutočnosti, že existujú špecifické finančné pôžičky pre účastníkov týchto kurzov. Autori vnímajú ako nedostatok absenciu internetového portálu, kde by boli zhromaždené informácie o ďalších možnostiach integrácie okrem skúšky z občianskej integrácie a už spomínaných integračných kurzov. Zamýšľajú sa taktiež nad otázkou nakoľko je žiadúce imigrantov k integrácii nútiť.

Systém integrácie imigrantov v podmienkach Slovenskej republiky a Poľska je autormi značne kritizovaný. Nedostatky vidia predovšetkým v jazykovej bariére, nedostatočnej koordinácii a spolupráci jednotlivých aktérov v oblasti sociálnej pomoci, ale aj v pomalom pokroku v oblasti multikultúrneho vzdelávania slovenskej a poľskej spoločnosti. Autori preto odporúčajú pravidelný monitoring jednotlivých mechanizmov príslušných legislatív s cieľom ich vyhodnocovania a identifikácie slabých miest, na základe ktorých je možné zvoliť najvhodnejšie riešenia.

Publikáciu považujem za zaujímavú a podnecujúcu, nakoľko prehľadným a odborným spôsobom informuje o sociálnej integrácii cudzincov z aspektu medzinárodných zmlúv i európskeho práva. Zaujímavým je porovnanie systémov integrácie imigrantov v Nemecku, Rakúsku, Holandsku, Poľsku a Slovensku. Preto recenzovanú publikáciu možno považovať za obohacujúcu, hlavne pre sociálnych pracovníkov venujúcim sa integračným procesom imigrantov.

Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou.

**Premeny sociálnej práce v čase
6. ročník Košických dní sociálnej práce**

konanej dňa 08. 12. 2017 v priestoroch Sokrates, Košice, Moyzesova 9

Zborník zostavili:	prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc., Mgr. Lucia Tóthová, PhD.
Vydavateľ:	Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta
Rok vydania:	2018
Vydanie:	prvé
Počet strán:	204
Rozsah AH:	16,93
Umiestnenie:	www.unibook.upjs.sk
Dostupné od:	23. februára 2018

ISBN 978-80-8152-601-5

ISBN 978-80-8152-601-5