



# SOCIÁLNE RIZIKÁ V SPOLOČNOSTI XXI. STOROČIA

*7. ročník Košických dní sociálnej práce*

**Tóthová Lucia, Šiňanská Katarína (eds.)**

Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou

Košice 2019

Zborník príspevkov  
z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 30.11.2018 v Košiciach

# **Sociálne riziká v spoločnosti XXI. storočia**

*7. ročník Košických dní sociálnej práce*

**Marec 2019**

# Sociálne riziká v spoločnosti XXI. storočia

Zborník príspevkov

© 2019 Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta

## Vedecký výbor konferencie:

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.  
prof. dr.sc. Gordana Berc, PhD.  
prof. PhDr. Beáta Balogová, PhD.  
prof. PaedDr. Anna Hudecová, PhD.  
doc. PhDr. Eva Mydlíková, PhD.  
doc. PhDr. Peter Brnula, PhD.  
doc. PhDr. Ladislav Vaska, PhD.  
doc. PhDr. Markéta Rusnáková, PhD.  
prof. ndzw. dr hab. Ewa Ryś  
prof. ndzw. dr hab. Karol Mausch  
doc. PhDr. et Mgr. Maria Vašutová, PhD.  
doc. Mgr. Soňa Lovašová, PhD.

## Editorky:

Mgr. Lucia Tóthová, PhD., PhDr. Katarína Šišňanská, PhD. (eds.)  
*Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach*

## Recenzentky:

prof. PhDr. Beáta Balogová, PhD.  
*Inštitút edukológie a sociálnej práce, Filozofická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove*  
PhDr. Michaela Šavrnochová, PhD.  
*Katedra sociálnej práce, Pedagogická fakulta, Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici*

## Organizačný výbor konferencie:

PhDr. Katarína Šišňanská, PhD.  
Mgr. Vladimír Lichner, PhD.  
Mgr. Tatiana Žiaková, PhD.  
Mgr. Lucia Tóthová, PhD.  
Mgr. Jana Plavnická  
Mgr. Ján Kahan  
Mgr. Františka Petriková  
Mgr. Andrea Vašková

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

Všetky práva vyhradené. Toto dielo ani žiadnu jeho časť nemožno reprodukovať, 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.

**Umiestnenie:** [www.unibook.upjs.sk](http://www.unibook.upjs.sk)

**Dostupné od:** 07.03.2019

**ISBN 978-80-8152-722-7**

## Obsah

<b>Eva Mydlíková (SR)</b> Detský domov ako rodina .....	6
<b>Ladislav Vaska (SR)</b> Témy v supervízii – výzvy pre sociálnu prácu v 21. storočí .....	13
<b>Monika Piliarová (SR), Soňa Lovašová (SR)</b> Výtvarná expresia ako zdroj sociálnej intervencie v preventívnych programoch .....	24
<b>Ingrid Ferencíková (SR)</b> Zmeny v postavení sociálneho pracovníka v zariadení sociálnych služieb .....	33
<b>Iveta Kurčáková (SR)</b> Význam ambulatnej formy špecializovaného zariadenia pre ľudí s Alzheimerovou chorobou a demenciou .....	37
<b>Ján Šimko (SR), Dušan Šlosár (SR)</b> Sociálna identita a rizikové faktory .....	44
<b>Sylwia Drozd (PL)</b> Zjawisko wypalenia zawodowego wśród pracowników pomocy społecznej .....	49
<b>Ewelina Kleszcz-Ciupka (PL)</b> Sytuacja zawodowa osób niepełnosprawnych na rynku pracy .....	58
<b>Juraj Kašický (SR), Soňa Lovašová (SR)</b> Rizikové správanie - prehľadová štúdia .....	68
<b>Jana Plavnická (SR), Dušan Šlosár (SR)</b> Kompulzívne používanie mobilných telefónov študentmi vysokých škôl .....	74
<b>Monika Bačová (SR), Eva Žiaková (SR),</b> Sociálne rizikové správanie adolescentov v kontexte prežívania osamelosti .....	81
<b>Ján Kahan (SR), Eva Žiaková (SR)</b> Stigmatizácia látkovo závislých ľudí ako významný rizikový faktor relapsu .....	93
<b>Andrea Vašková (SR), Soňa Lovašová (SR)</b> Osamelosť a možnosti jej zisťovania .....	103
<b>Františka Petriková (SR), Vladimír Lichner (SR), Eva Žiaková (SR)</b> Starostlivosť o seba a jej faktory u pracovníkov v sociálnej oblasti .....	109
<b>Lucia Tóthová (SR), Tatiana Žiaková (SR)</b> Poruchy príjmu potravy ako rizikové správanie adolescentov v kontexte sociálnej práce ....	118

**Katarína Šiňanská (SR)**

Potenciál komunitných centier pri prevencii rizikového správania v marginalizovaných rómskych komunitách .....127

**Timea Bartková (SR), Kristína Králiková (SR), Melánia Macková (SR)**

Rozvoj vnímania kultúry u znevýhodnených skupín ako priestor eliminácie predsudkov ....133

## Úvodné slovo

*Nové sociálne riziká. Slová, ktoré vypovedajú o súčasnom fungovaní sveta viac, ako by sme si dokázali predstaviť, viac, ako by sme dokázali na prvý pohľad priznať. Tak, ako jednoduchý a výstižný je samotný názov knihy popredného českého sociológa Kellera (2011), o to zložitejšie spoločenské procesy súčasnej doby v sebe skrýva a zachytáva.*

*Napriek tomu, že súčasná sociálna práca venuje pozornosť závažným vývojovým problémom spoločnosti akými sú chudoba, nezamestnanosť, chronické choroby, sociálne rizikové skupiny, nevenuje dostatočnú pozornosť odhaleniu príčin a podrobnej analýze uvedených problémov. Ide totiž o to, že uvedené sociálne problémy sú tu už dávno, len zmenili svoju podobu, staré formy sociálnych rizík vystiedali nové formy, ktoré je potrebné preskúmať, rozanalyzovať, aby bolo možné na základe toho uskutočniť aj opatrenia a odstraňovať príčiny sociálnych rizík 21. storočia.*

*Predložený zborník z konferencie je dôkazom, že sociálna práca sa ako veda aj ako praktická disciplína zapojila do hľadania týchto príčin, hlavne pri skúmaní tzv. sociálne rizikového správania v jednotlivých sociálne znevýhodnených skupinách obyvateľstva.*

*Tento zborník vychádza už po ôsmykrát, 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  
vedúca Katedry sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach*

*KELLER, J., 2011. Nová sociální rizika a proč se jim nevyhneme. Praha: SLON.*

# Detský domov ako rodina<sup>1</sup>

## *Children's home as a family*

*Eva Mydlíková (SR)*

### **Abstrakt**

Na Slovensku od roku 1989 prebieha transformácia sociálnej pomoci. Dotýka sa aj systému náhradnej rodinnej starostlivosti. Cieľom príspevku bolo prezentovať čiastkové výsledky kvalitatívneho výskumu o živote detí, žijúcich v detských domovoch. Výskum vychádzal z teoretického konceptu capability Amarty Senna a Marty Nussbaumovej a testoval vybrané ukazovatele capability u detí vo veku od 6 do 14 rokov v troch detských domovoch Slovenska. Výsledky poukazujú na závažné deficity, ktoré deti z detských domovov v rezidenčialnej starostlivosti prežívajú a ktoré nemajú materiálny charakter.

**Kľúčové slová:** Detský domov. Capability prístup. Poznanie a vzdelávanie. Vzťahy. Identita.

### **Abstract**

In Slovakia, the transformation of social assistance has been realised since 1989. It also affects the family-friendly replacement system. The aim of the contribution was to present the partial results of qualitative research on the lives of children living in children's homes. The research was based on the theoretical concept of the capability Amarty Senna and Marty Nussbaum and tested the selected capability indicators in children aged between 6 and 14 years in the three children's homes in Slovakia. The results show serious deficits that children from children's homes in residences care are experiencing and which are not material in nature.

**Keywords:** Children's home. Capability access. Knowledge and education. Relations. Identity.

Počet detí, žijúcich mimo vlastnej rodiny je na Slovensku celé roky približne rovnaký. Po Nežnej revolúcii v roku 1989 sa zmenil prístup k štátu k starostlivosti o „opustené“ deti. Výrazný vplyv na to mal aj Dohovor o právach dieťaťa a jeho opčné protokoly a Smernice OSN o náhradnej rodinnej starostlivosti. Tieto dokumenty tvorili základné východisko pre vznik Stratégie deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike, ktorú schválila vláda SR v roku 2011. Následne sa vytvoril Plán transformácie a deinštitucionalizácie náhradnej rodinnej starostlivosti, ktorého cieľom bolo podporovať život detí v prirodzenom a náhradnom rodinnom a komunitnom prostredí.

Na Slovensku od roku 2006 môžu, okrem pracovníkov sociálnoprávnej ochrany, pôsobiť aj akreditované neziskové organizácie, ktoré pomáhajú pracovať s cca 224 400 rodinami, evidovanými na odboroch sociálnoprávnej ochrany ([www.upsvr.gov.sk/buxus/docs/download/OPIS\\_NP\\_DEI\\_SR.rtf](http://www.upsvr.gov.sk/buxus/docs/download/OPIS_NP_DEI_SR.rtf)). Štátna politika a jej aktívne nástroje preferuje zverenie detí do náhradnej rodinnej starostlivosti formou náhradnej osobnej starostlivosti, pestúnskej starostlivosti a osobnej starostlivosti poručníka. V roku 2016 žilo 14 065 detí mimo svojho domova, čo je z celkového počtu 1 058 300 detí žijúcich na Slovensku asi 1,33%. Z počtu detí, žijúcich mimo domova bolo 4 744 detí umiestnených na základe rozhodnutia súdu do profesionálnych rodín 1468 detí (30,94%), do iných skupín 835 detí (17,60%) a do samostatných skupín v detskom domove 2441 detí, čo je 51,45% ([https://www.upsvr.gov.sk/buxus/docs/SSVaR/OVOZ/statisticke\\_ukazovtelev/Pocet\\_deti\\_mimo\\_vlastnej\\_rodiny.pdf](https://www.upsvr.gov.sk/buxus/docs/SSVaR/OVOZ/statisticke_ukazovtelev/Pocet_deti_mimo_vlastnej_rodiny.pdf)).

---

<sup>1</sup> Afilácia príspevku k projektu VEGA č. 1/0341/17 Identifikácia prejavov sociálnej rizikovosti rodín vo vybraných indikátoroch a ich vplyv na sociálne fungovanie rodín.

V zmysle zákona č. 305/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov je detský domov, resp. pobytové centrum pre deti a rodinu je takým prostredím, v ktorom sa vykonávajú rozhodnutia súdu o nariadení ústavnej starostlivosti, predbežného opatrenia a o uložení výchovného opatrenia. Úlohou centra je dočasne nahradiť dieťaťu jeho prirodzené rodinné prostredie alebo náhradné rodinné prostredie. Podľa §46, ods.3 centrum vykonáva rozhodnutie súdu jednak formou profesionálnej náhradnej rodiny, v skupine alebo samostatne usporiadanej skupine. Podľa ods.5 centrum poskytuje : bývanie, stravovanie, obslužné činnosti, osobné vybavenie dieťaťa, úschovu cenných vecí, zabezpečuje zdravotnú starostlivosť, povinnú školskú dochádzku a prípravu na povolanie (<https://www.slovlex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2005/305/20180401>). Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny SR sa snaží o zlepšenie podmienok starostlivosti o deti v samostatných a špecializovaných skupinách. Základným východiskom pre prácu s deťmi je integračný a individuálny prístup. Integračný prístup chápu jednak v rovine utvárania podmienok pre integráciu detí v miestnych komunitách (profesionálne rodiny a vhodne usporiadané a lokalizované skupiny v podmienkach na úrovni komunity) a jednak v rámci vytvárania podmienok pre integráciu detí s menej závažnými vývinovými poruchami do profesionálnych rodín a samostatných skupín v Centre. Individuálny prístup stavia na aplikácii odborných metód, foriem a programov práce s deťmi, ktoré si vyžadujú špecifický prístup ([www.upsvr.gov.sk/buxus/docs/download/OPIS\\_NP\\_DEI\\_SR.rtf](http://www.upsvr.gov.sk/buxus/docs/download/OPIS_NP_DEI_SR.rtf)).

V západnej kultúre od konca sedemnásteho storočia prestáva spoločnosť vnímať dieťa ako malého dospelého a stáva špecifickým a príjemcom ochrany (Nosál, 2002). Do 80tych rokov minulého storočia sa vyznával koncept detského blaha, ktorý bol formulovaný dospelými (adultizmus). Tento koncept prístupu k deťom, koncept prechodnej prípravy na dospelosť- nazývaný aj well-becoming , formulovali dospelí vzhľadom na budúcnosť dieťaťa a v centre „dobra pre dieťa“ bolo jeho vzdelanie, jeho zdravie a starostlivosť rodičov (Navrátilová 2018).

Zmenu priniesol už spomínaný Dohovor o právach dieťaťa, ktorý aj formálne priniesol dieťaťu nové právne postavenie. V období postmodernity sa proces individualizácie s následkom zmeny zakotvenej identity tradičnej spoločnosti premenil na identitu , vytvorenú reflexiou (Navrátil, Navrátilová, 2018). Tento prístup, nazývaný aj „wel-being“ (detské blaho) počíta s deťmi ako s aktívnymi účastníkmi a nositeľmi práv. Presadzujú sa nové priority, akými sú napríklad oveľa vyššia angažovanosť detí na získavaní zručností, ich občianskej angažovanosti, podieľajú sa na tvorbe kultúry. Tento koncept významne ovplyvňuje klesajúca pôrodnosť, nestabilita vzťahov, centrovanie a fixácia vzťahov cez dieťa (Beck 2004).

Teoretické rozpracovanie konceptu detského wel-beingu spočiatku stálo na koncepte kvality života. Dôvodom bola snaha o kvantifikáciu, merateľnosť rozsahu detského blaha. V oblasti kvality života už v tom období existovali spoločensky akceptované indikátory ako ja metódy na ich snímanie. U detí sa predpokladalo, že to budú najmä sociálne indikátory, ktoré by mohli vplývať na životné podmienky detí. V šesťdesiatych rokoch minulého storočia UNICEF vydala správu o stave detí, v ktorej zverejnila aj výsledky merania kvality života detí , ako ja sociodemografické trendy , riziká a potreby detí (Ben-Arieh 2007, 2010; Biggeri 2012; O'Hara a kol. 2014; Navrátilová 2018).

V deväťdesiatych rokoch začal propagovať nositeľ Nobelovej ceny za ekonomiku Amarty Sen tzv. *capability prístup* (1993, 2004, 2005) a rozvíjala ho a tvorila filozofka Marta Nussbaum (1993, 1997, 2000, 2007). Obaja sa zhodli, že *capability* je schopnosť jedinca dosiahnuť taký život, aký si sám cení. *Capability prístup* je teda najmä o spoločenskom zaistení spravodlivého prístupu k takým životným podmienkam, o aké si jedinec cení. Obaja však chápali, že nie každý človek má v spoločnosti rovnaké možnosti slobody a voľby dosiahnuť dôstojný život. Preto ich snahou bolo zistiť, aké sú nevyhnutné predpoklady,



možnosti a schopnosti, ktoré ľudia potrebujú na to, aby dosiahli svoj cieľ. Podľa Nussbaumovej (2007) sú v každej spoločnosti jedinci, ktorí nedokážu ani len formulovať svoje práva a nie ešte ich aj naplniť a preto potrebujú podporu. V tomto klasickom ponímaní je *capabilita* spojením: hodnotenia kvality života, ľudského prosperovania, materiálnych podmienok, naplnením individuálnych potrieb, ľudských túžob a pocitov.

Nussbaumová (1997) formulovala 10 základných *capabilit*: 1) normálna dĺžka života; 2) dobré zdravie; 3) telesná integrita (voľný pohyb, bezpečie, ochrana); 4) využitie zmyslov, predstáv a uvažovania, vzdelanie, náboženská sloboda, sloboda prejavu; 5) sloboda a rozvoj emócií; 6) praktický rozum (možnosť realizovať vlastné plány); 7) afiliácia; 8) vzťah k ďalším oblastiam (rodina, príroda, zvieratá); 9) hry; 10) kontrola nad prostredím (in: Navrátilová 2018).

Vybraté ukazovatele *capability* boli **predmetom výskumu**, realizovaného počas roku 2016 v troch detských domovoch, konkrétnej indikátor č. 4 (rozvoj predstáv, zmyslov, myslenia a vzdelania), 5 (rozvoj a sloboda emócií), 6 (možnosť realizovať vlastné plány), 7 (afiliácia) a 10 (kontrola nad prostredím).

**Cieľom kvalitatívneho výskumu** bolo zistiť, do akej miery sa môžu deti, žijúce v detskom domove kognitívne, emocionálne a behaviorálne rozvíjať v intenciách vybratých indikátorov *capability* prístupu.

**Cieľovú skupinu** tvorilo 11 detí z 3 detských domovov, vo veku 6 až 14 rokov, ktoré žijú v samostatných výchovných skupinách rodinného typu. Takáto skupina má vlastný rozpočet, deti sa podieľajú na domácich prácach, učia sa samostatne hospodáriť s financiami, môžu byť umiestnené mimo domova mládeže (napr. v nejakom dome), počet detí v jednej heterogénnej (vekom, pohlavím, vývinovým stupňom, dĺžkou pobytu) skupine môže byť od 6 do 10, medzi nimi môžu byť aj súrodenci. Pri deťoch sa striedajú zvyčajne dve dvojice vychovávateľov a iný zamestnanec (hospodársko-administratívneho typ, gazdina).

**Metódou zberu údajov** bol polo štruktúrovaný hĺbkový rozhovor, uskutočnený v priestoroch detského domova, kde personál zabezpečil podmienky na vedenie intímneho rozhovoru výskumníka a dieťaťa – väčšinou na izbe dieťaťa alebo v pracovni sociálneho pracovníka. Rozhovory sa nahrávali na diktafón v priebehu obdobia máj až október 2016.

**Metódou spracovania údajov** bola obsahová analýza doslovného prepisu textov, ktorých celkový čas nahrávania bolo 213 minút. Získané údaje sme triedili podľa 4 vybratých ukazovateľov *capability*, ktoré sme rozdelili do troch kategórií. Štvrtú kategóriu tvorili výpovede detí, ktoré súviseli s prežívaním ich identity a ktoré sa nám zdali tak dôležité, že sme z nich vytvorili samostatnú časť.

### **Výsledky výskumu**

(1) Indikátor *capability* 4 a 6 sme na základe výsledkov označili ako *kategória kognitívno-vzdelávacia*.

Všetky deti, ktoré sa zúčastnili výskumu mali odklad školskej dochádzky. Deti vykazujú slabé školské výsledky, mnohé navštevujú školy so špeciálnymi potrebami. Tu narážame na veľký problém, pretože dieťa, ktoré žije v jednej rezidencii – detskom domove – sa presúva v pondelok do inej rezidencie – špeciálnej internátnej školy, aby sa v piatok vracalo naspäť do detského domova. Deti teda súčasne žijú v dvoch rezidenciách. Príprava na vyučovanie je skupinová, teda deti sa učia spolu a to bez ohľadu na ročník, ktorý navštevujú, čo je najmä u prvákov veľký problém. Nedostatok času pracovníkov domova spôsobuje, že deti sa pripravujú na vyučovanie nesystematicky a neefektívne, pretože pri prvej prekážke a nepochopení látky prípravu vzdajú a nie sú schopné ich vlastnými silami zvládnuť. Takto sú vlastne od prvého ročníka školskej dochádzky konfrontované so zlyhaním a nezvládaním látky, ktoré sa čoraz viac nabaľuje a prehlbuje. Základné nedostatky v rozvoji intelektových schopností sú najviac badateľné vo veľmi slabej slovnej zásobe a slabej orientácii v čase. Podobne je to aj s pestovaním záujmov a záľub. Deti nie sú vedené k individuálnym záľubám,

pretože v rezidenčnej starostlivosti nie sú na to ani peniaze, ani čas. Zaznamenali sme slabú schopnosť sebareflexie až nekritičnosť voči svojim reálnym schopnostiam, čo môže byť pravdepodobne dôsledkom obrán. Príprave na svoje budúce povolanie nevenujú takmer žiadnu pozornosť a až fatalisticky prijímajú „profesionálnu cestu“ svojich predchodcov. Detský domov akoby fungoval ako subdodávateľ istým stredným školám.

(2) Druhú kategóriu sme na základe výsledkov výskumu nazvali *kategóriou vzťahov*, a ktorá odráža indikátor capability 5 (rozvoj a sloboda emócií) a indikátor 7 (afiliácia). Kategóriu vzťahov sme rozdelili na a) vzťahy k súrodencom, b) vzťahy k bio a profi rodičom a c) vzťahy k veciam.

a) V detských domovoch žijú súrodenci z mnohopočetných rodín. Často mávajú spoločnú len matku a rôznych otcov. Do detského domova sa dostávajú v rôznych etapách svojho života a ďalší súrodenec je pre nich často úplne neznámy, pretože s rodinou neudržiavajú takmer žiadny kontakt. Okrem toho, prichádzajú do domova tí súrodenci, ktorí žili s rodičmi dlhšie, než on. Vytvárajú si tu tak súrodenecké konštelácie, v ktorých súrodenci, ktorí prišli do detského domova v rovnakom čase vytvoria často dosť krutú koalíciu voči niekomu, kto príde neskôr, alebo naopak, už dlho pred nimi tam bol. Ide niekedy až o nenávisť a ubližujúce vzťahy, kedy tí „slabší“ (vekom, mentálne aj fyzicky) súrodenci sa spoja voči silnejšiemu. Na izbe napríklad dvaja súrodenci žijú spolu s tretím dieťaťom, ktoré je cudzie a súrodenec býva na inej izbe. Ak sú súrodenecké vzťahy nezvládnuteľné, niektoré dieťa pošlú bývať do iného zariadenia v inom meste, ktoré však funkčne spadá pod detský domov. Tak sa naplní aj nenaplní dikcia zákona a to, že súrodenci musia bývať spolu. Komplikáciou v súrodeneckých vzťahoch je aj spúšťač mechanizmu toho, že deti museli opustiť rodinu. Väčšinou ide o incident, ktorý spustí proces odobratia detí. Sociálnoprávna ochrana ochraňuje dieťa, tak pri epizóde, kde hrá hlavnú rolu dieťa sa dáva podnet na odobratie, čo stačí na to, aby dieťa bolo rodičmi, súrodencami, okolím označené za „identifikovaného“ člena rodiny. Rivalitu v súrodeneckých vzťahoch podporujú aj rodičia a starí rodičia, ktorí pri návštevách detí v detskom domove si berú na vychádzku len jedno, maximálne dve deti, pretože by viac nezvládli. Frekvencia návštev je však taká malá, že deti aj rodičia už zabudli, kto bol naposledy a nakoniec vždy berú to dieťa, ktoré má najmenej problémové správanie. Niekedy sa deti z profesionálnej rodiny odoberú kvôli správaniu jedného z troch súrodenčov – tí dvaja tam chceli ostať, ale museli odísť, lebo rodina sa netrhá.

b) *Vzťahy detí k biologickým a profesionálnym rodičom*

Deťom, po odobratí z domova, prípadne po príchode z návštevy doma alebo po vrátení z profesionálnej rodiny chýba systematická psychologická pomoc. Všeobecne možno konštatovať, že v zariadeniach chýba množstvo špeciálnych pedagógov, psychologov a psychoterapeutov, ako aj liečebných pedagógov. Z výpovedí detí vyplýva, že nepoznajú dôvod ich vrátenia z rodiny alebo presunu do iného detského domova. Väčšinou si samy vytvárajú chybné kognitívne schémy, ktorými by si vysvetlili „svoje“ zlyhanie. V rámci racionalizácií a silných obrán dokážu vinu „hľadať“ v objektívnych príčinách, ako napríklad že profirodičia mali dve práce, pribudlo im iné dieťa a podobne. Zo skúmaných detí iba jedno spomínalo na profirodinu rado. Chlapec hovoril, že tam síce musel veľa pracovať, ale sa aj mnoho vecí naučil a že ho to bavilo. Voči profirodičom sú deti veľmi kritické. Vlastných rodičov mali deti tendencie obraňovať argumentmi typu: majú veľa práce a nemajú čas za mnou prísť (popravde sú rodičia prevažne nezamestnaní), nemajú peniaze, majú veľa práce s domácnosťou. A to ja napriek tomu, že sú nimi neustále sklamané falošnými sľubmi o tom, že si ich vezmú domov, že im kúpia mobil, že ich vezmú na nákupy alebo do reštaurácie a podobne. Ak dieťa nežilo v rannom detstve v rodine ľahko, rýchlo a povrchne nadväzujú medziľudské vzťahy, ktoré opäť tak ľahko opúšťajú. Často menia osoby, na ktoré sa fixujú a pri najmenšom aj veľmi banálnom podnete sa odpútavajú. Pri hypotetickom vykreslení „ideálnej rodiny“ veľmi kategoricky odmietajú svojich biologických rodičov

vidieť v roli rodičov, ktorí vedú ich harmonickú rodinu. Vedia si to predstaviť, ale určite nie s vlastnými rodičmi, ani keď ich osadia do ideálnych životných podmienok. Nechceli alebo nevedeli udať dôvod, prečo nie sú schopní ich tak vnímať a to ani hypoteticky.

c) Vzťah detí k veciam má tiež svoje špecifiká. Deti proklamovali veľký význam vecí (bábika od mamy, len jeho bicykel od strýka) a napriek tomu po veľmi krátkom čase pre nich strácajú význam. Buď ich pokazia alebo nechajú pokaziť alebo ich stratia. Vzácné veci musia vidieť ostatné deti a keď zovšednia, strácajú význam, pretože ostatní už nezávidia. Vlastníctvo niečoho pre nich nemá takmer žiadny význam. A to aj napriek tomu, že zdanlivo sú naučené mať a dostať všetko od domova. Úžitkové veci, ako napríklad pyžamo, spodné oblečenie, perá a peračníky a iné si menšie deti nevyberajú samy, chodia sa nakupovať spoločne. Teda aj veci, nielen deti, vyzerajú „domovácke“ a strácajú tak osobitý význam. Nemajú reálnu predstavu o tom, že nájom a energie treba platiť – všetky deti chceli bývať v dospelosti v rodinnom dome, nie byte, lebo za byt treba platiť. Staršie deti čakajú na to, kým budú mať 15 rokov, aby mohli ísť brigádovať a kúpiť si zo zarobených peňazí to, čo chcú sami – a chcú coca-colu, sladkosti a podobné veci.

3) kategória domov, do ktorého sme zaradili čiastočné výsledky, viažuce sa k indikátoru capability č.10 a to je kontrola nad prostredím a indikátor 7 (afiliácia).

Pred deti je nejakým zvláštnym spôsobom dôležitá skutočnosť, ako dlho pracuje zamestnanec v detskom domove. Tých služobne starších akoby viac preferovali, hoci to neznamena, že ho majú radšej. Možno je za tým nejaký pocit istoty. Dôležitou osobou pre deti je nočný pracovník (striedajú sa). Trocha to evokovalo pocit, že cez deň sú tí zamestnanci v práci a na nočnú akoby prichádzali domov. Deti sa bez protestov podrobujú službám v upratovaní, ale na príprave stravy sa podieľajú skôr sporadicky – vnímajú to skôr ako príležitosť mať pracovníka počas varenia len pre seba. Od tety a vychovávateľov (tak ich volajú) dostávajú síce pokyny, ale vedia, že tí ich dôsledne neodkontrolujú. Detský domov vnímajú ako miesto, kde je veľký hluk a krik iných detí im ide na nervy. Život v ňom sa im zdá ako priveľmi organizovaný a tým aj obmedzujúci, ale prípadnú voľnosť nedokážu využiť a začnú sa obyčajne nudieť. Napriek snahám o integráciu ostávajú „domovácke“ deti izolovanou skupinkou v škole, v špeciálnej škole, na letných táboroch – všade sú zväčša len oni navzájom. Normálny domov podľa ich predstáv vyzerá tak, že žijú v rodinnom dome (za ktorý netreba platiť) a majú maximálne jedno dieťa. V žiadnom prípade do tohto ideálneho sveta nepúšťajú svojich biologických rodičov a to ani vtedy nie, ak si ich aj navonok idealizujú. Chcú všetci opustiť domov a ísť pracovať a žiť inde. Pripúšťajú návrat domov do detského domova, ale chcú prísť za svojimi kamarátmi alebo bratmi – akoby ignorovali časový faktor a chcú sa vrátiť na miesto, odkiaľ práve odídu.

4) Identita bola posledná kategória, ktorá sa týka viac menej všetkých 10 základných capabilít. Najproblematickejším sa javí absencia individuálneho prístupu k deťom. Tie vedú k slabej podpore rozvoja schopností dieťaťa, k slabej prípadne úplne zdeformovanej sebadôvere a sebavedomiu, čo logicky vedie k nízkej schopnosti sebareflexie. To všetko vedie k zvláštnemu správaniu, na ktoré deti z „normálnej“ populácie nevedia adekvátne reagovať a tak sa domovácke deti dostávajú opäť do izolácie. Deti podliehajú regresným túžbam (aby ma mama na vychádzke zobrala na ruky – 8 ročná) a správaniu, vytvárajú koalície, ktoré nevedú k progresu. Svoje osobné veci (fotografie z rodiny, listy, rodné listy a iné) majú zamknuté v skrini u sociálnej pracovníčky, pretože by ich stratili a tým ich osobná identita nadobúda identitu izby, v ktorej bývajú. Väčšina detí nie je schopná sa kotviť v pevnejších vzťahoch. Prežívanie nespracovaného smútku riešia hnevom a agresiou. Deti si nebudujú vlastnú kariéru, pasívne prijímajú svoj osud a keď dosiahnu plnoletosť, strácajú obmedzujúce istoty a nedokážu žiť vlastný život.

### **Záver a odporúčania:**

- Dieťa musí vo svojom živote zažiť fungovanie štandardnej rodiny – nemusí ich mať rád, ale musí zažiť delenie úloh a rolí v rodine, musí zažiť pocit zodpovednosti nielen za seba, ale aj za iných. Až potom je dieťa schopné vytvárať si trvalejšie vzťahy.
- Dieťa nesmie žiť v dvoch rezidenciách naraz (detský domov a internátna špeciálna škola). Tento spôsob presahuje adaptačné schopnosti každého – aj dospelého človeka a je neprípustné tomu podrobovať dieťa.
- Súrodenci, ktorí necítia z rôznych dôvodov svoju rodinnú príslušnosť, nemajú byť nútení ju prežívať, aby z toho nevychádzali pocity viny a hnevu na súrodencov. Rodinná identita by mala dostať šancu, ale nie nasilu, pretože sanovať sa dá len niečo, čo už reálne existuje.
- Podiel detí na domácich prácach by mal byť vyšší- v prípade, že zamestnanci sú zaneprázdnení, treba zapojiť dobrovoľníkov. Jednak preto, že sa nápodobou naučia fungovaniu domácnosti, ale najmä preto, že si popri práci dokážu budovať vzťahy.
- Deti musia, primerane veku, oveľa viac participovať na organizovaní svojho času, na rozhodovaní o chode domácnosti, trávení voľného času . Rozvinú a tak ich schopnosti žiť svoj vlastný život a neprepadnú v dospelosti beznádeji z toho, že nevedia žiť bez domova a potrebujú aspoň domov na pol ceste.
- Dieťa by malo dostať vzhľadom na svoje možnosti a schopnosti individuálnu starostlivosť, aby sa tak rozvinula ich osobná identita konkrétneho človeka a nie identita „domováka“.
- Prenášať na dieťa primeranú zodpovednosť za seba, svojich blízkych a svoje veci. Systematicky učiť deti rozhodovať a preberať za rozhodnutie zodpovednosť. Absencia zodpovednosti bol fenomén, ktorý ich sprevádza už z biologickej rodiny.
- Pomôcť rodičom a profi rodičom zvládať návštevy, písomné kontakty s deťmi a krátke návštevy tak, aby sa nezľakli a neprerušili kontakt s deťmi z obavy, že im deti vrátia a oni to nezvládnu.

### **Zoznam použitej literatúry**

- BECK, U., 2004. *Riziková spoločnosť: Na cestě k jiné moderně*. Praha: Slon.
- BEN-ARIEH, A., 2007. Measuring and monitoring the well-being of young children around the world. In: *Paper commissioned for the EFA Global Monitoring Report*.
- BEN-ARIEH, A., 2010. From child welfare to children well-being: The child indicators perspective. In: *From child welfare to child well-being*. Springer, Dordrecht, p. 9-22.
- BIGGERI, M., and M. SANTI, 2012. The missing dimensions of children's well-being and well-becoming in education systems: Capabilities and philosophy for children. In: *Journal of Human Development and Capabilities*, 13.3: 373-395.
- NAVRÁTILOVÁ, J., 2018. Využití capability přístupu při posouzení dětského well-beingu. In: *Czech & Slovak Social Work/Sociální Práce/Sociálna Práca*, 18.6.
- NOSÁL, I., 2002. České dětství v kontextu socialismu a post-socialismu: diskursy a reprezentace. In: *Sociální studia*, 53-75.
- NUSSBAUM, M. C., A. SEN (ed.), 1993. In: *The quality of life*. Oxford University Press.
- NUSSBAUM, M. C., 1997. Capabilities and human rights. In: *Fordham L. Rev.*, 66: 273.
- NUSSBAUM, M. C., 2000. *Women and human development*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- NUSSBAUM, M. C., 2007. *Frontiers of Justice. Disability, Nationality, Species Membership*. Cambridge, Massachusetts, London: The Belknap Press of Harvard University Press.
- O'HARA, M. et al., 2014. Well-being and well-becoming: reauthorizing the subject in incoherent times. In: *Well-being and Beyond: Broadening the public and policy discourse*, 98-122.

- SEN, A., 1993. Capability and well-being 73. In: *The quality of life*, 30.
- SEN, A., 2004. Capabilities, lists, and public reason: continuing the conversation. In: *Feminist economics*, 2004, 10.3: 77-80.
- SEN, A., 2005. Human rights and capabilities. In: *Journal of human development*, 6.2: 151-166.

**Kontakt na autorku**

*doc. PhDr. Eva Mydlíková, PhD., Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra sociálnej práce, Univerzitné nám. 1, 918 43 Trnava, 033/5939408, email: eva.mydlikova@truni.sk*

## Témy v supervízii – výzvy pre sociálnu prácu v 21. storočí<sup>2</sup> *Supervision topics – challenges for social work in the 21st century*

Ladislav Vaska (SR)

### Abstrakt

Cieľom príspevku je identifikovať najčastejšie témy, ktoré sa u supervidovaných sociálnych pracovníkov objavujú v supervízii a ktoré možno vnímať ako výzvy pre sociálnu prácu v tomto storočí. Zároveň príspevok poukazuje na význam supervízie pri riešení aktuálnych, dôležitých a často aj nových tém, problémov, resp. dilem, s ktorými sa sociálni pracovníci vo výkone sociálnej práce konfrontujú. Príspevok sa zaoberá aj kreatívnou supervíziou ako jednou z najefektívnejších a inovatívnych spôsobov prezentovania akýchkoľvek tém/problémov/dilem v práci sociálneho pracovníka a možnosťami a limitmi jej využívania v supervízii organizácie.

**Kľúčové slová:** Témy v supervízii. Supervízia. Supervízia organizácie. Sociálny pracovník. Supervízor a supervidovaný. Kreatívna supervízia.

### Abstract

The aim of the paper is to identify the most common topics which appear in supervised social workers and can be perceived as challenges for social work in this century. At the same time, the contribution points to the importance of supervision in dealing with current, important and often new topics, problems, dilemmas that social workers are presenting and which they deal with in the supervision. The contribution also deals with creative supervision as one of the most effective and innovative ways to present any topics/problems /dilemmas in the practice of social work and then possibilities and limits of his use in supervision of the organization.

**Keywords:** Supervision topics. Supervision. Supervision of the organization. Social worker. Supervisor and supervised. Creative supervision.

### Úvod

Témy v supervízii vychádzajú nielen z pracovných potrieb a problémov sociálnych pracovníkov, ale aj z ich prežívania vlastných pracovných úspechov, neúspechov, vzťahov na pracovisku a aj z cieľov a vízie organizácie. Existuje množstvo modelov a prístupov v supervízii (pozri bližšie napr. Balogová, Žiaková 2017 /eds./; Vaska 2015; 2014; Schavel et al. 2013; Havrdová, Hajný et al. 2008; Tsui 2005; Hawkins, Shohet 2004), ktoré sa venujú otázke prezentovania tém.

Pre účely príspevku však budeme vychádzať len z jedného - cyklického modelu supervízie, ktorý vypracovali Steve Page a Val Wosketová<sup>3</sup>. Tento model v sebe zahŕňa proces, funkciu, ciele a metodiku. Model je užitočný nielen pre supervízorov a terapeutov, ale aj pre ďalšie profesie. Takisto je tento model využiteľný v supervízii v sociálnej práci. Page a Wosketová (2002) uvádzajú, že model vytvárajúci jeden cyklus neznamená, že by supervízor mal systematicky a dogmaticky sledovať cyklus od prvej fázy (kontraktu) po fázu poslednú (revízia). Model by mal byť používaný priebežne a pragmaticky s vedomím, že prospech klienta je vždy na prvom mieste a jeho potreby si môžu vyžadovať, aby sa začínalo napríklad niekde uprostred cyklu.

Cyklický model má potenciál byť využívaný aj v organizácii pôsobiacej v sociálnej sfére, pretože rešpektuje všetky pravidlá, ktoré dokážu potvrdiť úspešnosť organizácie, najmä jej

---

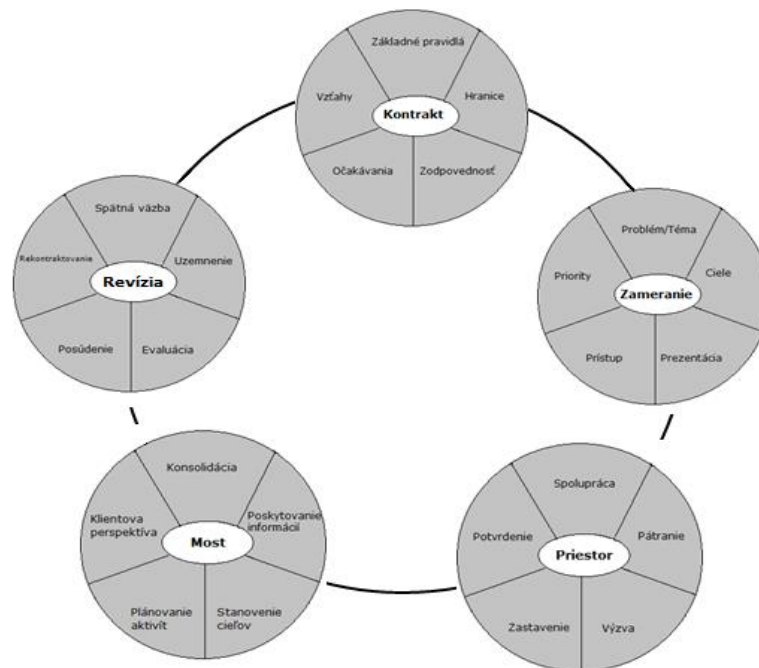
<sup>2</sup> Príspevok je publikovaný ako súčasť vedeckého projektu VEGA č. 1/0374/18 s názvom „Kreovanie modelu supervízie organizácie ako špecifickej formy v systéme supervízie v sociálnej práci“.

<sup>3</sup> Prvýkrát bol tento model publikovaný v prvom vydaní spoločnej publikácie *Supervising the Counsellor. A Cyclical Model* z roku 1994.

primárných hodnôt, ktorými sú zodpovednosť, kvalita a úspech organizácie ako celku merateľný na základe dodržiavania etických princípov<sup>4</sup>, štandardov kvality poskytovaných služieb a vždy v prospech klienta.

Cyklický model v sebe zahŕňa päť fáz: **kontrakt, zameranie, priestor, most a revíziu** (pozri Obrázok 1) tvoriacich jeden cyklus. V tejto súvislosti podľa Pagea a Wosketovej (2002) možno uviesť, že v niektorých situáciách, resp. vzhľadom k aktuálnej situácii v supervízii sa od supervízora, ale i supervidovaného vyžaduje „vstupenie“ in medias res, pretože je to v prospech očakávaného pozitívneho výsledku.

Obr. 1 Cyklický model supervízie



Zdroj: upravené podľa Page, Wosket 1994, in: Svobodová – Valášek 2002.

V súvislosti s cieľmi príspevku a vychádzajúc z vybraného modelu - ktorý sme si vytypovali z množstva existujúcich modelov supervízie - sa budeme venovať jeho druhej fáze s názvom „Zameranie“, a pre uvedenie do problematiky sa sústredíme na jeho dve sekvencie (pozri Obrázok 1 – fázu „Zameranie“), ktorými sú „Problém/téma“ a „Prezentácia“.

*Témy, problémy a dilemy* (ako prvá sekvencia tejto fázy cyklického modelu), s ktorými supervidovaný prichádza, je potrebné jasne definovať a to tak, aby sa stali predmetom hlavného záujmu a pozornosti v supervízii a boli zrozumiteľné a jasné pre obe strany. Podľa Pagea a Wosketovej (2002) táto fáza začína vtedy, keď supervidovaný prezentuje svoju tému, materiál alebo nejaký aspekt svojej práce, na ktorom chce so supervízorom pracovať a ktorý chce preskúmať. Prezentovaná téma môže byť rôzneho charakteru (pozri nižšie). Jednotlivé sekvencie potom pokračujú podľa logického postupu – po prezentovaní a podchytení témy je potrebné určiť si *cieľ* (oboch aktérov supervízie), potom nasleduje samotná (detailná) *prezentácia témy/problému* (rôznymi spôsobmi a prostredníctvom rôznych „metodických pomôcok“ – pozri viac nižšie v príspevku), *prístup k veci* (v zmysle použitých štýlov supervízie, ktoré využíva supervízor v súvislosti s reakciou na prezentovanú tému)

<sup>4</sup> Pozri bližšie *Etický kódex supervízie* - dostupný z: <https://www.prohuman.sk/socialna-praca/eticky-kodex-supervizie>

a poslednou sekvenciou sú *priority* (často sa objavuje v supervízii viac vynorených „problémov“ a je potrebné určiť a riešiť tie prioritné<sup>5</sup>).

Tému, problém, dilemu, ktorú pre svoju prácu aktéri supervízie zvolia, nemôže byť témou supervízora, ale samotného supervidovaného. Pokiaľ ale supervízor v danej situácii usúdi, že supervidovaný nie je schopný tému naformulovať, resp. sa v nej „stráca“, môže ho usmerniť a byť mu pri jej formulovaní nápomocný. Dôležité je, aby zvolená téma a jej následný rozbor bol vždy v prospech klienta, s ktorým pracuje supervidovaný, ale i v kontexte rozvoja profesionálnych kompetencií supervidovaného. Prezentácia témy znamená vo svojej podstate využitie určitého postupu, metódy alebo konkrétnej techniky supervidovaným počas jeho prezentovania témy v rámci supervízneho sedenia. Metódy a techniky ako napr. audio a video nahrávky, poznámky k prípadu, asociovanie, prípadne aj kreatívne metódy a techniky, ako je sochanie, hranie rolí, kresby, atď. môžu veľmi efektívne prispieť k dosiahnutiu cieľa a tým aj skvalitniť proces supervízie (pozri viac v inej časti príspevku).

Niekedy sa môže stať, že supervidovaný príde na supervíziu „bez témy“, s pocitom, že nemá čo „riešiť“. Téma supervízie sa často v rámci sedenia vynorí spontánne a vtedy je úlohou supervízora, aby tento proces facilitoval a vyťažil z témy čo najviac pre supervidovaného, príp. otvoril témy pre ďalšie stretnutia. Vo fáze zamerania je potrebné ustrážiť, aby témy, s ktorými sa pracuje, boli relevantné k práci, ktorú supervidovaný vykonáva.

Zameriavacia fáza je dôležitou vstupnou bránou pre jadro supervízie. Pokiaľ si supervidovaný a supervízor jasne dohodli tému, určili si cieľ a sú schopní prejsť do fázy priestoru, zameriavacia fáza splnila svoj účel.

### **Témy v supervízii**

V nasledujúcej časti príspevku sa budeme venovať najčastejšie prezentovaným témam v supervízii. Page a Wosketová (2002) za najčastejšie prezentované témy považujú témy organizačného typu, témy osobnej motivácie a témy úspechu a neúspechu. Havrdová (in: Havrdová – Hajný et al. 2008, s. 69) vytvorila nasledujúce kategórie tém pre supervíziu:

- *práca s klientmi* (prípadová supervízia),
- *sebapoňatie* (jednotlivca, skupiny, tímu) a vzťahy v organizácii,
- *štruktúra, procesy, kompetencie, role v organizácii*,
- *zlepšenie práce, zmeny, rozvoj, potreby, očakávania vo vzťahu k témam a pod.*

Vychádzajúc z výskumov autora príspevku (bližšie Vaska 2018; Vaska, Čavojská 2012; Vaska, 2008) sa pre potreby príspevku a dotvorenia lepšieho obrazu o problematike obzrieme za staršími výskumnými zisteniami. Vo výskume z roku 2008, ktorý bol venovaný študentskej supervízii sa objavili témy, ktoré študenti prichádzajú konzultovať<sup>6</sup> v rámci výkonu odbornej praxe, ktoré sa zameriavali najmä na ich pocity vlastnej nekompetentnosti, neistoty v práci (uvádzalo to až 25% respondentov). Necelých 24% respondentov zo študentských radov uvádzalo, že nevedia a nedokážu dosiahnuť stanovené ciele odbornej praxe alebo 23% ako prepojiť teóriu na prax. 27% respondentov si potrebuje verifikovať správnosť svojich postupov, 16% prichádza s témami ako skvalitniť svoju prácu a takmer 20% uvádzalo, že majú pocity vyhorenia a nevedia, ako syndrómu vyhorenia predchádzať. Nezanedbateľný je aj

<sup>5</sup> Poznámka autora – prioritnými by mali byť témy, ktoré sú akútneho charakteru, resp. sa v poslednom období objavili situácie, ktoré sociálneho pracovníka ťažia, príp. sa objavil na pracovisku konflikt alebo organizácii boli pozastavené financie z rôznych grantových schém a pod.

<sup>6</sup> Na tomto mieste je potrebné poznamenať, že vo výskume možno za supervíziu považovať na základe identifikačných znakov len niektoré stretnutia, ktoré naplnili atribúty supervízie (realizácia „reálnej“ supervízie sa objavila len u necelých 5% respondentov výskumu, čo samozrejme súvisí aj s vtedajším stavom supervízie /odbornej praxe/ vo vysokoškolskej príprave sociálnych pracovníkov a pracovníčok na Slovensku. V súčasnosti po zavedení supervízie do vysokoškolského vzdelávania /približne od roku 2009 – vzdelávatelia v sociálnej práci zavádzali supervíziu do praktickej výučby v rôznych obdobiach/ a jej postupnom rozvoji - však tento stav už nie je tak „alarmujúci“).



výsledok, ktorý ukazuje, že takmer 20% študentov nekonzultuje svoje problémy týkajúce sa výkonu odbornej praxe nikde a s nikým.

Považujeme za dôležité upozorniť aj na témy<sup>7</sup> začínajúcich sociálnych pracovníkov a pracovníčok, za ktorých okrem študentov sociálnej práce považujeme aj sociálnych pracovníkov vo výkone sociálnej práce do jedného roka od začiatku vykonávania ich profesie (pozri bližšie Vaska 2018; 2014; Vaska, Čavojská 2012; Keen et al. 2013):

- *Ako začať? Ako zrealizovať prvý kontakt s klientom?*
- *Ako mám postupovať? Čo ďalej?*
- *Ako si stanoviť ciele s klientom?*
- *Aký mám vlastne cieľ ja?*
- *Ako klásť otázky? Ako motivovať klienta k spolupráci?*
- *Postupoval som správne?*
- *Ako pracovať s celou rodinou a využívať aj iné zdroje (škola, lekár, obec..)?*
- *Ako spolupracovať s inými kolegami?*
- *Ako prezentovať svoje potreby smerom ku kolegom, vyššiemu manažmentu?*

Sociálni pracovníci sú vo svojich profesionálnych začiatkoch podľa výsledkov výskumu (Vaska, Čavojská 2012) radi, keď nemusia ako prvú absolvovať individuálnu supervíziu, pretože v nich vyvolávala rôzne obavy až strach, že budú „so svojou neschopnosťou tvrdo konfrontovaní alebo budú stredobodom pozornosti“ a preto radšej privítali buď skupinovú („môžem sa v skupine skryť“) alebo (pokiaľ pracovali na jednom prípade dvaja) tandemovú supervíziu. Dôležitú úlohu zohráva aj osobnosť supervízora a jeho rola (pozícia) v organizácii poskytujúcej supervíziu.

V súvislosti s témami objavujúcimi sa v supervízii „pokročilých“ sociálnych pracovníkov (v adiktologickej praxi) – vychádzajúc z výskumu (pozri bližšie Broža a Radimecký, in: Broža /ed./ 2009), ktorý bol zrealizovaný medzi supervízormi a poskytovateľmi služieb určených pre užívateľov drog v Českej republike – možno uviesť pre porovnanie najčastejšie témy, ktoré sa v skupinovej supervízii objavili z pohľadu supervidovaných: vzťahy v tíme (35 %), prípadová práca s klientmi (29 %), programové otázky (18 %), práca so skupinou klientov (10 %) a iné témy (8 %) a z pohľadu supervízorov: vzťahy v tíme (42 %), prípadová práca s klientmi (26 %), programové otázky (22 %), práca so skupinou klientov (2 %) a iné témy (8 %).

*Spokojnosť s riešenými témami v supervízii z pohľadu supervidovaných bola nasledovná:*

- áno (28%)
- skôr áno (50%)
- skôr nie (22%)
- nie (0%)

*Formulácia tém pre supervíziu:*

- MY („objednávka“ priamo na pracovisku) – 57%
- MY (vopred) – 20%
- MY (vopred s úlohou) – 1%
- Supervízor/ka – 20%
- Supervízor/ka (vopred) – 1%
- Supervízor/ka (vopred s úlohou) – 1%

Z pohľadu supervízorov/iek autori (tamtiež) uvádzajú témy, ktoré považujú participanti výskumu (supervízori/ky) za *reálne prezentované* (vzťahy – 42%; programové otázky – 22%;

---

<sup>7</sup> Mnohé tieto témy možno považovať za základné komunikačné zručnosti, o ktorých začínajúci sociálni pracovníci vo svojich profesionálnych začiatkoch pochybujú.

prípadová práca s klientmi – 26%; skupina klientov – 2% a iné témy 8%) a *optimálne* (vzťahy – 41%; programové otázky – 13%; prípadová práca s klientmi – 35%; skupina klientov – 5% a iné témy 6%).

Aj v aktuálne prebiehajúcom projekte VEGA (v rámci ktorého vychádza aj predmetný príspevok) participant predvýskumu uvádzali ako najčastejšie prezentované témy a dilemy (uvádzame ich v identifikovaných kategóriách):

- **Téma kompetencií** – „...v organizáciách nebývajú presne zadefinované pracovné kompetencie, počíta sa s tým, že si pomôžu, začínajúci sociálni pracovníci často riešia, či to ešte majú robiť, či to je ich náplň“ - **Dilema medzi „rád/rada pomôžem – nechcem byť zneužívaný/á“**.
- **Téma vzťahov na pracovisku** – „...sú pracovníci ktorí majú určité výhody, chodia „informovať“ vedenie...“ - **Dilema medzi asertívnym - pasívnym – agresívnym správaním, nastavenie hraníc**.
- **Téma postupov pri práci s klientom** – „...v organizácii dlhodobo zaužívané postupy, nepodporené teoreticky, pracovníčky vyštudované „veľmi dávno“ – len aby boli splnené kritériá. Začínajúci pracovníci majú nápady, chcú zmeny.“ - **Dilema zmeny – praxou osvedčených postupov**.
- **Postoj vedenia „nedá sa, nie sú financie“ a nehľadanie iných možností** – „...napríklad zamestnanecké bonusy nie finančného charakteru (využitie zariadenia, neformálne stretnutia...), nemotivujú začínajúcich pracovníkov k tomu aby zostali v zariadení.“ - **Dilema vzťahy – financie**.
- **Téma psychohygieny**<sup>8</sup> – „...v organizáciách nie sú zabezpečené podmienky na psychohygienu, často pracujú sociálni pracovníci aj vo svojom voľnom čase, resp. majú službu na telefóne, nevyčerpajú si dovolenky, príp. ich musia čerpať podľa príkazu...“ **Dilema pracovné voľno – pracovná náplň (je to ešte v mojej náplni práce?)**

V súvislosti s najčastejšie využívanými formami sociálnej práce bola identifikovaná **rozdielnosť tém** začínajúcich sociálnych pracovníkov v porovnaní s pokročilými sociálnymi pracovníkmi:

- **Individuálne supervízie:** neistota svojich kompetencií a znalostí; obavy z prijatia v tíme (v organizácii), potreba veľmi podrobného a precízneho riešenia realizovaného procesu stretnutí s klientmi (detailne krok za krokom), či všetko spravili správne (overovanie postupov); informovanie sa o ďalších možných postupoch a svojich použitých intervenciách (ako inak som to ešte mohol spraviť).
- **Skupinové supervízie** (aj v prípade supervízie organizácie) – začínajúci pracovníci skôr počívajú ako sa aktívne zapájajú (akoby nechceli „kradnúť čas“ ostatným pracovníkom). Takmer nikdy (na rozdiel od individuálnej supervízie) neprichádzajú s témami konfliktov na pracovisku, či obáv neprijatia na pracovisku. Prichádzajú najmä s témami prípadových supervízií (radšej rozoberajú klientske prípady ako vzťahy na pracovisku, neistoty ...).

Téma „vzťahy“ (v tíme, na pracovisku) patrí medzi najčastejšie témy v supervízii<sup>9</sup> a v kontexte supervízie organizácie je to jedna z najpodstatnejších tém a zistení, ktorú je

<sup>8</sup> K problematike psychohygieny a konceptu „starostlivosti o seba“ v sociálnej práci pozri viac napr. Lichner – Halachová – Lovaš (2018); Šiňanská – Kočišová (2017).

<sup>9</sup> Pozn. autora – téma „vzťahov“ na pracovisku sa menej objavuje v študentskej supervízii, čo možno interpretovať rôznymi spôsobmi (nepúšťanie študentov do vnútorných záležitostí organizácie, t. z., že ich neprijímajú ako „kolegov“, príp. ich vedome odbreňujú od vzťahových problémov na pracovisku alebo sa môže jednať v súvislosti s profesionálnym vývinom o väčšie sústredenia sa na „seba samého“ ako problémy a vzťahy v organizácii a pod.).

potrebné rešpektovať a pracovať tak na kvalitatívnej úprave vzťahov, pretože nekorektné (problémové) vzťahy na pracovisku a vo výkone profesie spôsobujú brzdu v efektívnej práci s klientom, v kvalite poskytovaných služieb a v rozvoji organizácie ako celku.

Vrátiac sa k cyklickému modelu a jeho fáze „Zameranie“ – konkrétne k sekvencii „Prezentácia témy“ – nám vyvstáva otázka, akým spôsobom je najvhodnejšie rôzne témy prezentovať, resp. ktorá téma/dilema/problém sa hodí na ten-ktorý spôsob prezentácie. Najčastejšie využívaným spôsobom prezentovania témy je ústne podanie, čiže prezentovanie témy verbálnym spôsobom a okrem bežne využíwanej verbálnej reflexie vlastnej práce sa ako efektívne „pomôcky“ (najmä technického charakteru) k tejto forme prejavu využívajú rôzne audio, video nahrávky (individuálnej, skupinovej práce s klientmi, práce s rodinou apod.), ale aj prepisy poradenských rozhovorov a pod.

V súčasnosti pri prezentovaní tém môžeme dokonca využiť pri priamej (ale i nepriamej supervízii) audiovizuálnu techniku (ako napr. skype; práca s klientom „v priamom prenose“ prostredníctvom web kamery cez rôzne sociálne siete, mobilné aplikácie a pod.). Využitie moderných technológií sa však javí ako vhodnejšie skôr pre prezentovanie klasickým, najčastejším spôsobom (prezentovania tém), t.j. verbálnym spôsobom. V supervízii, kde máme možnosť kreatívne prezentovať tému/problém však tento spôsob (cez moderné technológie) nepovažujeme za najvhodnejší najmä z dôvodu nedostatočného materiálo-technického vybavenia (napr. pri externej supervízii) miestnosti pre realizáciu supervízie, príp. aj nedostatočnej zdatnosti samotného supervízora v práci s modernými technológiami. To však neznamená, že to nie je možné. Práve prezentácia témy takýmto spôsobom môže byť atraktívna a prínosná, môže oživiť a zdynamizovať supervízny proces, pretože v súčasnosti existujú moderné technológie (interaktívneho a vizuálneho charakteru – napr. okuliare pre virtuálnu realitu, interaktívne tabule a pod.), ktoré znamenajú pre kreatívnu supervíziu skôr výzvu a zaujímavú (možno i kontroverznú) budúcnosť pre supervíziu ako takú. V našich podmienkach je to však ešte stále „hudba budúcnosti“, pretože ani vzdelávacie inštitúcie nie sú pripravené a vybavené (pre vzdelávací proces) takto pracovať s budúcimi supervízormi a neexistujú ani podobné formy ďalšieho vzdelávania (resp. sa minimálne vo vzdelávaní využívajú – často sa využíva napr. len „video-tréning“), kde by sa využívala najmodernejšia technika. Okrem toho je potrebné mať naozaj k tomuto spôsobu prezentovania tém aj vhodné a technicky vybavené miestnosti a najmä technickú zdatnosť supervízorov a jednoznačne (ak nie najdôležitejšie) aj pozitívne prijímanie takéhoto spôsobu prezentácie problému/témy/dilemy u supervidovaných - *napr. prezentovanie problémovej situácie v rodine prostredníctvom interaktívnej tabule, na ktorej bude mať možnosť supervidovaný vybrať rôzne obrázky, ktoré predstavujú jeho aktuálne vnímanie rodiny, príp. usporiadanie a elektronické „formovanie“ postáv /klientov, kolegov./ podľa svojich predstáv a pod.*

Prezentovanie témy u samotných supervidovaných je vo všeobecnosti závislé najmä od:

- atmosféry (od zloženia „skupiny“ cez priestor až po osobnosť supevizora a dôveru k nemu),
- vývojového stupňa v akom sa supervidovaní nachádzajú,
- formy supervízie,
- schopnosti kreatívne uvažovať (a vidieť v tom zmysel..),
- otvorenosti a vzťahu k novým metódam a technikám.

---

Domnievame sa, že aj neriešenie (resp. na základe výskumných zistení minimálne sa objavujúcej) tak dôležitej témy ako je: *vzťah medzi klientom a sociálnym pracovníkom* v našich podmienkach, hovorí skôr o systémových nedostatkoch, preťažnosti na pracovisku, komplikovaných vzťahoch ako o „kludnom“ pracovnom prostredí a dobrých pracovných podmienkach.

## **Kreativita (kreatívna supervízia) ako alternatívny a efektívny spôsob prezentovanie tém**

V tejto časti príspevku sa budeme stručne venovať kreatívnej supervízii ako alternatívne a efektívne spôsoby prezentovania tém. **Kreatívna supervízia** je v našom ponímaní koncept, ktorý v sebe zahŕňa využitie rôznych vyjadrovacích (niekedy aj za prítomnosti expresívnych /terapeutických/ metód<sup>10</sup>) spôsobov prezentovania, spracovania, riešenia témy/problému/dilemy, s ktorým sa aktéri supervízie stotožňujú a po súhlase oboch strán v supervízii aj systematicky pracujú. V kreatívnej supervízii sa veľmi zjednodušene povedané okrem „hovoreného slova“ využíva (aj) iný – tvorivý spôsob práce so supervidovaným na dosiahnutie cieľov (a „zákazky“) supervízie. Najdôležitejšou schopnosťou supervízora v tomto kontexte je vhodné načasovanie a výber konkrétnej kreatívnej techniky, aby supervidovaný nenadobudol pocit, že ide len o bezcieľne „lepenie“ aktivít, či nevydarenú exhibíciu supervízora.

Pod (**kreatívnu**) **supervíznou metódou** rozumieme súbor kreatívnych techník<sup>11</sup>, konkrétnych krokov využívaných v supervízii za účelom zvyšovania profesionality účastníka supervízneho procesu a iného (alternatívneho) tvorivého spôsobu pátrania a riešenia pracovných tém, dilem a problémov. Supervízna (kreatívna) metóda bude predstavovať určitý sled logických a overených tvorivých postupov/krokov, prostredníctvom ktorých sa supervidovaný snaží dosiahnuť stanované ciele vďaka sprevádzaniu v supervíznom procese kvalifikovaným supervízorom.

Za základné (všeobecné) metódy<sup>12</sup> kreatívnej supervízie možno považovať:

- **Analogické metódy** (konfigurácia supervíznej situácie netradičným spôsobom - prostredníctvom figúrok, kociek, gombíkov, kameňov, zvieratiek a pod.).
- **Exploratívne a imaginatívne metódy** (napr. brainstorming, práca s predstavami, fantáziami<sup>13</sup> a pod.).
- **Činnostné, predvážacie a úlohovo-orientované metódy** (napr. zadanie pracovnej úlohy pre supervíznu skupinu, tím; hranie rolí, sochanie, modelovanie, nácvik; zadanie „domácej úlohy“ v kontexte profesionálneho rastu atď.).
- **Expresívne metódy**<sup>14</sup> (napr. arteterapia, dramaterapia a pod.).

Kreatívne techniky v supervízii často zvyšujú efekt použitého modelu a prístupu v supervízii a najmä zvyšujú efekt uvedomenia si rôznych aspektov práce v kontexte problémov a dilem sociálnych pracovníkov, s ktorými do supervízie prichádzajú.

Vzťah ku kreativite, ale aj osobnosť supervízora (najmä jeho schopnosť vycítiť a schopnosť citlivo implementovať kreatívnu metódu/techniku do supervízneho procesu) sa javia - na základe zistení z realizovaných výskumov autora príspevku - ako dve najvýznamnejšie faktory rozhodovania, či kreatívnu supervíziu aktéri supervízie (najmä supervidovaní sociálni pracovníci) využijú alebo nevyužijú, resp. s ňou súhlasia/nesúhlasia.

<sup>10</sup> Pozri bližšie napr. Kováčová – Lištiaková /Eds./ (2015); Lahad (2000).

<sup>11</sup> **Technika kreatívnej supervízie** predstavuje konkrétny (a overený) tvorivý nástroj (aj spôsobilosť/zručnosť supervízora), ktorý slúži na dosiahnutie: a) *cieľa supervízie*, b) „aha“ efektu (pozri bližšie napr. Weld, 2012), c) *uvedomenia si určitých dôležitých situácií, problémov, zážitkov, skúsenosti (atď.)* a zároveň slúži na optimalizáciu pracovného výkonu. Kreatívnu techniku v supervízii možno chápať ako časť použitej metódy, ktorá má za cieľ zefektívňovať použitie tej metódy, pre ktorú je typická a nespochybniteľná.

<sup>12</sup> Jednotlivé metódy sa v niektorých oblastiach môžu prekrývať, napr. niektoré imaginatívne metódy (a ich techniky) sa využívajú aj v rámci použitia analogických metód, príp. sa paralelne môžu za dodržania určitých podmienok použiť aj dve metódy naraz. Niektoré techniky môžu byť súčasťou rôznych metód. Pri kategorizácii sme sa inšpirovali autormi Gabura (2018); Lištiaková – Kováčová /Eds./ (2015); Kováčová (2011); Merhautová, in Havrdová – Hajný et al. (2008); Lahad (2000).

<sup>13</sup> Využívajú sa najmä v bálintovských supervíznych skupinách.

<sup>14</sup> Pri využívaní expresívnych metód v supervízii je jednoznačne potrebné špecifické vzdelanie supervízora (napr. v arteterapii, dramaterapii a pod.).

Z pohľadu supervidovaných (vychádzajúc z výskumnej správy Vaska a Čavojskej, 2012) bolo identifikovaných niekoľko pozitív (prínosov) kreatívnej supervízie pre svoju prácu:

- *lepšia pripravenosť na klienta, získanie nových metód a techník pre svoju prácu s klientmi* (čo dosiahli najmä vďaka hraníu rolí),
- *lepšie pochopenie vzťahov a následne ich riešenie - v tíme, medzi klientom a sociálnym pracovníkom* (vďaka použitiu figúrok/postavičiek),
- *lepšia schopnosť pochopiť/vytvoriť nadhľad, iný uhol pohľadu* – vďaka sumarizácii a spísaním si myšlienok (napr. cez „nálepky“),
- *zachytenie podstaty* (cez otázky, fantázie),
- *búranie stereotypov a predsudkov* (vďaka sochaniu, modelovaniu).

Za najväčšiu prekážku z pohľadu supervidovaných možno označiť zlú skúsenosť s kreatívnou supervíziou a tým neprijemný vstup do nepoznaného v zmysle „*musím vedieť do čoho idem*“ („...supervízor predomňa položil krabicu a ja som bola mimo z toho, že si musím vybrať zvieratká..“; „...tá moja prvá skúsenosť bola taká, že boli predomňa vysypaní macíkovia a autička a hľadala som klienta a bola som úplne vydesená, že prečo..“). Ďalšou identifikovanou prekážkou využívania tvorivých metód a techník v supervízii je „*vzťah – nevzťah*“ ku kreativite (pozri bližšie Vaska, Čavojská 2012).

V tejto časti príspevku sa zameriame na zistenia predvýskumu, ktorý je súčasťou aktuálne prebiehajúceho vedeckého projektu v rámci, ktorého vzniká aj predmetný príspevok. Na základe analýzy rozhovorov so supervízormi a supervízorkami boli identifikované (pri supervízii sociálnych pracovníkov v kontexte využitia kreatívnej supervízie a v kontexte supervízie organizácie) nasledujúce prínosy:

- **efektívnosť a trvácnosť**, keď participanti uvádzali najmä to, že kreatívne metódy im pomohli získať nadhľad, príp. lepšie rozumieť, čo sa v nich deje a tým získali hodnotné zistenia pre svoju prácu s trvalejším efektom,
- **obrany a ohrozenia**, keď participanti uvádzali, že kreatívna supervízia im pomohla uvedomiť si čo im organizácia (z dôvodu jej výkonovej orientácie) „nemôže dať“ a to je – „byť sám sebou“ a preto kreativitu považujú za dobrý štart na tému obrán a ohrození,
- **pestrá kreativita**, keď participanti oceňovali rôznorodosť použitých „pomôcok“ (koláže, papieriky, zvieratká, postavičky, kocky, lopty a pod.) - je preto potrebné disponovať dostatočným repertoárom kreatívnych techník aj pomôcok pre kreatívnu supervíziu,
- **správne načasovanie**, keď participanti oceňovali svoju schopnosť byť citlivý na optimálny vstup a ponuku kreatívnej metódy a techniky vtedy, keď si to situácia vyžaduje (väčšinou po prezentovaní témy),
- **citlivosť na supervidovaných**, keď participanti výskumu uvádzali, že je rozdiel v použití kreatívnej metódy a techniky pri začínajúcich sociálnych pracovníkoch a pri pokročilých sociálnych pracovníkoch (viac sú otvorení novým, aj kreatívnym metódam a technikám začínajúci sociálni pracovníci).

## Záver

Na základe vyššie uvedených vybraných výskumných zistení, doterajšieho teoretického rozpracovania riešenej problematiky a zároveň výstupov z aktuálne prebiehajúceho projektu autora príspevku možno záverom vo všeobecnosti konštatovať, že témy supervízie sú závislé od aktuálneho stavu sociálnej práce a aktuálnych otázok, ktoré sociálni/e pracovníčky vo svojej práci reálne zažívajú a následne v supervízii „otvárajú“ ako tému. Dôležité je, aby supervízori a supervízorky nikdy nepodcenili žiadnu tému supervidovaných a podporili ich v prezentovaní aj „na prvý pohľad“ neatraktívnej, resp. z pohľadu supervidovaného

nevhodnej témy do supervízie. Zároveň v závere považujeme za dôležité upriamiť pozornosť aj na to, aby začínajúci sociálni pracovníci/čky mali vo svojich profesionálnych začiatkoch tzv. „nulté supervízie“, ktoré sú charakteristické tým, že sa v nich „rieši príprava na prvý kontakt s klientom“ a po druhé aby v organizáciách existoval adaptačný program, pretože často dochádza k *stereotypizácii* nových (začínajúcich) pracovníkov a v niektorých prípadoch aj k „*udupaniam*“ (v zmysle „*nebud' aktívny*“, „*nezavádzaj nové spôsoby práce*“, „*nebud' tak tvorivý*“, „*počúvaj skúsenejších*“, „*my to vieme lepšie, toto sa nám totiž za tie roky osvedčilo..*“) pracovne staršími zamestnancami - kolegami.

V ostatných rokoch sa v supervíziách podľa supervízorov a supervízoriek objavujú častejšie **špecifické témy pre supervíziu** ako napr. *bezpečnosť* (nebezpečné situácie pri práci s ľuďmi pracujúcimi v pouličnom sex-biznise, po výkone trestu<sup>15</sup>, napadnutie klientom..) a *nezmyselnosť niektorých foriem* (najmä skupinovej) supervízie v niektorých organizáciách, najmä v takých, ktoré svojou podstatou nedokážu vytvoriť slobodný priestor pre vyjadrenie reálneho stavu prežívania a výkonu pracovných povinností (odvolávanie sa na zákaz hovoriť o klientoch z dôvodu mlčanlivosti a GDPR a pod.<sup>16</sup>). Ďalej sú to témy ako *práca v nedôstojných (až „hrozných“) podmienkach* a témy *systemových nedostatkov*, resp. nejasností/rozporov s poslaním supervízie - napr. „*rozkaz*“ zúčastniť sa /a tým aj realizovať/ supervízie a povinná účasť na supervíziách (napr. v totálnych inštitúciách, ale aj v „bežných“ organizáciách, pretože je supervízia v SR na základe platnej legislatívy povinná). Nezanedbateľné témy sú aj *témy porušovania pracovných zmlúv*, resp. nedostatočne spracovaných pracovných náplní a tým vyplývajúcich strachov z konfrontácie s vedením organizácie (napr. nezaplatená práca navyše, služobné telefonáty mimo pracovnej doby a v tom čase očakávané intervencie, nemožnosť dočerpať dovolenky a ich nepreplatenie) a obavy z následnej výpovede.

V kontexte supervízie organizácie nemožno ešte opomenúť otázku prezentovania svojich potrieb, problémov a dilem smerom k vyššiemu manažmentu („*nikto nás nepočúva*“), a tým naplniť v supervízii jej mediačnú funkciu (pozri bližšie napr. Wonnacott 2012; Vaska 2014).

Ak sa pozrieme na problematiku prizmu kreatívnej supervízie (v kontexte supervízie organizácie), tak supervízia organizácie<sup>17</sup> by mala prostredníctvom svojho pôsobenia zaisťovať primárne čo najkvalitnejšie služby pre klienta a umožniť organizácii vyjasniť si svoje poslanie a účinnejšie využívanie zdrojov. Medzi ďalšie ciele supervízie organizácie podľa Gaburu (2018) patrí aj identifikácia a optimalizovanie vízie organizácie, možnosti jej ďalšieho rozvoja, inovácie procesov, efektívnejšie využívanie profesionálnych kompetencií pracovníkov, konkrétny proces riadenia zmeny a zároveň autor (tamtiež) poukazuje na jej finálny cieľ, ktorým je vytvorenie optimálnych podmienok v organizácii, ktoré pozitívne ovplyvnia kvalitu života klienta a jeho spokojnosť.

Na naplnenie týchto cieľov je možné využívať aj kreatívnu supervíziu, no aj na základe vyššie uvedených diskurzov vychádzajúc z výskumných zistení možno konštatovať, že organizácia

---

<sup>15</sup> Pozri bližšie k sociálnej práci s ľuďmi po výkone trestu publikáciu autorky Kleskeň (2016) a k „špecifickým supervíziám“ napr. Vaska – Čavojská – Baťová (2012).

<sup>16</sup> Pozn. autora - v supervízii nehovoríme priamo o klientoch a ich osobných „údajoch a životných peripetiách“, ale o tom ako pracujeme s klientom a čo pri tom ako sociálni pracovníci prežívame, aké metódy a techniky práce pri riešení klientovej náročnej životnej situácie používame, preferujeme (atď.). Témy v supervízii sú vždy prezentované v pracovnom kontexte – čiže sústredíme supervíziu na: „ja ako sociálny pracovník“ a „ja vo výkone sociálnej práce“. Témy „o klientoch“ sa prezentujú spôsobom, ktorým nie sú klienti a ich rodiny identifikovateľní, resp. focus je na živú zdieľanú skúsenosť z práce s klientom za dodržania etického kódexu supervízie a sociálnej práce. Zároveň, ak je to za istých okolností potrebné (príp. prichádzame do supervízie s video nahrávkou alebo sa jedná o priamu supervíziu a pod.), tak klient vždy vyjadrí súhlas s použitím nahrávky za účelom supervízie, príp. súhlas s účasťou supervízora na poradenskom procese a pod.

<sup>17</sup> Pozri bližšie k problematike napr. Gabura (2018); Wonnacott (2012); Havrdová a kol. (2011); Hardová – Hajný et al. (2008); Hawkins – Shohet (2004).

(a jej manažment) má minimálny vplyv na využívanie kreatívnych metód a techník v súvislosti so spôsobom prezentovania rôznych tém v supervízii. Je najmä na supervízorovi, či takýto spôsob prezentácie (po dohode so supervidovaným) témy využije. Za dôležité možno považovať nasledujúce faktory a podmienky:

- vhodnosť podmienok pre realizáciu supervízie (resp. vytvorenie vhodných podmienok) – *od finančných, priestorových až po časové*, a tým vhodných podmienok pre prezentáciu témy,
- účasť (a umožnenie účasti zamestnancom) na supervízii len v pracovnej dobe,
- zabezpečenie kvalifikovaného, skúseného, kreatívneho a pripraveného supervízora,
- vytvorenie kvalitného supervízneho plánu (programu) pre celú organizáciu (za účasti všetkých zložiek, resp. zástupcov jednotlivých oddelení, tímov, skupín a pod.),
- schopnosť zavádzať tvorivé a inovatívne metódy práce (aj kreatívnu supervíziu).

Za diskusiu stojí aj otázka (na základe objavovania sa špecifických tém v supervízii) zameranie supervízora – je postačujúce pre realizáciu supervízie a riešenia špecifických tém „všeobecné“ vzdelanie supervízora alebo by mal mať špecifické vedomosti (či minimálne pôsobiť v oblasti praxe, ktorú aj supervídzuje) pre realizáciu supervízie? Z toho vyplýva ďalšia otázka, či reagujú vzdelávatelia v supervízii na potreby „supervízneho trhu“ a potreby organizácie (a ich špecifiká)? A poslednou dilemou v súvislosti „s moderným prezentovaním tém“ - je technické vybavenie v prípade použitia moderných technológií pri kreatívnej supervízii v organizáciách, príp. priamo v poradni/kancelárii supervízora. Otázne je, či sme na to odborne, technicky, organizačne a priestorovo dostatočne pripravení – tak ako supervízori, tak aj organizácie, kde sa supervízia realizuje..

Pre rozvoj supervízie ako takej, ale aj rozvoj organizácie ako celku, ktorá má svoje ciele a vízie je prinášanie nových metód práce pre prezentáciu rôznorodých tém nevyhnutné. Prezentovanie tém prostredníctvom kreatívnej supervízie môže priniesť hlbší prienik do funkčnosti organizácie, identifikovať rezervy v poskytovaní kvalitných služieb pre klienta, objaviť a pracovať s etickými dilemami a tým naštartovať nevyhnutné procesy zmien a dosiahnuť najvyšší cieľ organizácie, ktorým je poskytovanie kvalitných služieb a spokojnosť jej zamestnancov a klientov.

### **Zoznam použitej literatúry**

BALOGOVIÁ, B. a E. ŽIAKOVÁ (eds.), 2017. *Vademecum sociálnej práce. Terminologický slovník*. Košice: Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach. ISBN 978-80-8152-483-7.

VASKA, L., K. ČAVOJSKÁ a K. BAŤOVÁ, 2012. Špecifiká supervízie pomáhajúcich profesionálov pracujúcich s ľuďmi po výkone trestu. In *Sociální práce/Sociálna práca*. Roč. 12, č. 2, s. 26-28. ISSN 1213-6204.

Etický kódex supervízie. *Prohuman: Vedecko-odborný interdisciplinárny recenzovaný časopis, zameraný na oblasť spoločenských, sociálnych a humanitných vied* [online]. 28 máj 2018 [cit. 2018-09-04]. Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/socialna-praca/eticky-kodex-supervizie>

GABURA, J., 2018. *Supervízia v pomáhajúcich profesiách*. Nitra: FSVaZ UKF v Nitre. ISBN 978-80-558-1260-1.

HAVRDOVÁ, Z. a kol., 2011. *Kultura organizace a supervize ve vzájemném působení*. Praha: FHS UK v Praze. ISBN 978-80-87398-14-2.

HAVRDOVÁ, Z., M. HAJNÝ et al., 2008. *Praktická supervize*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-532

HAWKINS, P. a R. SHOHET, 2004. *Supervízia v pomáhajúcich profesiách*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-715-9.

- KEEN, S., K. BROWN, J. PARKER, I. GRAY, D. GALPIN (Eds.), 2013. *Newly-Qualified Social Workers. A Practice Guide to the Assessed and Supported Year in Employment*. London: Learning Matters. ISBN 978-0-85725-923-3.
- KLESKEŇ, L., 2016. *Sociálna práca s obvinenými, odsúdenými a prepustenými*. Bratislava: Iris. 978-80-89726-56-1.
- KOVÁČOVÁ, B., 2011. *Vývinovo orientovaná dramaterapia. Možnosti a limity vo výchove a včasnej intervencii*. Bratislava: MUSICA LITURGICA. ISBN 978-80-970418-1-6.
- LAHAD, M., 2000. *Creative Supervision: The Use of Expressive Arts Methods in Supervision and Self-Supervision*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 978-1-85302-828-1.
- LICHNER, V., M. HALACHOVÁ a L. LOVAŠ, 2018. The Concept of Self-Care, Work Engagement, and Burnout Syndrome among Slovak Social Workers. In *Sociální práce/Sociálna práca*. ERIS Journal – Summer 2018. English edition of the Czech and Slovak Social work. Volume 18 (4/2018), s. 62-75. ISSN 1805-885X (Online).
- LIŠTIAKOVÁ, I., B. KOVÁČOVÁ (Eds.), 2015. *Expresívne terapie vo vedách o človeku*. Bratislava: UK v Bratislave. ISBN 978-80-223-3914-8.
- PAGE, S. a V. WOSKET, 2002. In *Úvod do supervízie. Cyklický model. Za použitia knihy: Steve Page a Val Wosket. Supervising the Counsellor/A Cyclical Model (New York, 1994)*. Preložila a edične upravila: Petra Svobodová. Tišňov: Sdružení SCAN. ISBN 80-86620-00-X.
- SCHAVEL, M., 2013. *Základy supervízie v sociálnej práci*. In SCHAVEL, M., HUNYADIOVÁ, S., KUZYŠIN, B. *Supervízia v sociálnej práci. Teória, prax a výskum*. Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce. ISBN 978-80-971445-0-0.
- ŠIŇANSKÁ, K. a A. KOČISOVÁ, 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.
- TSUI, M.-S., 2005. *Social Work Supervision. Contexts and Concepts*. California: SAGE Publications, Inc. ISBN 0-7619-1767-5.
- VASKA, L., 2018. *Možnosti a limity využitia supervízie pre začínajúcich sociálnych pracovníkov v sociálnych organizáciách na Slovensku*. In SCHAVEL, M., B. KUZYŠIN, S. HUNYADIOVÁ (eds.), 2018. *Podoby supervízie a prevencia syndrómu vyhorenia*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, s. 85-98. ISBN 978-80-8132-193-1.
- VASKA, L., 2015. *Študentská supervízia a praktické vzdelávanie v sociálnej práci*. Bratislava: Iris. ISBN 978-80-89726-49-3.
- VASKA, L., 2014. *Teoretické aspekty supervízie začínajúcich sociálnych pracovníkov*. Bratislava: Iris. ISBN 978-80-89726-23-3.
- VASKA, L. a K. ČAVOJSKÁ, 2012. *Supervízia u začínajúcich profesionálov vo výkone sociálnej práce. Výskumná správa*. Bratislava: Iris. ISBN 978-80-89238-72-9.
- WELD, N., 2012. *A Practical Guide to Transformative Supervision for the Helping Professions*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 978-1-84905-254-2.
- WONNACOTT, J., 2012. *Mastering Social Work Supervision*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 978-1-84905-177-4.

### **Kontakt na autora**

doc. PhDr. Ladislav Vaska, PhD., Katedra sociálnej práce, Pedagogická fakulta UMB v Banskej Bystrici, Ružová 13, 974 11 Banská Bystrica, email: [ladislav.vaska@umb.sk](mailto:ladislav.vaska@umb.sk); Katedra sociální práce, Fakulta sociálně ekonomická UJEP v Ústí nad Labem, Pasteurova 3544/1, 400 96 Ústí nad Labem /ČR/, email: [ladislav.vaska@ujep.cz](mailto:ladislav.vaska@ujep.cz)



# Výtvarná expresia ako zdroj sociálnej interakcie v preventívnych programoch

*Art expression as a source of social interaction in preventive programs*

*Monika Piliarová (SR), Soňa Lovašová (SR)*

## Abstrakt

Cieľom príspevku je ponúknuť výtvarnú expresiu skupinových aktivít ako zdroj sociálnej interakcie v preventívnych programoch. Prax ukazuje, že je to možné a ba priam nevyhnutné. Spoločné aktivity, pravidelne sa opakujúca činnosť nám prináša spokojnosť, na jednej strane znižujú napätie, vplyvom vyplavujúcich sa hormónov a na druhej strane prináša mnoho nových vzťahových interakcií, kedy členovia skupiny tvoria pre druhých, vymieňajú si skúsenosti, inšpirujú sa, učia sa. Ide o spôsob komunikácie a interakcie, ktorý poskytuje odklon od tlaku na výkon, od toho čo musíme robiť, k tomu čo nás teší. Vystúpiť zo skupiny a urobiť niečo, čo sa vymyká správaniu väčšiny, je náročné. Výtvarná expresia poskytuje priestor pre vyjadrenie prirodzenej predstavivosti, fantázie a zlepšuje neverbálne komunikačné spôsobilosti, podporuje skupinovú kohéziu a citlivosť voči druhým, na ktorých rozvoj sa preventívne programy zameriavajú.

**Kľúčové slová:** Výtvarná expresia. Prevencia. Sociálna interakcia.

## Abstract

The aim of the contribution is to offer an expression of group activities as a source of social interaction in preventive programs. Practice shows that it is possible and directly necessary. Common activities, regular repetitive action bring us satisfaction on the one hand, decrease tension, the effects of leaking hormones and, on the other hand, bring many new interactions where group members make up for others, share experiences, inspire and learn. It is a way of communication and interaction, which provides a shift from pressure to performance, from what we have to do to what we are enjoying. Getting out of the group and doing something out of the majority's behavior is demanding. Art expression provides space for expression of natural imagination, fantasy and improves non-verbal communication skills, promotes group cohesion and sensitivity to others whose development is focused on preventive programs.

**Keywords:** Art expression. Prevention. Social interaction.

## Úvod

Predchádzať problémom je oveľa efektívnejšie a jednoduchšie, ako odstraňovať ich negatívne dôsledky. Najefektívnejším spôsobom boja proti sociálno-patologickým javom je práve prevencia. Náplňou našej práce by mala byť nielen pomoc v oblastiach, v ktorých jedinec zlyháva, ale aj jeho podpora zatiaľ v neproblémových oblastiach života. V súčasnosti zvyšovanie kvality života klientov naberá stále väčší dôraz. Denne sme konfrontovaní s ľuďmi, ktorým prináša ochorenie rôzne zmeny do života, s ktorými sa musia vedieť vysporiadať a naučiť žiť nielen oni samotní, ale aj ich rodiny.

Spokojnosť a vyváženosť života úzko súvisí s rovnováhou medzi kreativitou a racionalitou. Komunikácia zameraná len na slovné pomenovanie vedie k myšlienkovým stereotypom, kognitívnym omylom a istej nepružnosti v názoroch. V komunikácii umením sa kladie hlavný dôraz na kreativitu a na liečebný potenciál tvorivej činnosti v znižovaní negatívneho premietania a posilňovaní odolnosti jednotlivcov. Arteterapeutické aktivity skupinovú formou sú zamerané na sebaopoznanie, sebavnímanie a sebaakceptovanie.

Sociálna práca je súčasťou štátom organizovaného a zabezpečovaného systému redistribúcie tovaru a služieb. Jeho cieľom je uspokojovať sociálne potreby klientov

a zabezpečovať kontrolu, prípadne zmeny správania, ktoré sú považované za sociálne problematické alebo deviantné. (Matoušek, Kolačková, Kodymová 2005)

Všeobecne možno sociálnu prácu označiť ako disciplínu zameriavajúcu sa na riešenie ľudských problémov. V rámci svojej praxi vychádza z obdobného základu ako psychológia. Oba vedné odbory pracujú so správaním ľudí, teda s interakčnými charakteristikami. Oba vedné odbory pracujú so správaním ľudí, teda s interakčnými charakteristikami. Psychológia sa viac zameriava na individuálne správanie a sociálna práca viac smeruje k podpore a obnove sociálneho fungovania. Tak môže byť psychológia so svojimi poznatkami nápomocná vo vzťahu k pochopeniu osobnosti klienta a jeho správania. Za spoločný bod možno označiť i myšlienkové procesy a emočné prežívanie klienta.

Človek je schopný kvalitne existovať iba ako člen skupiny a väčšinou patrí k viacerým skupinám súčasne. V priebehu celého života prechádza rôznymi skupinami, ktoré môžu byť uzatvorené, otvorené a vzájomne sa prelínajúce. Ľudia majú potrebu dorozumieť sa, túžia prijímať a cítiť, že sú prijímaní. A tak sa učia načúvať i vyjadrovať, tolerovať, rešpektovať, ale tiež určovať hranice a obhajovať to, čo je pre nich dôležité. Učia sa porozumieť sebe i druhým, hľadať vhodné riešenia konfliktov, učiť sa nachádzať také spôsoby, aby ich osobné potreby a záujmy neboli v rozpore so záujmami skupiny, do ktorej patria. (Matoušek, Kolačková, Kodymová 2005)

Expresívne prístupy sú integratívnym multimodálnym prístupom, ktorý kladie dôraz na liečivé aspekty tvorivého procesu. Umenie by malo byť terapiou spoločnosti, preto je dôležité, aby sme sa s umením stretávali v kvalitnej receptívnej forme, aby mohlo poskytovať svoje terapeutické obsahy (Ameln-Haffke 2015). Ak berieme do úvahy terapeutickú paradigmu sociálnej práce Payne (2015) prostriedkom zabezpečenia psychosociálnej pohody je podpora a uľahčovanie rozvoja klientskych skupín, proces interakcie je považovaný za tvorivý.

Umenie je klam, ktorý hovorí o pravde, prehlásil jeden z najväčších umelcov v histórii P. Picasso. Dá sa povedať, že reč umenia je často obrazná. Nesie v sebe skryté významy, ktoré metaforicky rozprávajú svoje poslanstvo druhým ľuďom. Umenie disponuje silou, ktorá môže diváka hlboko zasiahnuť, ovplyvniť ho, iniciovať zmeny v jeho životných postojoch, môže napríklad sprostredkovať etiku a morálku spôsobom, ktorý tým, že je podaný metaforickou, obraznou rečou, je účinnejší ako príkazy a zdôvodnenie spočívajúce v racionálnych argumentoch. Žijeme v dobe devalvácie slov. Často i veľké, krásne vyslovené city, hlboké myšlienky nakoniec vyznievajú nepresvedčivo a smiešne. Verbálna komunikácia často zlyháva. (Šicková – Fabrici 2002)

Korene práce s umeleckým vyjadrovaním a využívaním umenia v prístupoch sociálnej a psychologickkej práce siahajú do 18. a 19. storočia. Umenie sa od počiatkov využívalo v prospech zdravia ľudí, ako o špecifickom vednom odbore sa uvažuje až koncom 19. storočia. V USA pojem zaviedla v odbornej terminológii Naumburgová (in: Potměšilová, Sobková 2012) a od roku 1940 sa využíva i v Európe. 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.

O umení môžeme tvrdiť, že slúži cieľom, ktoré ho presahujú. Tento výrok apeluje na zodpovednosť umelcov a umenia za stav spoločnosti a hovorí, že arteterapia je aplikované umenie. Umenie zahŕňa sociálny a terapeutický potenciál – umenie pre človeka a umenie pre zdravie. Je samozrejmé, že to nie je jediný možný pohľad na umenie. (Šicková – Fabrici 2002)

Hartl, Hartlová (2010) definujú arteterapiu v psychologickom slovníku ako využívanie umenia, hlavne kreslenia a maliarskych prejavov pre terapeutické účely, pomáha k určeniu diagnózy i k liečebným účelom. Matoušek ju v slovníku sociálnej práce (2008) vymedzuje

využívaním expresie v terapii, najčastejšie formou výtvarných aktivít u mnohých typov klientov.

Ventilácia, kanalizácia sú výrazy, ktoré arteterapeuti používajú v súvislosti s mechanizmami prítomnými v arteterapeutickom procese. Predstavme si mesto, ktoré malo pôvodne dômyselnú sieť kanálov, ktoré však boli v priebehu rokov zasypané kameňmi, zanesené špinou. Jedného dňa prišla nečakaná búrka spojená s veľkým prívalom vody. Nefunkčná kanalizácia neodvádzala vodu z ulíc, a tak príval stúpala a ničil všetko, čo mu stálo v ceste. Pritom stačilo včas vyčistiť a uvoľniť kanály, ktoré boli zanesené a voda nemusela spôsobiť škody. Tento príklad môže byť obrazom konzumného pasívneho, netvoriaceho, duševne oplošteného človeka, ktorý zasypal staré kanály a cestičky, nazývané v tomto kontexte umelecká činnosť, umenie alebo senzitivita a kreativita. Arteterapia sa zrodila i z túžby vrátiť umenie, tvorivosť do života človeka, a tak mu pomôcť prekonať mnohé nepriaznivé okolnosti. (Šicková – Fabrici 2002)

Pri práci s klientom arteterapeut využíva predovšetkým výtvarný prejav a tvorivý proces, ako hlavný prostriedok k ovplyvneniu jeho psychického stavu (Vybíral, Roubaleds., 2010). Výtvarnými aktivitami sa arteterapeut snaží pomôcť klientovi, aby sa pozitívne vyvíjal. Zadáva konkrétny námet, vedie klienta k dosiahnutiu náhľadu, pochopeniu problému. Pomáha rozvíjať poznanie a stimuluje kognitívne procesy v tvorivej činnosti. Komplexne arteterapia je psychoterapeutická a psychodiagnostická disciplína, využívajúca k liečebným cieľom umelecké formy a prostriedky. (Šrobárová 2011; Kantor 2016)

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). Expresívne metódy zahŕňajú spôsob liečby sebaujadrením, sebareflexným správaním, uvoľnením, podporou a podnecovaním tvorivých, hlavne umeleckých aktivít, a to ako verbálnych dramaterapiu, biblioterapiu, poetoterapiu, tak i neverbálnych – arteterapia, pohybová a tanečná terapia. Expresívne prístupy majú blízko k edukácii (Zicha 2013).

V zákone č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách nachádzame pojem arteterapia v znení „*Ak má poskytovateľ sociálnej služby na to vytvorené podmienky, môže vykonávať na účel zvýšenia kvality poskytovanej sociálnej služby muzikoterapiu, arteterapiu, hipoterapiu, canisterapiu, biblioterapiu, hydroterapiu, aromaterapiu a činnosťnú terapiu.*“

Arteterapia je pomerne mladá disciplína. Myšlienka terapeutického využitia výtvarnej produkcie vznikla na základe záujmu odborníkov o tvorbu duševne chorých. Boli určené dve zásady skúmania výtvarného výrazu duševne chorých a to, že duševne chorí maľujú inak ako zdraví a charakter ich výtvarnej tvorby sa mení podľa druhu a vývoja choroby. (Šicková – Fabrici 2002)

Zariadenia sociálnych služieb poskytujú arteterapiu a voľnočasové tvorivé aktivity. Potrebné je vzdelanie sociálnych pracovníkov v oblasti umeleckých terapií ako je arteterapia, aby mohli vykonávať tieto psychoterapeutické techniky v praxi. (Malček 2015)

Sociálni pracovníci ako profesná skupina zdieľajú spoločné hodnoty, ktoré sú obsiahnuté v etickom kódexe. V sociálnej práci sú hodnoty dôležité z viacerých dôvodov. Určujú povahu sociálnej práce i povahu vzťahu medzi sociálnym pracovníkom a klientom, kolegami i širšou spoločnosťou. Na hodnotách sú založené i princípy práce s klientmi. Pre prácu s klientom je dôležité dohodnúť sa s klientom, pochopiť čo potrebuje, odhadnúť do akej miery je otvorený, nakoľko je schopný dôvery a spolupráce. Pre ľudí je dôležité dorozumievanie sa prostredníctvom slov, verbálny kontakt, rozhovor. Rovnako bežná je i mimoslovná komunikácia, neverbálna. (Matoušek, Kolačková, Kodymová 2005)

Pre prácu s ľuďmi v skupinách (sociálna práca so skupinou) sa v teórii a v praxi používa niekoľko termínov. Spoločným znakom je skupinová skúsenosť členov ako nositeľ zmeny. Skupinová skúsenosť má pomôcť predchádzať sociálnym problémom, podporiť zaradenie členov skupiny do bežného života, povzbudiť ich občiansku participáciu a

zodpovednosť v spoločenských aktivitách. Skupina sa tu chápe ako cielene volený nástroj zmeny, namiesto predvolených konštelácií. (Matoušek a kol. 2013)

Zásadnou a nezastupiteľnou súčasťou sociálnej práce je skupinová prax. Poskytuje niektoré možnosti, ktoré individuálna práca s klientom nemôže poskytnúť. Skupinová dynamika ako podstatný faktor skupinovej práce aktivizuje energiu, tvorivosť a odvahu k zmene, ktorá musí nastať, aby sa zlepšili podmienky klienta (člena skupiny), a či ide buď o podmienky vnútorné, vonkajšie alebo obe. Sociálni pracovníci sa podieľajú na vedení podporných alebo vzdelávacích skupín zameraných na dosiahnutie sociálnych cieľov, môžu viesť terapeutické skupiny alebo riadiť rekreačné, či pracovné skupiny. Môžu tiež pôsobiť ako vedúci alebo členovia multidisciplinárnych tímov alebo komisií. Poskytujú konzultácie vedúcim pracovníkom komunit alebo svojpomocných skupín. (Matoušek, Kolačková, Kodymová 2005)

Sociálna práca sa snaží o prevenciu sociálneho zlyhania ako i o zlepšenie nepriaznivej situácie klientov spôsobmi a intervenciami, podporujúcimi dôveru klienta v seba a rozvoj zručností potrebných pre zvládnutie špecifickej životnej situácie (Baštecká 2009).

Pri uvažovaní o modernej koncepcii sociálnej práce z pohľadu arteterapie, by sme sociálnu prácu mohli charakterizovať ako odbor, ktorý využíva metódy pomáhajúcich disciplín plniť svoje poslanie. V tomto zmysle je sociálna práca charakterizovaná ako priamy, zámerný a pripravený kontakt sociálneho pracovníka pri riešení problémov jednotlivca, skupiny, komunity (Malček 2017). Metódy práce s klientom, ktoré si volí sociálny pracovník sú ovplyvnené rôznymi faktormi, ako napr. miesto výkonu práce a samotná cieľová skupina.

Skupiny poskytujú priestor pre výmenu názorov a myšlienok i pre vytváranie nových možností na riešenie problémov. V skupine ľudia získavajú nové skúsenosti a učia sa prijateľnejším spôsobom chovania. Skupina je navyše vhodným terénom na testovanie a doladovanie týchto nových osvojených spôsobov. V kontexte nových vzájomných vzťahov sa otvára možnosť nových rozhládov na premenlivé aspekty mimo skupinového sveta. Skupiny sú prirodzeným kontextom pre mnohé denné aktivity a významne ovplyvňujú myslenie, cítenie a jednanie svojich členov. (Matoušek, Kolačková, Kodymová 2005)

Veľkosť skupiny v arteterapeutickej praxi ideálom sa ukazuje 15-20 členov, aby sa v nej mohli rozvíjať dialógy a dynamika sociálnych vzťahov. Základné a typické usporiadanie je kruhové. Kruh vytvára hranicu medzi svetom výrazovej aktivity a vonkajšou realitou, kruh je i symbolom rovnosti medzi ľuďmi, má teda i symbolický význam. Kruh sa i účelovo rozpadá do dvojíc, do individuálnej práce s následným návratom a reflexiou. (Slavíková, Slavík, Eliášová 2015; Liebmann 1994)

Sociálna práca so skupinou je druh formujúceho procesu uskutočňovaného v záujmových skupinách, vo voľnom čase účastníkov za účasti „vedúceho“. Cieľom skupiny je vzrast a rozvoj členov prostredníctvom využitia skúseností skupiny, alebo využitia pomoci skupiny k dosiahnutiu svojich životných cieľov. Je to predovšetkým metóda rozvoja osobnosti, pri ktorej skupina predstavuje hlavný nástroj. Cieľom je zlepšenie individuálnej kvality života prostredníctvom účasti v skupine, diferencovane, v súlade s potrebami skupiny. (Lovašová 2016)

Skupiny môžu byť účinnou silou k dosiahnutiu individuálnych i spoločenských zmien, pretože ľudia sú schopní lepšie dodržiavať skupinové pravidlá, pevnejšie dodržiavať víziu cieľa a pohotovejšie i formulovať, keď sú ostatnými usmerňovaní a podporovaní. Skúsenosti jednotlivých členov spolu so skupinovými procesmi sú zdrojom sily skupiny. Vôľa k vzájomnej pomoci, ohľaduplnosť a láskavosť, ktoré sa v skupine rozvíjajú, rovnako ako podnety, ktoré poskytujú jedni druhým, posilňujú motiváciu členov k aktívnej práci a k ich seberealizácii. (Matoušek, Kolačková, Kodymová 2005)

Stáva sa, že súčasný človek pochybuje o liečivých účinkoch umenia alebo je k nim skeptický, pretože sú ťažšie vedecky dokázateľné akceptovateľnou formou. Argument túžby

človeka po vlastnej výtvarnej reflexii v extrémnych, ba až hraničných, život ohrozujúcich podmienkach je však nemalým dôkazom jeho terapeutickedy sily. Vo výtvarnej reflexii dieťaťa sú neopakovateľne integrované jeho fyzické, emocionálne, perceptívne a kreatívne potenciály. Tento integrujúci, stmelujúci aspekt výtvarnej umeleckedy tvorby na nesmierny dosah do jednoty celej osobnosti, je nosným princípom arteterapie. Tvorba výtvarného diela môže zohrať integrujúcu úlohu v oblasti medziľudských vzťahov a sociálnych skupín. (Šicková – Fabrici 2002)

Tvorivý môže byť každý človek, tvorivá činnosť sa môže prejaviť v každej činnosti, hoci nie každá činnosť poskytuje rovnaké možnosti pre tvorivosť. Tvorivosť je cvičiteľná funkcia, dá sa rozvíjať. Je to „ťažká práca“, lebo človek musí najskôr veľa vedieť a mnoho premýšľať, aby vytvoril nový, originálny a hodnotný produkt. (Zelina 1996)

Na základe skúseností z realizácie skupinových výtvarných aktivít v rôznom prostredí sú spracované a odporúčané nasledujúce princípy a zásady (Běhounková 2010; Kantor 2016; Šicková – Fabrici 2002; Liebmann 2005):

- intermedialita v zmysle prepojenosti tém so životom a ich zohľadnenie pri výbere pre skupinu;
- plánovanie so zohľadnením aktuálnych potrieb skupiny;
- rozmanitosť uplatňovaných výtvarných materiálov, techník, pracovných podmienok a prostredia rozvíja tvorivosť;
- v centre pozornosti stojí tvorivý proces, nie vytvorenie esteticky hodnotného diela, každý výsledok má výpovednú hodnotu;
- prezentácia diela je dôležitý moment na podporu sebavedomia a na vytváranie pocitu spolupatričnosti k danému priestoru, čím sa znižuje tendencia k jeho ničeniu;
- otvorená diskusia a reflektívny dialóg, sú rovnako dôležité ako samotný proces tvorby,
- bezpečie a diskretnosť;
- stimulácia tvorivej, dôvernej a akceptujúcej atmosféry – je potenciálom na posilňovanie spontánneho vyjadrovania;
- dôraz na autenticitu a individualitu výrazového prejavu, čo implikuje rešpekt voči jedinečnosti, ako i poskytnutie priestoru na hľadanie vlastnej osobitosti;
- interaktívny trojuholník – do arteterapeutického procesu vstupujú tri základné komponenty, ktoré ho ovplyvňujú.

Vhodné je pri arteterapii posunutie vo vlastnej strnulosti a nehybnosti a to pohybom po miestnosti, prácou celým telom a uvedomenie si procesov a pocitov v tele. Striedaním materiálu a jeho kombináciou, zapájať farebné kombinácie, rozkrokovat' úlohy. (Hazutt 2017)

Hlavným cieľom arteterapie nie je samoúčelná tvorivosť, ale rozvoj mnohostrannej schopnosti hľadať a nachádzať priliehavé vyjadrovacie formy k obsahu vlastných skúseností vo vzťahu k umeniu. Práve umenie je zdrojom rôznych spôsobov expresívneho vyjadrenia, ktoré napomáhajú uvedomovať si zložité a naliehavé stavy vnútorného prežívania. (Slavíková, Slavík, Eliášová 2015; Lhotová 2001; Grohoľ 2008)

Možnosti aplikácie arteterapeutických techník v zážitkových skupinových aktivitách vnímame v zmysle prelínania cieľov (Šicková – Fabrici 2016):

- katarzie - odblokovania vnútorných a vonkajších konfliktov v prežívaní;
- korekcie - prostredníctvom modelových situácií poukázať na vhodný spôsob komunikácie;
- tréningu sociálnych, motorických a komunikačných zručností;

- zvýšenie sebadôvery a sebavedomia;
- plnšieho akceptovania samého seba a svojich pocitov;
- rozvíjania schopnosti určiť si vlastný smer a samostatne si osvojovať vedomosti;
- posilňovať osobnostné kvality ako je flexibilita, vlastná iniciatíva a ochota riskovať.

Za efektívny spôsob práce sociálneho pracovníka sa považuje sociálna práca so skupinou, ktorá predpokladá minimálne odborné poznatky a nápomocná je vlastná osobná skúsenosť vo forme špeciálnej prípravy vlastnou skúsenosťou skupinového výcviku. Príkladom dobrej praxe sú sociálno psychologické výcvikové skupiny pre študentov na vysokých školách. V práci so skupinou sa využívajú rôzne psychoterapeutické metódy a techniky, ktoré udávajú smer pôsobenia sociálneho pracovníka. Práca so skupinou nie je nevyhnutne orientovaná psychoterapeuticky, sú situácie, kedy je využitie skupinovej psychoterapie nápomocné. Práca so skupinou prináša sociálnemu pracovníkovi rôzne roly, zastáva rolu facilitátora, iniciátora, terapeuta alebo konzultanta. (Žiaková 2012)

### **Preventívne programy Facilitas n.o. Košice**

Údaje, ktoré nás nútia prehodnocovať oslovenú klientelu preventívnymi a podpornými programami je počet detských hospitalizácií vo veku 15-20 ročných na 10 000 obyvateľov je 130 adolescentov. Košický región disponuje adolescentným oddelením, s ktorým priamo plánujeme nadviazať spoluprácu. Hospitalizáciou sa uzdravenie len zľahka začína, na kvalitný život pri ochorení je potrebné sprevádzanie. Spoločnosť vyvíja ekonomické prostriedky, na elektronizáciu, ktorou sa znižuje vzdialenosť a prenos informácií, komunikačné možnosti sú veľké, ale stráca sa blízkosť, empatia a radosť. Pri predchádzaní problému spôsobeného nadmerným či chronickým stresom zohráva možnosť produktívneho odreagovania sa a uvoľnenia nahromadeného napätia prostredníctvom rôznych aktivít. Ako dôležité vnímame poskytnutie skupinových aktivít pre školy – základné a stredné s tematicky zameranými stretnutiami ako prevencia sociálno patologických javov a vzniku psychických potiaží v záťažových vekových obdobiach.

"Umelecké terapie v praxi " je projekt, ktorý podporila Nadácia pre deti Slovenska z verejnej zbierky Hodina deťom. Realizácia projektu prebieha od júla 2018 do marca 2019. Jeho primárnou úlohou je práca s deťmi školských zariadení. Workshopy prebiehajú priamo v školských zariadeniach, teda v prirodzenom prostredí detí so zameraním na rozvoj vzťahov, úcty k sebe aj iným, na rozvoj tvorivosti, aktivity a motivácie. Zámerom je prevencia šikany, vyčleňovania detí na základe odlišností, rôznosti a pozície sily. Sekundárnou úlohou je zameranie na zvýšenie sociálnych komunikačných zručností ľudí v pomáhajúcich profesiách, ktorí pracujú s deťmi a mládežou, rodinami a komunitou na školách a v zariadeniach poskytujúcich služby na riešenie sociálnopatologických následkov. (Nadácia pre deti Slovenska 2018)

Zážitkovo vzdelávací workshop pre dospelých je vedený sebakúsenostnou formou, s praktickými ukázkami využiteľnými v praxi doplnený teoretickými blokmi. Priznať si, že potrebujeme pomoc môže byť niekedy najťažším prvým krokom pri riešení problémov nezávisle na tom, kto sme a s akým problémom sa snažíme vyrovnáť. (Facilitas 2018, Nadácia pre deti Slovenska 2018)

Obdobie detstva a dospievania je obdobím, kedy sa súčasne stáva našim klientom nielen dieťa s určitým druhom problému, ale aj rodič. Mnohé poradenské situácie súvisia najmä so zabezpečením optimálneho, funkčného rodinného prostredia pre dieťa v záujme zabezpečenia prirodzeného vývoja a s pomocou pri školskej integrácii a vzdelávaní. Naša skúsenosť poukazuje na kumuláciu rôznych sociálnych problémov a dôsledkov neriešených situácií.

Vnímame, že napriek medializácii nie je prevencia v oblasti duševného zdravia dostatočná, možno zrozumiteľná, možno dostatočne cieleňá. Ponúkané aktivity rozšírené o oblasť preventívno-zážitkových aktivít pre adolescentov sú veľmi užitočné. Posilňovanie nezdolnosti, cieľavedomé pestovanie húževnatosti, podnecovanie k pružnosti pri riešení problému a podpora zdravej sebaúcty sa môže uberať ako cestou psychosociálnych tréningov, tak aj prostredníctvom primeraného "životného otužovania" detí a dospievajúcich.

Workshopy s odborníkmi pomáhajúcich profesií prebiehajú 1x mesačne. Zážitkový blok ponúka sebakúsenostné arteterapeutické techniky, rôzne výtvarné médiá a ich využitie v arteterapii. Arteterapeutické aktivity skupinovú formou, zamerané na sebaopoznanie, skupinovú prácu, tvorivosť. Prepojenie arteterapie, biblioterapie, pohybovej terapie a muzikoterapie pri práci s deťmi a mládežou, rodinou, komunitou.

Teoretický blok ponúka teoretický základ, možnosti využitia arteterapie, zameranie na špecifiká individuálnej a skupinovej arteterapie, prípravu a priebeh arteterapeutického stretnutia. Ako ho realizovať, na čo sa zamerať v procese tvorby, čo si všímať na výslednom diele.

Workshopy s deťmi prebiehajú 2 x v mesiaci priamo v ich prirodzenom prostredí školy. V triede. Počet detí 40 v 4 skupinách po 10 detí. Priama práca s deťmi, komunikácia na vybranú tému, arteterapeutické techniky, odreačovanie cez hudobno-pohybovú expresiu, spätná väzba.

Metódy práce sú nastavené na stimuláciu k práci s rôznymi výtvarnými materiálmi: Práca s hlinou, látkou, tvorba koláží, veľkoformátová kresba, expresívna kresba, akvarelové techniky.

Do projektu sa zapojila Súkromná základná škola Dneperská v Košiciach, kde pravidelne prebiehajú workshopy s deťmi v priemere 15 – 20 detí na workshop. Do workshopu pre odborníkov sa zapojilo v priemere 15-20 účastníkov na jeden workshop z radov profesionálov z rôznych oblastí: psychológie, psychiatrie, sociálnej práce, špeciálnej pedagogiky, učítelia, vychovávatelia a iných pomáhajúcich profesií zariadení pracujúcich s deťmi, rodinami, skupinou a komunitou.

## **Záver**

Umenie rozvíja sebaopoznanie a tiež je vynikajúcim prostriedkom k tomu, ako výsledky sebaopoznania sprístupňovať druhým. Umenie nám môže slúžiť ako zaujímavý a možno neobvyklý uhol pohľadu na odvrátenú stránku ľudského údela. Sociálna práca je vnímaná ako aktivita, ktorá umožňuje zvládnuť alebo je nápomocná pri zvládaní problémov prostredníctvom podporných, rehabilitačných, relaxačných aktivít a opatrení. Konfrontácia s našou vlastnou existenciou je prítomná neustále a formy jej uchopenia sú náplňou teoretických smerov a nášho príklonu k ich využívaniu v sociálnej oblasti.

Zážitková forma v prostredí sociálnej práce má svoje miesto a poskytuje trvácnejší charakter zmeny a pôsobí na sociálne vzťahy a väzby. Výtvarná expresia v preventívnych programoch je nápomocná vo vzťahu k pochopeniu osobnosti klienta, jeho správania, myšlienkových procesov a emočného prežívania. Ukazuje sa, že spolupráca klienta, rodinných príslušníkov, dobrovoľníkov, organizácií a inštitúcií podporená grantmi je tou správnou cestou zmien a zmysluplnej práce.

## **Zoznam použitej literatúry**

AMELN-HAFFKE, H., 2015. Emotionsbasierte Kunsttherapie: Methoden zur Förderung emotionaler Kompetenzen. Göttingen: Hogrefe Verlag. ISBN 978-3-8409-2396-8.  
BAŠTECKÁ, B., 2009. *Psychologická encyklopedie-Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál. 515 s. ISBN 978-80-7367-470-0.

- BĚHOUNKOVÁ, L., 2010. Artefiletická prevence, intervence a poradenství v kontextu inkluzivního vzdělávání žáků s problémy v chování na 2. stupni ZŠ. In: Speciální pedagogika, 2010, 20(1). ISSN 1211-2720.
- GROHOL, M., 2008. Arteterapia v psychiatrii. Atestačná práca 2008. Peter Prekop Print Production. Vydanie 1. ISBN 978-80-89434-00-8.
- HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- KANTOR, J. a kol., 2016. Společné a rozdílné v uměleckých kreativních terapiích. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5121-4.
- LIEBMANN, M., 2005. Skupinová arteterapia: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci. Praha: Portál. ISBN 80-7178-864-3.
- LHOTOVÁ, M., 2010. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 978-80-7394-209-0.
- LOVAŠOVÁ, S., 2016. *Sociálna práca: formy, postupy a metódy*. Košice: Katedra sociálnej práce Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach [online]. [cit. 2018-11-15]. ISBN 978-80-8152-386-1. Dostupné z: <https://unibook.upjs.sk/img/cms/2016/filozoficka/lovasova-ucebnica-socialna-praca.pdf>
- MALČEK, J., 2015. Význam uplatnenia arteterapie u ľudí v pokročilej starobe. In: *Prohuman Vedecko-odborný interdisciplinárny recenzovaný časopis, zameraný na oblasť spoločenských, sociálnych a humanitných vied. Zverejnené 16.10.2015 v kategórii Príspevky z praxe* [online]. [cit. 2018-11-07]. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/vyznam-uplatnenia-arteterapie-u-ludi-v-pokrocilej-starobe>
- MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, O, J. KOLAČKOVÁ, P. KODYMOVÁ. 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál s.r.o. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2013. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. Vydanie 1., s. 290 – 292. ISBN 978-80-262-0366-7.
- PAYNE, M., 2015. *Modern social work theory*. 4th Edition. ISBN 9780190615246.
- RUBINOVÁ, J. A. ed., 2008. Přístupy v arteterapii. Teorie & technika. Praha: Nakladatelství TRITON. ISBN 978-80-7387-093-5.
- POTMĚŠILOVÁ, P. a P. SOBKOVÁ, 2012. *Arteterapie a artefiletika nejen pro sociální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3120-8.
- SLAVÍK, J., 2001. Umění zážitku, zážitek umění (teorie a praxe artefiletiky). I. díl. Praha: Univerzita Karlova – Pedagogická fakulta. ISBN 80-7290-066-8.
- SLAVÍKOVÁ, V., J. SLAVÍK a S. ELIÁŠOVÁ, 2015. *Dívej se, tvoř a povídej! : artefiletika pro předškoláky a mladší školáky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0876-1.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J., 2002. *Základy arteterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-616-0.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J., 2006. *Arteterapia – Úžitkové umenie*. 1. vyd. Bratislava: Petrus Publishers. ISBN 80-89233-10-4.
- ŠICKOVÁ – FABRICI, J., 2016. *Základy arteterapie*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1043-6.
- ŠROBÁROVÁ, S., 2011. *Intervencia, resocializácia a terapia v sociálnej práci*. Ružomberok: Verbum. ISBN 978-80-8084-715-9.
- VYBÍRAL, Z. a J. ROUBAL, 2010. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-682-7.
- ZICHA, Z., 2013. *Expresivní a socioterapeutické metody v prevenci rizikového chování. Arteterapie Časopis České arteterapeutické asociácie se zaměřaním na arteterapii, artefiletiku, muzikoterapii a dramaterapii*. MK ČR E 14911 32/2013. ISSN.
- ŽIAKOVÁ, E. a kol., 2012. *Sociálna práca. Teoretické východiská a praktické kontexty*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta. ISBN 978-80-



7097-870-2.

**Kontakt na autorky**

*PhDr. Piliarová Monika, Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ v Košiciach, Denné centrum duševného zdravia Facilitas n.o., Spišské námestie 4, Košice, email: [facilitas@post.sk](mailto:facilitas@post.sk)*

*doc. Mgr. Soňa Lovašová, PhD., Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ v Košiciach, Moyzesova 9, 040 59 Košice, email: [sona.lovasova@upjs.sk](mailto:sona.lovasova@upjs.sk)*

## **Zmeny v postavení sociálního pracovníka v zařízení sociálních služeb** *Changes in a position of social worker in the social service institution*

*Ingrid Ferenčíková (SR)*

### **Abstrakt**

Cieľom prezentácie je poukázať na zmeny v postavení sociálneho pracovníka pôsobiaceho v zariadeniach sociálnych služieb, na jeho postavenie kultúrneho referenta v minulosti a v súčasnosti ako manažéra, ako kľúčovej osoby, ktorá môže výrazne prispieť k zvyšovaniu kvality života prijímateľa sociálnej služby ako aj k samotnému zvyšovaniu kvality poskytovania sociálnej služby.

**Kľúčové slová:** Sociálna práca. Sociálny pracovník. Zariadenie sociálnych služieb.

### **Abstract**

The aim of presentation is to point out changes in a position of social worker working in the social service institution, to compare his role as a cultural referent in the past and as a manager nowadays, who is able to contribute significantly to increasing of life quality of social service receiver as well as to increasing quality of social service offer.

**Keywords:** Social work. Social worker. Social service institution.

**SUBSIDIUM** – Špecializované zariadenie, zariadenie pre seniorov a domov sociálnych služieb Rožňava je zariadenie sociálnych služieb zriadené Košickým samosprávnym krajom, ako zariadenie s celoročným pobytom, s právnou subjektivitou, ktoré poskytuje starostlivosť dospelým poberateľom starobného dôchodku a dospelým občanom so zdravotným postihnutím – telesným, duševným, zmyslovým, s poruchami správania, kombináciou postihnutí.

**Zariadenie SUBSIDIUM** ako špecializované zariadenie poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu, komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržbu bielizne a šatstva, osobné vybavenie, zabezpečuje pracovnú terapiu a záujmovú činnosť a utvára podmienky na úschovu cenných vecí.

Táto časť zariadenia SUBSIDIUM vznikla 1.1.2010 ako súčasť optimalizácie sociálnych služieb v zariadeniach Košického samosprávneho kraja, reagujúc na potreby prijímateľov, trpiacich **Alzheimerovou chorobou, demenciami rôzneho typu a etiologie**. Dôležitá bola príprava zamestnancov ku kvalitnému poskytovaniu **odborných služieb a terapií ako tréning pamäti, reminiscenčná terapia, validačná terapia, rezonančná muzikoterapia, muzikoterapia, snoezelen, bazálna stimulácia**.

**Zariadenie SUBSIDIUM** ako zariadenie pre seniorov poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu, komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržbu bielizne a šatstva, osobné vybavenie, zabezpečuje záujmovú činnosť a utvára podmienky na úschovu cenných vecí.

**Zariadenie SUBSIDIUM** ako domov sociálnych služieb poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu, komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržbu bielizne a šatstva, osobné vybavenie, zabezpečuje pracovnú terapiu a záujmovú činnosť a utvára podmienky na úschovu cenných vecí.

Organizačnou súčasťou zariadenia SUBSIDIUM, ktorá nemá právnou subjektivitu je **Zariadenie podporovaného bývania**, kde sociálni pracovníci poskytujú dohľad, ubytovanie,

sociálne poradenstvo, pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov, utvárajú podmienky na prípravu stravy a vykonávajú sociálnu rehabilitáciu.

Zariadenia sociálnych služieb sú v živote človeka, ktorý sa ocitol v nepriaznivej sociálnej situácii dôležitým fenoménom, naplňajúcim dve hlavné funkcie: 1., funkciou je preberanie bremena starostlivosti rodiny a preberanie systému komplexnej starostlivosti o prijímateľa. 2., funkciou je poskytovanie širokej škály služieb a starostlivosti v oblasti bývania, stravovania, poradenstva, kultúrneho a záujmového života ako aj osobného vybavenia prijímateľa sociálnych služieb. Zariadenia sociálnych služieb sa v dnešnej dobe snažia prispôbiť životné podmienky prijímateľov tak, aby sa čo najviac priblížili životným situáciám a doterajšiemu spôsobu ich života. Rozhodujúcim faktorom zvyšovania kvality v zariadení sociálnych služieb sú ľudia, ktorí svojou prácou vytvárajú nové hodnoty, zabezpečujú, aby boli čoraz lepšie naplnené požiadavky a očakávania prijímateľov sociálnych služieb.

Jednou z kľúčových osôb, ktorá môže v zariadení sociálnych služieb vo veľkej miere prispieť k naplňaniu požiadaviek a očakávaní prijímateľov je **sociálny pracovník**. Veľmi zjednodušene možno konštatovať, že sociálny pracovník je ten, kto vykonáva sociálnu prácu ako povolanie, zamestnanie. V minulosti náplň práce sociálneho pracovníka v zariadení sociálnych služieb spočívala skôr v organizovaní kultúrnych a spoločenských podujatí, výletov, v evidencii prijímateľov, ich úhrad za poskytované sociálne služby. V súčasnosti, ak by sme kategorizovali role sociálneho pracovníka, budeme hovoriť o sociálnom pracovníkovi ako o: **úradníkovi** – s potrebnými administratívnymi zručnosťami:

zaznamenáva dôkladne a sústavne svoju prácu, analyzuje, spracováva a prezentuje správy (napr. Koncepciu rozvoja zariadenia, výročnú správu zariadenia), eviduje žiadosti o poskytovanie sociálnej služby, vypočítava výšku úhrady za poskytnuté sociálne služby, eviduje vkladné knižky či účty prijímateľov, eviduje pohľadávky, písomne komunikuje s dotknutými inštitúciami, vytvára a vedie osobné spisy prijímateľov, vytvára dokumentáciu systému manažérstva kvality,

**poradcovi** – identifikuje, koriguje a rieši sociálne problémy sprostredkúva pomoc pri riešení sociálnych problémov snaží sa zabrániť vzniku, vyhroteniu a opakovaniu sociálnych problémov, aktívne prispieva k zmenám sociálneho prostredia tak, aby sa rozvíjala sebaúcta prijímateľa, jeho autonómia, spoločenské interakcie, posilňuje schopnosť prijímateľa rozhodovať o vlastnom živote. Na základe týchto faktov naplánuje postup nápravy situácie a sleduje jej priebeh. V závere zhodnotí výsledky porovnaním novej situácie s určenými cieľmi (Johnová, 2011).

**terapeutovi** – aktivizácia v zariadeniach sociálnych služieb prináša prijímateľom pocit spokojnosti zo zmysluplného trávenia voľného času, dáva mu pocit užitočnosti a potrebnosti.

**manažérovi** – presadzujúcom politiku inštitúcie, zohľadňujúcom dôvernosť a osobný prístup jedinca, manažérovi, ktorý je schopný organizovať, monitorovať prácu, robiť časový rozvrh, pracovať s dostupnými technológiami, získavať informácie. Prihliadajúc na nedostatok finančných prostriedkov v mnohých zariadeniach sociálnych služieb sa ako mimoriadne závažné javia zručnosti vo využívaní zdrojov: vo vyhľadávaní a určovaní služieb, v zostavovaní stratégie a plánovania. Sociálny pracovník manažér musí poznať význam a tvorivo využívať zdroje, ktoré poskytujú zariadenia alebo sociálne siete, pri rozvíjaní služieb, vytváraní dlhodobých pozitívnych väzieb so zákazníkmi (s prijímateľmi, ich rodinnými príslušníkmi, zriaďovateľmi, dodávateľmi), partnerskými organizáciami.

Sociálny pracovník v zariadení SUBSIDIUM je aj manažérom pre prijímateľa nesmierne dôležitého **adaptačného procesu**. Cieľom procesu je:

- získanie čo najväčšieho množstva informácií o živote žiadateľa v prirodzenom prostredí (pred nástupom do zariadenia),

- informovanie žiadateľa o možnostiach a podmienkach poskytovania sociálnych služieb (pred nástupom do zariadenia),
- poskytovanie sociálnych služieb zameraných na uspokojovanie reálnych očakávaní, potrieb, možností a schopností prijímateľa,
- úspešná adaptácia prijímateľa a jeho integrácia do zariadenia SUBSIDIUM - ŠZ, ZpS, DSS, ZPB (začínajúca nástupom prijímateľa do zariadenia),
- autonómia prijímateľa,
- minimalizácia rizík súvisiacich s geriatrickým maladaptáčnym syndrómom.

Doba trvania adaptácie prijímateľa je individuálna, v zariadení SUBSIDIUM je nastavená na obdobie 6. mesiacov od prijatia prijímateľa.

Sociálny pracovník v zariadení SUBSIDIUM manažuje činnosť dobrovoľníkov v zariadení a celý dobrovoľnícky program.

Sociálny pracovník v zariadení SUBSIDIUM vie posúdiť, eliminovať a manažovať riziká.

Zo všeobecných rizík, ktoré ohrozujú zariadenie spomenieme:

Riziko vyplývajúce z častých zmien v legislatíve a v dokumentácii.

Riziko vyplývajúce z nedostatku finančných prostriedkov organizácie.

Riziko vyplývajúce zo živelnej pohromy.

Riziko vzniku požiaru.

Riziko vyplývajúce z úniku osobných údajov.

Riziko vyplývajúce z neefektívnej komunikácie zamestnancov so zainteresovanými stranami.

Riziko vyplývajúce z nedostatočného vzdelávania zamestnancov.

Riziko vyplývajúce z nedostatočne alebo nesprávne určených kompetencií zamestnancov.

Riziko vyplývajúce zo starnutia zamestnancov.

Riziko vyplývajúce z úrazu zamestnancov.

Riziko vyplývajúce z nedostatočnej informačnej stratégie.

Riziko vyplývajúce z absencie / nedostatočnosti adaptačného procesu zamestnancov.

Riziko vyplývajúce z nepoužívania prostriedkov BOZP.

Riziko vyplývajúce z nesprávne vedenej dokumentácie.

### **Riziká v procese sociálna práca**

Riziko vyplývajúce z typológie prijímateľov.

Riziko vyplývajúce z nesprávne identifikovaných potrieb prijímateľov.

Riziko vyplývajúce z nedostatočne identifikovaných potrieb prijímateľov.

Riziko vyplývajúce z nesprávnej/nedostatočnej sociálnej diagnostiky.

Riziko vyplývajúce z nedodržania pravidelnosti terapeutických a aktivizačných činností.

Vzdelanie a vlastnosti sociálneho pracovníka

Sociálny pracovník pri výkone povolania rieši širokú paletu rôznorodých otázok a problémov. K najzávažnejším patria etické otázky a problémy (otázka vzťahu ku klientovi, otázka moci a kontroly).

Sociálny pracovník potrebuje disponovať celým komplexom požadovaných teoretických poznatkov, praktických zručností. Sociálny pracovník musí mať ukončené magisterské vzdelanie v oblasti sociálnej práce a mal by mať záujem o celoživotné permanentné vzdelávanie. Prvým, základným a tým najdôležitejším vkladom do vlastnej profesie je **osobnosť sociálneho pracovníka** pozostávajúca z týchto vlastností: vyrovnanosť, stálosť, empatia, citová stabilita, životný optimizmus, disciplína, spravodlivosť, obetavosť, flexibilita, tvorivosť, česťnosť, zodpovednosť, iniciatíva a dynamika.

Podľa môjho názoru je dôležité pre sociálneho pracovníka jeho srdce, srdce láskavé, milujúce, plné nehy a pochopenia.

Ak by sme načreli do dejín sociálnej práce, môžeme povedať, že je stará ako ľudstvo samo, postupne sa sociálna práca vyformovala do dnešnej podoby ako špecifickej odbornej činnosti, profesie s vlastnou teóriou a metodikou, technikami, prístupmi.

Predmetom sociálnej práce počas celej jej histórie však stále bol človek. Sociálny pracovník musí na jednej strane prihliadať na zameranosť sociálnej práce – pomáhať, poskytovať pomoc tomu, komu sa nedarí, kto zlyhal, kto nedokáže realizovať svoje úlohy či povinnosti, koho kvalita života je značne znížená. Sociálny pracovník však musí na druhej strane prihliadať na individualitu, potreby, problémy toho, komu pomáha. Zároveň musí mať na zreteli spoločné dobro, ktoré je založené aj na spolupatričnosti a rešpektovaní toho, komu je potrebné poukázať, že je osobnosťou jedinečnou a neopakovateľnou, hodnotnou pre iných ( nielen svojich blízkych v rodine, skupine či komunitě ), ale aj pre spoločnosť, pre budovanie jej hodnôt, na ktorých sa môže spolupodieľať.

Teda tak ako klient sociálneho pracovníka je človek, tak aj sociálny pracovník je len a len človek , so svojimi radosťami i starosťami, úspechmi i neúspechmi. Jedno i druhé potrebuje s niekým prežívať. Jeho duševné a emocionálne vyčerpanie, opakované zažívanie stresových situácií, vysoké pracovné nasadenie, ktoré je spôsobené nedostatkom voľného času, nerovnováha medzi pracovným a súkromným životom, môže viesť k telesnému či duševnému vyčerpaniu a zvyšuje riziko vzniku syndrómu vyhorenia. Syndrómom vyhorenia môže byť nepriamo podporovaný aj nedostatočným finančným ohodnotením sociálnych pracovníkov pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb. Na sociálneho pracovníka môžu nepriaznivo vplývať neadekvátne očakávania prijímateľov, ich rodinných príslušníkov, ktorí zastávajú názor – sociálny pracovník mi všetko musí vybaviť, vybaví mi to hneď, pri rozhádaných prijímateľoch obe strany očakávajú , ktorej stránke dá sociálny pracovník za pravdu, každá strana očakáva, že sociálny pracovník urýchlene urobí poriadok s druhou stranou, potrestá či vyhodí zo zariadenia toho „ druhého – zlého,,.

## **Záver**

Pre sociálneho pracovníka v zariadení sociálnych služieb je dôležité:

VŠ vzdelanie, celoživotné vzdelávanie, osobnostné vlastnosti, dostatočné finančné ohodnotenie, zabezpečenie benefitov, pravidelná účasť na supervízii, aby bol sociálny pracovník lepšie pripravený na prácu s prijímateľom, aby bol pre prijímateľa „ tu a teraz“, aby bol sociálny pracovník pripravený pomôcť prijímateľovi, aby si prijímateľ vedel pomôcť.

## **Zoznam použitej literatúry**

HUČÍK, J. a A. HUČÍKOVÁ, 2009. *Kazuistika v sociálnej práci*. Bratislava: VŠZ a SP sv.

Alžbety. 203 s. ISBN 978 -80- 89271-66-5.

FERENČÍKOVÁ, I., 2018. *Pop HP 03 Adaptácia prijímateľa*. Rožňava: SUBSIDIUM 2018.

JOHNOVÁ, M., 2011. Individuální plánování – utajovaná síla sociální práce. In: *Sociální práce/Sociální práca*. ISSN 1213-6204.

## **Kontakt na autorku**

*Ingrid Ferenčíková, PhDr., PhD., SUBSIDIUM – ŠZ, ZpS a DSS Rožňava, Betliarska 18, Rožňava, Kontaktná adresa autorky: Letná 650, 049 22 Gemerská Poloma, email: ingrid.ferencikova@gmail.com*

## Význam ambulantnej formy špecializovaného zariadenia pre ľudí s Alzheimerovou chorobou a demenciou

*Significance of ambulatory form in specialized care facility for people suffering from Alzheimer's disease and Dementia*

*Iveta Kurčáková a kol. (SR)*

### Abstrakt

Príspevok sa zaoberá významom ambulantnej formy špecializovaného zariadenia pre ľudí s Alzheimerovou chorobou a demenciou rôzneho typu etiológie, ktorí sú sprevádzaní do zariadenia rodinnými príslušníkmi každý pracovný deň. Ide o ambulantnú formu sociálnych služieb, ktoré zaznamenali v poslednom období značný rozmach. Prijímatelia sociálnych služieb v ambulantnej forme sú napriek rovnakej diagnóze jedinečnými individualitami so svojimi vlastnými potrebami, životnými skúsenosťami, pocitmi..., preto si vyžadujú osobitný prístup, komunikáciu a režim dňa vo forme aktivizačného programu. Príspevok sa venuje aktivizácii týchto seniorov, popisu režimu dňa, ktorý je realizovaný so seniormi v ambulantnej forme v zariadení ARCUS - ŠZ a ZpS v Košiciach.

**Kľúčové slová:** Alzheimerova choroba. Demencia. Ambulantná forma špecializovaného zariadenia.

### Abstract

The article is dealing with significance of ambulatory form in specialized care facility for people suffering from Alzheimer's disease and Dementia accompanied there by their relatives every workday. It concerns the ambulatory form of social care services which achieved extensive growth last time. Care users of ambulatory form in social care services despite their same diagnosis, are unique individualities with their own needs, life experience, feelings..., therefore they require individual attitude, communication and day routine in activation programme form. The article dedicates to activation of seniors, description of day routine implemented with seniors in ambulatory form in the care facility ARCUS –ŠZ a ZpS in Košice.

**Keywords:** Alzheimer's disease. Dementia. Ambulatory form in specialized care facility.

### Úvod

Tak ako stúpa podiel ľudí vyššieho veku v spoločnosti, zvyšuje sa aj počet rokov, ktoré prežijeme v období staroby. V tomto životnom období dochádza k zmene životnej situácie a človek sa musí vyrovnáť s mnohými novými okolnosťami, ako napr. odchod do dôchodku, fyzické a čiastočne aj psychické slabnutie, strata životného partnera, vedomie približovania sa smrti a i. Tvárou v tvár týmto okolnostiam, človek bilancuje svoj doterajší život, vyrovnáva sa s minulosťou a potvrdzuje svoju individuálnu životnú cestu. V starobe sa mení vzhľad, telesné funkcie, aktivity, vnímanie času a sociálne okolie. Charakteristický je aj úbytok fyzických síl a príchod chorôb, ktoré si vynútiť zmeny v zabehanom životnom rytme. V dôsledku zhoršovania zdravotného stavu sú často seniori a ich rodinní príslušníci nútení uvažovať o umiestnení do špecializovaných zariadení. V našom príspevku sa zaoberáme významom ambulantnej formy špecializovaného zariadenia pre ľudí s Alzheimerovou chorobou a demenciou. Význam vidíme najmä v aktivizácii seniorov, ktorá napomáha spomaleniu priebehu Alzheimerovej choroby, demencie a jej prechodu do vyšších štádií. Znižuje zhoršovanie kognitívnych funkcií, afektivity a funkčných schopností. Vývoj ochorenia núti rodinu aj personál prispôbovať sa meniacemu zdravotnému stavu, ale vždy je tu šanca robiť niečo pre jeho dôstojné prežívanie. Táto starostlivosť si vyžaduje toleranciu

a láskavý prístup, pričom aktivity musia podporovať u seniora jeho silné stránky a nezdôrazňovať tie slabé.

## 1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Jedným z najčastejších neurodegeneratívnych ochorení, s ktorým sa v zariadení ARCUS - ŠZ a ZpS stretávame a pri ktorom dochádza k degradácii psychických a fyzických funkcií patrí Alzheimerova choroba. Ide o chronické progresívne neurodegeneratívne ochorenie, pri ktorom dochádza k zániku neurónov, čo sa v klinickom obraze prejavuje syndrómom demencie. Medzinárodná klasifikácia chorôb MKCH-10 ju definuje ako „primárne degeneratívne ochorenie mozgu neznámej etiológie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými vlastnosťami. Ochorenie začína veľmi pozvoľna a skryto, z tohto dôvodu nebýva veľmi dlho rozpoznané.“ Postupná degradácia psychických a fyzických funkcií prináša nesmierne utrpenie a stres ako chorým, tak aj ich rodinám. Postihuje vysoké percento ľudí na celom svete, najmä vo vekovej kategórii nad 65 rokov (Jirák 2008, s. 241).

Podľa doby manifestácie prvých klinických príznakov sa delí na základné formy:

1. *so skorým začiatkom*, kedy sa príznaky manifestujú pred 65. rokom života
2. *s neskorým začiatkom*, kedy sa klinické príznaky manifestujú v 65 rokoch a neskôr (Kalvach a kol. 2004, s. 541)
3. *atypický alebo zmiešaný typ*, pri ktorom sú splnené kritéria tak pre skorý ako aj neskorý typ. Častá je aj kombinácia s inou príčinou demencie (napr. zmiešaná alzheimerovo - vaskulárna forma demencie)

Rozpoznanie ochorenia od príznakov fyziologického starnutia nemusí byť jednoduché. Obdobiu, keď sa choroba prejaví naplno, predchádza tzv. *preklinické štádium*. Dochádza v ňom k využívaniu mozgovej rezervy, kedy sú ešte zachované normálne funkcie. Je pravdepodobné, že toto štádium trvá niekoľko rokov (Kalvach a kol. 2004, s. 542). S postupom chorobného procesu však dochádza k vyčerpaniu rezerv a objavujú sa prvé kognitívne poruchy, poruchy epizodickej pamäti, s charakteristickým zabúdaním každodenných udalostí. Ide o *počiatkové, ľahké štádium* Alzheimerovej choroby, ktoré je charakterizované demenciou mierneho stupňa. Toto štádium trvá asi 1 až 4 roky od začiatku choroby. Prejavuje sa hlavne poruchou schopnosti učiť sa nové informácie s relatívne zachovaným vybavovaním starších údajov. Klesá priestorová predstavivosť, objavujú sa aj prvé poruchy orientácie, nielen v mieste, ale aj v čase. Môžu sa už objaviť aj známky depresie a ojedinele poruchy myslenia, bludy (Preiss, Kučerová 2006, s.125).

*Stredné štádium* (2–10 rokov od začiatku Alzheimerovej choroby) sa vyznačuje už závažnými poruchami pamäti. Zachovávajú sa ešte hlboko vštepene a dobre známe obsahy v staropamäti. Nové informácie sa dajú vštepiť len výnimočne a na krátku dobu. Pacient si nevybavuje ani svoju domácu adresu, ani základné informácie o mieste, kde sa nachádza alebo čo nedávno robil. Je dezorientovaný. Pridružujú sa poruchy správania, afektívne poruchy, poruchy spánku, poruchy myslenia, vnímania a i. Pacienti už väčšinou strácajú sebestačnosť a sú odkázaní na pomoc okolia (Čechová a kol. 2011, s. 176).

*Posledné, ťažké štádium ochorenia* (7–14 rokov od začiatku choroby) sa vyznačuje takmer úplnou stratou pamäti a neschopnosťou vštepiť si nové informácie. Chorí si vybavujú iba nesúvislé útržky predtým získaných informácií. Nespoznávajú blízke osoby, sú nesebestační a odkázaní na pomoc druhej osoby v otázkach základnej sebaobsluhy (jedenie, hygiena, obliekanie, vyzliekanie). Vegetatívne funkcie prebiehajú spontánne, objavuje sa inkontinencia.

V *terminálnom štádiu* (Preiss, Kučerová 2006, s. 125) sú chorí nesebestační, imobilní a inkontinentí. Imobilizácii predchádzajú najprv poruchy chôdze, pády, poruchy taxié, objavuje sa aj myklonus a niekedy aj extrapyramídový hypertonicko–hypokineticý syndróm.

Pacienti napokon umierajú na interkurentné choroby (najčastejšie pneumónie, sepsy z dekubitov alebo urosepsy, kardiálne dekompenzácie, dehydratácie).

Alzheimerova choroba patrí medzi ochorenia neznámej etiológie, no existujú faktory, ktoré zvyšujú riziko výskytu. Okrem *veku* medzi ne patrí *ženské pohlavie*, *genetika*, prítomnosť *alely apolipoproteínu E (ApoE4)*, *vaskulárne* (fajčenie, obezita, cholesterol, hypertenzia, diabetes, asymptomatické mozgové infarkty) a *psychosociálne faktory* (Preiss, Kučerová, 2006, s.130). Liečba Alzheimerovej choroby je zameraná na potlačenie príznakov choroby. Delíme ju na *farmakologickú*, ktorá je založená na chemickej stimulácii prenosu informácií v mozgu a *nefarmakologickú liečbu*. Nefarmakologická liečba je zameraná na tréning kognitívnych funkcií, tréning pamäti, aktivizáciu, v skorých štádiách ochorenia na edukáciu a kognitívno-behaviorálne techniky, vo všetkých štádiách je vhodná animoterapia, muzikoterapia, primeraná fyzická aktivita a správna výživa. Dôležitá je práca s rodinou a rodinnými opatrovateľmi, nepochybne tiež sociálna podpora pacienta a jeho rodiny.

## **2 AMBULANTNÁ FORMA ŠPECIALIZOVANÉHO ZARIADENIA**

Zariadenie ARCUS - Špecializované zariadenie a zariadenie pre seniorov v Košiciach poskytuje okrem celoročnej pobytovej sociálnej služby aj sociálnu službu ambulatnou formou pre 10-tich prijímateľov sociálnych služieb trpiacich Alzheimerovou chorobou, demenciou. Poskytuje pomoc pri odkázanosti na inú fyzickú osobu, sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu, ošetrovateľskú starostlivosť a stravovanie. Zároveň zabezpečuje prostredníctvom rozvoja pracovných zručností a záujmovej činnosti aktivizáciu seniorov. V ambulatnej forme špecializovaného zariadenia (ďalej len AF v ŠZ) sa zameriavame na nefarmakologickú liečbu seniorov s Alzheimerovou chorobou a demenciami. Jej význam spočíva v systematickej a plánovanej činnosti s cieľom zlepšiť alebo udržať celkový zdravotný stav prijímateľa. Aktivizácia vychádza z poznatkov životného príbehu prijímateľa sociálnej služby, vplýva na zachovanie jeho identity, integrity a jej výsledkom je zmysluplné prežívanie dňa, uvedomenie si vlastnej hodnoty. Môžeme ju chápať aj ako aktivitu, ktorá nadväzuje na bežné činnosti, ktoré senior po celý svoj život vykonával, samozrejme v rozsahu ako mu jeho stav dovolí (Tokovská, Kamanová 2014, s. 85). Samotná aktivizácia nie je zameraná len na udržanie kvality života, ale aj na zmiernenie sprievodných prejavov ako agresivita, zmätenosť, či depresia. V ambulatnej forme špecializovaného zariadenia sa snažíme prirodzeným spôsobom motivovať seniora k vyvíjaniu činnosti, a tým udržiavaniu vlastných schopností (Kalvach a kol. 2004, s. 472). Berieme ohľad na štádium ochorenia, v ktorom sa práve prijímatelia sociálnej služby nachádzajú, na ich záujmy, záľuby, doterajší životný štýl, osobnostné vlastnosti a zdravotný stav.

### **2.1 AKTIVIZAČNÝ PROGRAM**

Aktivizačné a stimulačné aktivity spomaľujú prechod Alzheimerovej choroby do vyšších štádií, teda spomaľujú zhoršovanie kognitívnych funkcií, ako je vnímanie, pamäť, rýchlosť myslenia, koncentrácia, schopnosť riešiť problémy, porozumenie informáciám, plánovanie a úsudok. Aktivizačný program predstavuje úlohy, ktoré prirodzeným spôsobom nútia seniora vyvíjať činnosť, a tým udržiavať vlastné schopnosti. Každá činnosť musí byť zmysluplná, teda musí mať cieľ a spĺňať niektoré kritériá, to znamená, že je uskutočňovaná dobrovoľne, musí byť príjemná, spoločensky prijateľná, nesmie viesť k neúspechu. Aktivity môžeme definovať ako interakciu seniora s prostredím, kde sa prostredie skladá z fyzických, spoločenských a kultúrnych prvkov. Pričom činnosti prebiehajú v rámci troch sfér: činnosti smerujúce k produkcii niečoho (napr. upratovanie, pomoc pri príprave jedla v domácnosti), činnosti zamerané na starostlivosť o seba a činnosti voľného času (Zgola 2003, s. 151). V rámci ambulatnej formy špecializovaného zariadenia poskytujeme ergo-terapeutické činnosti, aktivizačné programy, nácvik komunikačných zručností, rozhovory individuálne



a v komunite, pohybovo-kontračné cvičenia, nácvik pamäťových, kognitívnych a prezentačných schopností, spoločenské podujatia, priestor pre odpočinok a stravovanie, dohľad nad užívaním liekov, hygienický dohľad, inštitucionálne a sociálne poradenstvo prijímateľom a ich rodinným príslušníkom, poskytovanie podmienok pre zamedzenie osamelosti a ageizmu v spoločnosti.

## 2.2 AKTIVIZÁCIA POČAS DŇA

Denný pobyt v ambulantnej forme je určený pre maximálne desiatich prijímateľov sociálnej služby denne. Harmonogram dňa je nemenný, mení sa len náplň jednotlivých aktivít a je zostavený tak, aby poskytoval pocit istoty. Prijímatelia sociálnej služby prichádzajú do ambulantnej formy počas pracovných dní v sprievode svojich rodinných príslušníkov v čase od 7:00 do cca 8:30 hod. Medzi 7:00 a 8:30 hod. je prijímateľom poskytnuté malé občerstvenie vo forme kávy, čaju a ovocných nápojov, ktoré sú k dispozícii v priebehu celého dňa. Každý deň v čase od 8:00 – 9:00 hod. navštevujú telocvičňu zariadenia vybavenú modernými prístrojmi, kde pod dohľadom fyzioterapeutov vykonávajú asistované cvičenia. Počas jednotlivých pracovných dní prebiehajú aktivizačné činnosti, terapie, kultúrne akcie a podujatia podporujúce kognitívne, kreatívne a osobnostné vlastnosti prijímateľov. Seniorov zapájame do takých aktivít, ktoré sú schopní vykonávať samostatne, všimame si ich reakcie a na základe nich volíme ďalší postup činností. Aktivizačné a terapeutické činnosti prebiehajú individuálne, no v doobedňajších hodinách (9:00-11:00) sa zúčastňujú aj terapeutických činností určených pre prijímateľov s celoročnou pobytovou formou:

**PONDELOK:** *aktivizačná činnosť s prvkami hudby* - aktívnu alebo pasívnu formou pôsobí priaznivo na psychický a fyzický stav, vytvára priestor pre relaxáciu, predstavivosť a pocity šťastia. Zariadenie má spevácky zbor, ktorý sa zúčastňuje rôznych vystúpení, medzi členov zboru patria aj prijímatelia sociálnej služby z AF.

**UTOROK:** *tréning pamäti, spoločenské hry* - napomáhajú udržiavaniu kognitívnych funkcií.

**STREDA:** *skupinové cvičenie* - vedené fyzioterapeutmi, po cvičení nasledujú športové hry (stolný hokej, stolný futbal, stolný tenis, šachy, kolky a biliard)

**ŠTVRTOK:** *reminiscencia* - práca so spomienkami na rôzne témy

**PIATOK:** *canisterapia a tanečno-pohybová aktivita* zameraná na rôznorodé tance, pri ktorých si naši prijímatelia pripomínajú svoju mladosť, učia sa tanečné kroky, krátke tanečné choreografie.

Prijímatelia sociálnej služby v AF sa veľmi radi zúčastňujú prechádzok v areáli záhrady zariadenia, ktoré prispievajú k udržiavaniu ich kognitívnych funkcií a fyzickej kondície. Každodenná prechádzka v známom prostredí navodzuje pocit istoty a príjemné emócie. Pravidelný pohyb na čerstvom vzduchu okysličuje mozog a zlepšuje celkovú odolnosť organizmu. Pri aktivizácii je potrebné, aby personál používal vhodné metódy a techniky ako napríklad postupovanie krok za krokom, upozorňovanie, opakované udávanie smeru, náповeda, začatie činnosti a vytváranie nápomocného prostredia.

## 2.3 VYBAVENIE AMBULANTNEJ FORMY

Pri prostredí je dôležité, aby boli vhodne umiestnené a dobre známe orientačné body, bez podnetov, ktoré rozptyľujú pozornosť, súkromie pre jednotlivca i skupinu. Medzi pomôcky a nástroje môžeme zaradiť vhodný nábytok a zariadenie, ktoré sú dosiahnuteľné, nástroje, s ktorými je ľahká manipulácia a pomôcky pre stravovanie (Zgola 2003, s. 60). Priestory ambulantnej formy špecializovaného zariadenia pozostávajú z odдыхovej miestnosti vybavenej polohovateľnými kreslami, vibračnou posteľou, interaktívnym bublinkovým valcom, televízorom atď. a z dennej miestnosti pre aktivizáciu prijímateľov. Súčasťou týchto priestorov je aj kuchynka slúžiaca na prípravu občerstvenia (desiata, olovrant, nápoje).

Priestory zahŕňajú vstupnú chodbu s odkladacím priestorom (uloženie odevu, obuvi), hygienické zázemie (WC muži, ženy s bezbariérovým prístupom, umývadlom a sprchovým kútom).

Náš príspevok sa zaoberá významom ambulantnej formy špecializovaného zariadenia pre ľudí s Alzheimerovou chorobou, demenciou a jej uplatnenie v praxi, ktorý si v nasledujúcej časti priblížime na dvoch konkrétnych prípadoch (Kurčáková a kol. 2016, s. 65).

### **3 PRÍPADOVÉ ŠTÚDIE**

#### **Pani Anna D.**

Pani Anna nastúpila do ambulantnej formy v októbri 2017 v začiatocnom štádiu Alzheimerovej choroby. Prijímateľka sociálnej služby komunikovala na vyzvanie, zriedka nadväzovala komunikáciu sama. Na položené otázky odpovedala adekvátne. Osobou, miestom a časom bola orientovaná správne. Pani Anna neodmietala nastúpiť do ambulantnej formy špecializovaného zariadenia, už prvé dni sa začala zapájať do aktivít, najväčší záujem prejavila o aktivizačnú činnosť s prvkami hudby. Časom začala navštevovať tréningy pamäti, kde nadviazala s prijímateľmi sociálnej služby s celoročnou formou pobytu pozitívne kontakty. Pani Anna je veselej povahy, veľmi rada sa zúčastňuje všetkých aktivizačných činností a akcií v zariadení, taktiež navštevuje raz do týždňa bazén. Adaptačný proces u pani Anny prebehol rýchlo a veľmi pozitívne. V sebaobslužných úkonoch je samostatná, poobedňajšie lieky si vie vypýtať aj sama. Každý deň s ňou prebieha individuálny tréning pamäti a nácvik komunikačných schopností. Progres Alzheimerovej choroby je u pani Anny žiaľ badateľný, od nástupu pozorujeme mierne zmeny v odpovediach na otázky a prejave choroby. Pani Anna je skôr introvert, ale s ľuďmi, ktorých pozná nemá problém komunikovať, je veľmi priateľská. Pani Anna čaká v evidencii žiadateľov o poskytovanie sociálnej služby v ŠZ s celoročnou formou pobytu. Prínosom pre pani Annu je udržanie sociálnych, mentálnych kontaktov a fyzických schopností psychickej pohody, znova sa jej zvyšuje kvalita života a po skončení denného pobytu sa vracia do známeho domáceho prostredia.

#### **Pani Anna H.**

Pani Anna nastúpila do ambulantnej formy špecializovaného zariadenia v marci 2017 v ťažkom štádiu Alzheimerovej choroby zmiešaného typu. Napriek svojmu stavu bola pani Anna schopná zúčastňovať sa aktivizačnej činnosti s prvkami hudby a canisterapie, ale vydržala len pár minút. Rozumela jednoduchým vetám, na ktoré odpovedala jednoslovné, pozornosť bola časovo obmedzená. Osobou, časom a miestom bola orientovaná nesprávne. Vedela vykonávať sebaobslužné činnosti ako hygiena, jedenie a obliekanie. Mala potrebu neustále rozprávať, no vety boli ťažko zrozumiteľné a nesúvislé. Často sa pýtala domov, kvôli niekomu, kto ju doma čaká. Mala nutkanie všetko prezerat', zbierať veci zo skriň a odkladať ich do tašiek, bola nepokojná. Adaptácia u pani Anny prebiehala pomalšie, čoraz častejšie prejavovala agresívnejšie správanie, deň s pani Annou sa nezaobišiel bez búchania, kopania do dverí a kričania. Zhoršil sa rečový prejav, nevedela sa správne vyjadrovať. Pani Anna z dôvodu zhoršenia zdravotného stavu strávila tri mesiace v domácom liečení. Po návrate z domáceho liečenia do ambulantnej formy špecializovaného zariadenia sa správanie pani Anny relatívne nezmenilo. Bola však omnoho slabšia ako v čase nástupu do ambulantnej formy, mala problémy s chôdzou, ak už nevládala chodiť, chodila po kolenách. V súčasnosti svoju rodinu už nespoznáva. Je nesebestačná, no toaletu navštevuje v pravidelných intervaloch v sprievode personálu. Neustále rozpráva nezrozumiteľne, obťažuje ostatných prijímateľov. Kvôli bezpečnosti prijímateľov je potrebné usmerňovanie a pomoc jednou pracovníčkou v AF, prípadná fixácia. Je náladová, strieda sa u nej pocit rozčúlenia s pocitom veselosti, až eufórie. Pani Anna prechádza do terminálneho štádia ochorenia. Pre túto prijímateľku je

vhodnejší celoročný pobyt s 24 – hodinovou starostlivosťou. Ambulantná forma predstavuje v tomto prípade „prechodnú stanicu“, ktorá poskytuje pomoc rodine zvládať situáciu. Pre pani Annu by mohla mať ambulantná forma väčší význam v prípade skoršieho štádia choroby, kedy by bolo možné podchytiť a spomaliť progres choroby.

### **Záver**

V modernom prístupe starostlivosti o seniorov považujeme za dôležitý komplexný pohľad na proces starnutia, pričom fyzické a psychické funkcie seniora vnímame ako schopné aktivizácie. Činnosťou sa tieto funkcie posilňujú a udržujú, naopak nečinnosťou strácajú. Okrem každodennej telesnej aktivizácie je potrebné aktivizovať i psychické schopnosti človeka. Je všeobecne známe, že úbytok psychickej kompetencie zvyšuje potrebu opatrovania, čo dvojnásobne platí u seniorov trpiacich Alzheimerovou chorobou a demenciami. Ambulantná forma poskytovanej sociálnej služby v špecializovanom zariadení predstavuje jednu z ciest, ktorá umožňuje seniorom bezpečnou cestou zotrvať čo najdlhšie vo svojom domácom prostredí, napriek zhoršujúcemu sa zdravotnému stavu. Prostredníctvom prípadových štúdií sme sa pokúsili priblížiť význam uplatnenia ambulantnej formy špecializovaného zariadenia v praxi. Prínos pre prijímateľa sociálnej služby, ktorému je poskytovaná sociálna služba ambulantnou formou vidíme v poskytovaní denného aktivizačného a terapeutického programu, udržiavaní mentálnych, fyzických schopností a psychickej pohody, v zabránení sociálnej izolácie, v zvýšení kvality života, sebavedomia a sebaúcty. Na strane druhej ambulantná forma je prínosom aj pre rodinu prijímateľa. Rodinní príslušníci môžu pokračovať v zamestnaní, majú vytvorený priestor pre regeneráciu počas pracovných dní, sú „odľahčení“ od zabezpečenia potrebných služieb a pomoci a v neposlednom rade ambulantná forma oddiaľuje predčasné umiestnenie v zariadení sociálnych služieb. Je dôležité, aby prijímateľ sociálnej služby mal pocit istoty, správneho sociálneho začlenenia a vlastnej hodnoty. Aktivity s prijímateľmi sociálnej služby s využívaním metód a terapeutických techník dávajú zmysel života nielen seniorom, ale zároveň aj zmysel práce pracovníkom multidisciplinárneho tímu, ktorý pozostáva zo sociálnych pracovníkov, inštruktorov sociálnej rehabilitácie, psychológa, fyzioterapeutov, opatrovateľov a sestier. Pracovníci vnímajú každú pozitívnu reakciu seniorov ako posun v ich osobnostnom a profesijnom raste, pri ktorom využívajú svoje odborné a praktické znalosti.

### **Zoznam použitej literatúry**

ČECHOVÁ L. a kol., 2011. Alzheimerova nemoc a mírná kognitívna porucha: diagnostika a liečba. In: Neurol. Praxi, 2011, r. 12, č. 3, s. 175-180.

JIRÁK, R., 2008. Diagnostika a terapie Alzheimerovy choroby. In: Neurol. Praxi, 2008, r. 9, č. 4, s. 240–244.

KALVACH, Z. a kol., 2004. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, s. 864. ISBN 80-247-0548-6.

KURČÁKOVÁ I. a kol., 2016. VIII. medzinárodná vedecká konferencia. In: Aktivizácia seniorov a nefarmakologický prístup v liečbe Alzheimerovej choroby. Bratislava: SAS v spolupráci s Centrom Memory n.o. a Neuroimunologickým ústavom SAV za podpory Rady slovenských vedeckých spoločností, 2016. ISBN: 978-80-97-1103-4-5. s.60-69

PREISS, M. a H. KUČEROVÁ, 2006. Neuropsychologie v neurologii. Praha: Grada, 2006, s. 362. ISBN 80-247-0843-4.

TOKOVSKÁ, M. a I. KAMANOVÁ, 2014. Aktivizácia seniorov s ochorením demencie. Brno: Tribun EU, 2014, s. 145. ISBN 80-263-0870-0.

ZGOLA, J. M., 2003. Úspešná péče o člověka s demencií. Praha: Grada, 2003, s. 232. ISBN 80-247-0183-9.

**Kontakt na autorku**

*Mgr. Iveta Kurčáková, ARCUS – ŠZ a ZpS, Skladná 4, 040 01 Košice, email:  
kurcakova@arcuskosice.sk*

# Sociálna identita a rizikové faktory

## *Social identity and risk factors*

Ján Šimko (SR), Dušan Šlosár (SR)

### **Abstrakt**

Sociálna identita je dôležitou súčasťou sebadefinovania a nevyhnutnosťou pre utváranie vlastnej osobnej identity. V príspevku sa venujeme problematike vymedzenia sociálnej identity vo vzťahu k identite osobnej. Popisujeme kategorizáciu, identifikáciu a komparáciu sociálnych skupín v nadväznosti na súvisiacu stereotypizáciu, predsudky a diskrimináciu.

**Kľúčové slová:** Sociálna identita. Stereotypy. Predsudky. Diskriminácia. Sociálna práca.

### **Abstract**

Social identity is an important aspect of self-definition and it is necessary for development of one's personal identity. This article tackles the issue of social and personal identities and their interrelation. Furthermore, we define categorisation, identification and comparison of social groups in connection with stereotypization, prejudice and discrimination.

**Key words:** Social identity. Stereotypes. Prejudice. Discrimination. Social work.

### **Úvod**

V súčasnej dobe, ktorá je postavená na individualistickom ponímaní existencie, sa často stretávame s razantnou výzvou, ktorej hlavným motívom je – byť sám sebou. Nezáleží na situáciách, či okolnostiach, jedinec je vyzývaný k žitej autenticite. A práve tieto momenty, odhliadnuc od zámerného skúmania vlastnej existencie a introspekcie, mu ponúkajú možnosť postupne, uvedomene, či podvedome vnímať vlastnú individualitu a odhaľovať svoju osobnú i sociálnu stránku identity. Tú prirodzene pozná, alebo postupne odkrýva vo vzťahu k samému sebe alebo v interakcii so svojim najbližším rodinným prostredím, či sociálnym okolím. Práve s problematikou vlastnej identity súvisia otázky typu: Kto som? Kam patrí? Ako ma vidia iní? Ako chcem aby som bol vnímaný svojim okolím?

Predložená štúdia popisuje základné kategorizácie identity vo forme osobnej a sociálnej identity a ich vzájomnému prepojeniu ako aj dôsledkom vyplývajúcich z procesu utvárania identít.

### **Osobná a sociálna identita**

Pod samotným pojmom identita sa vo všeobecnosti rozumie skutočnosť ako jednotlivci vnímajú samých seba a ako sú vnímaní svojim okolím. Rozličné disciplíny sociálnych a humanitných vied používajú tento pojem pre definovanie odlišných situácií. To má za následok, že neexistuje jednotná definícia, ktorá by daný termín unifikovala pre všetky sociálne vedy.

Bežne sa rozoznáva osobný a sociálny aspekt identity. *Osobný aspekt* vychádza predovšetkým z intímnej sebareflexie a sebahodnotenia. Podstatné je vedomie vlastnej jedinečnosti, neopakovateľnosti a ohraničenosti voči druhým. Prostredníctvom neho si človek odpovedá na základnú otázku *Kto som?* *Sociálny aspekt* identity je pocit začlenenia, spolupatričnosti a kontinuity v čase a odpovedá najmä na otázky typu *Kam patrí, kam smerujem.* (Macek 2003)

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

samom, aj o našich kvalitách prezentujúcich v jednaní s ostatnými členmi spoločenstva. (Matsumoto 2009)

Podľa teórií sociálnych identít existujú dve triedy identít, ktoré pristupujú k sebadefinovaniu z rozličnej pozície. Pomocou sociálnej identity sa sebadefinujeme na základe našich prepojení a príslušnosti k skupinám. Prostredníctvom osobnej identity sa človek sebadefinuje na základe idiosynkretických osobných vzťahov a črt. Každý jedinec má toľko sociálnych identít, do koľkých sociálnych skupín patrí. Obdobne disponuje toľkými osobnými identitami, koľkými medziľudskými vzťahmi je ovplyvnený, pričom ich počet znásobujú jeho jedinečné osobnostné črty. Vyskytujú sa prípady a dokladajú ich aj štúdie, že aspekt sociálnej identity je pre človeka dôležitejší ako vlastná osobná identita. V takýchto prípadoch sa stretávame s extrémnymi činmi jedincov, ktorí sú ochotní za svoju sociálnu identitu bojovať aj za najvyššiu cenu. (Hogg, Vaughan 2018)

Podľa APA dictionary of psychology (Vandenbos 2015) je sociálna identita charakterizovaná ako súbor osobných kvalít, ktoré jedinec má a neustále sa nimi prejavuje pred ostatnými členmi spoločenstva. Možno ich považovať za časť podstatného a stabilného ja. Táto verejne prezentovaná osobnosť, môže byť presným indikátorom intímneho osobného ja, alebo môže byť aj zámerne budovaným sociálnym obrazom. V sociálnej psychológii je to časť sebaaponímania, ktorá vychádza z členstva v sociálnych skupinách, od rodiny, národnosti až po etnicitu. Sociálna identita sa odlišuje od verejne prezentovaného a intímneho ja a tiež sa často k jej označeniu používa slovné spojenie *kolektívne ja*.

Osobná identita je prepojená so sociálnym svetom a sociálnymi kategóriami. V pojme identita sa spája príslušnosť k sociálnej kategórii a základy sebahodnotenia a sebaúcty. Pojem identity tak spája dva dôležité aspekty sociálnej a psychologickéj reality. Niektorí autori vyjadrujú pochybnosť, či je vôbec nutné sociálne definovanie a sebadefinovanie nejakým spôsobom oddeľovať. (Bačová, in: Výrost, Slaměnik 2008)

### **Kategorizácia, identifikácia, komparácia**

Problematika sociálnej identity a jej prepojenia s osobnou identitou je v centre záujmu mnohých sociálnych psychológov a sociológov. Najznámejším konceptom v danej oblasti je Teória sociálnej identity, ktorá je založená na evolučnom vývoji ľudstva. Pri strete dvoch nesúrodých skupín (či už v praveku alebo neskôr), bolo potrebné čo najskôr rozlíšiť, či ide o priateľa alebo očakávaný stret dvoch skupín vyústí do konfliktu. Tak ako v mikrosvete prírody, aj človeku jednotlivé faktory v minulosti pomáhali rozlišovať jednotlivé skupiny a triedy. Na základe jednoduchých znakov vieme rozlíšiť, či je daný človek príslušníkom nejakej jazykovej skupiny, národa, etnika... Sociálni psychológovia Turner a Tajfel pri svojom výskume spozorovali, že ľudia v rámci sociálnej interakcie kategorizujú, identifikujú, porovnávajú. *Kategorizovanie* ako proces slúži na to, aby sme sa dozvedeli čo najviac o ľuďoch a mohli rýchlo rozlišovať (napr. ak niekoho označíme ako hinduistu, automaticky vieme odkiaľ pochádza, akým jazykom rozpráva atď.) Pri kategorizácii na základe istých znakov vieme predvídať a zovšeobecňovať. *Identifikujeme* sa s vlastnými skupinami (ingroup), aby sme získali sebaúctu. A nakoniec *porovnávame* sa s ostatnými skupinami (outgroups), pričom vlastnú skupinu vnímame v lepšom svetle, pozitívnejšie (ingroup bias). (Gray, Bjorklund 2017)

Sociálna kategorizácia je dôležitý predpoklad pre vytváranie skupín a medziskupinové interakcie. Kategorizácia vzniká na základe vonkajšej i vnútoroskupinovej identifikácie. Pričom poznáme aj proces sebakategorizácie, ktorého výsledkom je psychologické identifikovanie sa so skupinou v nadväznosti na správanie sa ako príslušníka danej skupiny (napr. stereotypizácia, etnocentrizmus, vútro skupinová solidarita...). (Hogg, Vaughan 2018)

*Medziskupinová predpojatnosť*, ktorá označuje tendenciu hodnotiť vlastnú (ingroup) skupinu lepšie ako ostatné skupiny (outgroup) je všeobecným, no nie univerzálnym

fenoménom. Prejavuje sa v troch úrovniach – kognitívnej, ktorej produktom sú *stereotypy*, postojovej vyúsťujúcej do *predsudkov* a behaviorálnej, ktorej výsledkom je akákoľvek forma *diskriminácie*. (Myers, Twenge 2018)

### **Predsudky, stereotypy a diskriminácia**

Pripisovanie pozitívnejších vlastností vlastnej skupine a z toho vyplývajúce negatívnejšie hodnotenie inej skupiny, či kategórie je základnou esenciou predsudku. Predsudok vo forme postoja je vopred vytvorený negatívny obraz o skupine, či jej členoch, ktorý vzniká kombináciou pocitov, správania a presvedčenia. Predsudky môžeme rozdeliť do dvoch tried. Na *implicitné*, ktoré získavame socializáciou a v podstate si ich nemusíme byť ani vedomí a *explicitné*, s ktorými sa pracuje ľahšie, pretože ich vieme odstraňovať napríklad v procese osvetľovania skutočností a vzdelaním. Zmena implicitných (zvnútorňovaných) predsudkov si u človeka vyžaduje dlhodobjší proces, ktorý nie je vždy úspešný. Príkladom implicitného predsudku môže byť postoj americkej spoločnosti k zmiešaným manželstvám. V roku 1958 iba 4% Američanov podporovalo medzirasový sobáš, pričom podľa prieskumu z roku 2012 počet podporovateľov vzrástol na 86%. (Gray, Bjorklund 2017)

Viditeľnú, často spoločensky a politicky neakceptovateľnú formu explicitných predsudkov v poslednej dobe nahrádza *mikroagresia*. Tá sa prejavuje skrytou formou hostility voči inej skupine. Napríklad obhajoba rasových rozdielov je často podmienená rasovou nenávisťou. Typickým príkladom mikroagresívneho správania môže byť postoj majority k neheterosexuálnej menšine vyjadrený konštatovaním: Nech si doma robia čo chcú, ale kto je na nich zvedavý na verejnosti.

Na opačnej strane stoja predsudky, ktoré majú prívlastok „moderné“. Ide napríklad o rasovú senzitivitu, ktorá vedie k nekritickým a prehnane pozitívnym reakciám voči príslušníkom určitých skupín.

S procesom kategorizácie je spojená *stereotypizácia*, ktorá slúži človeku k zovšeobecňovaniu a zjednodušovaniu sveta a sociálneho prostredia. Stereotypy nemusia mať v sebe zakaždým negatívnu konotáciu. Podľa sociálnych teoretikov len 10% vytvorených stereotypov je negatívnych. Ide napríklad o *zovšeobecňujúce* stereotypy (Všetci moslimovia sú teroristi), či ničím nepodložené *nepravdivé* stereotypy (Slobodní ľudia sú neurotickejší). *Pravdivé* stereotypy naopak uľahčujú orientáciu a vypovedajú o realite (Černosi sa na atletických súťažiach umiestňujú na prvých priečkach = černosi sú dobrí atléti). *Presné* stereotypy zasa poukazujú na kultúrne rozdiely a sú v spoločnosti žiaduce. (Hogg, Vaughan 2018)

*Diskriminácia* je tradične vnímaná ako negatívne správanie alebo nespravodlivé zaobchádzanie s členmi inej skupiny. Či predsudky prerastú alebo neprerastú do viditeľnej formy, záleží na spoločenských a právnych normách a ich prijateľnosti spoločnosťou. (Branscombe, Baron 2017)

Pod diskrimináciu spadá celý rad sociálnych javov so spoločným rysom – nerovnosťou medzi skupinami a odlišným zaobchádzaním s nimi. Diskriminácia je typická rozdielnym prístupom medzi nositeľmi istých rozpoznateľných, domnelých, či odhalených znakov. Okrem negatívnej formy diskriminácie, tak ako v prípade stereotypov, sa v súčasnosti stretávame aj s takzvanou *pozitívnou* diskrimináciou. Ide o vedomé a inštitucionalizované uprednostňovanie istých skupín. Ak sú jednotlivci vylúčení alebo čelia nerovnému zaobchádzaniu z dôvodu rasy, pohlavia, veku, sexuálnej orientácie, zdravotného postihnutia, národnosti alebo iného faktoru, dochádza k ich diskriminácii s následkom straty možností a príležitostí, ktoré spoločnosť ponúka. Diskriminácia sa môže prejavovať mnohými spôsobmi od verbálnych útokov, osobného správania, kyberšikanovanie, až fyzickým útokom voči jednotlivcovi, či skupine. Diskriminácia sa vyskytuje na rôznych sociálnych úrovniach, od jednotlivcov až po kultúru. Hranice medzi

úrovňami nemusia byť vždy jednoznačné, pretože prejavy diskriminácie sa objavujú naprieč celou sociálnou realitou. Vo všeobecnosti však môžeme prejavy diskriminácie rozdeliť na štyri typy – medziľudskú, organizačnú, inštitucionálnu a kultúrnu. (Whitley, Kite 2016)

Medzi najznámejšie a najrozšírenejšie formy diskriminácie môžeme zaradiť rasizmus, sexizmus, ageizmus, heterosexizmus. Forma a rozsah diskriminácie môže mať rôznu intenzitu. Dobrým príkladom je *sexizmus*, ktorý môže mať benevolentnú formu (napr. stavia ženy do pozitívnejšieho svetla – ženy sú morálnejšie), ale aj *nepriateľskú*, ktorý môže byť charakterizovaný napríklad príslovím, že mužom po svadbe končí život. (Myers, Twenge 2018)

## **Záver**

Predsudky, diskriminácia, negatívna stereotypizácia, či medziskupinový konflikt sa v sociálnom prostredí ťažko redukujú. Najdôležitejším momentom pre ich postupnú elimináciu je nevyhnutnosť rozpoznať mechanizmy ich fungovania a podstatu príčin. Najvhodnejšími prostriedkami sa javí neustále (aj profesijné) vzdelávanie, propagácia a podpora antidiskriminačných kampaní a medziskupinový kontakt v rozličných úrovniach.

Je nevyhnutné si uvedomiť, že obyčajný stereotyp v kombinácii s predsudkom môže prerásť do formy diskriminácie, ktorá je príčinou mnohých ďalších, nielen sociálnych, dopadov na určitú skupinu a koniec koncov celú spoločnosť. Presvedčenie vyšších tried, ktoré svoje hmotné bohatstvo vnímajú ako výsledok tvrdej práce môže iná sociálna skupina vnímať ako výsledok konexií a ich osobného šťastia. Nazeranie na tú istú sociálnu realitu môže mať rôzne uhly pohľadu. Dôležité však je, eliminovať reálne nerovnosti vyplývajúce z diskriminácie, stereotypov a predsudkov, ktoré akúkoľvek skupinu neoprávnene stavajú do výhodnejšej pozície.

Sociálna identita každého človeka je vytváraná najmä rasou, etnicitou, kultúrou, vekom, rodom, sexuálnou orientáciou, náboženským vyznaním, triedou... a individuálnou skúsenosťou každej identity so špecifickými formami opresie, či dominancie. (Janebová 2014) Na to by sociálni pracovníci nemali pri práci s klientom zabúdať, pretože ľudská prirodzenosť je nestála, premenlivá a závislá od rozmanitých vplyvov. Napríklad aj od obyčajného stereotypu, nevedomého predsudku až po viditeľnú diskrimináciu.

## **Zoznam použitej literatúry**

BRANSCOMBE, N. R., and R. A. BARON, 2017. *Social Psychology*. Global Edition. ISBN 978-1-292-15909-6.

GRAY, P., and D. F. BJORKLUND, 2014. *Psychology*. New York, New York: Worth Publishers, a Macmillan Higher Education Company. ISBN 978-1-4641-4195-9.

HOGG, M. A., and G. M. VAUGHAN, 2018. *Social psychology*. New York: Pearson. ISBN 978-1-292-09045-0.

JANEBOVÁ, R., 2014. *Kritická sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-413-7.

MACEK, P., 2003. *Adolescence*. Praha: Portál. ISBN 8071787477.

MATSUMOTO, D., 2009. *The Cambridge Dictionary of Psychology*, Cambridge: Cambridge University. ISBN 13978-0-521-85470-2.

MYERS, D. G., and J. M. TWENGE, 2018. *Exploring social psychology*. New York, NY: McGraw-Hill Education. ISBN 978-1-259-88088-9.

VANDENBOS, G. R., 2015. *APA dictionary of psychology*. Second Edition. Washington, DC: American Psychological Association. ISBN 978-1-4338-1944-5.

VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK, 2008. *Sociální psychologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1428-8.



WHITLEY, B. E., and M. E. KITE, 2016. *Psychology of prejudice and discrimination*. London: Routledge/Taylor & Francis Group. ISBN 978-1-138-94752-8.

**Kontakt na autorov**

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

*doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD., Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, Moyzesova 9, 040 59 Košice, email: dusan.slosar@upjs.sk*

# **Zjawisko wypalenia zawodowego wśród pracowników pomocy społecznej**

## *The phenomenon of burnout among social workers*

Sylvia Drozd (PL)

### **Streszczenie**

Celem niniejszego artykułu jest próba analizy wypalenia zawodowego i jego kontekstu psychospołecznego i osobowościowego wśród pracowników socjalnych zatrudnionych w pomocy społecznej. Przeprowadzone badania miały charakter diagnostyczny. Główną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Metodami uzupełniającymi były: wywiad z pracownikami socjalnymi oraz analiza dokumentów. Badania empiryczne obejmowały pracowników socjalnych z terenu województwa podkarpackiego. Wyniki badań wskazały, że pracownicy pomocy społecznej są grupą, która jest zagrożona wypaleniem zawodowym.

**Słowa kluczowe:** Praca socjalna. Pomoc społeczna. Wypalenie zawodowe. Stres.

### **Abstract**

The purpose of this article is an attempt of analysis of burnout and its context psychological and personality context among social workers employed in social assistance. The conducted research was in the nature of diagnosis. The main research method was a survey diagnostic. Complementary methods were: interviews with employees, social and document analysis. The empirical study included social workers from the Podkarpackie Voivodeship. The results showed that the employees of social assistance is the group that is threatened, disappointed in their profession.

**Keywords:** Social work. Social workers. Professional burnout. Stress.

Naturalnym pragnieniem każdego człowieka jest życie w dobrym zdrowiu i samopoczuciu. Tymczasem często jesteśmy poddawani różnego rodzaju stresom. Stresujemy się prawie wszystkim: wydarzeniami na świecie, bezrobociem, korkiem na ulicy, spojrzeniem przełożonego, chorobą, rozwodem, etc. W rzeczywistości stres towarzyszy człowiekowi od narodzin aż do śmierci. Poziom stresu zwiększa się w szczególnie trudnych sytuacjach, gdzie jesteśmy zagrożeni lub mamy poczucie zagrożenia fizycznego, społecznego lub psychicznego. Zjawisko jest tak powszechne, że aż trudne do ogarnięcia.

W ciągu kilkunastu ostatnich lat wielu badaczy zwraca uwagę na nowy rodzaj stresu związanego z pracą – na specyficzne wyczerpanie emocjonalne i zawodowe, w szczególności sposób ujawniające się w zawodach związanych z niesieniem pomocy innym ludziom (helping professions). Najbardziej narażone na ten rodzaj stresu są osoby pracujące w sektorze pomocy społecznej, w służbie zdrowia oraz zajmujące się wychowaniem, ponieważ działają one w obszarze „psychologicznie ryzykownym” i niezależnie czy są tego świadome czy nie, często cierpią a w ich funkcjonowaniu widać tego konsekwencje.

U wielu osób już po krótkim okresie pracy mogą pojawić się oznaki depresji albo utraty wiary we własne możliwości. Wykazują one brak zainteresowania pracą, stają się bierne, popadają w rutynę i nie chcą brać na siebie odpowiedzialności. Budują wokół siebie bariery ochronne, ich stosunek do osób, którymi się opiekują robi się chłodny i bezduszny a ich początkowe motywacje i ideały stają się coraz bardziej odległe. Wzrasta częstość i siła napięć emocjonalnych w rodzinie i nasilają się konflikty z kolegami. Ich poczucie tożsamości zawodowej staje się coraz bardziej niejednoznaczne a samoocena spada. Zaczynają narzekać na regularne zaburzenia psychosomatyczne.

Tę mieszaninę objawów fizycznych, przeżyć psychicznych i zachowań nazywa się zapożyczonym z angielskiego określeniem „burnout” tłumaczonym jako „wypalenie”. Zespół wypalenia kojarzy się z metaforycznymi określeniami takimi jak: „ostatnie migotanie

plomyka”, „skorupka pusta i zużyta”, „usychające gałęzie”, „szare zimne popioły” (Maslach, za Sandrin 2006). Potencjalnie narażone na wypalenie zawodowe są osoby, które przez dłuższy czas mają do czynienia z dużą liczbą ludzi potrzebujących pomocy, które dzień po dniu muszą pomagać zgnębnym i cierpiącym z powodu różnorodnych problemów. W takiej sytuacji są często pracownicy pomocy społecznej.

Negatywne konsekwencje procesu wypalenia zawodowego odnoszą się nie tylko bezpośrednio do pracownika doświadczającego tego zjawiska i jego podopiecznych, ale także instytucji w której pracuje, jego własnej rodziny i przyjaciół a pośrednio całego społeczeństwa. Istotna jest zatem świadomość istnienia takiego zjawiska oraz podejmowanie działań zapobiegających jego występowaniu.

Niniejszy artykuł powstał na podstawie wyników badań własnych. Przeprowadzone badania miały charakter diagnostyczny. Główną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Metodami uzupełniającymi były: obserwacja, wywiad z pracownikami pomocy społecznej oraz analiza dokumentów. Badania empiryczne obejmowały pracowników socjalnych z terenu województwa podkarpackiego. Badanie przeprowadzone zostało w okresie od października 2016 do maja 2017 roku.

#### Poniższa tabela przedstawia procedurę doboru próby badawczej

Operat losowy		Dobór losowy z Przy pomocy IBM SPSS	Próba losowa Objętych badaniem
Pracownicy socjalni zatrudnieni w Ośrodka Pomocy Społecznej w województwie podkarpackim			
<b>160</b> Ośrodków Pomocy Społecznej	<b>1104</b> Pracowników socjalnych	Założenie 30% wszystkich OPS	48 Ośrodków Badania ankietowe po 3 pracowników socjalnych z każdego wylosowanego ośrodka = 144 pracowników

Dane za P. Frączek „Pomoc społeczna na Podkarpaciu-próba analizy”, Praca socjalna nr 2/2012, IRSS-Warszawa, s.82-101

Badanie empiryczne obejmuje losowo wybrane Ośrodki Pomocy Społecznej i pracowników socjalnych. Do doboru losowego zostało wykorzystane oprogramowanie IBM SPSS. Analizę wyników badania wykonano w programie IBM SPSS Statistics. Podstawę analizy stanowiły tabele, natomiast aby dodatkowo zilustrować najsilniejsze zależności pomiędzy zmiennymi niezależnymi, a wypaleniem zawodowym wykonano odpowiednie wykresy. Odsetki w tabelach liczono w stosunku do sumy osób, które udzieliły odpowiedzi na dane pytanie. Pomijano braki danych.

Warunkiem skutecznego rozwiązywania sformułowanych problemów badawczych jest właściwy dobór odpowiednich metod oraz narzędzi badań. W opisywanym badaniu użyłam trzech narzędzi badawczych: Kwestionariusz autorski, Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach - Maslach Burnout Inventory (MBI) oraz Kwestionariusz - Wzorce zachowań i przeżyć związanych z pracą (AVEM)

### **Autorski kwestionariusz**

Autorski kwestionariusz składał się z 22 pytań zarówno zamkniętych jak i otwartych. Kwestionariusz przeznaczony był dla pracowników socjalnych. Kwestionariusz można podzielić na sześć części. Początkowa dotyczyła danych socjo-demograficznych: płci, rodzaju wykonywanej pracy, wieku, stanu cywilnego. Druga część – sytuacji zawodowej i materialnej: stażu pracy, wykształcenia, warunków mieszkaniowych i finansowych, systemu pracy, pracy w nadgodzinach i jej częstości. W trzeciej części podjęto próbę określenia ogólnego stosunku do pracy: aprobaty, atmosfery, chęci uczęszczania oraz współpracy z bezpośrednim przełożonym. Trzy ostatnie części zawierały pytania dotyczące wybranych losowo przyczyn jakie mogą mieć wpływ na wystąpienie zespołu wypalenia zawodowego i tak czwarta dotyczyła odczuć indywidualnych: motywacji, przekonań, angażowania, wiary we własne możliwości, zaniedbywania rozwoju zawodowego; piąta – odczuć interpersonalnych: konfliktowości, problemów z zaśnięciem lub budzeniem się w nocy, problemów z wykonywaniem pracy na czas, uczucia zdenerwowania, występowania dolegliwości bólowych głowy, uczucia zniechęcenia i lęku wychodząc do pracy, uczucia przygnębienia, zmęczenia, trudności z koncentracją i skupieniem, gwałtownych i częstych zmian nastrojów oraz częstego występowania dolegliwości bólowych brzucha i kręgosłupa. Ostatnia szóstą część odnosiła się do czynników organizacyjnych: przeciążenia nadmierną ilością obowiązków oraz niedostosowania czasu i środków do zleconych zadań.

### **Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach - Maslach Burnout Inventory (MBI)**

Narzędzie Maslach Burnout Inventory (MBI) – Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach - zostało opracowane przez Maslach i Jackson w 1981 roku. Do pomiaru wypalenia zawodowego w badaniu użyto polską adaptację kwestionariusza autorstwa T. Pasikowskiego<sup>18</sup>, 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.

### **Kwestionariusz - Wzorce zachowań i przeżyć związanych z pracą (AVEM)**

Do oceny zachowań i przeżyć w pracy zastosowano skalę AVEM – Arbeitzbezo gens Ver hal tens und Erlebensmuster – U. Schaarschmidta i A. Fischera, pracowników Instytutu Psychologii Uniwersytetu Poznańskiego, która została adaptowana do warunków polskich przez T. Rongińską. Ze względu na fakt małej znajomości tej metody w Polsce zostanie ona szerzej zaprezentowana. Kwestionariusz składa się z 66 twierdzeń, każde z nich oceniane jest przez osobę badaną w skali 5-stopniowej pod względem trafności w stosunku do swoich przeżyć, odczuć, czy doświadczeń. Jest to narzędzie o wysokiej rzetelności (dla skali wersji polskiej zgodność wewnętrzną mierzona alfa Cronbacha wynosiła od 0,71 do 0,84, a metodą połówkową Spearmana - Browna od 0,70 do 0,83).

W badaniu udział wzięło 129 respondentów.

---

<sup>18</sup> PASIKOWSKI T.: Polska adaptacja Maslach Burnout Inventory, [w:] H. Sęk (red.), Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie, PWN, Warszawa 2000, 135–148

Tab. 1 Płeć respondentów

Płeć	N	%
kobieta	113	87,6
mężczyzna	16	12,4
Ogółem	129	100,0

Zdecydowana większość badanych osób, to kobiety (87,6%). Mężczyźni stanowili pozostałe 12,4% respondentów. Badani mieli od 21 do 62 lat. Średnia wieku respondentów, to 42,5 roku. Połowa badanych ma mniej, a połowa więcej, niż 41 lat. Odchylenie standardowe świadczy o umiarkowanym zróżnicowaniu badanych osób pod względem wieku. Respondenci w pomocy społecznej pracowali od 1 roku do 41 lat. Średni staż pracy w pomocy społecznej, to 16,2 roku. Połowa badanych pracuje dłużej, a połowa krócej, niż 13 lat. Odchylenie standardowe świadczy o dosyć dużym zróżnicowaniu respondentów pod względem stażu pracy w pomocy społecznej.

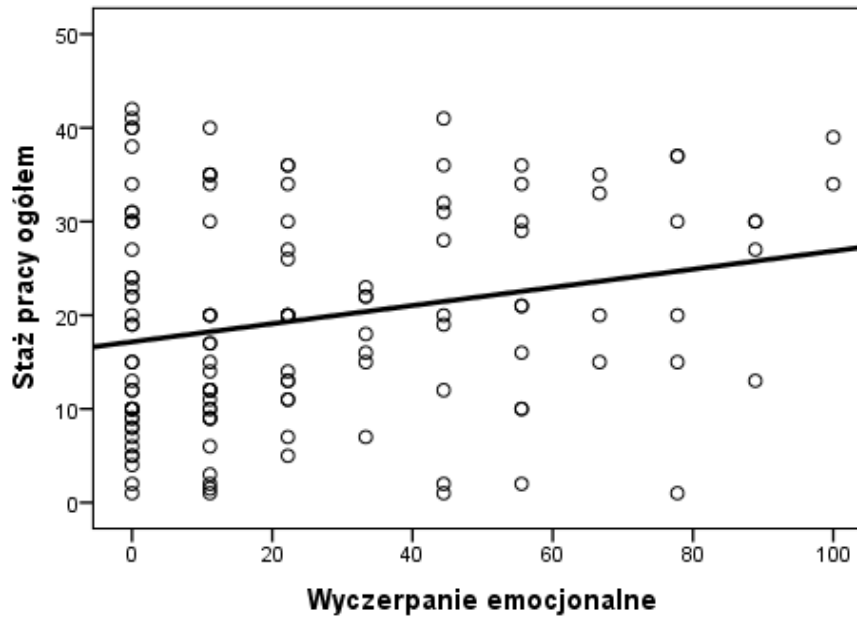
Badania wykazały, iż zachodzi istotna statystycznie korelacja pomiędzy wiekiem, a wyczerpaniem emocjonalnym oraz pomiędzy wiekiem, a depersonalizacją. Im wyższy wiek, tym większe wyczerpanie emocjonalne, ale co ciekawe im wyższy wiek, tym mniejsza depersonalizacja. Z kolei im dłuższy ogólny staż pracy, tym większe wypalenie zawodowe, a korelacja (dodatnia) z depersonalizacją jest bliska istotności statystycznej

Tab. 2 Wiek, staż pracy ogółem i staż pracy w pomocy społecznej a wypalenie zawodowe

MBI	Wiek w latach		Staż pracy ogółem		Staż pracy w pomocy społecznej	
	R	p	R	p	R	p
<b>Wyczerpanie emocjonalne</b>	0,216	0,014*	0,231	0,008**	0,183	0,038*
<b>Depersonalizacja</b>	-0,174	0,049*	-0,170	0,053	-0,134	0,131
<b>Satysfakcja zawodowa</b>	-0,063	0,481	-0,044	0,616	0,005	0,953
<b>Ogólne wypalenie zawodowe</b>	0,113	0,203	0,114	0,198	0,072	0,421

Im dłuższy staż pracy w pomocy społecznej, tym większe wyczerpanie emocjonalne. Korelacje te nie są niezbyt silne (najsilniejszą z nich przedstawiono dodatkowo na wykresie numer 1. Nie ma istotnych statystycznie korelacji między wiekiem, stażem pracy ogółem oraz stażem pracy w pomocy społecznej, a ogólnym wypaleniem zawodowym.

Wyk. 1 Wyczerpanie emocjonalne a staż pracy ogółem



Tab. 3 Rodzaj wykonywanej pracy a wypalenie zawodowe

MBI	Rodzaj wykonywanej pracy	M	Me	SD	Test
					Kruskala-Wallisa
Wyczerpanie emocjonalne	Inny pracownik pomocy społecznej (1)	23,70	11,11	24,08	H=3,614 p=0,461
	Pracownik socjalny (2)	17,36	11,11	22,57	
	Starszy pracownik socjalny (3)	25,46	22,22	23,05	
	Specjalista pracy socjalnej (4)	26,29	11,11	31,11	
	Starszy specjalista pracy socjalnej (5)	33,95	27,78	32,89	
Depersonalizacja	Inny pracownik pomocy społecznej (1)	24,00	20,00	24,14	H=4,594 p=0,331
	Pracownik socjalny (2)	21,25	20,00	21,52	
	Starszy pracownik socjalny (3)	24,17	20,00	19,54	
	Specjalista pracy socjalnej (4)	17,56	20,00	20,10	
	Starszy specjalista pracy socjalnej (5)	28,89	20,00	23,98	
Satysfakcja zawodowa	Inny pracownik pomocy społecznej (1)	63,33	62,50	30,05	H=0,966 p=0,915
	Pracownik socjalny (2)	66,41	75,00	21,87	
	Starszy pracownik socjalny (3)	61,46	62,50	28,53	
	Specjalista pracy socjalnej (4)	69,21	75,00	21,30	
	Starszy specjalista pracy socjalnej (5)	65,28	68,75	22,91	
Ogólne wypalenie zawodowe	Inny pracownik pomocy społecznej (1)	28,48	31,82	17,56	H=2,560 p=0,634
	Pracownik socjalny (2)	24,15	22,73	14,98	
	Starszy pracownik socjalny (3)	29,92	25,00	19,65	
	Specjalista pracy socjalnej (4)	25,94	18,18	20,16	
	Starszy specjalista pracy socjalnej (5)	33,08	40,91	22,58	

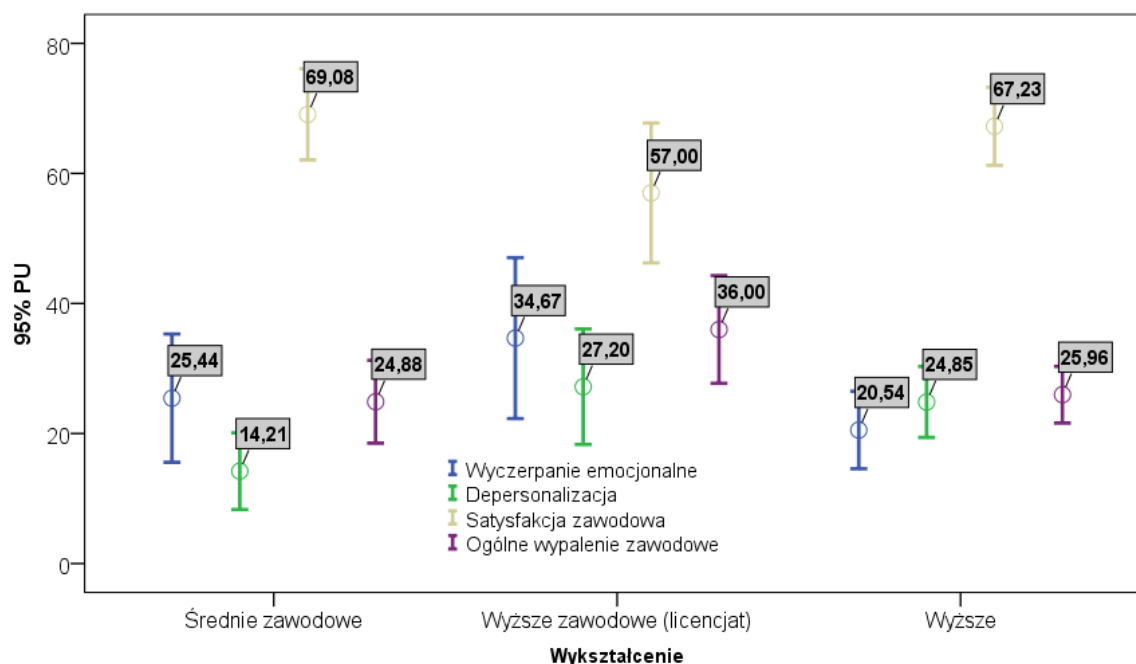
Rodzaj wykonywanej pracy nie różnicuje istotnie respondentów pod względem ogólnego wypalenia zawodowego, ani pod względem jego wymiarów.

Tab. 4 Wykształcenie a wypalenie zawodowe

MBI	Wykształcenie	M	Me	SD	Test Kruskala-Wallisa
Wyczerpanie emocjonalne	Średnie zawodowe (1)	25,44	11,11	30,00	H=5,438 p=0,066
	Wyższe zawodowe (licencjat) (2)	34,67	22,22	29,97	
	Wyższe (3)	20,54	11,11	24,21	
Depersonalizacja	Średnie zawodowe (1)	14,21	10,00	17,95	H=9,372 p=0,009** R.I.: 1/2, 1/3
	Wyższe zawodowe (licencjat) (2)	27,20	20,00	21,51	
	Wyższe (3)	24,85	20,00	22,20	
Satysfakcja zawodowa	Średnie zawodowe (1)	69,08	75,00	21,30	H=4,101 p=0,129
	Wyższe zawodowe (licencjat) (2)	57,00	50,00	26,04	
	Wyższe (3)	67,23	62,50	24,39	
Ogólne wypalenie zawodowe	Średnie zawodowe (1)	24,88	18,18	19,36	H=6,389 p=0,041* R.I.: ½
	Wyższe zawodowe (licencjat) (2)	36,00	36,36	20,07	
	Wyższe (3)	25,96	22,73	17,72	

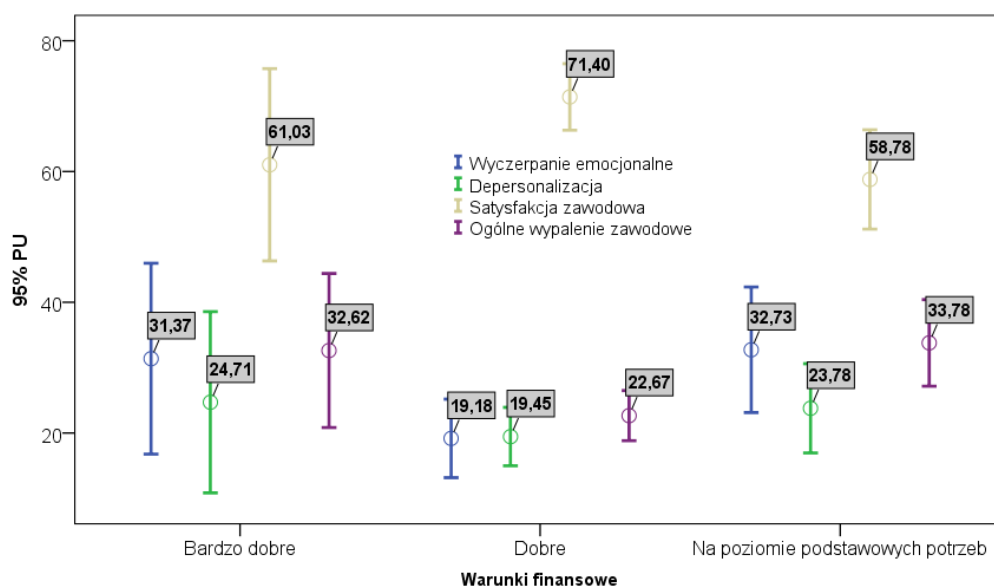
Respondenci z wykształceniem wyższym zawodowym charakteryzują się wyraźnie wyższym poziomem wyczerpania emocjonalnego, niż osoby z wykształceniem średnim zawodowym oraz wyższym. Różnica jest bliska istotności statystycznej. Z kolei w przypadku depersonalizacji istotnie niższy jej poziom odnotowano u osób z wykształceniem średnim zawodowym, niż u osób z wykształceniem wyższym zawodowym (licencjackim) i wyższym. Biorąc pod uwagę ogólne wypalenie zawodowe można powiedzieć, że jest ono istotnie wyższe u badanych z wykształceniem wyższym zawodowym, niż u badanych z wykształceniem średnim zawodowym. Różnice pomiędzy osobami z wykształceniem średnim zawodowym, wyższym zawodowym oraz wyższym pod względem wypalenia zawodowego i jego wymiarów przedstawiono dodatkowo na poniższym wykresie.

Wyk. 2 Wykształcenie a wypalenie zawodowe



Jak się okazało respondenci mający warunki finansowe na poziomie podstawowych potrzeb charakteryzują się istotnie większym wyczerpaniem emocjonalnym, istotnie niższą satysfakcją zawodową oraz istotnie wyższym ogólnym wypaleniem zawodowym, niż respondenci mający dobre warunki finansowe. Różnice pomiędzy osobami o warunkach finansowych bardzo dobrych, dobrych oraz na poziomie podstawowych potrzeb pod względem wypalenia zawodowego i jego wymiarów przedstawiono dodatkowo na poniższym wykresie.

Wyk. 3 Warunki finansowe a wypalenie zawodowe





Tab. 5 Atmosfera w pracy a wypalenie zawodowe

MBI	Czy w pracy panuje miła, życzliwa atmosfera?						Test U Manna-Whitneya	
	Tak			Nie			Z	P
	M	Me	SD	M	Me	SD		
<b>Wyczerpanie emocjonalne</b>	21,73	11,11	25,43	42,86	44,44	30,77	-2,562	0,010*
<b>Depersonalizacja</b>	20,18	20,00	20,61	34,29	30,00	24,09	-2,262	0,024*
<b>Satysfakcja zawodowa</b>	67,26	75,00	23,99	54,46	56,25	22,26	-1,943	0,052
<b>Ogólne wypalenie zawodowe</b>	25,38	22,73	17,85	41,88	40,91	20,26	-2,889	0,004**

Osoby pracujące w miłej i życzliwej atmosferze charakteryzują się istotnie mniejszym wyczerpaniem emocjonalnym, istotnie mniejszą depersonalizacją, wyraźnie wyższą (w sposób bliski istotności statystycznej) satysfakcją zawodową oraz istotnie mniejszym ogólnym wypaleniem zawodowym od osób, które pracują w niemiłej i niezycziwej atmosferze. Różnice pomiędzy osobami które uważają, że w ich pracy panuje miła i życzliwa atmosfera i osobami będącymi odmiennego zdania pod względem wypalenia zawodowego i jego wymiarów przedstawiono dodatkowo na poniższym wykresie.

Wyjaśnienie zjawiska stresu zawodowego oraz rozwoju syndromu wypalenia zawodowego ma znaczące konsekwencje praktyczne. Istotne jest zwłaszcza wykorzystanie zidentyfikowanych prawidłowości do zapobiegania pojawianiu się tych zjawisk, a jeżeli już zaistnieją – do skutecznego radzenia sobie z nimi. W tym procesie szczególnie istotne jest wyposażenie pracowników w kompetencje zaradcze, pozwalające na skuteczne radzenie sobie ze stresem zawodowym oraz tworzenie sprzyjających warunków w środowisku pracy. Do czynników chroniących w środowisku pracy należą: autonomia i różnorodność działań; efektywność środków, którymi pracownik dysponuje; możliwość wpływu na politykę instytucji; pozytywne relacje interpersonalne, doświadczanie konstruktywnej współpracy i wsparcia społecznego oraz pozytywne informacje zwrotne, zwłaszcza od podopiecznych. W instytucjach udzielających pomocy o charakterze psychologiczno-społecznym bardzo istotna jest rola przełożonych. W zakresie ich kompetencji istnieje możliwość podejmowania działań, które sprzyjają prawidłowej organizacji pracy oraz tworzeniu warunków i klimatu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Profesjoniści zajmujący się problematyką wypalenia zawodowego coraz częściej zwracają uwagę na to, jak ważne jest nadawanie znaczenia własnej pracy, doświadczania egzystencjalnego sensu wykonywanych czynności w zapobieganiu stresowi zawodowemu i wypaleniu. Mając poczucie znaczenia własnej pracy można oddziaływać na swoje przeżycia i samopoczucie przez doskonalenie relacji interpersonalnych, nasycenie ich życzliwością, empatią co skutkuje postawą opieki i troski wobec innych ludzi. Zakorzenie w głębokich, duchowych wartościach moralnych, wiara w istnienie wymiaru przewyższającego osobisty dyskomfort psychiczny pozwala na dystans do przeżywanymi trudności i przeciwdziałania wypaleniu. Istotne jest również to, by wiodące wartości były wspólnie wyznawane przez wszystkich członków zespołu pracowniczego i udzielającego pomocy innym ludziom. Na zakończenie chcę szczególnie mocno podkreślić, że warunkiem niezbędnym udzielania skutecznej pomocy innym ludziom, wymagającej osobistego zaangażowania, jest obowiązek zatroszczenia się o siebie i o otoczenie, w którym realizuje się relacja wzajemnej pomocy.

## **Literatura**

- BURISCH, M., 2000. W poszukiwaniu teorii - przemyslenia na temat natury i etiologii wypalenia [w]: SEK, H. (red.), Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. ISBN 83-01-14317-7.
- KARASOWSKA, A., and A. SZULIRZ, 2008. Projekt jako metoda korygowania zaburzeń – cz.I, Remedium. ISBN 83-7308-114-3.
- KARASOWSKA, A., and A. SZULIRZ, 2015. Ocalić więzi. Praca socjoterapeutyczna z rodziną zagrożoną. Warszawa: Wydawnictwo Remedium.
- 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.
- LANGOWSKA-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.
- MASLACH, C., and S. JACKSON, 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., and S. JACKSON, 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.
- SEK, H., 2006. Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej [W:] Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie pod red. Sek H., Warszawa. 83–113
- SEK, H., 2007. Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

## **Kontakt na autorku**

*Sylwia Drozd, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku, email: sylwiadrozd@interia.eu*

# **Sytuacja zawodowa osób niepełnosprawnych na rynku pracy**

## *The occupational situation of people with disabilities in the labor market*

*Ewelina Kleszcz-Ciupka (PL)*

### **Streszczenie**

Sytuacja zawodowa osób niepełnosprawnych na rynku pracy to zjawisko złożone. U jego podstaw leżą realne ograniczenia zdrowotne osób oraz czynniki wewnętrzne, które w znacznym stopniu uniemożliwiają aktywizację zawodową i podejmowanie działań zmierzających do zmiany zastanej sytuacji i podjęcia zatrudnienia, które stanowi integralną część życia dorosłego człowieka. Praca zawodowa bowiem daje możliwość stabilizacji i poczucia bezpieczeństwa. Zwłaszcza dla osób niepełnosprawnych te dwie wartości są istotnym elementem w pokonywaniu swoich ograniczeń i powrotu do sprawności.

Niniejszy artykuł jest próbą określenia sytuacji zawodowej osób niepełnosprawnych na rynku pracy.

**Kluczowe słowa:** Niepełnosprawność. Sytuacja zawodowa. Osoba niepełnosprawna.

### **Abstract**

The occupational situation of people with disabilities in the labor market is a complex phenomenon. It is based on real health limitations of people and internal factors that significantly prevent professional activation and undertaking activities aimed at changing the existing situation and taking up employment, which is an integral part of an adult's life. Professional work gives the possibility of stability and a sense of security. Especially for people with disabilities, these two values are an important element in overcoming their limitations and getting back into fitness.

This article is an attempt to determine the occupational situation of disabled people in the labor market.

**Keywords:** Disability. Work situation. Disabled person.

### **Wstęp**

Osoby niepełnosprawne, zgodnie z art. 49 Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20.04.2004 r., stanowią grupę osób znajdujących się w szczególnej sytuacji na rynku pracy. Aktywizacja zawodowa przypadku tej grupy to proces długofalowy i dwufazowy bowiem składają się na niego działania o charakterze wewnętrznym oraz zewnętrznym. Te pierwsze opierają się na niwelowaniu w głównej mierze barier motywacyjnych. Praca w tym zakresie polega na rozpoznawaniu własnych potrzeb, możliwości, predyspozycji czy zainteresowań zawodowych, a także określaniu poziomu i rodzaju motywacji oraz gotowości do zmiany sytuacji zawodowej i osobistej. Natomiast do zadań o charakterze zewnętrznym zaliczymy likwidowanie barier informacyjnych, polegającym na wyposażaniu osoby niepracującej w wiedzę i umiejętności praktyczne w zakresie aktywnego poszukiwania pracy i funkcjonowania w miejscu pracy. Przyjmując taki punkt odniesienia należy stwierdzić, że aktywizacja zawodowa skupia się nie tylko na konkretnych działaniach, lecz także na nauce umiejętności i kształtowaniu pewnych postaw aktywności w stosunku do własnej sytuacji zawodowej. Celem zasadniczym tak rozumianej aktywności jest przekonanie osób niepełnosprawnych o możliwościach zmiany trudnej sytuacji zawodowej i potrzebie oraz konieczności podejmowania działań, które doprowadzą do zatrudnienia. Praca bowiem jest w życiu osób niepełnosprawnych jednym z czynników przyczyniających się do ich powrotu do sprawności. Dzięki pracy zawodowej możliwa jest skuteczna rehabilitacja osób niepełnosprawnych oraz ograniczenie negatywnych konsekwencji tego zjawiska społecznego (Frączek 2010, s. 12).

Celem prezentowanego artykułu jest przedstawienie sytuacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Niniejszy tekst jest próbą analizy czynników wpływających na pozostawanie bez pracy osób posiadających ograniczenia zdrowotne.

### **Niepełnosprawność - charakterystyka zjawiska**

Niepełnosprawność, to występujący na całym świecie problem społeczny, u podłoża którego leżą ograniczone możliwości zawodowe i społeczne osób nie w pełni sprawnych. W związku z tym, iż szacuje się, że prawie miliard osób na świecie jest niepełnosprawnych w następstwie psychicznych, fizycznych lub sensorycznych niesprawności, co stanowi około 15% całej populacji, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wprowadziła następujące pojęcia niepełnosprawności, uwzględniając stan zdrowia człowieka:

1. *Niesprawność* rozumianą jako każdą utratę sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym;
2. *Niepełnosprawność* będącą każdym ograniczeniem bądź niemożnością (wynikającą z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia w sposób lub w zakresie uznawanym za typowe dla człowieka. (dostęp 21.12.2018 źródło: <http://www.unic.un.org.pl/niepełnosprawnosci/>).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych za osobę niepełnosprawną uznaje tą, której stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności zdolności do wykonywania pracy zawodowej, jeżeli uzyskały odpowiednie orzeczenie. (Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych). Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jest prawnym potwierdzeniem statusu osoby niepełnosprawnej. W Polsce w zależności od wieku osoby i jej sytuacji zdrowotnej i zawodowej orzecznictwo niepełnosprawności przybiera następującą formę:

1. W przypadku osób, które ukończyły 16 rok życia orzeka się o stopniu niepełnosprawności.
2. Dzieci do 16 roku życia zalicza się do osób niepełnosprawnych bez określania stopnia niepełnosprawności..
3. Orzekanie o stopniu niepełnosprawności (osób, które ukończyły 16 rok życia) jest, w myśl przepisów, orzecznictwem dla celów pozarentowych. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności nie może być bowiem podstawą ubiegania się o rentę z ubezpieczenia społecznego (z tytułu niezdolności do pracy, czyli tzw. renty ZUS). Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności powinno zawierać wskazania do szeroko pojętej rehabilitacji.
4. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (na cele pozarentowe) jest, dla prawnego potwierdzenia niepełnosprawności, równoznaczne z orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS oraz dawnym orzeczeniem Komisji ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia (na cele rentowe).
5. Osoby posiadające ważne orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów (dawne orzeczenie KIZ), niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lub orzeczenie o niezdolności do pracy (lekarza orzecznika ZUS) mogą składać do zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności wnioski o ustalenie stopnia niepełnosprawności oraz wskazań do ulg i uprawnień. Przy tego rodzaju orzekaniu bierze się pod uwagę:

posiadane orzeczenie oraz posiadaną dokumentację medyczną, ocenę aktualnego stanu zdrowia wystawioną przez lekarza - członka powiatowego zespołu (ocena ta musi być dokonana na podstawie badania), zakres i rodzaj ograniczeń spowodowany naruszoną sprawnością organizmu. Stopień niepełnosprawności określa się na podstawie przedłożonych orzeczeń lekarza orzecznika ZUS lub d. Komisji ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia. Od orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wydanego w tym trybie nie przysługuje odwołanie. (dostęp na dzień 20.01.2019 <https://www.spes.org.pl/twoje...o.../ogolne-zasady-orzekania-o-niepelnosprawnosci>)

Powyższy opis odnosi się do osób powyżej 16 roku życia. W przypadku dzieci i młodzieży podstawą uznania za niepełnosprawną jest ustalenie, że:

- ma ono naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną;
- przewidywany okres trwania upośledzenia stanu zdrowia przekracza 12 miesięcy;
- wymaga zapewnienia jej całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu.

Istotne jest, że wszystkie wymienione powyżej przesłanki muszą wystąpić łącznie, wówczas niepełnosprawność dziecka orzeka się na czas określony, jednak na okres nie dłuższy niż do ukończenia przez dziecko 16 roku życia.

Postępowanie orzecznicze, służące ustaleniu niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności, co do zasady jest zespołowe i dwuinstancyjne. Oznacza to, że w posiedzeniu składu orzekającego zespołu uczestniczy co najmniej dwóch specjalistów – członków zespołu orzekającego, z których co najmniej jednym jest lekarz sprawujący jednocześnie funkcję przewodniczącego składu orzekającego. Drugim członkiem składu orzekającego może być pedagog, psycholog, pracownik socjalny, doradca zawodowy albo inny lekarz.

O niepełnosprawności orzekają:

- **Powiatowe/miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności** – jako pierwsza instancja;
- **Wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności** – jako druga instancja.

Do podstawowych zadań powyższych instytucji należy orzekanie zgodnie z obowiązującymi w polskim systemie orzecznictwa o niepełnosprawności kryteriami i standardami postępowania orzeczniczego. Zawarte są one w definicjach stopni niepełnosprawności oraz budowane na konstrukcji określającej zachowane, mimo naruszonej sprawności organizmu, możliwości osoby w zakresie:

- samodzielnej egzystencji,
- pełnienia ról społecznych,
- zatrudnienia w odpowiednich warunkach (Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych).

W odniesieniu do powyższych przesłanek w przypadku orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przepisy przewidują podział niepełnosprawności poprzez określenie jej stopni. Ustala się trzy stopnie niepełnosprawności:

- **Znaczny** - do którego zaliczymy osoby:

- niezdolne do pracy i wymagające, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych, w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
- zdolne do pracy w warunkach pracy chronionej i wymagające, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych, w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

Zaliczenie do znacznego stopnia niepełnosprawności możliwe jest tylko wówczas, gdy u osoby zainteresowanej występują jednocześnie ograniczenia w wykonywaniu zatrudnienia i konieczności stałej lub długotrwałej opieki i pomocy. Niezdolność do samodzielnej egzystencji oznacza naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację. Jednocześnie zaliczenie do omawianego stopnia niepełnosprawności osoby zainteresowanej, nie wyklucza możliwości zatrudnienia tej osoby u pracodawcy niezapewniającego warunków pracy chronionej w przypadkach:

- przystosowania przez pracodawcę stanowiska pracy do potrzeb osoby niepełnosprawnej,
- zatrudnienia w formie telepracy.

- **umiarkowany** – do niego mogą być zaliczone trzy grupy osób z naruszoną sprawnością organizmu tj.:

- niezdolne do pracy,
- zdolne do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej,
- wymagające czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.

Zaliczenie do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności osoby zainteresowanej, podobnie jak w przypadku znacznego stopnia, nie wyklucza możliwości zatrudnienia tej osoby u pracodawcy niezapewniającego warunków pracy chronionej. W odniesieniu do ograniczeń w zatrudnieniu definicja umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie różni się od definicji stopnia znacznego. W obu przypadkach występuje kryterium niezdolności do pracy lub zdolności do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej. Kolejnym kryterium kwalifikującym do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności jest konieczność czasowej lub częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych. Użyty w definicji umiarkowanego stopnia niepełnosprawności wyraz „lub” oznacza, że w przeciwieństwie do znacznego stopnia niepełnosprawności, każda z przesłanek stanowi samodzielną podstawę do zaliczenia do tego stopnia niepełnosprawności.

- **lekki** - zalicza się tu osoby:

- naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną;
- o naruszonej sprawności organizmu, mające ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Nie ma wymogu, aby powyższe przesłanki występowały łącznie.

W badaniu GUS aktywności ekonomicznej ludności Polski za I kwartał 2017 roku wskazano, iż ogółem w Polsce jest ponad 3 miliony osób powyżej 16 roku życia z orzeczonym stopniem niepełnosprawności.

Dane liczbowe z podziałem na stopnie niepełnosprawności przedstawiają się następująco (stan za I kwartał 2017 roku):

- 8,3 tysiąca osób z **lekkim** stopniem niepełnosprawności
- 1,5 miliona osób z **umiarkowanym** stopniem niepełnosprawności
- 8,5 tysiąca osób ze **znacznym** stopniem niepełnosprawności.

Pojęcie niepełnosprawność/stopień niepełnosprawności obejmuje kategorię zdolności do pełnienia przez człowieka ról społecznych. Zachodzi bowiem zależność pomiędzy ograniczeniem zdolności do realizacji oczekiwań, funkcji, zachowań i postaw wynikających z zajmowanej pozycji społecznej w różnych grupach społecznych a niepełnosprawnością. Niepełnosprawność, zgodnie z kryterium ustawowym, to niemożność efektywnego pełnienia ról społecznych tj. wypełniania zobowiązania wynikającego z zajmowanej pozycji społecznej przy korzystaniu przez osobę z przysługujących jej przywilejów i praw według bardziej lub mniej określonego wzoru, a więc niemożność bądź trudności w codziennej aktywności i uczestnictwie. Rola społeczna jest zatem konsekwencją określonej pozycji jednostki w grupie, choć jej realizacja zależy od wielu innych czynników m.in. od zespołów norm i oczekiwań. Rola społeczna nie jest jednak jedynie odzwierciedleniem pozycji już posiadanej. Bywa ona czasem odzwierciedleniem pozycji, do której jednostka dopiero aspiruje. (dostęp na dzień 20.01.2019 <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/index.php?c=article&id=13&print=1> )

### **Prawa i obowiązki pracodawców względem osób niepełnosprawnych**

Niepełnosprawność to zjawisko występujące na szeroką skalę, w związku z czym należy uznać je za powszechny problem społeczny. Dlatego też społeczeństwo powinno podejmować różnorakie działania, których celem będzie minimalizowanie występowania tego zjawiska. Jest to o tyle trudne, gdyż żyjemy w społeczeństwie ryzyka, a w tak ujętej rzeczywistości realia ekonomiczno-finansowe dominują nad czynnikami etyczno-moralnymi, kształtującymi życie solidarnej wspólnoty (Beck 2004). Pamiętając o powyższych motywach tym bardziej na podkreślenie zasługuje fakt, iż obecnie dostrzega się funkcję kreacyjną prowadzącą do tworzenia odpowiednich warunków sprzyjających zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zapewnieniu im równych szans na starcie do życia zawodowego, konstruowaniu efektywnych struktur społecznych i demokratycznych stosunków społecznych (Kurzynowski 2005). Każdy człowiek bez względu na sytuację zdrowotną, osobistą czy

zawodową ma prawo do podjęcia zatrudnienia, tym bardziej jeśli praca pozwala na łamanie stereotypów i likwidowanie oraz pokonywanie własnego lęku i trudności wynikających z istnienia wielu barier. Tak jest w sytuacji osób niepełnosprawnych, dlatego niezbędne jest uruchomienie mechanizmów społeczno-ekonomicznych pomagających jednostce w uzyskaniu zatrudnienia. (Zieliński 1979)

Zatrudnienie osób niepełnosprawnych reguluje wiele przepisów prawnych. Systematyzując problematykę warunków pracy osoby niepełnosprawnej, trzeba podkreślić przywileje związane z posiadaniem statusu niepełnosprawnego, do których przestrzegania zostali zobligowani pracodawcy osób niepełnosprawnych. (Staszewska 2015)

Warunki pracy osób niepełnosprawnych reguluje Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Do najważniejszych jej elementów należy czas pracy osoby niepełnosprawnej, który nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a czas pracy osoby niepełnosprawnej zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie może przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo. W drugiej kolejności są regulacje dotyczące przyznawania urlopów wypoczynkowych osobom niepełnosprawnym. Osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności mają prawo do dodatkowego urlopu wypoczynkowego w wymiarze 10 dni roboczych w roku kalendarzowym. Prawo do pierwszego urlopu dodatkowego przysługuje po przepracowaniu jednego roku po dniu zaliczenia jej do jednego z tych stopni niepełnosprawności. Osoba niepełnosprawna nie może być zatrudniona w porze nocnej i w godzinach nadliczbowych. Stosowanie wskazany powyżej norm czasu pracy, nie powoduje obniżenia wysokości wynagrodzenia wypłacanego w stałej miesięcznej wysokości. Godzinowe stawki wynagrodzenia zasadniczego, odpowiadające osobistemu zaszeregowaniu lub zaszeregowaniu wykonywanej pracy, przy przejściu na normy czasu pracy, o których mowa wyżej, ulegają podwyższeniu w stosunku, w jakim pozostaje dotychczasowy wymiar czasu pracy do tych norm. Ponadto, zgodnie z art. 16 ustawy o rehabilitacji, wskazanych powyżej norm, nie stosuje się:

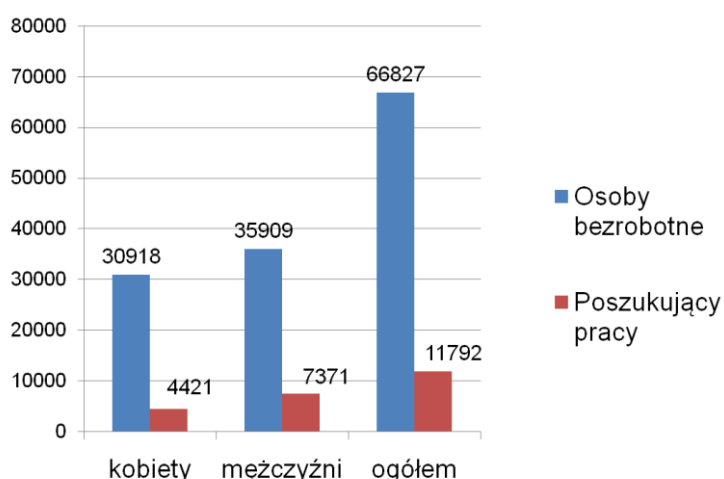
- do osób zatrudnionych przy pilnowaniu oraz
- gdy na wniosek osoby zatrudnionej, lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne pracowników lub w razie jego braku lekarz sprawujący opiekę nad tą osobą wyrazi na to zgodę. (Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)

### **Osoby niepełnosprawne na rynku pracy**

Osobom niepełnosprawnym przysługuje prawo do korzystania z wszelkich rozwiązań zwiększających szanse zatrudnieniowe tej grupy. Podstawą jest tu zasada równości dostępu do usług i instrumentów rynku pracy. Pomimo wielu korzyści płynących dla pracodawców z tytułu zatrudniania osób niepełnosprawnych to nadal jest to grupa znajdująca się w szczególnej sytuacji na rynku pracy. Poniższy wykres przedstawia osoby niepełnosprawne (bezrobotne i poszukujące pracy) w Polsce według płci w roku 2017.



Wyk. 1 Niepełnosprawność w Polsce wg płci w roku 2017 (w tys.)

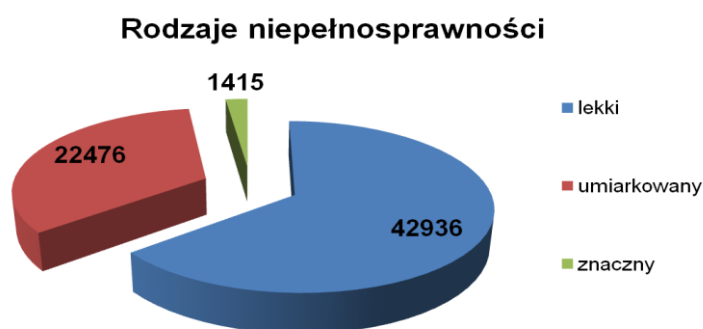


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MPiPS

Na podstawie powyższych danych można zauważyć, że w roku 2017 dominującą grupę osób niepełnosprawnych stanowiły osoby ze statusem bezrobotnych (66827 tys.) czyli takie, które nie posiadały świadczeń finansowych z tytułu zatrudnienia. Wśród tej grupy przewagę osób bezrobotnych niepełnosprawnych stanowili mężczyźni (35909 tys.). Także w grupie osób poszukujących pracy niepełnosprawnych kobiety stanowiły mniejszość (4421 tys.).

Kolejny element, który został zbadany był rodzaj posiadanej niepełnosprawności wśród osób bezrobotnych zarejestrowanych w jednostkach należących do Publicznych Służb Zatrudnienia. Zebrane dane prezentuje wykres 2.

Wyk. 2 Niepełnosprawni bezrobotni według stopnia niepełnosprawności w 2017 roku (w tys.)

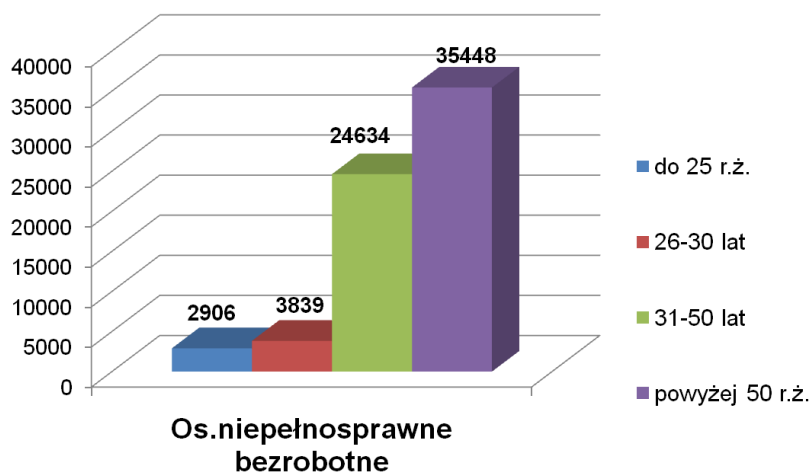


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MPiPS

Powyższy wykres przedstawia dane dotyczące rodzaju niepełnosprawności wśród osób bezrobotnych. Jak wynika z powyższego dominującą grupą osób pozostających bez pracy są ci, posiadający lekki stopień niepełnosprawności - 42936 tysięcy osób, z umiarkowanym stopniem zarejestrowanych w bazie osób bezrobotnych było 22476 tysięcy, a najmniej liczną grupę stanowili niepełnosprawni ze znacznym stopniem (1415 tys.). Takim stanem rzeczy mógł być wynikiem, iż osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności posiadały świadczenia finansowe, które uniemożliwiały im rejestrację jako bezrobotni.

Kolejny wykres przedstawia osoby niepełnosprawne bezrobotne z podziałem na wiek badanych.

Wyk. 3. Niepełnosprawni bezrobotni według wieku w 2017 roku (w tyś.)

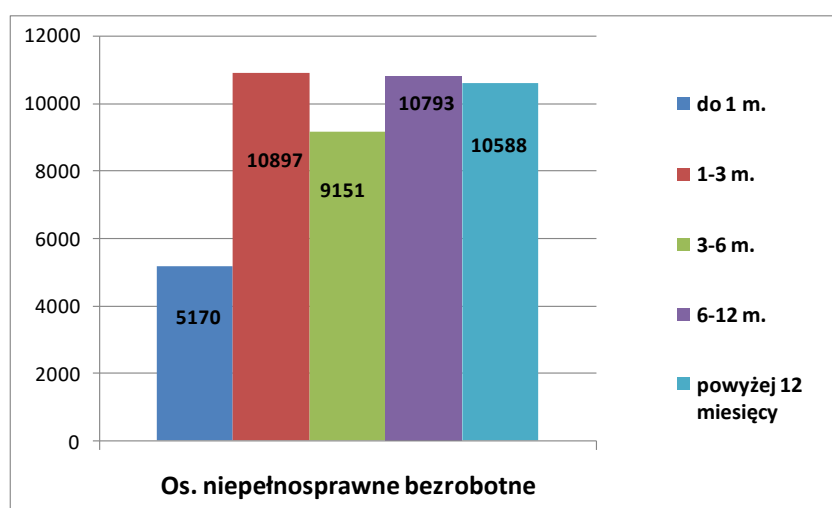


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MPiPS

Powyższe dane dają obraz osób niepełnosprawnych posiadających status bezrobotnych z podziałem na wiek. Najliczniejszą grupę osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w urzędach pracy stanowiły osoby po 50 roku życia (35448 tyś), mniej liczną osoby w wieku 31-50 lat - 24634 tysięcy osób, 3839 tysięcy to osoby w przedziale wiekowym 26-30 lat, natomiast najmniej zarejestrowanych osób stanowią niepełnosprawni w wieku do 25 roku życia.

Innym ważnym czynnikiem, który obrazuje sytuację osób niepełnosprawnych bezrobotnych jest czas pozostawania bez pracy. Dane w tym zakresie prezentuje wykres 4.

Wyk. 4. Niepełnosprawni bezrobotni według czasu pozostawania bez pracy w 2017 roku (w tyś.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MPiPS

Na podstawie danych zaprezentowanych na powyższym wykresie można zauważyć, iż niewielkie są różnice pomiędzy trzema grupami osób bezrobotnych niepełnosprawnych, a

mianowicie tymi pozostającymi bez pracy pomiędzy 1 a 3 miesiącami (10897 tysięcy), 6-12 miesięcy - 10793 tysięcy, a grupą należącą do długotrwale bezrobotnych pozostających w rejestrze powyżej 12 miesięcy - 10588 tysięcy. Najmniej liczebną grupę stanowią niepełnosprawni ze statusem bezrobotnych, którzy swą ostatnią aktywność zawodową zakończyli do 1 miesiąca przed rejestracją.

## **Wnioski**

Celem mojego artykułu była analiza sytuacji zawodowej osób niepełnosprawnych i scharakteryzowanie możliwości tej grupy w odniesieniu do rynku pracy. Przeprowadzona analiza pokazała, iż największą grupę osób niepełnosprawnych posiadających status osoby bezrobotnego stanowią osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności w wieku powyżej 50 roku życia pozostających bez pracy od 1 do 3 miesięcy.

Na podstawie zebranych danych można również wyciągnąć wnioski, że wśród osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w instytucjach rynku pracy, jakimi są Publiczne Służby Zatrudnienia dominują osoby bezrobotne potwierdzające gotowość do podjęcia zatrudnienia i nie posiadające świadczeń z tytułu pracy zarobkowej.

Nie ma wątpliwości, że praca stanowi jedną z najważniejszych wartości w życiu osoby niepełnosprawnej. Na pełną aktywizację zawodową tej grupy społecznej nie pozwala nie tylko sama niepełnosprawność, lecz również utrudnienia występujące ze strony pracodawców. Należy podkreślić, że w świadomości wielu pracodawców istnieje obawa przed formalnościami i dodatkowymi obowiązkami wynikającymi z zatrudnienia osoby niepełnosprawnej. Ponadto konieczność dostosowania stanowisk pracy oraz panujący stereotyp osoby niepełnosprawnej jako pracownika mniej wydajnego i niesamodzielnego dodatkowo nie pomagają niepełnosprawnemu w znalezieniu pracy (Mielczarek, Mikołajów 2015).

## **Literatura**

BECK, U., 2004. *Spółeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa, s. 30. ISBN 83-7383-116-9.

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

FRĄCZEK, P., 2010. Warto pracować. *Niepełnosprawność i rehabilitacja*, nr 1/2010, s.12

Kurzynowski A. 2005. Aktywizacja osób niepełnosprawnych. *Aktywizacja Osób Niepełnosprawnych*, 2005, nr 1(1), s. 5.

MIELCZAREK, J., K. MIKOŁAJÓW, 2015. Zatrudnianie osób niepełnosprawnych [w:] *Prawno-administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce*, red. Gięda M., Raszevska-Skałeczka R. Wrocław: Wyd. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, 124 s. ISBN 978-83-65431-08-0

STASZEWSKA, E., 2015. Szczególne uprawnienia pracownicze osób niepełnosprawnych [w:] *Prawo a niepełnosprawność*, red. Bosak M. Warszawa: Wyd. Beck, 32 s. ISBN: 978-83-255-7347-8

Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz. U. 2018. poz.1265)

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn.: Dz. U. 2018, Poz. 511)

ZIELIŃSKI, T., 1979. *Zarys wykładu prawa pracy*, Wyd. Uniwersytet Śląski, Katowice, 12 s.

<http://www.niepelnosprowni.gov.pl/index.php?c=article&id=13&print=1>

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

<https://www.spes.org.pl/twoje...o.../ogolne-zasady-orzekania-o-niepelnosprownosci>

<http://www.unic.un.org.pl/niepelnosprawnosc/>

**Kontakt na autorku**

*mgr Ewelina Kleszcz-Ciupka, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku, email: [klew@poczta.onet.pl](mailto:klew@poczta.onet.pl)*

## Rizikové správanie – prehľadová štúdia

### *Risk behavior – review study*

*Juraj Kašický (SR), Soňa Lovašová (SR)*

#### **Abstrakt**

Predkladaný príspevok sa zameriava na definovanie pojmu rizikové správanie. Riziko predstavuje súčasť sociálnych vzťahov a sociálna práca predstavuje jedno z povolání, ktoré prichádza do stretu práve s rizikom a rizikovým správaním klientov. Príspevok poukazuje najmä na rizikové správanie, ktoré sa formuje už v období adolescencie jednotlivca. Toto správanie býva často aj vonkajším vyjadrením vnútorného prežívania. Príspevok tiež obsahuje stručný prehľad realizovaných výskumov k jednotlivým typom rizikového správania.

**Kľúčové slová:** Rizikové správanie. Faktory a formy rizikového správania. Sociálna práca.

#### **Abstract**

The presented contribution aims to define the notion of risk behaviour. Risk is a part of social relations, and social work is one of the professions that comes into collision with the risk and risk behaviour of clients. The contribution highlights in particular the risk behaviour that is already forming in an individual's adolescence. This behaviour is often also an external expression of inner experience. The contribution also provides a brief overview of researches conducted on individual types of risk behaviour.

**Key words:** Risk behaviour. Factors and forms of risk behaviour. Social work.

#### **Úvod**

Koncept rizikového správania sa vzťahuje k špecifickým formám nevhodného riešenia problému. Napriek tomu, že v literatúre neexistuje spoločný konsenzus o definícii alebo kľúčových elementoch, ktoré sú zakotvené v koncepte rizikového správania, všeobecne je možné súhlasiť s tvrdením, že sa jedná o také správanie, ktoré je priamo alebo nepriamo asociované so zdravím jedinca a s jeho zdravým vývinom osobnosti.

Jednu z pomáhajúcich profesií predstavuje sociálna práca, ktorá prichádza do stretu práve s rizikovým správaním. Súbor klientov sociálnej práce je špecifický svojou rozmanitosťou. Veľakrát ide o jedincov v ťažkých a neriešených životných situáciách. Vyhľadanie pomoci nastáva často vtedy, keď sa klient "ocitá na dne". Pôsobením rôznych faktorov môže dochádzať k rôznym rizikovým situáciám.

#### **Stručná charakteristika pojmu rizikové správanie**

V období adolescencie je možné za rizikové správanie považovať také správanie, ktoré ohrozuje zdravie, či život adolescenta, sťažuje alebo znemožňuje mu separovať sa od rodičov normálnym spôsobom, komplikuje mu dokončenie jeho profesijnej kvalifikácie, negatívne ovplyvňuje jeho identifikáciu so sexuálnou rolou, poškodzuje jeho sebahodnotenie a sebaoceňovanie v budúcnosti (Kocourková, Koutek 2005). Rizikové správanie je možné rozdeliť na dve skupiny (Macek 2003):

1. správanie, ktoré nejakým spôsobom poškodzuje fyzické alebo psychické zdravie jednotlivca,
2. správanie, ktoré má negatívny vplyv a ujmu na druhých, tzn. jedinec svojim správaním ohrozuje spoločnosť.

Podľa Orosovej, Gajdošovej, Madarasovej-Geckovej a van Dijk (2007) je možné rizikové správanie vymedziť ako správanie, ktorého výsledok nie je jasný, ktoré prináša balansovanie medzi možnosťou negatívnych následkov, strát a pozitívnymi následkami,

profitom. Všetky formy rizikového správania spravidla obsahujú kompromis medzi krátkodobým ziskom a potenciálnymi dlhodobými negatívnymi následkami.

V kontexte sociálnej práce je možné rozlišovať sociálne riziká v užšom a širšom zmysle (Leszczyński 2008):

- v užšom zmysle – ide o sociálne riziká, ktoré sú definované ako možné ohrozenie sociálnych vzťahov jednotlivcov, malých skupín, komunít a častí spoločnosti. Možno sem zaradiť aj ohrozenie ich sociálnej bezpečnosti, ich potrieb a funkcií, ich kultúry a podmienok všeobecného rozvoja, či ďalšie spoločenské riziká,

- v širšom zmysle – ide o všeobecne sociálny charakter rizík a ohrození, rizík pre spoločnosť, národ či celé ľudstvo.

Rizikové správanie sa najčastejšie objavuje už v období adolescencie. Na daný fakt poukazuje realizovaný výskum v Taiwane, ktorého sa zúčastnilo 878 študentov stredných škôl (Wang 2010). Anonymný dotazník určený na meranie piatich rizikových faktorov, šiestich ochranných faktorov a rizikového správania bol realizovaný od októbra 2006 do marca 2007. Rod, vnímané rizikové správanie sa otca, rizikové správanie matky, zdravotná sebestačnosť, interakcia zdravotnej sebestačnosti, vnímanie rizikového správania rovesníkov, interakcia emocionálnej regulácie a rizikového správania rovesníkov boli štatisticky významnými vysvetľujúcimi premennými rizikového správania. Zdravá sebestačnosť a emocionálna regulácia zmiernovali negatívne vplyvy vnímaného rizikového správania vrstovníkov na rizikové správanie. Všetky ochranné faktory boli negatívne štatisticky korelované s rizikovým správaním a všetky rizikové faktory pozitívne štatisticky korelovali s rizikovým správaním. Mladí adolescenti by sa mali považovať za rizikovú skupinu pre intervenciu rizikového správania, v rámci ktorej by im bola poskytnutá odborná príprava smerujúca k zlepšeniu sebahodnotenia zdravia, zvýšeniu sebaúcty a emocionálnym regulačným zručnostiam, ktoré by predstavovali zníženie rizikového správania (Wang 2010).

### Formy rizikového správania

Medzi hlavné formy rizikového správania je možné zaradiť delikventné a kriminálne správanie, užívanie drog, sexuálne rizikové správanie, poruchy príjmu potravy, či sebapoškodzovanie a samovražedné konanie.

Pojem **delikventné správanie** zahŕňa všetky typy konania, ktoré porušujú sociálne normy chránené právnymi predpismi vrátane priestupkov (Matoušek, Kroftová 1998). Delikventné správanie podľa Koudelkovej (1995) predstavuje správanie, ktoré môže alebo nemusí byť spojené s právnymi dôsledkami, pričom delikvenciou sa spravidla rozumie miernejšie porušenie právnych alebo morálnych noriem, najmä deťmi alebo dospelievajúcimi, zatiaľ čo termín kriminalita je zaužívaný pre závažné priestupky, trestné činy u dospelých.

Ďalšie rizikové správanie predstavuje **užívanie drog** a návykových látok. Vágnerová (1999) uvádza definíciu svetovej organizácie (WHO), podľa ktorej je droga látka, ktorá ak je vpravená do živého organizmu, môže pozmeniť jednu alebo viac jeho funkcií. Existujú drogy legálne (napr. alkohol, tabak, kofeín) a nelegálne drogy (napr. marihuana, kokaín, pervitín atď.). Dôvodom užívania drog podľa Blatného (2005) najčastejšie býva únik pred problémami a povzbudenie. V období adolescencie môže byť toto rizikové správanie spojené s typom vrstovníkov, spôsobom trávenia voľného času, ale aj s krádežami a kriminalitou. Faktom je, že drogová scéna na Slovensku sa neustále vyvíja (smerom k vyššej spotrebe všetkých druhov návykových látok). Podľa medzinárodnej štúdie The European School Survey on Alcohol and Other Drugs – ESPAD (Nociar 2007), veľká väčšina študentov (88 %), ktorí sa do tohto výskumu na Slovensku zapojili, konzumovali alkohol v posledných 12 mesiacoch a viac ako polovica (50 %) bola opitých. Fajčenie slovenských účastníkov bolo zastúpené vo väčšej miere (37 %) v porovnaní s priemerom výsledkov ESPAD v ostatných krajinách. Pri práci s drogovými závislými klientmi, má v spektre pomáhajúcich profesií nezastupiteľné miesto

práve sociálna práca, ktorá sa prostredníctvom prevencií na všetkých troch úrovniach snaží prechádzať vzniku závislosti a minimalizovať problémy súvisiace s užívaním drog (Šavrnichová 2017). Na výskyt užívania alkoholu, cigariet a drog poukazuje aj výskum (Hale 2016), ktorý pozostával z výskumnej vzorky mladých ľudí v Anglicku. Išlo o mladých ľudí vo veku 14 rokov (n = 15 588), 16 rokov (n = 12 416) a vo veku 19 rokov (n = 9 548). Výsledky preukázali, že všetky rizikové správania súvisia s oslabením asociácií v období dospievania. Viaceré sociodemografické, interpersonálne, školské a rodinné faktory pri výskumnej vzorke 14 a 19 rokov predpovedali vznik rizikového správania.

Tretiu formu rizikového správania predstavuje **sexuálne rizikové správanie**. Sexualita predstavuje dôležitú súčasť identity jednotlivca, ktorý sa s ňou oboznamuje už v adolescencii, a to najčastejšie prostredníctvom kamarátov a médií (Blatný 2005). V kontexte uvedeného Macek (2003) uvádza, že dostatočnú informovanosť o pohlavnom živote a jeho rizikách získavajú adolescenti väčšinou až na strednej škole.

Vysoké riziko v tomto období predstavujú pohlavne prenosné choroby, či možnosť otehotnenia partnerky. Na pohlavné choroby poukazuje aj výskum od Lawal (2011) v štáte Nigéria. Mladí ľudia tu predstavujú vysoko rizikovú skupinu pri šírení vírusu HIV a AIDS v krajine. Na zber údajov bol použitý štrukturovaný dotazník. Výskumu sa zúčastnilo 450 mladých ľudí (258 mužov a 192 žien) z mesta Ibadan. Výskum bol zameraný na to ako premenné duševného zdravia - depresia, úzkosť a stres ovplyvňujú sexuálne rizikové správanie u mladých ľudí v Nigérii. Výsledky preukázali, že tí, ktorí preukazovali nízku úroveň depresie sa vyznačovali v nižšej miere sexuálnym rizikovým správaním. Respondenti s nízkou mierou úzkosti, preukazovali nízku mieru rizikového sexuálneho správania. Podobne tí, ktorí preukazovali nízku mieru stresu, mali nižšiu tendenciu k rizikovým sexuálnym prejavom. Výskum nepotvrdil rodové rozdiely pri prejavoch sexuálneho rizikového správania. Podobne rodové rozdiely v kontexte sexuálneho rizikového správania neboli zistené ani vo výskume medzi vysokoškolákmi z 26 krajín Ázie, Afriky a Ameriky, kde toto rizikové správanie bolo skúmané v súvislosti s finančnou situáciou rodiny (Peltzer 2015). Rodové, vekové a etnické rozdiely však boli potvrdené vo výskume od Sychareun (2011), kde vysokú rolu pri vzniku rizikového správania zohrávalo vzdelanie adolescentov. Výskum bol realizovaný na výskumnej vzorke adolescentov vo veku od 14 do 19 rokov žijúcich v provincii Luang Namtha v štáte Laos. Výskum bol realizovaný v mesiaci jún až august v roku 2008. Do výskumu bolo zaradených celkovo 1360 respondentov, z toho 669 chlapcov a 699 dievčat. Výsledky výskumu ukázali, že (46,8 %) nevykazovalo žiadne riziko, (39,3 %) uviedlo jedno riziko a (8,1 %) uviedlo dve riziká a (5,8 %) preukázalo viac ako dve oblasti rizikového správania.

Ďalší typ rizikového správania predstavujú **poruchy príjmu potravy**. Jedlo predstavuje podľa Pribišovej (2007) základnú biologickú potrebu, ale tiež prirodzenú potrebu človeka. Pre poruchy príjmu potravy je charakteristický nezdravý a obmedzený príjem potravy. Ten vedie k rôznym zdravotným problémom, fyziologickým komplikáciám, či k rôznym psychickým poruchám, ako sú poruchy osobnosti, úzkosti a depresie (Chaki, Pal, Bandyopadhyay 2013). Poruchy príjmu potravy sú v súčasnosti rozšíreným sociálno-patologickým javom, ktorý sa zaraďuje medzi formy rizikového správania so zreteľným závislostným aspektom. Rovnako ako pri iných druhoch závislosti a návykového správania ide o vedomú formu sebapoškodzovania (Hupková 2012).

Ako poslednú formu rizikového správania uvádzame **sebapoškodzovanie a samovražedné konanie**. Sebapoškodzovanie predstavuje vedomé, zámerné autodeštruktívne správanie, pri ktorom dochádza k poškodzovaniu telesnej integrity, no nemá suicidálny cieľ. Najčastejším motívom býva hnev na samého seba, či úľava od napätia (Koutek, Kocourková 2005). Suicidum definujú Kraus a Hroncová (2007) ako sebapoškodzujúci akt s následkom smrti, ktorý je spôsobený sebou samým s vedomým

úmyslom zomrieť. Samovražedné konanie má niekoľko foriem – suicidálne myšlienky, suicidálne tendencie, suicidálny pokus a dokonané suicidium.

### **Faktory rizikového správania**

Tak ako každé správanie aj rizikové správanie je podmienené komplexne. Na jeho vzniku sa môžu podieľať faktory individuálne, kultúrne, sociálne a iné. Podľa vplyvu na rozvoj rizikového správania sú rozlišované faktory rizikové a faktory protektívne. Rizikové faktory zvyšujú pravdepodobnosť vzniku rizikového správania tým, že poskytujú modely rizikového správania, príležitosť a väčšiu osobnú náchylnosť pre zapojenie sa do daného správania. Protektívne faktory znižujú pravdepodobnosť rozvoja rizikového správania tým, že jedincovi poskytujú modely pozitívneho a prosociálneho správania, osobnú alebo sociálnu kontrolu namierenú proti rizikovému správaniu a podporujúce prostredie. Zároveň zmierňujú vplyv rizikových faktorov pri vzniku rizikového správania (Jessor 2003). Predispozície pre rizikové správanie sa objavujú už v období dospievania a to vo faktoroch rodinného a školského prostredia, v rovesníckej skupine a osobnej štruktúre jedinca. Podľa správy Svetovej zdravotníckej organizácie o násilí a zdraví (2002) sa za rizikové faktory antisociálneho správania na úrovni jednotlivca považujú tieto faktory – biologické (problémy spojené s tehotenstvom a pôrodom, nízka úroveň kognitívneho vývinu), psychologické a behaviorálne (hyperaktivita, impulzivita, poruchy pozornosti a i.). Uvedené faktory sa môžu objaviť už v detstve alebo adolescencii a môžu byť ovplyvnené rodinou jedinca, vrstovníkmi alebo sociálnymi, či kultúrnymi činiteľmi. Okrem rodiny predstavuje škola prostredie, kde deti, dospievajúci a adolescenti trávajú nadmerný čas. Je to priestor, ktorý poskytuje stretávanie sa s rovesníkmi, ale zároveň predstavuje i priestor pre vznik rizikového správania. Za významný rizikový faktor vo vývoji rizikového správania označuje Orosová et al. (2007) nejasné školské normy, dezorganizované školské prostredie, ktoré neposkytuje pocit bezpečia a prežitia príjemných zážitkov. Žiaci, ktorí nedosahujú kladné výsledky v škole alebo majú slabší prospech, sú vystavení vyššiemu potenciálu akéhokoľvek rizikového správania (Nightingale, Fischhoff 2002). Podľa Carpentera (2001) tieto problémy adolescentov v školskom prostredí súvisia s fajčením, konzumáciou alkoholu, násilným správaním a suicidálnymi sklonmi.

### **Záver**

Cieľom príspevku bolo poukázať na riziká a formy rizikového správania, ktoré je často objavujúcim sa už v období adolescencie. V súčasnosti je vysoko dôležité venovať pozornosť problematike rizikového správania, ktoré môže mať často fatálne následky pre sociálnu situáciu jednotlivca a jeho okolie. Ide o tému a problematiku, ktorá nestráca na aktuálnosti a dôležitosti jej riešenia. Je potrebné venovať pozornosť rizikovému správaniu v kontexte sociálnej práce, ktoré je spojené s klientskymi skupinami a poliami sociálnej práce. Rovnako dôležité je pracovať na budovaní preventívnych aktivít zameraných na znižovanie rizikového správania formou vhodných stratégií a modelov zvládania rizík a rizikového správania.

### **Zoznam použitej literatúry**

- BLATNÝ, M., V. POLIŠENSKÁ, V. BALAŠTIKOVÁ a M. HRDLIČKA, 2005. Problematika rizikového chování vývoje dětí a dospívajících: Hlavní témata a implikace pro další výzkum. *Československá psychologie*. **49**(6), 524–539. ISSN 1804-6436.
- CARPENTER, S., 2001. Teen's Risky Behavior is About More Than Race and Family Resources. *Monitor on Psychology*. **32**(1), 22–23. ISSN 1529-4978.
- HUPKOVÁ, I., 2012. Niektoré nové fenomény závislostného správania nelátkovej povahy a tzv. new addiction. *Sociálna prevencia*. **7**(1), 25–27. ISSN 1336-9679.



- CHAKI, B., PAL, S. and A. BANDYOPADHYAY, 2013. Exploring Scientific Legitimacy of Orthorexia Nervosa: A Newly Emerging Eating Disorder. *Journal of Human Sport and Exercise*. **8**(4), 1045–1053. ISSN 1988-5202.
- JESSOR, R., M. S. TURBIN, F. M. COSTA, Q. DONG, H. ZHANG, and CH. WANG, 2003. Adolescent Problem Behavior in China and the United States: A Crossnational Study of Psychosocial Protective Factors. *Journal of Research on Adolescence*. **13**(3), 329–360. ISSN 1532-7795.
- HALE, D. R. et al., 2016. The Correlates and Course of Multiple Health Risk Behaviour in Adolescence. In: *BMC Public Health*. **16**, 458. ISSN 1471-2458.
- KOCOURKOVÁ, J. a J. KOUTEK, 2005. Spektrum autodestruktivity v adolescenci – rizikové chování, sebepoškodzování, suicidalita. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. **44**(4), 374–379. ISSN 2585-9056.
- KOUDELKOVÁ, A., 1995. *Psychologické otázky delikvencie*. Praha: Victoria Publishing. ISBN 80-7187-022-6.
- KRAUS, B. a J. HRONCOVÁ a kol., 2007. *Sociální patologie*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7262-089-4.
- LAWAL, A. M., 2011. Mental Health Variables and Sexual Risk Behaviour Among Young People in Nigeria. In: *Ife Psychologia*. **19**(11), 145-158. ISSN 1117-1421.
- LESZCZYŃSKI, M., 2008. Bezpieczeństwo socjalne a bezpieczeństwo państwa. *Securitologia*. **2**(185), 69–80. ISSN 1898-4509.
- MACEK, P., 2003. *Adolescence*. Praha: Portál. ISBN 80-17178-747-7.
- MATOUŠEK, O. a A. KROFTOVÁ, 1998. *Mládež a delikvencia*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-226-2.
- NIGHTINGALE, E. O. and B. FISCHHOFF, 2002. Adolescent Risk and Vulnerability. In: *Journal of Adolescent Health*. **31**(1), 3–9. ISSN 1879-1972.
- NOCIAR, A., 2007. *Európsky školský prieskum o alkohole a iných drogách (ESPAD) v SR za rok 2017*. [online]. [30.10.2018] Dostupné z: [http://www.vzbb.sk/sk/projekty/ESPAD\\_Zav\\_Sprava.pdf](http://www.vzbb.sk/sk/projekty/ESPAD_Zav_Sprava.pdf)
- OROSOVÁ, O., B. GAJDOŠOVÁ, A. MADAROSOVÁ-GECKOVÁ a J. P. van DIJK, 2007. Rizikové faktory užívania drog dospievajúcimi. *Československá psychologie*. **51**(1), 32–48. ISSN 1804-6436.
- PELTZER, K. et al., 2016. Religiosity and Health Risk Behaviour Among University Students in 26 Low, Middle and High Income Countries. In: *Journal of Religion and Health*. **55**(6), 2131-2140. ISSN 0022-4197.
- PRIBIŠOVÁ, K. Klinická psychológia vyššieho veku. In: A. HERETIK, A. HERETIK, jr. et al., eds. *Klinická psychológia*. Nové Zámky: PSYCHOPROF, 2007, s. 401-436. ISBN 978-80-89322-00-8.
- SYCHAREUN, V. et al., 2011. Concurrent Multiple Health Risk Behaviors Among Adolescents in Luangnamtha Province, Lao PDR. In: *BMC Public Health*. **11**, 36. ISSN 1471-2458.
- ŠAVRNOCHOVÁ, M., 2017. Droga. In: B. BALOGOVÁ, E. ŽIAKOVÁ (eds.). *Vademecum sociálnej práce. Terminologický slovník*. Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika, s. 214. ISBN 978-80-8152-483-7.
- VÁGNEROVÁ, M., 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- WANG, R-H. et al., 2010. Risk Behaviours Among Early Adolescents: Risk and Protective Factors. In: *Journal of Advanced Nursing*. **66**(2), 313. ISSN 0309-2402.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002. *World Report on Violence and Health: Summary*. [online]. [30.10.2018] Dostupné z: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_en.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf)

**Kontakt na autorov**

*Mgr. Juraj Kašický, Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach, Moyzesova 9, 040 01 Košice, email: juraj.kasicky@gmail.com*

*doc. Mgr. Soňa Lovašová, PhD., Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach, Moyzesova 9, 040 01 Košice, email: sona.lovasova@upjs.sk*

# Kompulzívne používanie mobilných telefónov študentmi vysokých škôl

## *Compulsive cell phone use among university students*

Jana Plavnická (SR), Dušan Šlosár (SR)

### **Abstrakt**

Príspevok sa zameriava na kompulzívne používanie mobilných telefónov študentmi a študentkami vysokých škôl ako rizikovej skupiny vo vzťahu k vzniku nelátkových závislostí. Primárne sa zameriava na rozdiely v kompulzívnom používaní mobilných telefónov z hľadiska rodu. Sekundárne sa orientuje na zisťovanie frekvencie používania ale aj vypínania mobilných telefónov. Výsledky preukazujú väčší výskyt častého problematického používania mobilných telefónov ako kompulzívneho správania. V závere ponúka príspevok navrhované odporúčania pre prax.

**Kľúčové slová:** Mobilný telefón. Kompulzívne používanie. Sociálna práca.

### **Abstract**

This paper focuses on the compulsive cell phone use among university students as a risk group in relation to start of non-substance dependencies. It primarily aims at the differences in compulsive cell phone use from the gender perspective. Secondary, it is focused on detecting the frequency of use but also on the frequency of turning off cell phones. Results show a greater incidence of frequent problematic use of cell phones compared to compulsive behavior. In the end of the paper, we present proposed practice recommendations.

**Key words:** Cell phone. Compulsive use. Social work.

### **Úvod**

Nakoľko je súčasným spoločenským trendom prijímanie každej zmeny v oblasti telekomunikačných technológií, mobilné telefóny predstavujú dôležitý komunikačný nástroj. Okrem toho sú však aj nevyhnutným sociálnym doplnkom a súčasťou životného štýlu adolescentov. S rýchlym príchodom nových aplikácií disponujú mobilné telefóny rôznymi funkciami ako je posielanie, či prijímanie okamžitých správ, textových správ, mailov, prístup k webovým stránkam, hranie hier, nakupovanie, komunikácia prostredníctvom sociálnych sietí a pod. Z tohto dôvodu sú preto označované ako smartfóny, teda „chyté telefóny“. V súčasnosti najmä adolescenti používajú smartfóny veľmi často, nakoľko predstavujú nástroj pre aktualizáciu informácií, rýchlu komunikáciu, sebarealizáciu, zábavu a sociálne pripojenie. Absencia schopnosti kontrolovať impulzy vzťahujúce sa k neustálej kontrole mobilných telefónov preniká do života adolescentov, pričom vedie k negatívnym dôsledkom.

### **Nelátkové závislosti**

Nakoľko je kompulzívne používanie mobilného telefónu kategorizované ako nelátková závislosť, v stručnosti charakterizujeme túto skupinu porúch. Podľa Vaceka (2011) sú ekvivalentmi tohto pojmu aj závislostné správanie, behaviorálne závislosti, závislosti na procesoch, závislosti nedrogovej povahy alebo závislosti bez substancií. Už samotný názov naznačuje, že táto kategória závislostí sa od látkových odlišuje mechanizmom vzniku, ktorý prebieha bez návykovej látky (Ondrejko 2009). Vo všeobecnosti predstavujú nelátkové závislosti určitú činnosť, ktorej adolescenti venujú nadmerné množstvo času, pričom táto činnosť obmedzuje ich normálne, ale aj sociálne fungovanie, prípadne prináša zdravotné poruchy, či iné problémy (Kusý, Batoryová 2013). Charakteristiky nelátkových závislostí sú Benkovičom (2007) prirovnávané k poruchám impulzov a návykov (F63), ktoré majú spoločné tieto vlastnosti: adolescenti nie sú schopní odolať impulzom, resp. pokušeniu

vykonať určitú činnosť, čo je vnímané ako nebezpečné; adolescenti si uvedomujú nárast napätia pred vykonaním samotnej činnosti; popisujú stav uspokojenia objavujúceho sa vo chvíli vykonania impulzívnej činnosti (Smolík 2002).

### **Kompulzívne používanie mobilných telefónov**

Možno povedať, že koncept kompulzívneho používania mobilných telefónov je v odbornej literatúre relatívne nový. Vo všeobecnosti sa za kompulzívne považuje také správanie, ktoré je vyvolané nepríjemnou myšlienkou (American Psychiatric Association 2000). Podľa Neunera et al. (2005) ide o chronickú, nadmernú a predovšetkým opakovanú reakciu správania na negatívne pocity a vnútorné nedostatky. V nadväznosti na tieto skutočnosti uvádza Wang, Lee a Hua (2014), že takáto tendencia kompenzácie je ovplyvnená nízkym sebavedomím v zmysle zmiernenia stresu, narušenou autonómiou, či štrukturálnym deficitom, pričom takýto model správania je nielen, že stereotypný, ale je tiež nekontrolovaný, nevyžaduje vynaloženie námahy a je orientovaný na stimul. Podľa Wooda (2007) sú kľúčovými faktormi v podnecujúcom využívaní mobilných telefónov impulzivita, túžba a odmeňovanie.

V rámci kompulzívneho správania v kontexte používania mobilných telefónov možno hovoriť o dvoch konceptoch, pričom prvý vysvetľuje nutkavé používanie mobilných telefónov a zároveň sústreďuje pozornosť na kompenzačný mechanizmus prejavujúci sa pocitom chýbania (Hato 2013) a druhý koncept sa sústreďuje na túžobný mechanizmus prejavujúci sa impulzívnosťou, naliehavosťou i nedostatkom (Billieux 2012). Podľa Wanga, Lee a Hua (2014) majú obidva koncepty spoločný vplyv na nutkavé používanie mobilných telefónov, pričom je nutné vymedziť jeho charakteristiky:

- kompulzívne používanie smartfónov je procesom ich pravidelného a maximálne možného využívania, čo sa postupne mení na nekontrolované správanie (Pitt et al. 2011),
- kompulzívne používanie mobilných telefónov je realizované s cieľom eliminácie pocitov diskomfortu vznikajúcich pri jeho nepoužívaní, pričom sa prejavujú strachom z absencie informácií zo sociálnych sietí, zmeškaných hovorov a pod. (Hato 2013), ale aj abstinenčnými príznakmi (Sidhaartha 2012),
- je procesom individuálnej pretrvávajúcej a opakovanej realizácie kontroly nad mobilnými telefónmi, a to s cieľom zmiernenia napätia, úzkosti, nepohodlia alebo s cieľom získania potenciálnej odmeny a potešenia (Wang, Lee, Hua 2014).

K prejavom kompulzívneho používania smartfónov patrí neustále kontrolovanie zmeškaných hovorov a správ, pričom absentuje zaznamenanie zvonenia (Smith 2012), charakteristickým prejavom je aj závislosť na smartfóne (Perlow 2012). Ďalej tu patria tzv. „vreckové halucinácie“, ktoré môžu nadobúdať podobu fantómových vibrácií a podobu syndrómu falošného zvonenia. Vreckové halucinácie predstavujú stav kedy má jedinec pocit, že jeho mobilný telefón v tichom režime vibruje alebo zvoní, čo samozrejme nie je pravda. (Rosenberg 2015) Následne tieto podnety nútia jedinca pozrieť sa na mobilný telefón a skontrolovať ho. V rozvinutom štádiu kompulzívneho používania mobilného telefónu môže jedinec dokonca prežívať psychické muky ak svoj telefón nemá pri sebe alebo ho musí na určitú dobu vypnúť (Brdička 2013). Podľa McCaffertyho (2011) sa títo jedinci cítia dezorientovaní, rozrušení, osamelí a dokonca aj fyzicky chorí pokiaľ nemôžu používať svoj smartfón.

Ako už bolo v úvode príspevku naznačené, mobilný telefón už nie je zariadením, ktorý je spojený s priestorom, ale je nástrojom prepojeným výlučne s jednotlivcami (Aoki, Downes

2003). Na základe tejto skutočnosti je preto možné identifikovať niekoľko dôvodov, na základe ktorých dochádza k nadmernému používaniu mobilných telefónov, ktoré môže spôsobiť kompulzívne správanie. Prvým je sociálna interakcia. Prostredníctvom mobilných telefónov tak adolescenti udržiavajú kontakt so svojimi priateľmi, či rodinami, prípadne nadväzujú nové priateľstvá (Taylor, Harper 2003). Druhým dôvodom je závislosť na smartfónoch, ktorá poukazuje na fakt, že mobilné telefóny sa stali nevyhnutnou súčasťou života adolescentov (Aoki, Downes 2003). Bez neho sa cítia stratení a akoby odrezaní od sveta, preto ho nepretržite nosia so sebou (Davie, Panting, Charlton 2004). Vlastníctvo mobilného telefónu reflektuje stav udeľovania, resp. potvrdzovania skupinovej identity (Taylor, Harper 2003), preto Wilska (2003) vníma používanie smartfónov ako návykové, trendové a impulzívne. V neposlednom rade voliteľné doplnky umožňujú adolescentom personalizovať svoje mobilné telefóny, čím na jednej strane vyjadrujú svoju identitu a na strane druhej potvrdzujú svoju príslušnosť k určitej skupine, napr. skupine priateľov (Leung, Wei 2000). Dalším dôvodom je nevyhnutný kontakt s inými ľuďmi, rodinou, priateľmi, pričom výskum Davieho, Pantinga a Charltona (2004) preukázal, že medzi tieto dôvody patrí aj kontakt so záchranými službami a adolescenti sa tak cítia bezpečnejšie (Wilska 2003). Jedným z dôvodov nadmerného používania mobilných telefónov je aj pocit slobody v zmysle absencie možnosti rodičov ovládať komunikáciu adolescentov, ktorá sa tak stáva viac súkromnou a slobodnou (Leung, Wei 2000). S týmto dôvodom súvisia aj klebety, ktoré sú nevyhnutné pre sociálnu, psychickú aj fyzickú pohodu adolescentov, na čo poukázali aj výskumné zistenia Petersa a Alloucha (2005).

## **Výskum**

V problematike výskytu kompulzívneho používania mobilného telefónu u študentov a študentiek vysokých škôl bol v roku 2018 realizovaný výskum. Cieľom tohto výskumu bolo zmapovanie kompulzívneho používania mobilných telefónov medzi študentmi a študentkami vysokých škôl. Výskumnú vzorku tvorilo 130 respondentov, pričom výskumu sa zúčastnilo 80 študentiek a 50 študentov navštevujúcich vysoké školy v meste Košice. Ako výskumná metóda bol zvolený štandardizovaný dotazník SAS, ktorý bol respondentom distribuovaný elektronickou formou. Prostredníctvom 33-položkového dotazníka SAS (Smartphone addiction scale) bolo možné zistiť mieru problematického až kompulzívneho používania mobilného telefónu. Autormi tohto dotazníka sú Kwon et al., ktorí ho vytvorili v roku 2013. Reliabilita v pôvodnom dotazníku dosahovala hodnotu 0,96 pričom v autorskom výskume bola hodnota cronbachovej alfy 0,89.

## **Miera kompulzívneho používania mobilného telefónu**

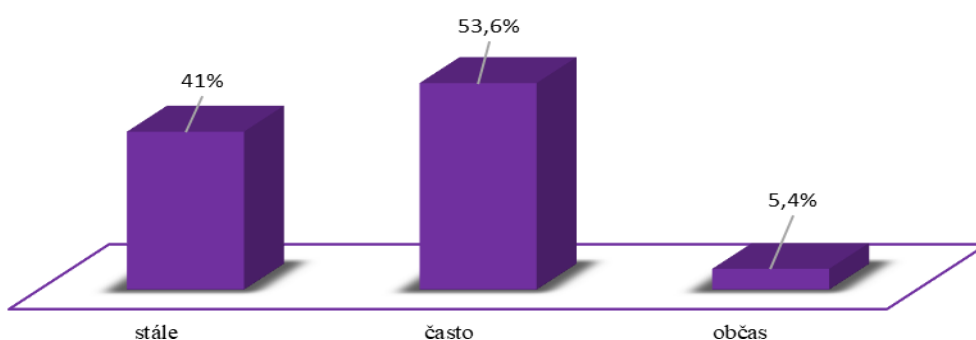
Pomocou 33-položkového dotazníka, kde respondenti na 5 bodovej Likertovej škále označovali do akej miery súhlasia s jednotlivými tvrdeniami bolo možné zistiť priemerné používanie mobilného telefónu sprevádzané problémami, časté problémy s jeho používaním a kompulzívne používanie. Z výsledkov, ktoré prezentuje Tab. 1 je zrejmé, že priemerné používanie mobilného telefónu sprevádzané problémami vykazuje 27,7% respondentov, z toho 20% študentiek vysokých škôl a 7,7% študentov vysokých škôl. Častejšie problémy s používaním mobilného telefónu má 71,5% respondentov, konkrétne 41,5% študentiek a 30% študentov vysokých škôl. Kompulzívne používanie mobilného telefónu vykazoval jeden respondent (0,8%). Na základe zistených výsledkov môžeme konštatovať, že u študentov vysokých škôl sa vyskytuje veľmi nízka miera kompulzívneho používania mobilných telefónov, avšak miera problémového používania mobilných telefónov študentmi a študentkami vysokých škôl je pomerne vysoká. To môže, okrem zhoršenia školskej úspešnosti, potenciálne viesť k problémom psychologického i sociálneho charakteru.

Tab. 1 Miera používania mobilného telefónu študentmi a študentkami vysokých škôl

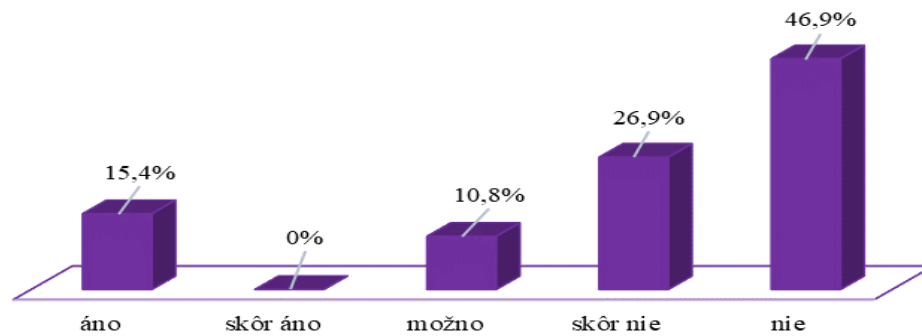
	priemerné používanie mobilného telefónu sprevádzané problémami		častejšie problémy s používaním mobilného telefónu		kompulzívne používanie mobilného telefónu	
	n	%	n	%	n	%
<b>študentky</b>	26	20	54	41,5	0	0
<b>študenti</b>	10	7,7	39	30	1	0,8
<b>Σ</b>	<b>36</b>	<b>27,7</b>	<b>93</b>	<b>71,5</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>

Následne výskum zisťoval frekvenciu používania mobilných telefónov u študentov a študentiek vysokých škôl, zameriaval sa na zisťovanie ich pocitov v prípade, že nemôžu používať svoj mobilný telefón a na zisťovanie frekvencie vypínania svojich mobilných telefónov. Výsledky sú zobrazené v Obr. 1, 2 a 3. Výsledky preukazujú, že 41 % respondentov využíva svoj mobilný telefón stále. Často ich využíva 53,6% respondentov a 5,4% respondentov ich využíva občas. Ďalšie výsledky preukazujú, že pocity úzkosti sa pri nemožnosti použiť mobilný telefón jednoznačne objavujú u 15,4% respondentov, odpoveď skôr áno neoznačil žiaden respondent a možno 10,8% respondentov. Pocity úzkosti sa jednoznačne neobjavujú u 46,9% respondentov a 26,9% respondentov uviedlo, že ich skôr nepocitujú. Študenti a študentky vysokých škôl vykazovali zistenia poukazujúce na skutočnosť, že až 70% z nich si nikdy nevypína svoj mobilný telefón, 20% si ich vypína málo a 10% občas. Taktiež je dôležité zdôrazniť, že respondenti, ktorí si nevypínajú svoj mobilný telefón vôbec majú zhoršený pracovný výkon až v 50,8% prípadov, čo možno vnímať ako negatívny dôsledok nadmerného používania mobilného telefónu.

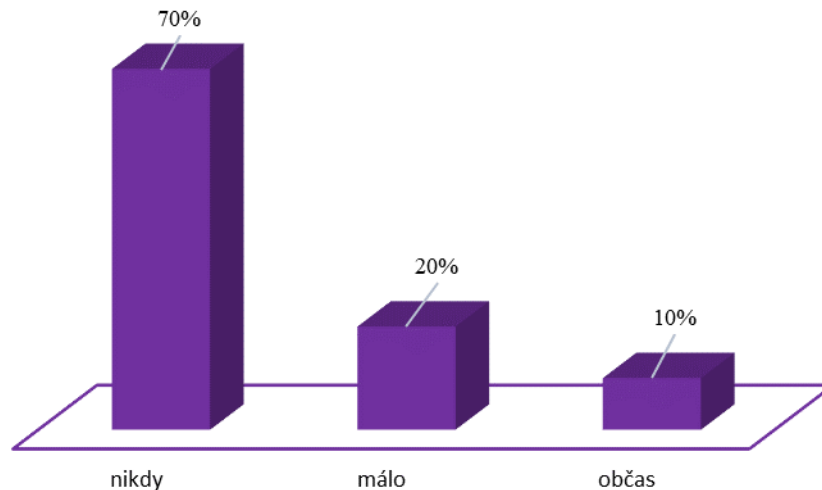
Obr. 1 Frekvencia používania mobilných telefónov



Obr. 2 Percentuálne znázornenie pocitov úzkosti pri nemožnosti použiť mobilný telefón



Obr. 3 Frekvencia vypínania mobilných telefónov



## Záver

Prezentovaný príspevok sa zameriava na kompulzívne používanie mobilných telefónov študentmi a študentkami vysokých škôl v kontexte rizikového závislostného správania a zároveň predstavuje výsledky realizovaného výskumu. Kompulzívne používanie mobilných telefónov môže pre adolescentov predstavovať rovnako závažné riziko ako látkové závislosti. Aj napriek tomu, že kompulzívne používanie mobilného telefónu bolo preukázané iba v jednom prípade, prekvapivé boli výsledky preukazujúce časté problémy s používaním mobilných telefónov. Toto zistenie poukazuje de facto k tomu, že skúmaný fenomén sa môže u adolescentov prejavovať rovnako ako iné závislosti. Problémom pri tomto druhu závislosti je jeho ťažká odlišiteľnosť od závislosti na iných komunikačných médiách (internet, sociálne siete a pod.).

Príspevok poukazuje na skutočnosť, že časté problémové používanie mobilných telefónov môže pri nekontrolovanom používaní spôsobovať rovnaké problémy v živote adolescentov ako akákoľvek iná závislosť, ale aj viesť ku kompulzívnemu správaniu. Je preto potrebné nepodceňovať rizikové správanie spojené s problematickým používaním mobilných telefónov a dbať na realizáciu efektívnej primárnej prevencie. Kvalitná prevencia by preto mala byť orientovaná na zvyšovanie informovanosti študentov a študentiek vysokých škôl o kompulzívnom používaní mobilných telefónov a jeho vplyve na psychické zdravie, ale aj na podporu adekvátneho trávenia voľného času. V oblasti prevencie je taktiež dôležité, aby si

sami adolescenti uvedomili, že ich používanie mobilného telefónu je problematické a aby mali prístup ku kvalifikovanému odborníkovi, ktorým môže byť práve sociálny pracovník kompetentný poskytnúť odbornú pomoc.

### **Zoznam použitej literatúry**

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association. ISBN 0-89042-062-9.
- AOKI, K., and J. DOWNES, 2003. An analysis of young people's use of and attitudes toward cell phones. *Telematics and Informatics*. **20**(4), 349-364. ISSN 0736-5853.
- BENKOVIČ, J., 2007. Novodobé nelátkové závislosti. In: *Psychiatrie pro Praxi*. **8**(6), 250-253. ISSN 1213-0508.
- BILLIEUX, J., 2012. Problematic use of the mobile phone: A literature review and a pathways model. *Current Psychiatry Reviews*. **8**(4), 299-307. ISSN 1875-6441.
- BRDIČKA, B., 2013. *Rizika spojená s technológiami podľa Rosena* [online]. [cit. 2018-21.10]. Dostupné z: <http://spomocnik.rvp.cz/clanek/17161/>
- DAVIE, R., C. PANTING, and T. CHARLTON, 2004. Mobile phone ownership and usage among pre-adolescents. *Telematics and Informatics*. **21**(4), 359-373. ISSN 0736-5853.
- HATO, B., 2013. *(Compulsive) Mobile Phone Checking Behavior out of a Fear of Missing Out: Development, Psychometric Properties and Test-Retest Reliability of a C-FoMo-Scale*. Tilburg: Humanities Tilburg University. ISBN 9781259922138.
- KUSÝ, P. a D. BÁTORYOVÁ, 2013. Nebezpečenstvo nelátkových závislostí v 21. storočí. *Emental* [online]. no. 1 [cit. 2018-21.10]. ISSN 1339-4614. Dostupné z: [http://sasap.sk/emental/e-mental\\_2013\\_1.pdf](http://sasap.sk/emental/e-mental_2013_1.pdf)
- LEUNG, L., and R. WEI, 2000. More than just talk on the move: Uses and gratifications of the cellular phone. *Journalism and Mass Communication Quarterly*. **77**(2), 308. ISSN 2161-430X.
- MCCAFFERTY, D., 2011. *Smartphone Addiction: Nine Telltale Signs* [online]. [cit. 2018-21.10]. Dostupné z: <http://www.cioinsight.com/c/a/IT-Management/Smartphone-Addiction-Nine-Telltale-Signs-660974/>
- NÁDASIOVÁ, V., 2018. *Kompulzívne používanie mobilných telefónov študentmi vysokých škôl*: bakalárska práca. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. 49 s.
- NEUNER, M. et al., 2005. Compulsive Buying in Maturing Consumer Societies: An Empirical Re-Inquiry. *Journal of Economic Psychology*. **26**(4), 509-522. ISSN 0167-4870.
- ONDREJKOVIČ, P., 2009. *Sociálna patológia*. Bratislava: VEDA. ISBN 978-80-224-1074-8.
- PERLOW, L. A., 2012. *Sleeping with your smartphone: How to break the 24/7 habit and change the way you work*. Boston: Harvard Business Review Press. ISBN 978-142-2144-04-6.
- PETERS, O., and B. ALLOUCH, 2005. Always connected: a longitudinal field study of mobile communication. *Telecommunications Policy*. **22**(3), 239- 256. ISSN 0308-5961.
- PITT, L. F. et al., 2011. Integrating the Smartphone into a Sound Environmental Information Systems Strategy: Principles, Practices and a Research Agenda. *The Journal of Strategic Information Systems*. **20**(1), 27-37. ISSN 0963-8687.
- ROSENBERG, R., 2015. An experiential account of phantom vibration syndrome. *Computers in Human Behavior*. **52**(3), 124-131. ISSN 0747-5632.
- SIDHAARTHAA, 2012. *Cisco report: 90% of Gen Y compulsively check their smartphones for updates* [online]. [cit. 2018-21.10]. Dostupné z: <http://wirelessduniya.com/2012/12/14/60-of-gen-y-compulsively-check-their-smartphones-for-updates/>



- SMITH, A., 2012. *The Best (and Worst) of Mobile Connectivity*. [online]. [cit. 2018-21.10]. Dostupné z: <http://www.pewinternet.org/2012/11/30/the-best-and-worst-of-mobileconnectivity/>
- SMOLÍK, P., 2002. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: MAXDORF s. r. o. ISBN 80-85912-18-X.
- TAYLOR, A., and R. HARPER, 2003. The gift of the gab? A design orientated sociology of young people's use of mobiles. *Computer Supported Cooperative Work*. **12**(3), 267-296. ISSN 1573-7551.
- VACEK, J., 2011. *Behaviorální závislosti* [online]. Praha: Klinika adiktologie, 1. L lékařská fakulta, Všeobecná fakultní nemocnice, Univerzita Karlova. [cit. 2018-21-10]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/566/3061/Behavioralni-zavislosti>
- WANG, CH., M. LEE, and Z. HUA, 2014. Understanding and Predicting Compulsive Smartphone Use: An Extension of Reinforcement Sensitivity Approach. In: *International Conference on Information Systems*. Auckland: Association for Information Systems. pp. 1-25. ISBN 9781634396943.
- WILSKA, T. A., 2003. Mobile phone use as part of young people's consumption styles. *Journal of Consumer Policy*. **26**(4), 441. ISSN 1573-0700.
- WOOD, H., 2007. Compulsive Use of Virtual Sex and Internet Pornography: Addiction or Perversion. In: S. RUSZCZYNSKI and D. MORGAN, eds. *Clinical Lectures on Violence, Delinquency, and Perversion*. London: Karnac. pp. 157-178. ISBN 978-185-5754-95-9.

#### **Kontakt na autorov**

*Mgr. Jana Plavnická, Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta, Katedra sociálnej práce, email: j.plavnicka@gmail.com*

*doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD., Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta, Katedra sociálnej práce, email: dusan.slosar@upjs.sk*

# Sociálne rizikové správanie adolescentov v kontexte prežívania osamelosti<sup>19</sup>

## *Social risk behaviour of adolescents in context of loneliness*

Monika Bačová (SR), Eva Žiaková (SR)

„Človek sa na púšti cíti osamelý...  
Človek je osamelý aj medzi ľuďmi.“

Antoine de Saint-Exupéry  
Malý princ, 2000, s. 59

### Abstrakt

Predkladaný príspevok vymedzuje teoretické východiská v problematike rizikového správania a prežívania osamelosti adolescentov. Prezentuje konkrétne oblasti rizikového správania a osamelosť, na ktoré boli zamerané empirické štúdie na Slovensku i v zahraničí. Poukazuje na adolescenciu ako na rizikové obdobie vo vzťahu k sociálne rizikovému správaniu. Zaoberá sa rizikovými faktormi, ktoré ovplyvňujú jednotlivca v čase dospievania. Upríamuje pozornosť na význam sociálnej opory a sociálnych vzťahov. Navrhuje možnosti realizácie sociálnej práce v oblasti prevencie a intervencie v školskom prostredí.

**Kľúčové slová:** Sociálne rizikové správanie. Adolescencia. Osamelosť. Sociálna opora. Preventívna aktivita.

### Abstract

The following article outlines the theoretical background of risk behaviour and experiencing loneliness in adolescents. It presents specific areas of risk behaviour and loneliness, which were the focus of empirical research conducted in Slovakia as well as abroad. It emphasizes adolescence as a risk period in relation to social risk behaviour. It deals with the risk factors that influence the individual in the adolescence period. It draws attention to the importance of social support and social relationships. It proposes ways of implementing social support in the field of prevention and intervention in school environment.

**Key words:** Social risk behaviour. Adolescents. Loneliness. Social support. Prevention activity.

### Úvod

S pojmom rizikové správanie sa stretávame ako v oblastiach sociálnej práce, psychológie, tak i v ďalších vedných disciplínach, ktoré sa tento sociálny fenomén snažia skúmať, opísať a interpretovať (napr. Tothová, Žiaková 2017, Kabíček a kol. 2014; Čerešník, Gatiaľ 2014; Miovský a kol. 2012; Dolejš 2010; Miovský a kol. 2010; Vagnerová 2008). Existujú desiatky domácich a zahraničných štúdií, ktoré sa venujú v poslednom období rizikovému správaniu adolescentov. Na Slovensku sa autori venovali oblasti užívania alkoholu (Gažiková 2014; Berinšterová, Orosová, Miovský 2016; Brutovská, Orosová, Kalina 2016), fajčeniu tabakových cigariet (Gažiková 2014; Berinšterová, Orosová, Miovský 2016), užívanie marihuany (Gažiková 2014), oblasti šikanovania (Kotrč 2004; Gažiková 2014; Schusterová, Dědová, Dočkal 2017), suicidálneho správania (Chylová, Pálová, Kovaničová, Breznoščáková 2011). V zahraničí boli štúdie zamerané na rizikovú oblasť hrania videohier (Sherry 2001; Vandewater, Shim, Caplovitz 2004, in: Květon, Jelínek 2016; Gentile, Swing, Lim 2012), podvádzanie v škole (Vrbová 2014), násilie v škole (Csémy, Hrachovinová, Čáp,

---

<sup>19</sup> Príspevok vznikol v rámci riešenia vedeckovýskumnej úlohy Vega č. 1/0285/18 s názvom: *Rizikové správanie adolescentov ako klientov sociálnej práce v dôsledku ich osamelosti.*

Starostová 2014), užívanie alkoholu, fajčenie tabakových cigariet, užívanie marihuany a tvrdých drog (Sobotková a kol. 2014).

Problematika rizikového správania adolescentov je v súčasnosti vysoko aktuálna a vzhľadom na túto skutočnosť sa budeme v príspevku venovať práve tejto oblasti v kontexte prežívania osamelosti.

### **Teoretické východiská v problematike sociálne rizikového správania**

„Riziko je všeobecne merateľný koncept determinovaný osobnostnými, psychickými a environmentálnymi faktormi, je funkciou pravdepodobnosti a vážnosti negatívnych dôsledkov istej aktivity či faktora. Spája sa s nedostatkom osobnej kontroly nad nasmerovaním nejakej aktivity, ktorá môže spôsobiť negatívne dôsledky alebo efekty“ (Verešová 2004, s. 34).

Rizikové správanie definujeme ako správanie, ktorého výsledok nie je jasný a prináša balansovanie medzi možnosťou negatívnych následkov, strát a pozitívnymi následkami, profitom. Všetky formy sociálne rizikového správania sa spravidla vyznačujú kompromisom medzi krátkodobým ziskom a potenciálnymi dlhodobými negatívnymi následkami (Orosová a kol. 2007). Macek (2003) rozdeľuje rizikové správanie do dvoch skupín. Prvú skupinu tvorí správanie, ktoré nejakým spôsobom poškodzuje fyzické alebo psychické zdravie. Do druhej skupiny zaradzujeme správanie spojené s negatívnym vplyvom a ujmou druhých, čo znamená ohrozenie spoločnosti. Na rizikovosť človeka možno nazerať z viacerých oblastí, a to z hľadiska somatického, osobnostného, sociálneho, z hľadiska schopnosti a správania (Labáth 2001). Sociálne rizikovým správaním označujeme odchýlku od normálneho správania, ktoré je spoločensky akceptované. Je to správanie, ktoré hraničí alebo presahuje hranicu správania, ktoré predpisuje sociálna norma danej spoločnosti. V tejto súvislosti je potrebné ukotviť pojem norma.

"Tento pojem môže byť použitý vo význame záväzného pravidla, ktoré je vynucované predpismi, zvykom a pod., ale môže byť vnímaný aj ako súbor pravidiel, napr. právna, mravná, sociálna norma" (Žáková 2017, in: Balogová, Žiaková).

Ondrejkovič a kol. (2009) sociálnu normu vymedzujú ako pravidlá pre vedomé sociálne konanie, ale i predpisy. Vrbová (2014) poukazuje, že sociálne normy regulujú správanie tým, že vymedzujú to, aké správanie je v určitej skupine žiaduce či akceptovateľné a aké je naopak problematické. Do sociálne rizikového správania zaradzujeme záškoláctvo, klamanie, agresivitu, agresívne správanie, šikanovanie a kyberšikanovanie, všeobecné kriminálne konanie, vandalizmus, látkové a nelátkové závislosti, rizikové správanie na internete, sexuálne rizikové správanie Sobotková a kol. (2014). Za rizikové správanie je možné považovať i závislosti spojené s kultom tela (napr. Tóthová 2018), sebapoškodzovanie, poruchy správania a neplnenie si povinností. Oblasti sociálne rizikového správania uvádzame v Tab. 1.

Tab. 1 Sociálne rizikové správanie v období adolescencie

Sociálne rizikové správanie	Oblasti sociálne rizikového správania
Užívanie psychoaktívnych látok	Alkohol, cigarety, marihuana, lieky, tvrdé drogy.
Nelátkové závislosti: internetové i neinternetové	Používanie internetu, hranie hier, sociálne siete, virtuálna sexualita.
Rizikové sociálne správanie	Promiskuitné správanie, partie, subkultúry.
Závislosti spojené s kultom tela	Neprimerané vnímanie seba samého ako rizikový faktor vzniku osobných a osobnostných problémov, duševných porúch a psychických chorôb (bulímia, anorexia).
Sebapoškodzovanie	Opakované násilné správanie, ktoré daný jednotlivec realizuje voči sebe bez úmyslu samovraždy.
Poruchy správania	Krádeže, klamstvo, podvádžanie, neprospievanie v škole, úteky, šikanovanie, poškodzovanie cudzieho majetku.
Neplnenie si povinností	Nedodržiavanie termínov, odkladanie povinností atď.

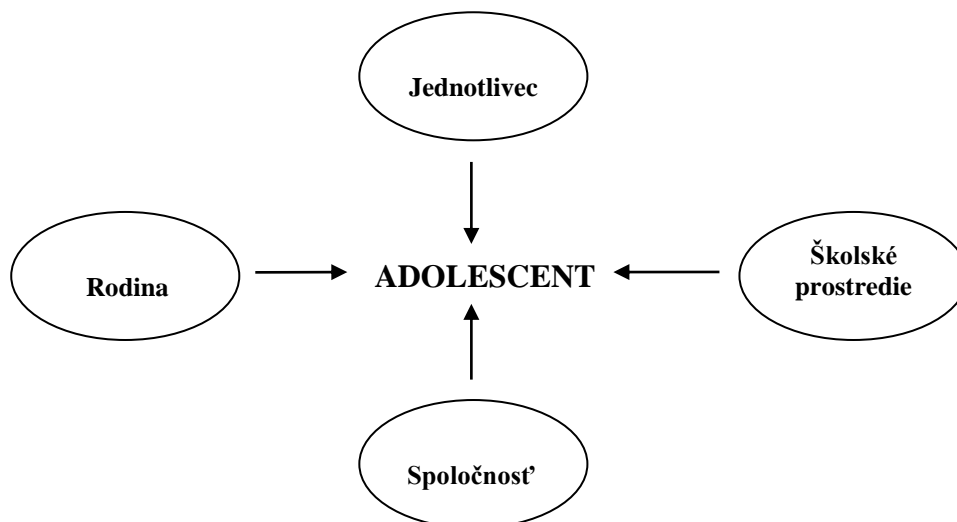
Zdroj: vlastné spracovanie autorkami

### Adolescencia ako rizikové obdobie vo vzťahu k sociálne rizikovému správaniu

Dospievanie je tranzitným obdobím prechodu medzi detstvom a dospelosťou pričom predstavuje rizikové obdobie. Je to obdobie, kedy daný jednotlivec nie je ani dospelý, ani dieťa a nachádza sa v nejasne definovanom prostredí (Sobotková a kol. 2014; Šišanská 2013). Práve toto obdobie súvisí s množstvom náročných úloh. Sú to zmeny, pri ktorých mladí ľudia zažívajú konflikty, pocity úzkosti, osamelosti a neúspechu (Žiaková a kol. 2008).

Všeobecne rozdeľujeme rizikové faktory (Obr. 1), ktoré ovplyvňujú dospelujúceho jednotlivca do štyroch skupín: jednotlivec, rodina, školské prostredie, spoločnosť.

Obr. 1 Rizikové faktory ovplyvňujúce adolescenta



Zdroj: vlastné spracovanie autorkami

V období adolescencie, môže byť jednotlivec sám sebe rizikovým faktorom v súvislosti predovšetkým s osobnostnými a charakterovými vlastnosťami, rodom, inteligenciou, jeho mravným vývinom a noetickým zameraním. V rámci vývinu majú vplyv na daného

jednotlivca poruchy správania a učenia, zdravotné problémy (narodenie s handicapom či získaný handicap, dlhodobá choroba atď.), duševné zdravie, sociálna angažovanosť, životný štýl, spôsoby ako trávi voľný čas, jeho schopnosť stáť za svojim názorom, odlišovať sa od ostatných a nebyť konformný (napr. vo vzťahu k nárokom a požiadavkám rovesníckej skupiny) (Vašutová a kol. 2013; Šiňanská 2012).

Rodina je najdôležitejšou sociálnou štruktúrou pre predikciu rizikového správania. Medzi faktory rodinného prostredia, ktoré súvisia s rizikovým správaním, zaraďujeme štruktúru rodiny, socioekonomický status, osobnostné charakteristiky členov rodiny, spôsob výchovy, vzťahy medzi členmi rodiny (Macek 2003). Brook (1992, in: Berinšterová, Orosová, Miovský 2016) poukazuje taktiež na to, že medzi významné prediktory, ktorú môžu predisponovať jednotlivca k rizikovému správaniu patrí manažment rodiny a výchovný štýl. Vašutová a kol. (2013) poukazujú na zlyhávajúcu rodinu vo svojich základných funkciách, napr. z dôvodu toho, že sú rodič/rodičia neplnoletí, rodina je neúplná, niektorý z rodičov je duševne, onkologicky chorý alebo závislý na návykových látkach. Adolescent nie je adaptovaný tak, aby tieto javy neotriasli jeho osobnosťou. Carr-Greg (2011) tvrdí, že ak je u dospelievajúceho jednotlivca nedostatočná väzba k akémukoľvek dospelému, ktorý sa podieľa na jeho výchove, vedie to k jednému z typov rizikového správania.

Školské prostredie je prostredím, kde sa dospelievajúci, okrem rodiny, najčastejšie zdržiava a pohybuje. Za významný rizikový faktor vo vývine problémového správania sa považujú nejasne stanovené školské normy, dezorganizované školské prostredie, ktoré neposkytuje príjemné zážitky a pocit bezpečia (Orosová a kol. 2007). V školskom prostredí si adolescent buduje sociálne vzťahy s rovesníkmi. Rovesnícke skupiny majú v období dospelievania na adolescenta silný vplyv najmä v rámci vzťahov v danej skupine. Viac či menej daného jednotlivca ovplyvňujú. Vašutová a kol. (2013) považujú za rizikové faktory v školskom prostredí neexistenciu preventívnych programov (nedostatočná koncepcia a zameranie). Ďalej uvádzajú negatívnu až nepriateľskú klímu, prostredie triedy, rovesnícke skupiny, ktoré ovplyvňujú daného adolescenta (napr. užívanie návykových látok členmi rovesníckej skupiny) a nedostatočnú kontrolu zo strany pedagógov v čase prestávok.

Spoločnosť, v ktorej daný jednotlivec v období dospelievania žije, môže adolescenta ohrozovať tak, že nepresadzuje žiaduce hodnoty (morálne zásady, úctu k starším ľuďom, oceňovanie kladných vzorov), nedostatočne ho chráni pred návykovými látkami, zaujíma benevolentný postoj k nikotínu a alkoholu, vykazuje nízku úroveň informačných kampaní, ktoré riešia problematiku patologických javov. Významná súčasť negatívneho pôsobenia spoločnosti na adolescenta sú tiež pochybné hodnoty módných trendov vo veľkej miere a nekriticky propagované médiami (Vašutová a kol. 2013).

V súčasnosti je sociálne rizikové správanie v adolescencii v spoločnosti a taktiež mnohými autormi považované za normatívnu súčasť vývinu (Blatný a kol. 2006). Prechod do dospelosti je často spájaný s riskovaním, cez ktoré si adolescent overuje, či obstojí vo svete so svojimi schopnosťami a zručnosťami. Zdravé riskovanie funguje v ich živote ako pozitívny nástroj, ktorý slúži k objavovaniu, rozvoju a upevňovaniu vlastnej identity. Nezdravé riskovanie je sprevádzané rôznymi typmi rizikového správania, ktoré škodia ich zdraviu (Carr-Gregg 2011). I keď v niektorých prípadoch rizikové správanie v dospelosti odznie, nie je to pravidlo a môže mať negatívne dôsledky nielen na jednotlivca, ale i rodinu a celú spoločnosť. Dôležité je z toho dôvodu skúmať s akými faktormi súvisí sociálne rizikové správanie dospelievajúcich jednotlivcov v rámci sociálneho fungovania adolescenta.

*Sociálne fungovanie* možno chápať ako teoretický koncept, ktorý umožňuje vyhodnocovanie silných stránok a taktiež problémov ľudí, ktorí zastávajú konkrétne sociálne roly. Informácia o sociálnom fungovaní jednotlivca je zároveň informáciou o stave jeho sociálnej pohody v rámci sociálnych interakcií a o vplyve sociálnej štruktúry a sociálnych inštitúcií na život jednotlivca (Levická 2017, in: Balogová, Žiaková 2017). Sociálne fungovanie možno

ponímať ako schopnosť jednotlivca fungovať v rozličných sociálnych rolách (napr. dieťa, žiak, študent, kamarát, občan, atď.) v rámci sociálnych vzťahov.

Výrost a Slaměnik (2001) poukazujú na to, že v súvislosti so sociálnymi interakciami a ich charakteristikami sa osamelosť vyskytuje vtedy, ak určitá osoba považuje svoje zapojenie do sociálnych vzťahov za menej uspokojujúce, slabšie ako by si želala.

### **Prežívanie osamelosti a sociálne rizikové správanie v adolescencii**

Záujem o skúmanie osamelosti v posledných rokoch narastá. V zahraničí bol výskum osamelosti zameraný na cieľovú skupinu adolescentov (Acquah, Topalli, Wilson, Juntala, Niemi 2016; Lodder, Goossens, Scholte, Engels, Verhagen 2016; Stickley, Koyanagi, Kuposov, Blatný, Hrdlička, Schwab-Stone, Ruchkin 2016; McKay, Konowalczyk, Andretta, Cole 2017). Na Slovensku bolo pozornosť doteraz venovaná matkám autistických detí (Žiaková et al. 2008), jednotlivcom žijúcim v manželskom zväzku a single jednotlivcom (Ráčzová, Žiaková 2008, in: Žiaková a kol. 2008), adolescentom žijúcim v domácom prostredí a na internáte (Ráčzová 2008, in: Žiaková a kol. 2008), onkologicky chorých pacientom a pacientkam (Žiaková, Balogová 2008, in: Žiaková a kol. 2008), seniorom a seniorkám (Balogová 2008, in: Žiaková a kol. 2008; Lovašová, Garberová 2017), látkovo závislým klientom (Kahan, Žiaková 2015).

Väčšina teoretických východísk, klinických štúdií a empirických výskumov definujú osamelosť ako intenzívnu skúsenosť a subjektívne vnímaný stav, kedy vzniká pre človeka významný kvantitatívny alebo kvalitatívny deficit v oblasti osobnej siete sociálnych vzťahov (Cacioppo, Patrick 2008; Perlman, Peplau 1984; Žiaková 2008; Balogová 2008; Ráčzová 2008, in: Žiaková 2008 a kol. a ďalší). Dôležitá je však kvalita nie kvantita vzájomných medziľudských vzťahov (Hawkley, Hughes, Waite, Masi, Thisted, Cacioppo 2008).

Z psychologického hľadiska poznáme tri druhy osamelosti: kognitívnu, behaviorálnu a emocionálnu. O kognitívnej osamelosti hovoríme v prípade, ak nemáme na blízku niekoho, s kým by sme sa mohli porozprávať o práci, jej výsledkoch, tvorbe, s kým by sme si rozumeli v odbornej či filozofickej oblasti. Pokiaľ nám chýbajú priatelia, s ktorými by sme mohli tráviť voľný čas, ide o behaviorálnu osamelosť a ak pociťujeme stav neuspokojenej potreby lásky ako citovej náklonnosti, hovoríme o emocionálnej osamelosti (Bruno 2002, in: Žiaková a kol. 2008).

Yalom (2006) uvádza tri typy osamelosti, a to interpersonálnu, intrapersonálnu a existencionálnu osamelosť. Interpersonálna osamelosť je všeobecne prežívaná ako samota a týka sa výhradne izolácie od druhých ľudí, ktorú ovplyvňujú rôzne faktory a to napr. nedostatok vhodných sociálnych spôsobilostí, geografická izolácia, konfliktné pocity v oblasti intimity alebo poruchy osobnosti, ktoré spôsobujú nespokojnosť v sociálnej interakcii. Intrapersonálna osamelosť je procesom, keď jednotlivec od seba oddeľuje časť seba samého. Nastáva v tom prípade, ak človek potlačí svoje vlastné pocity alebo túžby, nedôveruje svojmu úsudku alebo pochová svoj vlastný potenciál. Existencionálna osamelosť je označovaná ako odlúčenie medzi človekom a svetom v súvislosti s umieraním a smrťou. Taktiež je považovaná za neprekonateľnú priepasť medzi človekom a druhým človekom (Yalom 2006). Osamelosť neznamená to isté ako samota. Samota je objektívny stav, ktorý vieme identifikovať ľahko zvonku. Osamelosť je subjektívnym zážitkom (nie je možné odhaliť ju na základe vonkajšieho pozorovania) a je nepríjemná (Výrost, Slaměnik 2001).

Práve obdobie adolescencie súvisí s množstvom náročných úloh. Tento čas dospievania je obdobím zmien, pri ktorých ako sme uviedli, mladí ľudia zažívajú konflikty pocity úzkosti, osamelosti a nezdaru. Je to taktiež obdobie sociálnych kontaktov a aktívneho spoločenského života, ale i napriek tomu je možné tvrdiť, že je obdobím života s vysokým rizikom prežívania jednotlivých foriem osamelosti.

Rizikové oblasti v adolescencii sú najmä kríza sexuálneho vývinu, kríza telesnej schémy, kríza identity a sebaúcty, kríza autority, konfrontácia s dospelým, suicidálna kríza. Mladý človek je často konfrontovaný s vývinovými krízami práve v interpersonálnych vzťahoch. Vývinové krízy vníma mladý jednotlivec ako miesto zmeny, kde sa zastaví iba na určitú dobu alebo pokračuje cestou rastu (Žiaková a kol. 2008). Ak sa na jednom z týchto miest zastaví a neprekoná krízu, môže to viesť k sociálne rizikovému správaniu (Bačová, Žiaková 2018). Ako dané krízy adolescent zvláda závisí od toho, aké má zázemie (napr. rodinné, školské) a či má kvalitné zdroje sociálnej opory.

V prácach sociálnych psychológov sa objavili teórie, ktoré poukazujú na to, že potreba sociálnej opory súvisí s existenciou sociálnych sietí a sociálnych potrieb (napr. potreba sociálneho kontaktu, potreba sociálnej komunikácie, potreba priateľského vzťahu, potreba spolupráce, potreba vzájomnosti a potreba sociálnej identity) a ich saturáciou či frustráciou (Křivohlavý 2001). Sociálna opora sa netýka len interakcie v dvojici (podporné dyadické vzťahy), ale stretávame sa s ňou aj v širšom rámci. Sú to vzťahy v rámci väčšej skupiny ľudí (napr. vzťah žiakov v školskej triede, vzťah rovesníkov mimo školského prostredia). Samotná existencia sociálnej siete poskytuje istú mieru sociálnej opory (Bačová, Žiaková, Katreniaková 2015).

### **Sociálna opora a sociálne vzťahy v období dospievania**

Sociálna opora existovala v minulosti, ale mala iné pomenovanie ako napr. súdržnosť rodiny, ústretový prístup personálu, zdieľanie radostí a strastí, pomoc v núdzi, bezvýhradné akceptovanie, ale aj altruistické správanie (Mareš a kol. 2001). Časom sa pojem sociálna opora etabloval v odbornej literatúre a začal plniť integrujúcu a kľúčovú funkciu. Sociálna opora „umožňuje jedincovi sa sociálne integrovať, vytvárať si identitu, budovať si sebadôveru a udržiavať ju, regulovať city, pomáha mu pri zvládaní záťaže, umožňuje sociálnu kontrolu a riadenie“ (Mareš 2004, s. 285). Žiaková (2005, s. 201) uvádza, že sociálna opora je „súhrnným vyjadrením informácií alebo aktuálneho konania, ktoré vedie jednotlivca k presvedčeniu, že si ho ostatní vážia, stoja o neho a v prípade potreby sú mu ochotní poskytnúť pomoc a starostlivosť“. Neprítomnosť sociálnej opory a hlavne jej jednotlivých typov (informačnej, emočnej, kognitívnej či inštrumentálnej) priamo súvisí s výskytom rôznych druhov rizikového správania (Bačová, Žiaková, Katreniaková 2015).

Hustota štruktúr sociálnych sietí (zdroje sociálnej opory) ani ich veľkosť nemajú priamy vzťah k úrovni sociálnej opory. Rozhodujúca je kvalita štruktúr sociálnych vzťahov a väzieb, ich reciprocita, intenzita a bohatosť (Kebza 2005).

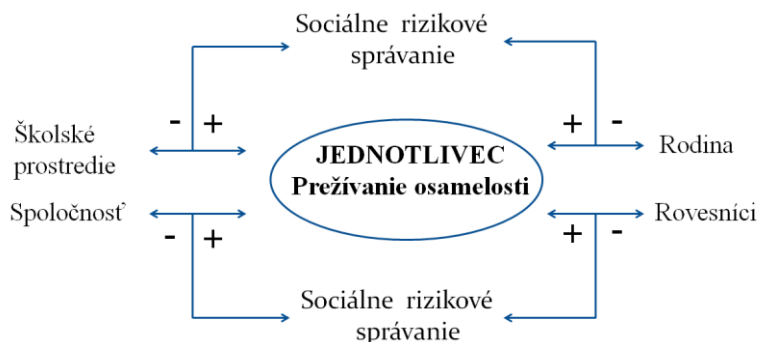
Benka (2012) uvádza, že sociálna opora patrí medzi najčastejšie študované psychosociálne zdroje. Zahŕňa podporný vstup, ktorý rôzni ľudia dostávajú od svojho sociálneho prostredia. Sociálna opora prispieva k pozitívnemu nastaveniu a rozvoju osobnosti. Na strane druhej jej absencia, môže priniesť do života problémy. Ak daný jednotlivec vníma, že má nedostatok požadovaných medziľudských vzťahov, či už zo strany rodiny, rovesníkov alebo ľudí vo svojom okolí, tento stav vnímania ako problém a môže to viesť k rôznym druhom osamelosti. Výsledky zahraničnej štúdie (Corsano, Majorano, Champretavy 2006) poukazujú na vyššiu úroveň osamelosti u jednotlivcov, ktorí sa cítia sociálne odmietaní vo vzťahoch.

Nie je výnimkou, že odmietaní ľudia začnú porušovať skupinové normy, t.j. podvádzať, klamať alebo správať sa antisociálne. Záleží však predovšetkým na osobnosti a jej schopnostiach prekonať ťažkosti pomocou vnútorných psychologických zdrojov, tzv. kompenzačných mechanizmov, pričom sú dôležité i zdroje sociálnej opory v rámci sociálnych vzťahov (Beastess 2016).

Obr. 2 znázorňuje prežívanie osamelosti ako rizikového faktora vzniku sociálne rizikového správania. Ak nie sú vzťahy v rámci sociálnych sietí (rodina, školské prostredie, rovesníci) adolescenta funkčné, kvalitné a nie sú zdrojom sociálnej opory (-), ak spoločnosť nevytvára

pre daného jednotlivca zdravé sociálne prostredie v zmysle stanovených sociálnych noriem (-) a adolescent prežíva osamelosť (+), môže to viesť k sociálne rizikovému správaniu.

Obr. 2 Prežívanie osamelosti adolescenta ako rizikový faktor



Zdroj: vlastné spracovanie autorkami

Rodičia sú pre dieťa najprirodzenejším zdrojom sociálnej opory. Teória sociálnych väzieb hovorí o pripútaní medzi dieťaťom a jeho rodičom, prípadne opatrovateľom (významný dospelý) ako o zdroji nepriamej kontroly. To znamená, že pri fyzickej neprítomnosti dospelého je dieťa vystavené príležitostiam porušovať normy, ale ich psychologická prítomnosť bude dôvodom, pre ktorú sa dieťa snaží správať v súlade s požiadavkami (Berinšterová, Orosová, Miovský 2016). V záťažových situáciách sa rodičia dieťaťu snažia pomôcť zvládnuť problémy i nástrahy života. Rodina väčšinou zmobilizuje svoje vnútorné zdroje a snaží sa pomôcť dieťaťu prekonať záťažovú situáciu. Problémy začínajú vtedy, ak sa záťažová situácia nezlepšuje a trvá dlho (Mareš a kol. 2001) alebo ak rodina ako sociálna štruktúra nie je schopná záťažovú situáciu zvládnuť. Macek (2003) uvádza, že rodina je najdôležitejšou sociálnou štruktúrou pre predikciu rizikového správania. Medzi faktory rodinného prostredia, ktoré súvisia s rizikovým správaním, zaraďujeme štruktúru rodiny, socioekonomický status, osobnostné charakteristiky členov rodiny, spôsob výchovy, vzťahy medzi členmi rodiny a ďalšie. Autori Sharabi, Levi a Margalit (2012, in: Stickley et al. 2016) uvádzajú, že neúplnosť rodiny (ak chýba jeden z biologických rodičov), môže mať negatívny vplyv na dospelávajúceho jednotlivca v zmysle pocitu osamelosti a prežívanie osamelosti môže vzniknúť v súvislosti s rodinnými štruktúrami, ktoré môžu mať nízku úroveň rodinnej súdržnosti, ktorá súvisí so sociálnymi vzťahmi v rodine.

Škola a školské prostredie je prostredím, kde sa dospelávajúci, okrem rodinného prostredia, najčastejšie zdržiava a pohybuje. Zdrojom sociálnej opory žiaka v škole je pedagóg alebo rovesníci. Ak má učiteľ poskytovať sociálnu oporu žiakovi a ak má dať žiak učiteľovi najavo, že sociálnu oporu potrebuje, musí medzi nimi vzniknúť špecifický vzťah. U pedagóga ide predovšetkým o sympatie k žiakovi, dostupnosť a jeho spoľahlivosť, cit pre žiaka a pohľad do situácie, ktorý podporuje žiakovu autonómiu (Mareš 2004). Za významný rizikový faktor vo vývoji problémového správania sa považujú nejasné školské normy, dezorganizované školské prostredie, ktoré neposkytuje príjemné zážitky a pocit bezpečia (Orosová a kol. 2007). V školskom prostredí si adolescent zároveň buduje sociálne vzťahy s rovesníkmi.

Funkcia rovesníckych skupín môže byť prejavovaná sociálnou oporou, ktorá sa nemusí prejavovať len v záťažových situáciách, ale je i dôležitou súčasťou života adolescentov. Príkladom môže byť pomoc s prípravou na vyučovanie či spoločným trávením voľného času (Krejčová 2011). Rovesnícke skupiny majú v období dospelovania na adolescenta silný vplyv v rámci vzťahov a viac či menej daného jednotlivca ovplyvňujú.



Blatný a kol. (2010) poukazujú na to, že povaha vzťahov medzi jednotlivcom a prostredím (napr. rodinné, školské, rovesnícke prostredie) sa podieľa na tom, či sa bude osobnosť jednotlivca a jeho správanie vyvíjať kontinuálne (pozitívne) alebo diskontinuálne (negatívne). Príčinou tohto vyvíjania nie sú časti systému (iba jednotlivec alebo iba prostredie), ale sú to vzťahy medzi nimi.

Sociálne vzťahy sú preto úzko späté. V priebehu vývinu jednotlivcov ovplyvňuje ľudí okolo seba, ale zároveň je i on ovplyvňovaný. Vzťahy jednotlivca s okolím sú obojstranné, recipročné a dynamicky interaktívne (Lerner, Tubman 1989; Ford, Lerner 1992, in: Blatný a kol. 2010).

### **Sociálna práca v školskom prostredí z pohľadu výskytu sociálne rizikového správania**

V príspevku ponúkame niekoľko možnosti realizácie sociálnej práce v školskom prostredí, ktorá by mohla byť v budúcnosti zameraná na oblasť rizikového správania adolescentov. Uvedené možnosti môžu byť inšpiráciou pre odborníkov v sociálnej oblasti.

Pokladáme za potrebné realizovať terénne programy na všetkých školách v oblasti prevencie so zameraním na rozvoj sociálnych kompetencií, nácvik zručností pre účinné zvládanie rizikových situácií. V školskom prostredí by bolo možné sociálnu prácu realizovať v rámci pozície odborného zamestnanca školy (sociálneho pedagóga), ktorý sa prostredníctvom svojej odbornej činnosti zameriava na prevenciu, intervenciu a reedukáciu so zameraním na žiakov, ktorí sú ohrození sociálnopatologickými javmi (Zákon č. 319/2009 Z.z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov).

Je dôležité, aby sa do popredia dostala v oblasti prevencie spolupráca mesta, resp. obce a škôl, ktoré mesto alebo obec zriadili. V tejto oblasti sa vytvára priestor pre pôsobenie sociálneho pracovníka ako odborného zamestnanca obce. Obec môže poskytovať alebo zabezpečovať sociálne služby, ktorých súčasťou je preventívna aktivita (§ 80 zákona č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene o doplnení zákona č. 455/1997 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov). Sociálny pracovník by tak mohol v praxi vykonávať preventívne aktivity so zameraním na sociálne rizikového správania na školách, ktorých zriaďovateľmi sú obce alebo mestá (Bačová, Žiaková 2018).

Dôležitá je podpora protektívnych faktorov na všetkých úrovniach socioekologického modelu (individuálna úroveň, úroveň rodiny a komunity). Efekt interaktívnych procesov prebiehajúcich medzi dispozíciami jednotlivca a charakteristikami prostredia znamenajú úspešne vyrovnanie sa s rizikom či nepriaznivou situáciou (Kebza, Šolcová 2008; Coatsworth 1998; Novotný 2010, in: Berinšterová, Orosová, Miovský 2016).

V zmysle § 23a zákona č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene o doplnení zákona č. 455/1997 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov je preventívna aktivita "odborná činnosť zameraná na predchádzanie rizikovému správaniu fyzickej osoby, rodiny alebo komunity a na predchádzanie rizikovým situáciám a na ich prekonanie alebo riešenie.". Preventívna aktivita sa v zmysle uvedeného zákona nemôže v súčasnosti vykonávať ako samostatná odborná činnosť, ako je napr. základné, špecializované sociálne poradenstvo a sociálna rehabilitácia, ktoré sa považujú za druh sociálnej služby.

Za efektívne by sa však mohlo v budúcnosti javiť pôsobenie sociálneho pracovníka cez preventívnu aktivitu so zameraním na oblasť sociálne rizikového správania v súvislosti s prežívaním osamelosti. Zároveň výsledky empirických štúdií v podmienkach Slovenskej republiky môžu významne prispieť k zmene a ukotveniu dôležitosti sociálnej práce (prevencia, intervencia) v školskom prostredí a tak by mohli byť podnetom legislatívnych zmien.

## Záver

Oblasti rizikového správania adolescentov sa v 21. storočí stávajú vysoko aktuálne. Do popredia sa dostáva rýchly životný štýl a zvyšovanie životných nárokov, ktoré pôsobia na životy jednotlivcov. Na adolescenta v období dospievania vplývajú v rámci sociálneho fungovania rôzne faktory, ako napr. sám jednotlivec, rodina, rovesníci, spoločnosť a ďalšie. Jedným z významných rizikových faktorov je osamelosť, ktorá je spôsobená rôznymi príčinami. Zároveň je súčasťou každého jednotlivca. Ak sa nerieši v čas, môže viesť k sociálnej rizikovému správaniu. Z toho dôvodu môže byť ohrozený každý, ale nie každý si vie pomôcť a nie každý vie, kde má pomoc hľadať. Z toho dôvodu je nevyhnutné zamerať sa v budúcnosti na oblasť prevencie a intervencie, v rámci ktorej by sa mohla etablovať sociálna práca v školskom prostredí.

## Zoznam použitej literatúry

- ACQUAH, O. et al., 2016. *Adolescent loneliness and social anxiety as predictors of bullying victimisation* [online]. [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02673843.2015.1083449>
- BAČOVÁ, M. a E. ŽIAKOVÁ, 2018. Osamelosť ako sociálny fenomén vo vzťahu k rizikovému správaniu. In: *Jarná internacionalizovaná škola doktorandov 2018: zborník príspevkov z 5. ročníka Jarnej internacionalizovanej školy doktorandov UPJŠ: 11.-14.6.2018, Liptovský Ján*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 264-268. ISBN 978-80-8152-612-1.
- BAČOVÁ, M., E. ŽIAKOVÁ a Z. KATRENIÁKOVÁ, 2015. Sociálna opora onkologicky chorých žien - základný predpoklad intervencie sociálnych pracovníkov. *Sociálni práce/Sociálna práca*, **15**(1), 48-65. ISSN 1335-0579.
- BALOGOVÁ, B., E. ŽIAKOVÁ, 2017. *Vademecum sociálnej práce. Terminologický slovník*. Košice: EQUILIBRIA, s.r.o. ISBN 978-80-8152-483-7.
- BEASTESS THE, 2016. *Osamělost*. České Budejovice: PROTISK, s.r.o. ISBN 978-80-247-5478-9.
- BENKA, J., 2012. *Living with Rheumatoid Arthritis: de personal and social resources make a difference?* Kosice: Equilibria. ISBN 978-90-367-5913-7.
- BLATNÝ a kol., 2010. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3434-7.
- BRUTOVSKÁ, M., O. OROSOVÁ a O. KALINA, 2016. Normatívne presvedčenia, postoje ku konzumácii alkoholu a konzumácia alkoholu u slovenských vysokoškolákov. [online].[cit. 2017-11-11]. Dostupné z: <http://csppsych.psu.cas.cz/result.php?id=934>
- BERINŠTEROVÁ, M., O. OROSOVÁ a M. MIOVSKÝ, 2016. Vkladanie nádeje významných dospelých a užívanie alkoholu a tabakových cigariet medzi dospievajúcimi: mediačný efekt sebakontroly. *Československá psychologie*. **LX** (2), 106-119. ISSN 009-062X.
- BLATNÝ, M. a kol., 2006. Prevalence antisociálneho chování českých adolescentů z městských oblastí. *Československá psychologie*, **50** (4), 297-310. ISSN 0009-062X.
- CACIOPPO T. J. and W. PATRICK, 2008. *Lonelines. Human Nature and the Need for Social Connection*. [online].[cit. 2017-11-11]. Dostupné z: <https://www.amazon.com/Loneliness-Human-Nature-Social-Connection/dp/0393335283>
- CARR-GREGG, M., 2012. *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0062-8.
- CARSANO, P., M. MAJORANO, and L. CHAMPRETAVY, 2006. *Psychological Well-Being in Adolescence: The Contribution of Interpersonal Relations and Experience of Being Alone*. [online]. [cit. 2017-11-11]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16981621>

- CSÉMY, L., T. HRACHOVINOVÁ, P. ČÁP a O. STAROSTOVÁ, 2014. Agresivní chování dospívajících: Prevalence a analýza vlivu faktorů z oblasti rodiny, vrstevnických vztahů a školy. *Československá psychologie*. **LVIII**(3), 242-253. ISSN 1804-6436.
- ČEREŠNÍK, M. a V. GATIAL, 2014. Rizikové správanie a vybrané osobnostné premenné dospievajúcich v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania. Nitra: UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE. ISBN 978-80-558-0658-7.
- CHYLOVÁ, M., E. PÁLOVÁ, M. KOVANIČOVÁ a D. BREZNOŠČÁKOVÁ, 2011. Prieskum suicidálneho správania v období dospievania. *Československá psychologie*. **LV**(4), 306-315. ISSN 1804-6436.
- DOLEJŠ, M., 2010. Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc. ISBN 978-80-244-2642-6.
- GAŽIKOVÁ, E., 2014. *Rizikové správanie detí v detských domovoch*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. ISBN 978-80-558-0686-0.
- GENTILE, A. S, E. L SWING a CH. G. LIM, 2012. Video Game Playing, Attention Problems, and Impulsiveness: Evidence of Bidirectional Causality. *Psychology of Popular Media Culture*. **1**(1), 62-70. ISSN 2160-4134.
- HAWKLEY C. L. et al., 2008. From Social Structural Factors to Perceptions of Relationship Quality and Loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *The Journals of Gerontology Series B, Psychological sciences and Social Sciences*. **63**(6), 375-384. ISSN 1758-5368.
- KABÍČEK, P. et al., 2014. Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-793-4.
- KAHAN, J. a E. ŽIAKOVÁ, 2015. Prežívanie osamelosti látkovo závislých klientov. *Sociální práce/Sociálna práca*. **15**(4), 71-89. ISSN 1213-6204.
- KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: SERIFA. ISBN 80-200-1307-5.
- KOTRČ, D., 2004. Problematika šikanovania a užívania psychoaktívnych látok, výskyt hráčstva v základných školách v okrese Kysucké Nové Mesto. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. **39**(2004), 69-78. ISSN 0555-5574.
- KREJČOVÁ, L., 2011. *Psychologické aspekty vzdelávání dospívajících*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3474-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2.
- KVĚTON, P. a M. JELÍNEK, 2016. Hraní videoher a jeho konsekvence: Přehled dosavadních zjištění. *Československá psychologie*. **LX**(4), 372-386. ISSN 1804-6436.
- LABÁTH, V. et al., 2001. *Riziková mládež*. Praha: SLON. ISBN 80-85850-66-4.
- LODDER, G. M. A. et al., 2016. *Adolescent Loneliness and Social Skills: Agreement and Discrepancies Between Self-, Meta-, and Peer-Evaluations*. [online]. [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5101254/>
- LOVAŠOVÁ, S. a V. GARBEROVÁ, 2018. Prežívanie sociálnej a emocionálnej osamelosti u seniorov a senioriek žijúcich v zariadení sociálnych služieb a seniorov a senioriek žijúcich v domácom prostredí. In: ŽIAKOVÁ, E. a L. TÓTHOVÁ (eds.). *PREMENY SOCIÁLNEJ PRÁCE V ČASE. 6. ročník Košických dní sociálnej práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 8.12.2017 v Košiciach*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 70-77. ISBN 978-80-8152-601-5.
- MACEK, P., 2003. *Adolescence*. Praha: Portál. ISBN 80-17178-747-7.
- MAREŠ, J., 2004. Negativní aspekty sociální opory. In: *Sociálne procesy a osobnosť*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 285 - 286. ISBN 80-88910-16-1.
- MAREŠ, J. a kol., 2001. *Sociální opora u dětí a dospívajících*. Praha: Nucleus. ISBN 80-86225-9-4.

- McKAY, T. M. et al., 2017. *The direct and indirect effect of loneliness on the development of adolescent alcohol use in the United Kingdom*. [online]. [cit. 2018-11-11]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352853217300834>
- MIOVSKÝ, M. a kol., 2012. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: TOGGA. ISBN 978-80-87258-89-7.
- MIOVSKÝ, M. a kol., 2010. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: TOGGA. ISBN 978-80-87258-47-7.
- NAVRÁTIL, P. a L. MUSIL, 2000. Sociální práce s příslušníky menšinových skupin. *Sociální studia*. 5(2000), 127-163. ISSN 1212-365X.
- ONDREJKOVIČ, P. a kol., 2009. *Sociálna patológia*. Bratislava: VEDA. ISBN 978-80-224-1074-8.
- OROSOVÁ, O. a kol., 2007. Rizikové faktory užívania drog dospelievajúcimi. *Československá psychologie*. 51 (1), 32-48. ISSN 0009-062X.
- PERLMAN D., and L. A. PEPLAU, 1984. Loneliness Research: A Survey of Emirical Findings. [online]. [cit. 2017-11-11]. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/52b8/89ecaecab4de5f9aaff4a6d53129895aa7d.pdf>
- SCHUSTEROVÁ, I., M. DĚDOVÁ a V. DOČKAL, 2017. Rola žiaka pri šikanovaní a jej súvislosti s percipovanou sociálnou oporou. *Československá psychologie*. LVIII(5), 183-197. ISSN 1804-6436.
- SHERRY, L. J., 2001. The Effects of Violent Video Games on Aggression. A Meta-Analysis. *Human Communication Research*. 27(3), 409-431. ISSN 1468-2958.
- SOBOTKOVÁ NIELSEN, V. a kol., 2014. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4042-3.
- STICKLEY, A. et al., 2016. *Loneliness and its association with psychological and somatic health problems among Czech, Russian and U.S. adolescents*. [online]. [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4857285/>
- ŠIŇANSKÁ, K., 2013. 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. ISBN 9788081520129.
- 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. ISBN 9788055505800.
- TÓTHOVÁ, L., 2018. Poruchy príjmu potravy ako rizikové správanie adolescentov optikou sociálnej práce. *MMK 2018: Mezinárodní Masarykova konference pro doktorandy a mladé vědecké pracovníky*. Magnanimitas: Hradec Králové, s. 462-468. ISBN 978-80-87952-27-6.
- TÓTHOVÁ, L. a E. ŽIAKOVÁ, 2017. *Rizikové správanie onkologicky chorých klientov sociálnej práce*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. ISBN 978-80-8152-524-7.
- VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VAŠUTOVÁ, M. a kol., 2013. *Medzi dĕtstvom a dospelosťou. Vybrané kapitoly z psychologie adolescencie*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. ISBN 978-80-7464-125-1.
- VEREŠOVÁ, M., 2004. *Mediátory užívania drog: Cesta k efektívnej prevencii drogových závislostí*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa. ISBN 80-8050-767-8.

VRBOVÁ, T., 2014. Jak a kdy žáci omlouvají své špatné chování ve škole: role morálního vyvážení se a neutralizace v kontextu školního podvádění strašich žáku. *Československá psychologie*. LVIII(5), 455-470. ISSN 1804-6436.

VÝROST, J. a I. SLAMNĚNÍK, 2001. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0042-5.

YALOM, D. I., 2006. *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-147-6.

Zákon č. 448/2008 o sociálních službách a o změně o doplnění zákona č. 455/1997 Zb. o živnostenském podnikání v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 319/2009 Z.z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov).

ŽIAKOVÁ, E. a kol., 2008. *Osamelosť ako sociálny a psychologický jav: prežívanie osamelosti vo vybraných sociálne rizikových skupinách*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity. ISBN 978-80-8068-731-1.

ŽIAKOVÁ, E., 2005. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. Prešov: Pavol Šidelský - Akcent Print. ISBN 80-969274-2-6.

### **Kontakt na autorky**

*Mgr. Monika Bačová, Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, Moyzesova 9, 040 01 Košice, email: monika.bacova@student.upjs.sk*

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

# Stigmatizácia látkovo závislých ľudí ako významný rizikový faktor relapsu<sup>20</sup>

*Stigmatization of substance addicted people as a significant risk factor of relapse*

*Ján Kahan (SR), Eva Žiaková (SR)*

## Abstrakt

Závislosť od alkoholu a závislosti od iných psychoaktívnych látok spolu patria do skupiny látkových závislostí. Napriek jednotnej kategórii duševného ochorenia, ako syndrómu závislosti, slovenská spoločnosť generuje rôznu mieru diskriminácie, opresie a stigmatizácie závislých ľudí, čím sa sťažuje celý terapeutický proces. Predkladaným príspevkom nechceme podať kompletnú exploráciu problému stigmatizácie látkovo závislých ľudí v slovenskej spoločnosti. Cieľom daného príspevku je otvoriť diskusiu na daný problém a upriamiť pozornosť na potrebu výskumu v danej oblasti. Stigmatizácia zasahuje človeka na všetkých úrovniach ekosystému, čo negatívne vplýva na celý proces liečby, doliečovania, perspektívu abstinencie a prevenciu lapsusu / relapsu. Sme toto názoru, že rôzne dimenzie stigmatizácie patria do skupiny faktorov, ktoré predstavujú vysokú mieru rizika lapsusu / relapsu.

**KLúčové slová:** Stigmatizácia. Látková závislosť. Psychická záťaž. Abstinencia. Lapsus/relaps.

## Abstract

Alcohol addiction and addiction on other psychoactive substances together belong to the group of substance addictions. In spite of the unified category of mental illness as a syndrome of addiction, the slovak society generates varying degrees of discrimination, oppression and stigmatization of addicted people, making the whole therapeutic process more difficult. We do not want to submit a complete survey of stigmatization problems of drug-addicted people in slovak society. The goal of this contribution is to open a discussion on the issue and to draw attention to the need for research in this area. Stigmatization adversely affects human beings at all levels of the ecosystem, negatively affecting the whole process of treatment, aftercare, withdrawal, and prevention of lapsus / relapse. We stand for opinion that varying number of stigmatization dimensions belong to a group of factors that represent a high risk degree of lapsus / relapse.

**Keywords:** Stigmatization. Substance Addiction. Stressful Situations. Abstinence. Lapse/Relapse.

## Úvod

Každé duševné ochorenie má svoje špecifické charakteristiky. Látková závislosť, definovaná ako syndróm závislosti, je jeden z najzávažnejších dôsledkov užívania jednej alebo viacerých psychoaktívnych látok. Syndróm závislosti od akejkoľvek psychoaktívnej látky je v slovenských podmienkach kodifikovaný v MKCH-10-SK-2016 (2018). Spomedzi všetkých psychoaktívnych látok na Slovensku sú len alkohol a tabak legálne. Trestný zákon č. 300/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov síce nesankcionuje samotné užívanie ilegálnej psychoaktívnej látky, ale jej prechovávanie čo i len pre vlastnú potrebu je považované za trestný čin. Slovenský trestnoprávny rozmer psychoaktívnych látok, masmédiá a ich často jednostranné postoje, s cieľom zaplniť mainstreamové správy mediálnym odpadom, pomáhajú vytvárať v spoločnosti názory a postoje, voči závislým ľuďom, ktoré sú výrazne

---

<sup>20</sup> Príspevok s názvom „Stigmatizácia látkovo závislých ľudí ako významný rizikový faktor relapsu“ je čiastkovým výsledkom výskumu, ktorý prebieha v rámci riešenia vedeckovýskumnej úlohy Vega č. 1/0285/18 s názvom „Rizikové správanie adolescentov ako klientov sociálnej práce v dôsledku ich osamelosti.“

deklasujúce, dehonestujúce a znevažujúce ľudský život. Na utváraní tejto stigmy sa, samozrejme, podieľajú aj samotní závislí ľudia, ktorých správanie je pod vplyvom psychoaktívnej látky často deviantné alebo delikventné. Takto mediálne prezentované duševné ochorenie je nadmieru stigmatizujúce. Aj preto nastáva výrazný rozdiel v miere stigmatizácie medzi ľuďmi závislými od alkoholu a ľuďmi závislými od ilegálnych psychoaktívnych látok. Títo ľudia sú často hanlivo označovaní rôznymi negatívnymi výrazmi, ktoré stigmum umocňujú, ako napríklad „feták“, „fetka“, „narkáč“, „socka“ a podobne. Naproti tomu konzumácia nadmerného množstva alkoholu v slovenskej spoločnosti je vo vysokej miere tolerovaná a často sa aj u človeka, ktorý konzumuje alkohol rizikovo, zvyšuje tolerancia na alkohol, rastie počet interpersonálnych konfliktov, objavujú sa výpadky (okienka) a ďalšie symptómy syndrómu závislosti. Aj taký človek je často ešte v spoločnosti akceptovaný (viac ako „narkoman“). Jeho problém je bagatelizovaný, potláčaný alebo skrývaný (často rodinou). Vyplýva to aj z toho, že liečba ochorenia, spojeného s užívaním alkoholu a iných psychoaktívnych látok, si vyžaduje minimálne intervenciu psychiatra a psychológa, s čím sa spája stigma „nenormálnosti“. Negatívny stereotypný pohľad na psychiatrickú a psychologickú liečbu ešte stále vyvoláva v spoločnosti dojem, že človek, ktorý trpí duševným ochorením, nie je „normálny“, musí byť nebezpečný delikvent alebo deviant.

### **Stigma a stigmatizácia**

Stigma je podľa Goffmana (2003) určitý atribút, ktorý vo výraznej miere devaluje, deklasuje človeka a v koncepcii normalita verzus deviácia ho odlišuje od „normálnej“ časti populácie. Goffman (2003) stigmatizáciou označuje situáciu, kedy človek nie je v spoločnosti plne akceptovaný. Crocker, Major a Steele (1998) hovoria o tom, že stigmatizácia nastáva aj vtedy, kedy sa len predpokladá, že daný človek má určitý atribút alebo charakteristiku, ktorá ho odlišuje od ostatných „normálnych“ ľudí. Stigma a stigmatizácia sa v súčasnej spoločnosti vzťahuje k celému spektru skupín ľudí, ktorí sú určitou formou iní, než je väčšinová populácia. Týka sa to predovšetkým ľudí s duševným ochorením, telesným znevýhodnením, etnickou príslušnosťou a ľudí, ktorých správanie je považované za deviantné alebo delikventné a podobne. Goffman (2003) vo vzťahu k analýze stigmatizácie rozlišuje tri vrstvy identity. Sociálnu identitu, ktorá má dve podoby, virtuálnu a skutočnú a tretiu vrstvu označuje ako identitu ega. *Virtuálna sociálna identita* predstavuje naše subjektívne vnímanie, ktoré si konštruujeme na základe vlastných kognitívnych máp, podľa informácií získavaných od druhého človeka a našich očakávaní o jeho správaní, na základe jeho viditeľných znakov alebo na základe toho, čo o ňom vieme alebo si len myslíme, že vieme. Ide o náš myšlienkový, emocionálny a konatívny konštrukt o tom, čím by mal byť človek, ktorý pred nami stojí. *Skutočná sociálna identita* zahŕňa tie kategórie a vlastnosti, ktoré sú danej osobe skutočne vlastné, a nie sú iba našou vlastnou konštrukciou reality. *Identita ega* je identita, ktorú človek pociťuje ako vlastnú. Ide o subjektívny pocit vlastnej situácie, charakteru, kontinuity vlastného života ako dôsledok získavania vlastných sociálnych skúseností. Subjektívna identita ega je spojená s emóciami, myšlienkami, správaním a ide o reflexívnu záležitosť, ktorú človek o sebe bezpodmienečne pociťuje. Stigma je vlastne dôsledok rozdielu medzi skutočnou a virtuálnou sociálnou identitou, ak nezodpovedá pohľadu ostatných „normálnych“ ľudí (Goffman 2003; Navrátil 2013; Bačová 2011). Stigma je silný diskreditujúci atribút, ktorý nie je iba záležitosťou konštrukcie vnímania reality iných ľudí pri interakcii so stigmatizovaným človekom. Ide aj o to, čo človek pociťuje voči svojej stigmatizácii a ako zvláda túto odlišnosť. V kontexte duševného ochorenia syndrómu závislosti sa závislý človek musí vyrovnávať jednak so svojím ochorením, a zároveň musí čeliť tlaku okolia, ktoré ho stigmatizuje, a už počas rozvoja závislosti mu bola pridelená „nálepka“ závislého (narkomana, alkoholika, fetáka...) (Hrčka 2000; Goffman 2003). Hlavnou charakteristikou

všetkých foriem a typov stigiem je to, že človek, ktorý by mohol byť v bežných sociálnych interakciách ľahko prijímaný, akceptovaný, je vystavený explicitnému alebo implicitnému sociálnemu vylúčeniu. Človek je v tomto prípade nositeľom nežiaducej odlišnosti od „normálnych“ ľudí, ktorí túto odlišnosť nemajú. Goffman (2003) spája normalitu a stigmatizáciu ako špecifickú formu teórie, podľa ktorej stigmatizujúci ľudia veria, že osoba so stigmou nie je plnohodnotným človekom. Táto myšlienka odráža morálnu paradigmu v kontexte závislostí, a tiež jednu z najstarších teórií závislosti, morálnu teóriu, podľa ktorej je závislý človek jednoducho zlý, nemorálny a sebecký. V druhej polovici 20. storočia, v rámci morálnej paradigmy, nebol medicínsky koncept závislosti ako duševného ochorenia plne akceptovaný. To viedlo k predstave, že závislosť je svojvoľne zapríčinené ochorenie a náklady na liečbu by nemala niesť spoločnosť. V širšej verejnosti, u niektorých politikov, úradníkov, ale i u lekárov pretrváva morálna paradigma aj do dnes. Na druhej strane morálnu paradigmu nemožno úplne zavrhnúť vzhľadom na to, že liečba závislosti (ako aj každé iné ochorenie) si vyžaduje prevzatie osobnej zodpovednosti za vlastný život (Kalina 2015 4. kap). O absolútne chápanie morálnej paradigmy sa potom opierajú rôzne formy diskriminácie, vylúčenia a opresie, ktorými sa znižujú životné šance a podmienky stigmatizovaného človeka na zmenu a možnosť viesť kvalitný a plnohodnotný život. Podľa teórie stigmatizácie ľudia chápu duševne chorého človeka ako menejcenného. Táto pestovaná stigma ponúka aj myšlienkové konštrukcie, na základe ktorých sú predkladané vysvetlenia o tom, aký je stigmatizovaný človek nebezpečný a aké ohrozenie predstavuje pre „normálnych“ ľudí. Dôsledkom toho sa stigmatizovanému človeku pripisuje veľké množstvo nedokonalostí, ktoré vychádzajú iba z jednej pôvodnej, a to tej, že je závislý (Goffman 2003; ). Existuje viacero teórií sociálnej deviácie (biologické, psychologické, štrukturálne, subkulturálne, sociologické, atď.), ktoré vysvetľujú deviantné správanie človeka. Vo vzťahu k problému stigmatizácie závislých ľudí a možnosti zmeny sa javí ako vhodné vysvetlenie podľa reaktívnej koncepcie deviácie a teórie sociálnej reakcie, ktoré spolu s teóriou sekundárnej deviácie tvoria značkovaciu teóriu, v rámci ktorej dochádza k explicitnej stigmatizácii človeka. Podľa reaktívnej koncepcie, deviácia nie je vnútorná vlastnosť určitých ľudí, ich prejavov či vzorcov správania, ale ide o vlastnosť, ktorá je stigmatizovaným ľuďom prisudzovaná okolím (Erikson 1962). Deviácia je správanie, ktoré je okolím takto označené a deviant je človek, na ktorého bola deviantná nálepka úspešne aplikovaná (Kitsuse 1962). Primárne deviantné akty sú v spoločnosti v značnej miere rozšírené, sú prechodné, epizodické, majú rôzne príčiny a ich význam pre rozvoj deviantnej kariéry a identity je relatívne malý (Lemert 1951). Kariéra devianta je podľa Lemerta (1951, 1967) vyjadrená ako prechod od primárnej deviácie k sekundárnej deviácii. Stabilizácia deviantného správania, rozvoj deviantnej identity a role, sú výsledkom značkovacej reakcie okolia na primárnu deviáciu. Značkovacia reakcia okolia vedie aktéra deviácie k ďalšiemu deviantnému správaniu. Toto správanie má formu útoku, obrany alebo adaptácie na zjavné, alebo skryté problémy, vyvolané sociálnymi reakciami na primárnu deviáciu. Sekvencia interakcií vedúcich k sekundárnej deviácii je nasledovná:

1. Primárna deviácia.
2. Sociálne tresty.
3. Ďalšia primárna deviácia.
4. Silnejšie sociálne tresty a odmietanie okolím.
5. Ďalšie deviantné správanie a hostilita voči agentom sociálnej kontroly.
6. Kríza prekračujúca tolerančný kvocient.
7. Formálne kroky okolia, smerujúce k sociálnej izolácii jedinca.
8. Stigmatizácia.
9. Posilnenie deviantného správania ako reakcia jedinca na stigmatizáciu a tresty.
10. Úplné prijatie deviantnej identity a role (Lemert 1951, 1967; Hrčka 2000).



Človek, aktér deviácie, nie je len pasívnym prijímateľom sociálnej identity a rolí, ktoré mu pridružuje okolie, ale sám konštruuje významy svojej aktivity. Proces pridelenia deviantnej identity je často dlhodobé „vyjednávanie“ medzi aktérom a jeho ekosystémom. Na základe toho potom dochádza k definícii postavenia človeka v spoločnosti alebo skupine, ktorá však vždy obsahuje možnosť revízie a zmeny. Zmena môže nastať, keď sa menia podmienky na strane človeka alebo ekosystému, respektíve vo vzájomnej interakcii. Každý človek vykonáva v rôznych skupinách viacero rolí, medzi ktorými môžu nastať rozpory a konflikty. Deviantné role taktiež obsahujú v sebe rôzne konflikty, podľa toho v akom okolí sa človek aktuálne nachádza. Pre závislého človeka nastáva najvýznamnejší konflikt medzi osobnou identitou (identita *ego*) a sociálnou identitou (virtuálna a skutočná). Tieto konflikty sú obzvlášť silné u ľudí, ktorým okolie pridružuje status devianta. V takom prípade vnútorný konflikt môže byť človekom riešený dvoma spôsobmi. Popieraním, racionalizáciou, neutralizáciou (alebo inými *ego* obrannými mechanizmami) svojej deviácie alebo postupným prijímaním deviantnej osobnej identity. Prijatie deviantnej identity môže byť aj z hľadiska psychickej záťaže pre človeka v mnohých ohľadoch výhodné. Energiu, ktorú človek doposiaľ vynakladal na popieranie deviantnej identity, môže využiť v prospech prijatia identity devianta a adaptácie na nové role. Táto nová deviantná sociálna identita ďalej prináša v určitých skupinách prestížny status, určité výhody, ocenenie, rešpekt a prijatie človeka takého aký je – so svojou odlišnosťou. Vzťah medzi vykonávaním deviantnej role, s ktorou sa definuje, a na základe ktorej sa hodnotí v smere deviácie, nemusí byť priamy. Človek môže vykonávať deviantnú rolu, a napriek tomu sa nemusí považovať za devianta a naopak. Človek, ktorý prijal deviantnú identitu a považuje sa za devianta, sa nemusí správať deviantne. U závislých ľudí dochádza k rôznym konfliktom identít, hlavne v období cyklického striedania intoxikácie a abstinenčného syndrómu. Sila týchto opakovaných konfliktov je umocnená hrozbou či aplikáciou trestov okolia, sociálnymi, ekonomickými alebo zdravotnými problémami. V týchto obdobiach často nastáva kríza deviantnej identity so snahou o jej transformáciu (Goffman 2003; Bačová 2011).

### **Sociálna práca v procese krízy identity závislého človeka**

Vo väčšine prípadov je snaha o zmenu nad rámec aktuálnych schopností a možností závislého človeka. Tento moment je v procese zmeny pre závislého človeka kľúčový. Rozhodujúce a nevyhnutné je v danom prípade aj postavenie sociálneho pracovníka. V procese deviantnej kariéry cyklické krízy identít majú jedinečný potenciál zmeny, ktorý ak sa správne využije, môže motivovať závislého človeka, aby za pomoci lekárov, terapeutov, psychológov a sociálnych pracovníkov začal pracovať na zmene.

Prvým krokom k celkovej zmene je dobrovoľné alebo vynútené podstúpenie ambulantnej alebo ústavnej liečby. Ambulantná liečba má však oproti ústavnej množstvo rizík a nevýhod, ale je možné ju chápať ako určitý prvotný kontakt s odborníkom, ktorý postupne motivuje a navedie človeka k podstúpeniu ústavnej liečby. Ústavná liečba totiž zabezpečí závislému človeku psychoterapeutickú a farmakoterapeutickú podporu hlavne v prvých dňoch zvládania abstinenčných príznakov. Ústavná liečba poskytuje bezpečný psychosociálny priestor, materiálne zabezpečenie potrieb, neprístupnosť psychoaktívnych látok, režimové pravidlá s pevnou štruktúrou dňa, oporu terapeutov a iných abstinujúcich ľudí, ktorí sú už dlhší čas v liečbe. Sociálny pracovník by mal byť prítomný a poskytovať oporu závislému človeku od začiatku procesu jeho snahy o zmenu. Po odznení akútnych odvykacích stavov sociálny pracovník pomáha závislému so sociálno-právnymi záležitosťami, komunikáciou s inštitúciami a podobne. Vyrovnanie sa so psychickou záťažou, plynúcou zo sociálno-právných vecí, je z pohľadu liečby a doliečovania závislosti asi tou najjednoduchšou, ale

podstatnou záležitosťou. Omnoho náročnejšie je vyrovnanie sa so samotnou závislosťou, narušenými a často dysfunkčnými rodinnými vzťahmi, narušeným a patologickým vzťahom k sebe samému, patologickému vzťahu k okoliu a iným ľuďom. V tomto procese nápravy, ktorý sa môže javiť pre závislého človeka ako nemožný, človek ešte musí riešiť otázku osobnej a sociálnej deviantnej identity tým, že získal stigmdu psychiatrického pacienta. Človek sa stáva dvojnásobne stigmatizovaný ako závislý a ako psychiatrický pacient.

Sociálny pracovník v rámci svojich terapeutických kompetencií integratívne využíva rôzne metódy viacerých teórií a terapií. Aj keď v liečbe závislostí prevláda dominantné postavenie kognitívne behaviorálnej terapie, v súčasnosti sa explicitne alebo implicitne využívajú integratívne prístupy (Jeřábek 2015; Nešpor 2013). (Ale aj kognitívne behaviorálna terapia je v podstate integratívna.) Často ľudia podstúpia celú liečbu bez toho, aby sa úprimne rozhodli zmeniť svoj život. Sociálny pracovník v procese liečby pomáha človeku posilňovaním motivácie vytvárať pochybnosti ohľadom závislého správania, pomáha, aby lepšie vnímal riziká a problémy spojené so závislosťou. S rešpektom, úctou, empatiou a bezpodmienečným prijatím je medzi sociálnym pracovníkom a závislým človekom vytváraný bezpečný vzťah, v ktorom človek odкрýva svoje vnútorné prežívanie. V rámci toho pomáha odkrývať rôzne problémy, pomáha človeku pochopiť súvislosti medzi jeho závislým správaním, emóciami, myšlienkami a zasadzuje ich do ekosystémového kontextu v zmysle života so závislosťou a života v abstinencii. Sociálny pracovník integratívne využíva viacero teórií a terapeutických postupov, ktorými sa má docieľiť motivácia človeka k zmene a jeho stabilizácia v roli abstinenta aj v prípade lapsusu/relapsu. Správne zvolený *integratívny prístup* so širokým záberom pomáha sociálnemu pracovníkovi, aby pomohol človeku pri rozhodovaní sa pre zmenu. Zdôrazňuje napríklad riziká, keď zmena nenastane. Posilňuje sebadôveru a motiváciu klienta. Pomáha pri zmene správania a myslenia, ktorým sa má docieľiť pozitívna zmena. Poskytuje nové alternatívne vzorce myslenia a správania. Direktívne aj nedirektívne smeruje človeka k zmene. Učí, aby človek vedel zvládať problémové situácie a emócie. Poskytuje priestor pre vyjasnenie a zodpovedanie základných existenciálnych otázok. Poskytuje alternatívne rámce pri uskutočňovaní a chápaní zmien v novom spôsobe života. Pomáha a podporuje človeka v dodržiavaní abstinencie. Pomáha, aby človek lepšie prijal novú osobnú identitu abstinenta a poznal samého seba. Pomáha, aby sa začal človek vnímať v inom, lepšom svetle; – aby cez sebauvedomenie menil svoje nežiaduce správanie a aby pozitívnym sebauvedovaním začal kladne vnímať aj realitu okolo seba a iných ľudí. A v neposlednom rade integrácia rôznych teórií pomáha pri zvládaní prípadného lapsusu/relapsu. 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 (baženia), odhalí iné iracionálne presvedčenia a ďalšie aspekty, ktoré môžu predstavovať vyťaženie osobného prospechu, avšak to neznamená, že porušenie abstinencie je dobré (Jeřábek 2015; Nešpor 2011; Ellis, Ellis 2013; Galvani 2012; Kuda 2008). Takto spracované porušenie abstinencie je omnoho efektívnejšie ako sebalútosť, pocity viny, hanby a podobne. V rámci liečby závislostí je možné načrtnúť integratívny prístup nasledovne.

1. Psychoanalýza sa pýta hlavne na otázku „Prečo?“ – hľadá pochopenie a vhl'ad, odkrýva človeku niektoré príčiny jeho ťažkostí, ktoré môžu mať korene v histórii jeho vývinu.
2. Behaviorizmus sa pýta „Čo?“ – vysvetľuje dysfunkčnosť závislého správania a spolu s racionálnou a kognitívnou terapiou pomáha, aby si človek uvedomil vzťah medzi jeho myslením, prežívaním a správaním. Ukazuje človeku alternatívne možnosti zmeny v jeho správaní, myslení a cítení.

3. Humanizmus kladie otázku „Ako?“ – sa človek cíti, aké sú jeho emócie a aké je jeho prežívanie. Využíva princípy Rogersovej terapie, zameranej na človeka.
4. Systémové teórie sa pýtajú „Kde?“ – sa nachádza v časovom a priestorovom kontexte jeho sociálnych vzťahov.
5. Existencializmus sa pýta „V čom?“ – je zmysel ľudskej existencie. Zaoberá sa témami zmyslov života, smrti a izolovanosti ľudského bytia (Clarkson 1992, in: Evans, Gilbert 2011; Barth 2014; Rogers 1995; Ellis, MacLaren 2005).

Posilňovanie motivácie je možné začleniť do širokého spektra teórií a prístupov, v rámci ktorých sociálny pracovník napomáha k zmenám u ľudí jednotlivo či v malej, alebo veľkej skupine, ale taktiež pri práci s rodinou (Nešpor 2011).

### **Psychická záťaž stigmatizácie ako rizikový faktor lapsusu/relapsu**

Abstinencia predstavuje pre závislého človeka v novom spôsobe života častokrát hraničné záťažové situácie, v ktorých si nevystačí so starými spôsobmi správania, myslenia a cítenia. Situácie, pri ktorých zdravý človek vyvinie len minimum energie, sa pre závislého človeka, ktorý sa ocitá na začiatku resocializácie, môžu zdať neprekonateľné. Aby závislý človek začal abstinovať, zmenil svoje postoje, vytvoril a udržal nové a kvalitné sociálne vzťahy, ktoré budú zmysluplné a zdravé, si vyžaduje množstvo učenia, času a úsilia.

Stigmatizácia závislého človeka a psychiatrického pacienta predstavuje celý rad záťažových situácií v každodennom živote. Tieto situácie môžu vytvárať rôznu mieru psychickej záťaže, ktorú človek nemusí ustáť. Marlatt (1996) uvádza emocionálne, interpersonálne a environmentálne charakteristiky, ktoré vymedzujú vysoko rizikové situácie, ktoré môžu zohrávať významnú rolu pri lapsuse/relapse. Jedná sa o nasledujúce situácie:

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

Hlavne s prvými tromi druhmi situácií je možné spojiť nasledujúce dimenzie stigmatizácie: *interpersonálne interakcie, štrukturálna diskriminácia, prístup k sociálnym rolám a obraz psychiatrického pacienta* (Poluchová, Heretik 2009; Schulze, Angermeyer 2003).

*Interpersonálne interakcie* sa týkajú stigmatizácie v kontexte rôznych sociálnych vzťahov. Ide predovšetkým o sociálne vylúčenie, izoláciu, diskrimináciu, opresiu, nedostatok záujmu zo strany okolia alebo na druhej strane hyperprotektívnym správaním – nedostatok rešpektu – stigmatizačné používanie psychiatrickej diagnózy, ignorancia, výsmech, klebety a podobne. Stigmatizácia sa týka aj všetkých členov rodiny. Trpia všetci členovia rodiny, vznikajú rôzne dysfunkcie vo vzťahoch, narastá napätie a zvyšuje psychická a aj fyzická záťaž jednotlivých členov. V oblasti interpersonálnych a sociálnych interakcií sa ťažkosti ďalej týkajú kontaktu so zamestnancami rôznych inštitúcií, zdravotníckym personálom, medzi spolupracovníkmi, vo vzťahu k zamestnávateľovi atď. V týchto a ďalších situáciách človek tají svoje ochorenie, vníma stigmatizáciu okolia, pociťuje neúctu, hanbí sa za svoje ochorenie, má obavy z interakcií, čo následne vedie k vyhýbaniu sa sociálnym kontaktom, sociálnej a emocionálnej osamelosti (Poluchová, Heretik 2009; Schulze, Angermeyer 2003; Vágnerová 2012).

*Štrukturálna diskriminácia* a opresia je odrazom spoločensky štruktúrovaných nerovností. Diskriminácia, opresia a stigmatizácia na štrukturálnej úrovni zohľadňuje fakt, že

žijeme v stratifikovanej spoločnosti, čo znamená, že vzniknuté nerovnosti medzi ľuďmi sú súčasťou sociálneho poriadku, ktorý je v rámci tohto systému sám tvorený a upevňovaný (Thompson 2006; Poluchová, Heretik 2009). Na štrukturálnej úrovni sa znižuje sociálny status celej rodiny a rodina má často aj ekonomické a materiálne ťažkosti. Štrukturálna diskriminácia psychiatrických pacientov v kontexte zdravotnej starostlivosti sa týka celého radu aspektov, ako sú kvalita poskytovanej psychiatrickej starostlivosti, bagatelizovanie somatických ťažkostí, technické a systémové nedostatky psychiatrických oddelení, nízka kvalita psychosociálnej starostlivosti o duševne chorých a podobne. V rámci sociálneho kontextu štrukturálna diskriminácia reflektuje malý počet pracovných príležitostí a nízky socioekonomický status týchto pracovných pozícií, podávanie neúplných informácií pri uchádzaní sa o zamestnanie, zamlčovanie informácií, nízka finančná odmena, zlá pracovná atmosféra, ťažkosti s integráciou, neskoré vyplácanie mzdy, hodnotová orientácia spoločnosti a podobne (Poluchová, Heretik 2009; Vágnerová 2012).

*Prístup k sociálnym rolám* sa týka napríklad problému so získaním akéhokoľvek zamestnania a jeho udržania. Psychiatrický pacienti si vo väčšine prípadov uvedomujú svoju stigmú a v prípade hľadania vhodného a uspokojivého zamestnania im tento fakt môže spôsobovať výrazné ťažkosti a obavy. Významným problémom je aj schopnosť získať a udržať si partnerský vzťah. Následne je nemožné naplniť status rodiča. Každé psychiatrické ochorenie má v tomto svoje špecifiká, ktoré výrazne sťažujú napĺňanie rôznych rolí (Poluchová, Heretik 2009).

*Obraz psychiatrického pacienta* v spoločnosti je masmédiami často pokrivený a negatívne zobrazený. Morálna paradigma je v spoločnosti značne rozšírená, čo je spojené s nedostatkom informácií, nezaujmom a ignorovaním. V spoločnosti je aj výrazný rozdiel medzi vnímaním človeka, ktorý je závislý od alkoholu, v porovnaní s človekom, ktorý je závislý od iných psychoaktívnych látok. Spoločnosť vo väčšej miere stigmatizuje „narkomanov“ ako „alkoholikov“. S tým súvisia aj ďalšie negatívne heterostereotypy s nedôverou v možnosti zmeny u ľudí, závislých od psychoaktívnych látok. Nerozlišovanie medzi rôznymi duševnými ochoreniami sa často spája aj s predstavou duševne chorého človeka ako človeka aj s telesným deficitom (Poluchová, Heretik 2009; Vágnerová 2012).

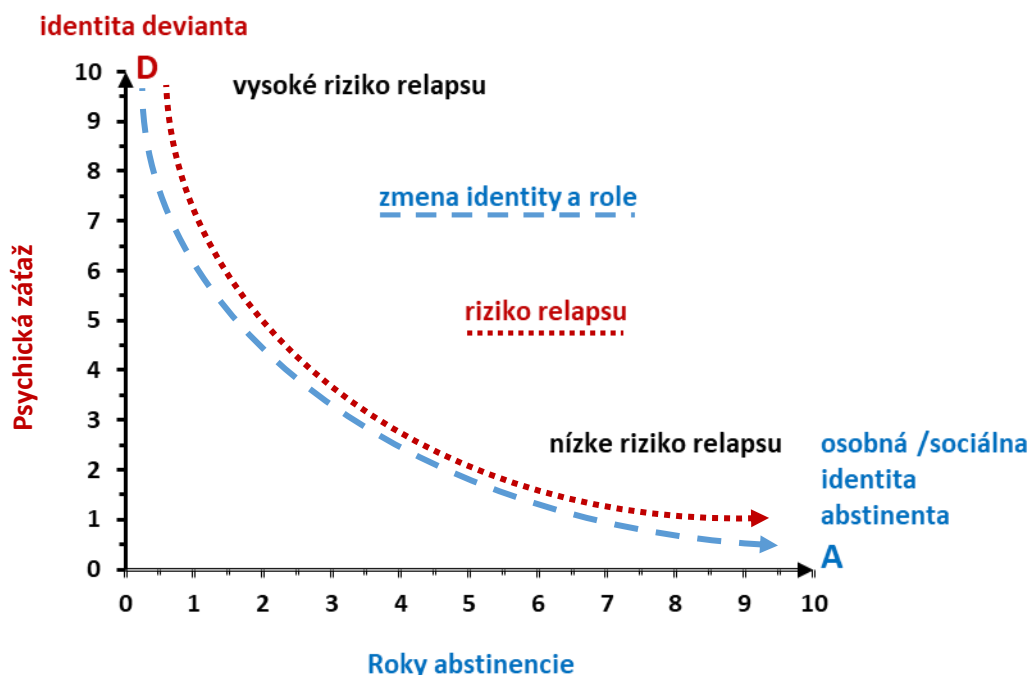
Každé duševné ochorenie má svoje špecifické sociálne následky, ktoré sa týkajú osobného, súkromného a intímneho života, profesijnej kariéry a spoločenského uplatnenia. Niektoré duševné ochorenia môžu spôsobovať až tragické sociálne následky. Vyššie uvedená charakteristika jednotlivých dimenzií stigmatizácie načrtáva iba niekoľko problémov, s ktorými sa pacient s psychiatrickou diagnózou môže stretávať. Z pohľadu niektorých duševných ochorení, ako sú napríklad schizofrénia, manická porucha, depresívna porucha, paranoidná porucha osobnosti a podobne, závislý človek nemusí trpieť takými stigantizačnými následkami ako ľudia s inými duševnými ochoreniami (Probstová, Pěč 2014; Vágnerová 2012). Ani následky v oblasti intímneho, súkromného života, profesijného a spoločenského uplatnenia nemusia byť v každom prípade tragické. Avšak to nemení nič na tom, že závislý človek sa musí vyrovnávať so záťažou plynúcou zo stigmatizácie. Stigmatizácia závislého človeka sa prejavuje aj v období abstinencie, kedy sa závislý človek snaží o zmenu a je v procese zmeny od deviantnej osobnej a sociálnej identity k identite abstinenta.

Abstinujúci závislý človek sa vyrovnáva s niekoľkými druhmi záťaže:

1. Záťaž plynúca z dlhodobého neriešenia vlastného života, čo zahŕňa kumulovanie rôznych typov problémov: zdravotných, psychických, sociálnych, finančných, ale aj existenciálnych a filozofických.
2. Záťaž plynúca z nutnosti dodržiavať liečebný proces závislosti s doživotnou perspektívou.
3. Záťaž plynúca zo samotnej stigmy psychiatrického pacienta.

4. Zát'az, ktorá je vytvorená neistotou z nového spôsobu života abstinenta, ktorá často zahŕňa zmenu celého života so všetkými podmienkami, aj keď patologickými a dysfunkčnými.
5. Zát'az spojená so stigмой abstinujúceho závislého.

Graf 1 Riziko relapsu vo vzťahu k psychickej zát'aži a dĺžke abstinencie



Na grafe č. 1 je znázornený vzťah medzi psychickou zát'ažou a rokmi abstinencie vo vzťahu k procesu zmeny identity (od závislého k abstinentovi) a riziku relapsu. Graf hovorí o tom, že v procese postupnej zmeny od osobnej a sociálnej identity devianta (závislého) k identite abstinenta sa so zvyšujúcou dĺžkou abstinencie znižuje psychická zát'až, plynúca z tejto zmeny, oslabuje sa vplyv stigmy a znižuje sa riziko relapsu.

### Záver

Kríza identity kumuluje psychickú zát'až, ktorá je pre človeka vyčerpávajúca, generuje množstvo nových sociálnych, interpersonálnych situácií, ale aj intrapsychických procesov, v ktorých si človek so starými vzorcami správania a myslenia nevystačí, čo následne vytvára ďalšiu psychickú zát'až a stres. Nevládanie tejto zmeny a vysokej miery psychickej náročnosti (ktorá sa prenáša aj do somatickej oblasti), spolu so stigmatizáciou ako u závislého človeka, tak u abstinenta po prekonanej závislosti, predstavuje vysokú mieru rizika toho, že v zát'ažových životných situáciách môže človek sklznúť späť k závislému správaniu. Toto riziko sa však s rastúcou dĺžkou abstinencie znižuje, aj keď je stále v určitej miere prítomné. Závislý človek sa postupne učí novým, „zdravým“ spôsobom zvládať rôzne situácie, učí sa, ako má pracovať s emóciami, mení sa jeho spôsob myslenia a reagovania na podnety okolia a podobne. Stigmatizácia závislých a abstinujúcich závislých bude pravdepodobne vytvárať určitú mieru rizikových podnetov v priebehu celého života závislého človeka. Preto je v maximálnej miere dôležité, aby bol človek na tento fakt pripravený, aby sa vedel správne orientovať v rôznych sociálnych kontextoch a aby poznal samého seba, vážil si seba ako ľudskú bytosť, čím si buduje rešpekt a úctu aj voči iným ľuďom.

## Zoznam použitej literatúry

- BAČOVÁ, V., 2011. Identita v sociálnej psychológii. In: J. VÝROST a I. SLAMĚNÍK, eds. *Sociální psychologie*. Praha: Grada, s. 109 – 126.
- BARTH, F. D., 2014. *Integrative Clinical Social Work Practice*. New York: Springer.
- CROCKER, J., MAJOR, B., and C. STEELE, 1998. Social stigma. In: D. T. GILBERT, S. T. FISKE, and G. LINDZEY, eds. *The handbook of social psychology*. New York, NY, US: McGraw-Hill, pp. 504 – 553.
- ELLIS, A., and D. J. ELLIS, 2013. *Rational Emotive Behavior Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- ELLIS, A., and C. MacLAREN., 2005. *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Praha: Portál.
- ERIKSON, K. T., 1962. Notes of Sociology of Deviance. *Social Problems* [online]. **9**(4), 307–314, [cit. 2018-12-08]. Dostupné z: <https://www.romolocapuano.com/wpcontent/uploads/2014/08/EriksonNotesSociologyDeviance.pdf>
- EVANS, R. K., and M. C. GILBERT. 2011. *Úvod do integrativní psychoterapie*. Praha: Triton.
- GALVANI, S., 2012. *Supporting People with Alcohol and Drug Problems: Making a Difference*. Bristol: Policy Press.
- GOFFMAN, E., 2003. *Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. Praha: Slon.
- HRČKA, M., 2001. *Sociální deviace*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- JEŘÁBEK, P., 2015. Integrativní přístup v léčebném kontinuu. In: K. KALINA a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- KITSUSE, J. I., 1962. Societal Reactions to Deviant Behavior. Problem of Theory and Method. *Social Problems* [online]. **9**(4), 247–256, [cit. 2018-12-20]. Dostupné z: <http://www.garfield.library.upenn.edu/classics1986/A1986C309200001.pdf>
- KUDA, A., 2008. Prevence a zvládnání relapsu. In: K. KALINA a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, s. 225–234.
- LEMERT, E., 1951. *Social Pathology*. New York: McGraw-Hill.
- LEMERT, E., 1967. *Human Deviance, Social Problems and Social Control*. New Jersey: Prentice Hall Inc.
- MARLATT, G. A., 1996. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction* [online]. **91**(12), 37–49 [cit. 2018-11-15]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8997780>
- MKCH-10-SK-2016, 2018. Medzinárodná klasifikácia chorôb – MKCH-10-SK-2016 [online]. Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií [cit. 2018-12-20]. Dostupné z: <http://www.nczisk.sk/standardy-v-zdravotnictve/pages/medzinarodna-klasifikacia-chorob-mkch-10.aspx>
- NAVRÁTIL, P., 2013. Sociální konstruktivismus. In: O. MATOUŠEK a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 26–31.
- NEŠPOR, K., 2011. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. aktualizované. Praha: Portál.
- NEŠPOR, K., 2013. Lidé závislí na alkoholu. In: O. MATOUŠEK a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 380–381.
- POLUCHOVÁ, J. a A. HERETIK, 2009. Stigma duševných porúch z pohľadu ľudí s diagnózou schizofrénia. *Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika* [online]. **16**(1), 2–11 [cit. 2018-12-20]. Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2009/PSY1-2009-cla1.pdf>
- PROBSTOVÁ, V. a O. PEČ, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál.
- ROGERS, R. C., 1995. *Ako byť sám sebou*. Bratislava: Iris.

SCHULZE, B., and M. C. ANGERMEYER, 2003. Subjective Experiences of Stigma. A focus group study schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine* [online]. **56**(2), 299–312 [cit. 2018-12-20]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027795360200028X?via%3Dihub>  
THOMPSON, N., 2006. *Anti-Discriminatory Practise*. London: Palgrave Macmillan.  
VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.  
Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon.

**Kontakt na autorov**

*Mgr. Ján Kahan, Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ, Moyzesova 9, 040 59, Košice, email: jankokahan@gmail.com*

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

# Osamelosť a možnosti jej zisťovania u adolescentov

## *Loneliness and the ways of its identifications in adolescents*

Andrea Vašková (SR), Soňa Lovašová (SR)

### **Abstrakt**

Cieľom tohto príspevku bolo teoreticky objasniť problematiku osamelosti a zároveň ozrejmiť možnosti zisťovania osamelosti v kontexte vývinového obdobia adolescencie. Príspevok bol koncipovaný do niekoľkých častí. V prvej časti autorky objasňovali problematiku osamelosti, kde načrtli časté problémy súvisiace s definovaním pojmu osamelosť, ozrejmili najčastejšie príčiny vzniku osamelosti a poukázali na typy osamelosti podľa rôznych autorov. V druhej časti definovali obdobie adolescencie, kde apelovali na rizikovosť tohto obdobia v kontexte osamelosti a jej dôsledkov. V tretej časti autorky venovali pozornosť deskripcii škály osamelosti UCLA, ako jednej z možností zisťovania osamelosti. V poslednej časti autorky ponúkli náhľad na už uskutočnené výskumy v tejto oblasti, predovšetkým s využitím škály osamelosti UCLA, kde porovnávali výskumy uskutočnené na Slovensku a v iných krajinách.

**Kľúčové slová:** Osamelosť. Adolescencia. UCLA.

### **Abstract**

The aim of this paper was to theoretically clarify the issue of loneliness and, at the same time, to clarify the possibilities of finding the traits of loneliness in the context of the developmental period of adolescence. The submitted paper consists of several parts. In the first part, the authors provide an explanation of the concept of loneliness and address the most frequent problems associated with its definition. The most frequent reasons underlying loneliness as well as different classifications of loneliness are provided in the first part too. The second part revolves around the concept of adolescence, its definition and its interconnection with loneliness. The third part contains a description of the scale of loneliness UCLA as one of possible measures of loneliness. In the final part, the authors offer an overview of research into loneliness conducted up to now with special focus on research based on the UCLA scale and compare research carried out in Slovakia and in other countries.

**Key words:** Loneliness. Adolescence. UCLA.

### **Úvod**

V dnešnom svete plnom konkurencie, reklamy a digitálneho života čelia ľudia mnohým problémom. Jedným z najväčších problémov, ktorý ľudstvo ohrozuje je osamelosť. V dôsledku rýchleho životného štýlu si ľudia často neuvedomujú rizikovosť tohto fenoménu a taktiež následky s ním spojené. Osamelosť sa netýka iba určitej skupiny ľudí ako napríklad staršej generácie. Bez ohľadu na akékoľvek demografické či iné charakteristiky sa môže osamelosť týkať každého z nás. Viac ako individuálny problém, sa stále čoraz viac stáva jedným z hlavných sociálnych problémov. Každý človek sa už vo svojom živote aspoň raz stretol s osamelosťou. Otázkou je, čo tento stav osamelosti spôsobilo a nakoľko bol daný človek schopný vysporiadať sa s týmto stavom.

### **Vymedzenie problematiky osamelosti**

Neustály vývin významového a obsahového priestoru osamelosti je dôsledkom nárastu zložitosti sveta človeka a poznávania vlastnej subjektívnej reality. Pojem osamelosť sa stáva obsahovo bohatším, akonáhle je miera osvojenia všeobecne ľudského a miera objasnenia subjektívnych a objektívnych faktov vyššia. Zmeny v obsahovej rovine osamelosti vypovedajú o kultúrno historickej dynamike osobnosti ako aj spoločnosti. Pri štúdiu osamelosti je častým problémom nejednoznačné použitie tohto pojmu. (Petrucciiová 2015, in:



Šlosiar a kol. 2015) Pri definovaní pojmu osamelosť považujeme za nevyhnutné rozlíšenie pojmov osamelosť a samota.

Samota môže byť určitým zdrojom inšpirácie, sily, či duchovného rastu, kde sa človek rád vracia. Pre ľudí ktorí tento priestor vyhľadávajú, je samota otázkou voľby. Bez kontaktu s okolitým svetom sa cítia lepšie ako keby mali byť súčasťou každodennej konverzácie a neustálych konfrontácií. Aj ten najspoločenskejší človek sa občas ocitne v situácii, kedy potrebuje byť sám. Avšak skôr či neskôr aj tento človek začne pociťovať potrebu zdieľania zážitkov, dostávania nových podnetov a rôznych druhov spätnej väzby. Pokiaľ jedinec nenachádza nikoho, kto by mu porozumel a s kým by tieto potreby mohol zdieľať, samota sa mení na osamelosť. (The Beastess 2016)

„Osamelosť, ktorú vnímame ako nežiadúcu, sa často porovnáva so smútkom a depresiou. Depresia môže niekedy prispieť k tomu, že sa niekto cíti osamotený. Zároveň však môže pocit osamelosti viesť k depresii“ (Müller 2011, s. 20).

Osamelosť je averzná skúsenosť, ktorá ovplyvňuje jedincove sociálne, afektívne a kognitívne fungovanie. Tento fenomén bol definovaný mnohými spôsobmi, ale väčšinou sa vedci zhodujú v tom, že osamelosť je subjektívna, nepríjemná a znepokojujúca skúsenosť, vyplývajúca z nedostatku sociálnych vzťahov. (Peplau, Perlman 1982) Je to psychologický stav, ktorý je výsledkom rozdielov medzi túžbou a skutočným zložením vzťahov. Hoci osamelosť je emocionálne nepríjemná skúsenosť, môže byť cenným signálom, že osobné vzťahy jednotlivca sú neprimerané alebo vo veľkej miere neadekvátne. (Ponzetti 1990) Osamelosť sa podľa Peplau a Perlman (1982) vyskytuje vtedy, keď jedinec pociťuje, že miera sociálnych vzťahov ktorými disponuje, nezodpovedá jeho predstávám a vzťahy ktoré má, považuje za slabšie, či menej uspokojivé. Cacioppo et al. (2015) poukazujú na to, že pokiaľ v týchto sociálnych väzbách niečo chýba, ľudia zažívajú sociálnu bolesť, ktorou je práve osamelosť.

Z uvedeného vyplýva, že v prípade pociťovania osamelosti nemusí byť príčinou iba deficit sociálnych väzieb daného jednotlivca, ale aj kvalita týchto väzieb. Príčina osamelosti však nemusí byť nevyhnutne asociovaná so sociálnymi väzbami. Podľa Výrosta a Slaměníka (2001) môže prežívanie osamelosti vznikáť vzhľadom na okolnosti a situácie, v ktorých sa daný jedinec ocitne a ktoré sú v tom čase pre neho nové. Niektoré druhy situácií vedú k vyššiemu riziku vzniku osamelosti ako iné. Weiss (1993, in: Výrost, Slaměník 2001) rozoznáva osamelosť emocionálnu a sociálnu. Emocionálna osamelosť vzniká absenciou blízkeho, či dôverného vzťahu s inou osobou a sociálna osamelosť nastáva vtedy, keď jedinec nenachádza nikoho, s kým by mohol zdieľať spoločné záujmy, či aktivity. Rogers (1999, in: Muller De Moraes 2015) rozlišuje dva prvky pocitu osamelosti. V prvom prípade ide o akési oddelenie človeka od vlastnej osoby. Človek na jednej strane prežíva svoj život a akceptuje ho, no na druhej strane je závislý na inom človeku, pretože si u neho týmto spôsobom kompenzuje lásku a akceptáciu. Celkovo ide o to, že človek prestáva byť sám sebou a začína byť závislý na názoroch a myšlienkach iných ľudí, nakoľko prestal veriť sám sebe. Druhý prvok spočíva v prežívaní osamelosti, ktorá súvisí s absenciou sociálnych kontaktov, ktoré človeku chýbajú a s ktorými by mohol zdieľať svoje skutočné prežívanie. Bruno (2002, in: Žiaková a kol. 2008) rozdeľuje osamelosť na dva typy. Prvým typom je osamelosť, ktorú si jedinec spôsobil sám svojimi nezdôvodniteľnými myšlienkami a pocitmi, že on je obeť, so zámerom vyvolať súcit u druhých ľudí. Druhým typom osamelosti je podľa autora osamelosť, ktorú zapríčinili rôzne nepriaznivé životné situácie.

### **Adolescencia v kontexte osamelosti**

Je ťažké presne definovať obdobie adolescencie, nakoľko je aj všeobecne uznávané, že každý jednotlivec prežíva toto obdobie individuálne, v závislosti od jeho fyzického, emocionálneho a kognitívneho dozrievania a iných nepredvídateľných okolností (UNICEF

2011). Jednou z takýchto okolností môže byť napríklad osamelosť. Victor a Yang (2011, in: Elmoose, Lasgaard 2017) tvrdia, že prevalencia osamelosti sa v jednotlivých vekových skupinách líši, ale vo všeobecnosti je osamelosť považovaná za veľmi rozšírenú v období dospievania a staršom veku. McNeely a Blachard (2009) považuje adolescenciu za čas príležitostí a aj napriek názorom ktoré prevládajú v médiách a kultúre, je v skutočnosti toto obdobie pozitívne ako pre dospievajúcich, tak aj pre dospelých. Väčšina adolescentov uspeje v škole, sú v kontakte so svojou rodinou a ich komunitou a vystúpia z tohto obdobia bez toho, aby zažili vážne problémy ako zneužívanie návykových látok a podobne. Pre obdobie adolescencie je podľa Míčka (1988) charakteristická zvýšená sebareflexia. V začiatkoch má charakter sebapercepcie, to znamená, že dospievajúci si uvedomuje sám seba ako nositeľa rolí a správa sa v rozličných situáciách rôzne, pričom pociťuje zmätok čo sa jeho prežívania týka. Postupným nadobúdaním nových skúseností v oblasti vlastného konania a prežívania sa v rámci sebareflexie stále väčšou mierou uplatňuje introspekcia a sebahodnotenie. Macek (2003) delí adolescenciu na skorú, strednú a neskorú, pričom jednotlivé typy adolescencie popisuje takto.

- Skorá adolescencia – autor uvádza, že skorá adolescencia zvyčajne začína v desiatich alebo jedenástich rokoch a trvá do trinásteho roku života. Základným znakom je dominancia pubertálnych zmien. Pre toto obdobie je typický zvýšený záujem o rovesníkov opačného pohlavia a taktiež vývoj kognitívnych procesov.
- Stredná adolescencia – trvá od štrnásteho do šestnásteho roku života adolescenta. Ide o obdobie hľadania vlastnej identity. Adolescent sa v tomto období snaží výrazne odlišovať od svojho okolia. Stredná adolescencia je charakteristická zmenami, ktoré si adolescent spôsobuje sám.
- Neskorá adolescencia – Jej časové rozhranie je obvykle od osemnásteho roku života do dvadsiateho roku života (niekedy aj viac). V tomto období sa výrazne posilňuje sociálny aspekt identity. Adolescent sa intenzívne zamýšľa nad svojou budúcnosťou. Šírka zmien tu závisí od toho, ako si adolescent načasuje svoje dospelé role.

Vymedzenie dĺžky obdobia adolescencie sa v závislosti od rôznych autorov líši. Kopčanová a kol. (2016) uvádzajú, že obdobie adolescencie začína okolo šestnásteho roku života človeka. Ide o fázu, ktorá trvá pomerne dlho, pričom jej dĺžka je individuálna. Vo všeobecnosti sa však podľa autorky uvádza, že obdobie adolescencie končí v dvadsiatom prvom roku života človeka. „Dôležitou úlohou adolescencie je dosiahnutie úrovne zrelej a kultivovanej osobnosti“ (Kopčanová a kol. 2016, s. 57). Adolescencia sa považuje za obdobie alebo fázu, počas ktorej sa uskutočňuje prechod z detstva do dospelosti. Adolescenti nemusia byť viac osamelí než ľudia v iných prechodových obdobiach v ich živote, ale jedinečná povaha tohto obdobia a vývinové úlohy, ktorými mladí ľudia prechádzajú, odlišujú skúsenosť samotnej osamelosti. Počas dospievania môže byť osamelosť súčasťou veľmi nepríjemného, patologického prispôsobenia sa svetu. (Fromm-Reichmann 1980, in: Wan-Chen Chen 2003)

### **UCLA (University of California, Los Angeles) - Škála na meranie osamelosti**

Jedným z faktorov, ktoré stimulovali záujem o skúmanie osamelosti, bol vývoj spoľahlivých a platných opatrení tohto konštruktu. Bola vyvinutá celá rada nástrojov, ktoré sa venovali rôznym perspektívam osamelosti. (Marangoni a Ickes 1989; Russell 1982 ; Shaver a Brennan 1991) Väčšina výskumov osamelosti bola založená na jednom nástroji, stupnici osamelosti UCLA (Russell, Peplau a Cutrona 1998, Russell, Peplau a Ferguson 1978), ktorý sa v tejto oblasti začal považovať za "štandardnú" škálu. (Russell 1996)

Škála osamelosti UCLA (Russell, Peplau a Cutrona 1980) bola preložená do viacerých jazykov. V pôvodnej verzii boli všetky položky zamietnuté. Z dôvodu obáv o tom ako negatívne boli formulované jednotlivé položky, mohlo byť ovplyvnené skóre a tak bola

vypracovaná revidovaná verzia stupnice, ktorá zahŕňala položky formulované v zmysle osamelý/neosamelý/. Znenie položiek a formát odpovede boli zjednodušené, aby sa uľahčila administrácia opatrenia pre menej vzdelané obyvateľstvo. (Russell 1996, in: Gierveld, Tilburg a Dykstra 2006) Hartshorne (1993, in: Lasgaard a Elklit 2009) považuje škálu UCLA za najčastejšie používanú štandardizovanú stupnicu na meranie osamelosti u adolescentov a dospeljej populácie.

### **Výskumné štúdie osamelosti s využitím škály osamelosti UCLA, ako hlavného nástroja zberu dát**

Výskumov zameraných na štúdium osamelosti je v dnešnej dobe mnoho. Tieto výskumy ukazujú, akými možnými nástrojmi a v akom kontexte je tento fenomén možné skúmať tak, aby výsledky boli čo najspoľahlivejšie. V tejto časti ponúkame krátky náhľad na uskutočnené výskumy osamelosti nie len na Slovensku, ale aj v iných krajinách.

Ráczová (2008, in: Žiaková a kol. 2018) predstavila výskum *Prežívanie osamelosti adolescentov a adolescentiek v kontexte tranzitných situácií*, ktorého cieľom bolo zistiť, či adolescenti a adolescentky ktorí sa nachádzajú v špecifickej životnej situácii odlúčenia od rodiny a rovesníkov z dôvodu štúdia na vysokej škole, pociťujú osamelosť. Výskumnú vzorku tvorilo 75 študentov a študentiek 1. ročníka VŠ, 20 mužov a 24 žien ktoré sú prvýkrát mimo domova a 14 mužov a 17 žien tvorilo kontrolnú skupinu. Autori použili 2 škály na meranie osamelosti. Prvou bola škála NLS a druhou bola škála na meranie osamelosti UCLA. Na zistenie miery subjektívnej pohody použili dotazník SEHP. Autori vo svojom výskume predpokladali významný rozdiel v prežívaní emocionálnej a sociálnej osamelosti medzi študentmi a študentkami bývajúcimi prvý krát mimo rodinného prostredia a tými, ktorí nemuseli opustiť svoj domov kvôli štúdiu na VŠ. Rozdiel ktorí autori predpokladali, sa potvrdil. Potvrdil sa rozdiel v prežívaní osamelosti medzi študentkami bývajúcimi na internáte a študentkami žijúcimi v domácom prostredí. Pomocou dotazníka NLS a dotazníka UCLA sa im podarilo dokázať, že prežívanie sociálnej osamelosti je výrazne silnejšie u adolescentov bývajúcich na internáte. Rozdiely v emocionálnej osamelosti boli preukázané pri meraní dotazníkom NLS.

Podobne aj Autori Uruk a Demir (2003), sa zaoberali vplyvom rodiny a iných ukazovateľov na osamelosť adolescenta. Vo svojej štúdií *Rola rovesníkov a rodiny pri predikovaní úrovne osamelosti u adolescentov* predpokladali, že rodina, rovesníci a relevantné demografické ukazovatele, budú významnými prediktormi osamelosti u adolescentov. Výskumnú vzorku tvorilo 756 stredoškôľakov z Turecka, z toho 348 (46%) respondentiek a 408 (54%) respondentov. Vekový priemer bol 15,7 (SD=0,62), v rozmedzí od 14 do 17 rokov. Školy boli vyberané z oblasti Çankaya. Çankaya zahŕňa stredné školy, ktoré sa starajú o deti z rôznych skupín sociálno-ekonomického statusu v hlavnom meste Turecka v Ankare. Výskumníci náhodne vyberali rôzne typy škôl zo zoznamu škôl v oblasti Çankaya. Pri tomto výskume autori použili škálu na meranie osamelosti UCLA, nástroj na hodnotenie štruktúry rodiny AYDA a zisťovali aj demografické údaje potrebné pre tento výskum. Autorom výskumu sa podarilo zistiť, že najvýznamnejším prediktorom osamelosti boli rovesnícke vzťahy. Autori poukazujú na zistenia Goswicka a Jonesa (1982), ktorých výskum u stredoškolských adolescentov indikoval, že rovesnícke vzťahy boli najdôležitejším faktorom v prežívaní osamelosti. Tieto zistenia nie sú nijako prekvapivé, nakoľko sa očakáva, že v dospievaní sa zvyšuje interakcia s rovesníkmi.

Hlavným cieľom autora Wan-Chen Chen (2003) v štúdií *Kvantita a kvalita interpersonálnych vzťahov adolescenta, príslušnosť/spolupatričnosť a osamelosť* bolo poukázať na dôležitosť spolupatričnosti alebo príslušnosti v rôznych oblastiach osamelosti u adolescentov. Výskumnú vzorku tvorili študenti strednej školy, vyššieho stupňa

strednej školy a univerzity. Priemerný vek všetkých respondentov bol 16,6 (SD=3,0), pričom priemer veku každej skupiny bol 13,4 16,4 a 20,3. V tomto výskume bola použitá škála na meranie osamelosti UCLA, škála sociálnej a emocionálnej osamelosti u dospelých SELSA a autori taktiež použili aj iné nástroje potrebné na účely tohto výskumu (MAC- The Measure of Adolescent Connectedness, NRI- The Network of Relationships Inventory). Výsledky štúdie ukázali, že existuje určitá interakcia medzi kvalitou a množstvom medziľudských vzťahov adolescentov a pocitom spolupatričnosti/príslušnosti k ich rodine a k najlepším priateľom. Pocity spolupatričnosti k rodine a najlepším priateľom znižujú úroveň osamelosti u adolescentov. V tejto súvislosti je dôležité spomenúť definíciu osamelosti podľa Gierveld, Tilburg a Dykstra (2006), ktorí tvrdia, že osamelosť je subjektívna a negatívna skúsenosť a je výsledkom kognitívneho hodnotenia zápasu medzi množstvom a kvalitou existujúcich vzťahov a štandardu vzťahov. Opakom osamelosti je príslušnosť.

## **Záver**

Cieľom príspevku bolo teoreticky objasniť problematiku osamelosti u cieľovej skupiny adolescentov, predstaviť výskumy uskutočnené v tejto oblasti u nás aj v zahraničí a načrtnúť možné spôsoby skúmania osamelosti. Rozhodnutie skúmať osamelosť vyžaduje starostlivý výber tých najlepších nástrojov určených na skúmanie osamelosti. Pri výbere správneho nástroja je nevyhnutné brať do úvahy aj typ skúmanej osamelosti, cieľovú skupinu a podobne. V našom príspevku sme predstavili najznámejšie škály osamelosti, pričom sme zdôraznili vlastnosti najčastejšie používanej škály UCLA. Zamerali sme sa pritom na cieľovú skupinu adolescentov, ktorých sa osamelosť týka do veľkej miery. Adolescencia je vývinové obdobie, ktoré so sebou prináša mnoho zmien. Tieto zmeny môžu byť spôsobené rôznymi faktormi, či už ide o prechod adolescenta z rodinného prostredia na internát, alebo prechod zo strednej školy na vysokú školu. Adolescent prechádza mnohými zmenami, ktoré ho priamo alebo nepriamo ovplyvňujú a ovplyvňujú taktiež aj jeho vzťahy s okolím. Vzťahy adolescenta s jeho rodinou a rovesníkmi sú pre neho kľúčové, pokiaľ majú tieto väzby charakter blízkosti a vzájomnej podpory. Skúmanie osamelosti v kontexte tohto obdobia považujeme za veľmi dôležité, pretože iba kvalitným výskumom s relevantnými nástrojmi, je možné zaistiť najefektívnejšie opatrenia na predchádzanie a elimináciu pocitov osamelosti.

## **Zoznam použitej literatúry**

- CACIOPPO, J. T. et al., 2015. Loneliness across phylogeny and a call for comparative studies and animal models. In: *Perspectives on Psychological Science*. roč. 10, č. 2, s. 202-212. ISSN 1745-6916.
- GIERVELD, J., T. TILBURG, and P. DYKSTRA, 2006. *Loneliness and Social Isolation*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. ISBN 13 978-0-521-82617-4.
- KOPČANOVÁ, D. a kol., 2016. *Metodická príručka pre zamestnancov a zamestnankyne poradenských zariadení v rezorte školstva SR*. Bratislava: VÚDPaP. ISBN 978-80-89698-20-2.
- LASGAARD, M., and A. EKLIT, 2009. Prototypic Features of Loneliness in a Stratified Sample of Adolescents, In: *Interpersona An International Journal on Personal Relationships*. roč. 12, č. 2. s. 85-110. ISSN 1981 – 6472.
- LASGAARD, M. et al., 2010. Loneliness and Social Support in Adolescent Boys with Autism Spectrum Disorders. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders*. roč. 40, č. 2, s. 218-226. ISSN 0162-3257.
- ELMOSE, M., and M. LASGAARD, 2017. Loneliness and Social Support in Adolescent Boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in a Special Education Setting. In: *Journal of Child and Family studies*. roč. 26, č. 10, s. 2900-2907. ISSN 1573-2843.
- MACEK, P., 2003. *Adolescence*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-747-7.

- MARANGONI, C., and W. ICKES. Loneliness: A theoretical review with implications for measurement. In: *Journal of Social and Personal Relationships*. 1989, roč. 6, č.1, s. 93-128. ISSN 0265-4075.
- MCNEELY, C., and J. BLANCHARD, 2009. *The teen years explained: A guide to healthy adolescent development*. Baltimore: Center for Adolescent Health. ISBN 978-0-615-30246-1.
- MÍČEK, L., 1988. *Sebevýchova a duševní zdraví*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN 14-226-86.
- MULLER DE MORAIS, M., 2015. *Osamelosť a zmysel života v adolescencii*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. ISBN 978-80558-078.
- MÜLLER, W., 2011. *Sám, ale ne osamelý*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0001-7.
- PEPLAU, L. A., and D. PERLMAN, 1982. *Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy*. New York: Wiley. ISBN-10: 0471080284.
- PONZETTI, J. J., and R. M. CATE, 1990. Loneliness among college students. In: *Family Relations*. roč. 39, č. 3, s. 336 – 340. ISSN 1741-3729.
- RUSSELL, D. W., 1982. The measurement of loneliness. In: *A sourcebook of current theory, research, and therapy*. New York: Wiley, s. 81 – 104. ISBN-10: 0471080284.
- RUSSELL, D. W., 1996. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. In: *Journal of Personality Assessment*. roč. 66, č.1, s. 20 – 40. ISSN 00223891.
- SHAVER, P. R., and K. A. BRENNAN, 1991. Measures of depression and loneliness. In: *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego, CA:Academic, s. 195 – 290. ISBN-10: 9780125902441.
- ŠLOSIAR, J. a kol., 2015. *Človek a osamelosť*. Banská Bystrica: Belanium. ISBN 978-80-557-0896-6.
- THE BEASTEES., 2016. *Osamelosť aneb Kolik máte přátel na Facebooku*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5478-9.
- UNICEF, 2011. *Adolescence, an Age of Opportunity. The State of the World's Children*. New York: UN Children's Fund (UNICEF). ISBN 978-92-806-4555-2.
- URUK, A.C., and A. DEMIR, 2003. The Role of Peers and Families in Predicting the Loneliness Level of Adolescents. In: *The Journal of Psychology*. roč. 137, č. 2, s. 179-193 ISSN 0022-3980.
- VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK, 2001. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0042-5.
- WAN-CHEN CHEN, 2003. *Adolescent interpersonal relationship quantity and quality, belongingness, and loneliness: a dissertation*. Austin: The University of Texas at Austin.
- ŽIAKOVÁ, E. et al., 2008. *Osamelosť ako sociálny a psychologický jav*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove. ISBN 978-80-8068-731-1.

### **Kontakt na autorky**

*Mgr. Andrea Vašková, Katedra sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach, Moyzesova 9, 040 59 Košice, email: andreavaskova11@gmail.com*

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

# Starostlivosť o seba a jej faktory u pracovníkov v sociálnej oblasti<sup>21</sup>

## *Self - care and its factors for workers in social area*

*Františka Petriková (SR), Vladimír Lichner (SR), Eva Žiaková (SR)*

### **Abstrakt**

Príspevok sa zameriava na problematiku starostlivosti o seba ako dôležitého determinantu, ktorý má vplyv na výkon sociálnej práce u pracovníkov pracujúcich v sociálnej oblasti. Príspevok teoreticky rozpracúva pojem starostlivosti o seba a zároveň sa zameriava na faktory/zložky starostlivosti o seba, ktoré sú dôležité pri práci sociálneho pracovníka. Vo výskumnej časti príspevku autori prezentujú výskum zameraný na zisťovanie rozdielov medzi sociálnymi pracovníkmi v sociálnych zariadeniach a pracovníkmi na úradoch práce sociálnych vecí a rodiny. Najvyššie priemerné skóre bolo u respondentov vo faktore zameranom na profesionálnu oblasť starostlivosti o seba.

**Kľúčové slová:** Starostlivosť o seba. Faktory starostlivosti o seba. Sociálna oblasť. Sociálny pracovník.

### **Abstract**

The paper focuses on the issue of self-care as an important determinant that affects the performance of social work for workers working in the social sphere. The contribution develops the theoretical concept of self-care while focusing on the factors / components of self-care that are important in the work of a social worker. In the research part of the contribution, the authors present research aimed at detecting differences between social workers in social facilities and workers at the offices of social affairs and family. The highest average was in professional factor of self-care.

**Keywords:** Self-Care. The Factors of Self-Care. Social Area. Social Worker.

### **Úvod**

Samotná starostlivosť o seba je prirodzenou súčasťou života každého z nás. Je nevyhnutná pre profesijný i osobný život. Kvalitná starostlivosť o seba pomáha pri riešení rôznych situácií, ktoré život prináša. Predstavuje samotné zachovanie subjektívnej pohody človeka.

Pomáhajúce profesie sa do veľkej miery spájajú so starostlivosťou o seba. Pomáhajúce profesie patria medzi tie, ktoré si vyžadujú kvalitnú starostlivosť o seba, vďaka ktorej budú vedieť zvládať záťažové situácie. Dôležitý faktor u pomáhajúceho profesionála je mať dostatok síl, energie, motiváciu a byť vo fyzickej aj psychickej pohode. Pracovník sa sústreďí na potreby a pomoc pre iných ľudí ale nesmie zabúdať ani na tie svoje.

V prvej, teoretickej časti, príspevku rozpracúvame pojem starostlivosť o seba a následne aj faktory z ktorých sa celá sféra starostlivosti o seba skladá. V druhej časti príspevku predstavujeme výskum na vzorke sociálnych pracovníkov s odlišným miestom výkonu práce s cieľom zistiť rozdiely v skúmanej problematike. Predstavený výskum preukázal, že viac aktivít je vykonávaných v oblasti profesionálnej, u sociálnych pracovníkov pracujúcich v sociálnych zariadeniach. Zatiaľ čo u pracovníkov z úradov práce sociálnych vecí a rodiny preukázal tento faktor najnižšie priemerné skóre. V rámci vzťahovej roviny sa u respondentov štatisticky potvrdil faktor orientovaný na profesionálnu oblasť, pričom najvyššie priemerné skóre bolo dosiahnuté vo faktore zameranom na dobrú sociálnu klímu.

---

<sup>21</sup> Príspevok vznikol ako súčasť riešenia vedeckého projektu APVV 14-0921 *Starostlivosť o seba ako faktor vyrovnávania sa s negatívnymi dôsledkami vykonávania pomáhajúcich profesií.*

Rovnaké výsledky boli zaznamenané aj v rámci zisťovania toho, či respondenti majú alebo nemajú deti.

## 1 Starostlivosť o seba

Základ starostlivosti o seba vychádza z ošetrovateľstva v súvislosti so zdravím. V 50-tych rokoch 20. storočia bola téma načrtnutá Hendersonovou a neskôr rozpracovaná u autorky Oremovej. (Hoy, Wagner, Hall 2007) Oremová prvýkrát v rámci problematiky starostlivosti o seba poukázala na vzťah medzi ošetrovateľstvom a starostlivosťou o seba a predstavila „deficitnú teóriu starostlivosti o seba“. (Taylor, Renpenning 2011) Z hľadiska verejného zdravia je pohľad na problematiku starostlivosti o seba spojený predovšetkým s identifikáciou rizikových faktorov v živote človeka, v rámci tohto sa starostlivosť o seba orientuje najmä na zmenu správania a vyhýbanie sa rizikovým faktorom. (Lovaš a kol. 2014)

Pôvodná definícia starostlivosti o seba podľa WHO je: „Starostlivosť o seba sa vzťahuje na činnosti jednotlivca, rodiny aj spoločnosti, tie smerujú najmä k posilneniu zdravia a na predchádzanie chorôb“. (WHO 1995, s. 48) Každý autor chápe starostlivosť o seba v inom kontexte. Murphy a Dillon (2003) kladú dôraz na správanie, prežívanie a vnútornú pohodu sociálnych pracovníkov v kontexte ich pracovnej činnosti. Cunningham a kol. (2004) tvrdia, že pre zdravú starostlivosť o seba je dôležité ďalšie vzdelávanie. Starostlivosť o seba je významnou súčasťou práce sociálneho pracovníka a je základným prvkom pri formovaní osobnosti. Dôležitosť sa ukazuje aj pri riešení problémov každodenného života klientov. (Halachová, Žiaková 2016)

Profesie, ktoré patria medzi pomáhajúce potrebujú neustálu starostlivosť o seba ako prediktor znižovania vzniku sociálno-patologických javov, s ktorými sa vo svojej profesii stretávajú takmer každý deň. Stehlíková (2016) tvrdí, že pomáhajúce profesie sú tie, ktoré primárne vykonávajú aktivity zamerané na priamu sociálnu komunikáciu a interakciu, dôraz sa kladie na vysokú úroveň autenticity, emocionálnej angažovanosti a vysoký stupeň akceptácie klientov. Medzi pomáhajúce profesie patria sociálni pracovníci, psychológovia, liečební a špeciálni pedagógovia, pracovní terapeuti, príslušníci policajného zboru. (Kopřiva 2016)

Starostlivosť o seba má pre sociálnych pracovníkov význam z niekoľkých dôvodov:

- je nástrojom prevencie,
- tvorí základný pilier pre zachovanie integrity,
- napomáha sociálnym pracovníkom udržiavať pozitívny prístup k práci,
- je základným prvkom pri formovaní osobnosti pracovníka,
- je nevyhnutnou súčasťou pri riešení každodenných problémov klienta. (Lopez 2007)

Pomáhajúci profesionáli by uvítali možnosť vykonávať aktivity s cieľom zmierniť prežívanie pracovného stresu cez: supervíziu, častejšie porady, konzultácie s kolegami alebo odbornou verejnosťou, odborné prednášky, školenia, interné vzdelávanie, aktivity zamerané na utužovanie kolektívu (teambuilding), sociálno-psychologické výcviky, konzultácie so psychológom na pracovisku, rekondičné pobyty, športové aktivity, relaxácie a viac dní dovolenky. (Šiňanská, Šandlová 2013)

## 2 Faktory starostlivosti o seba

Z pohľadu sociálnej práce sa u pomáhajúcich profesionálov rozlišujú štyri zložky starostlivosti o seba z hľadiska charakteru vykonávaných činností:

- psychická,
- fyzická,
- sociálna,
- spirituálna. (Figley 2002; Newell, Nelson-Gardell 2014; Moore a kol. 1996; Aguilar 1997)

Základ vykonávanej starostlivosti o seba tvoria faktory, ktoré následne v príspevku charakterizujeme:

- dobrá sociálna klíma a zvládanie nástrah vytváraných prácou,
- profesionálna oblasť pracovníkov a profesionálny rast v súvislosti s lepším zvládaním práce,
- psychické zdravie,
- fyzické zdravie. (Lichner, Halachová, Lovaš 2018)

### **F1: Dobrá sociálna klíma a zvládanie nástrah vytváraných prácou**

Vhodné pracovné podmienky pre spokojnú a kvalitnú prácu pomáhajúceho profesionála sú základom. Parygin (in Kollárik 2002, s. 43) sa zaoberá pojmom sociálno-psychologická klíma, ktorú charakterizuje ako „prevládajúcu a relatívne stálu psychickú naladenosť kolektívu, ktorá nadobúda mnohostranné formy prejavov vo všetkej jeho životnej činnosti“. Ak je v pracovnom prostredí spokojnosť na strane zamestnancov a aj na strane zamestnávateľa umožňuje to dosahovať lepšie výkony v práci ale aj v osobnom živote. Podľa Kollárika (2002) sa pod dobrú klímu v pracovnom prostredí radia faktory ako: kooperácia, vzájomná komunikácia, pozitívny vzťah k práci, vzdelávanie sa.

Cox a Steiner (2013) dávajú starostlivosť o seba v práci do súvislosti so stresom, ktorý je súčasťou vykonávania práce aj u sociálnych pracovníkov. Starostlivosť o seba je chápaná ako proces, prostredníctvom ktorého sú realizované zámerné voľby týkajúce sa toho, ako odpovedať mentálne, emocionálne a behaviorálne na variety stresorov vzťahujúcich sa k práci. Atkinson (2005) tvrdí, že ak sa pracovník cíti v pohode a je schopný pomôcť sám sebe, tak vie pomoc poskytnúť aj klientom a práve tu sa podpisuje dobrá sociálna klíma na pracovisku.

### **F2: Profesionálna oblasť pracovníkov a profesionálny rast v súvislosti s lepším zvládaním práce**

Kontinuálne vzdelávanie seba samého prináša osobný rast, profesionalizáciu vo svojej profesii a vybudovanie si určitých obranných mechanizmov k negatívnym prejavom, ktoré sú spájané s prácou. Výskum realizovaný Mesárošovou (2017) ukázal, že práve výkon aktivít zameraných na starostlivosť o seba prináša nižšiu mieru vyhorenia pracovníkov pracujúcich v pomáhajúcich profesiách. Jedinci, ktorí vykonávajú aktivity starostlivosti o seba, eliminujú rôzne rizikové formy správania sa: stres, vyhorenie, záťažové situácie, sociálno-patologické javy. (Murphy, Dillon 2003)

Dôležitou zložkou profesionálnej oblasti je pracovná spokojnosť. Podľa Lockeho (1976) je pracovná spokojnosť príjemný alebo pozitívny emocionálny stav, ktorý je výsledkom hodnotenia pracovných skúseností.

Medzi stratégie k lepšej starostlivosti o seba v pracovnom prostredí pomáhajúceho profesionála patrí: udržanie si hraníc profesionality, tvorba zdravého pracovného plánu, vyváženie pracovného harmonogramu čiže rozloženie si úloh, pracovné prestávky na obed, komunikácia s kolegami, počúvanie relaxačnej hudby, určovanie si priorít dňa. V neposlednom rade treba vždy zvažovať svoje zdroje a potreby (Lovaš a kol. 2014).

### **F3: Psychické zdravie**

Psychologickú zložku starostlivosti o seba Richardsová et al. (2010) dávajú do súvisu s osobným poradenstvom. Využívanie poradenstva okrem pomoci pri riešení osobných problémov podľa nich pomáha k lepšiemu pochopeniu seba samého, čo súvisí s uvedomením si svojich limitov a napomáha k osobnému rozvoju.

Moderná medicína 20. storočia sa snažila objasniť mnohé pozorovania, ktoré ukazovali, že psychologické faktory významne ovplyvňujú vznik a priebeh telesných ochorení. Duševná hygiena je interdisciplinárny odbor, ktorý vychádza z poznatkov medicíny,



psychológie, filozofie a iných vedných disciplín, zaoberá sa skúmaním faktorov, ktoré ovplyvňujú psychiku pomáhajúcich profesionálov. (Průcha, Walterová, Mareš 2009) Pri zanedbávaní psychického zdravia u pomáhajúceho dochádza k sebadeštruktívnym a negatívnym myšlienkam, ktoré profesionál vzťahuje k vlastnej osobe, k práci, k rodine a k životu celkovo. (Klimeková 2007)

Psychohygienu sa považuje za svojpomocnú metódu, ktorá sa dá zakomponovať do každodenného života. Je to vedomá starostlivosť o seba samého v oblasti najmä duševného zdravia. Křivohlavý (2001) chápe psychohygienu ako boj proti výskytu duševných ochorení a ako starostlivosť o umožnenie optimálneho fungovania duševnej činnosti.

#### **F4: Fyzické zdravie**

Výskum autorov Šeblovej a Kebzu (2005) preukázal, že ľudia v rôznych profesiách by mali vykonávať vo svojom mimopracovnom živote aspoň jednu fyzickú, športovú aktivitu, ktorá napomôže k celkovému uvoľneniu organizmu a posilneniu seba samého. U pomáhajúcich profesionálov sa na zachovanie pracovnej aj mimopracovnej pohody kladie dôraz na vykonávanie tohto druhu aktivít, vzhľadom na ich každodenný kontakt so sociálnymi klientmi. Fyzická zložka sa podľa Richardsovej et al. (2010) týka fyzických aktivít, ktoré charakterizuje adekvátne využívanie vlastnej energie a pohyb vlastného tela. Lovašová (2016) tvrdí, že fyzická zložka sa zameriava na fyzické zdravie pomáhajúceho profesionála. Fyzické zdravie je to najdôležitejšie pre to, aby sa pomáhajúci cítil dobre. V tomto faktore ide najmä o cvičenie, zdravý životný štýl, jedlo, udržiavanie si fyzickej kondície, potláčanie negatívnych javov a ich nahrádzanie za niečo pozitívne. Prinavrátanie stavu fyzickej a psychickej pohody v oblasti starostlivosti o seba je možné dosiahnuť angažovanosťou sa pracujúceho profesionála v aktivitách, ktoré mu umožňujú dosiahnuť resp. udržať si tento stav. (Lovaš 2014)

#### **Výskumná časť**

Cieľom nasledujúcej časti príspevku je zamerať sa na jednotlivé faktory z ktorých je tvorená celková starostlivosť o seba a zamerať sa na rozdiely v starostlivosti o seba medzi jednotlivými respondentmi. Faktory starostlivosti o seba zahŕňajú aktivity, ktoré sú zamerané na konkrétnu oblasť starostlivosti o seba. V rámci otázok, ktoré boli cieľom nášho skúmania sa zameriavame na zisťovanie rozdielov medzi jednotlivými respondentmi v problematike starostlivosti o seba. Následne sa zameriavame na existenciu rozdielov v jednotlivých faktoroch z ktorých je zložená komplexná oblasť starostlivosti o seba. Zamerali sme sa aj na priemerné skóre u respondentov v rámci ich rodinného stavu a na základe toho, či respondenti majú/nemajú deti. Na základe výsledkov predpokladáme, že medzi respondentmi existujú určité rozdiely v problematike starostlivosti o seba, ktoré predpokladáme, že vyplývajú z miesta kde prácu vykonávajú, z podmienok v ktorých pracujú, z povinností, ktoré vyplývajú z ich práce a iné. Naším ďalším predpokladom je, že respondenti v sociálnych zariadeniach budú vo väčšej miere vykonávať aktivity starostlivosti o seba než respondenti z úradov práce sociálnych vecí a rodiny.

#### **Výskumná vzorka**

Našu výskumnú vzorku tvorilo 110 sociálnych pracovníkov, ktorí pracujú na úrade práce sociálnych vecí a rodiny v porovnaní so vzorkou sociálnych pracovníkov pracujúcich v neziskových organizáciách (detské domovy, zariadenia sociálnych služieb, komunitné centrá, domovy pre seniorov). Výskumnú vzorku sme vybrali zámerným výberom. Priemerný vek respondentov bol 38,26 rokov (SD = 11.38 , Min – Max = 21-66), najvyššie ukončené vzdelanie bolo vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa (84,9%).

## Metodika výskumu

Výskum sme realizovali prostredníctvom štandardizovaného dotazníka zameraného na vykonávanú starostlivosť o seba – VSS v. 2. (Lichner, Halachová, Lovaš 2018) Dotazník obsahuje celkovo 31 položiek s päťbodovou Likertovou škálou. Ide konkrétne o dotazník vykonávanej starostlivosti o seba v pomáhajúcich profesiách. Táto autorská metodika slúži na kvantifikovanie vykonávanej starostlivosti o seba u pomáhajúcich profesionálov. Je úpravou a rozšírením dotazníka vykonávanej starostlivosti o seba – VSS (Lovaš, Hricová 2015). Celková reliabilita dotazníka dosiahla hodnotu 0.85 pre celú metodiku, pričom rozmedzie sa pohybovalo od 0.78 do 0.91 pre jednotlivé faktory.

Dotazník starostlivosti o seba je tvorený štyrmi faktormi. Faktor F1 obsahuje položky, ktoré označujú individuálnu snahu o vytvorenie dobrej sociálnej klímy a o individuálne zvládanie nástrah vytváraných prácou. Pod faktor F2 spadajú položky týkajúce sa starostlivosti o seba zamerané na profesionálnu oblasť pracovníkov a aj profesionálny rast v súvislosti s lepším zvládaním práce. K faktoru F3 radíme položky, ktoré sa týkajú zdravotného stavu pracovníkov ale aj zásad psychohygieny. Faktor F4 zahŕňa starostlivosť o fyzické zdravie a aktívny pohyb. (Lichner, Halachová, Lovaš 2018)

## Interpretácia výsledkov výskumu

Tab. 1 Man-Whitney U-Test vo faktoroch starostlivosti o seba

	miesto práce	N	X	z	p (α)
Faktor F-1	úpsvar	54	51,98	-1,138	0,225
	soc. zariadenia	56	58,89		
Faktor F-2	úpsvar	54	46,79	-2,818	<0,005***
	soc. zariadenia	56	63,9		
Faktor F-3	úpsvar	54	54,4	-0,357	0,721
	soc. zariadenia	56	56,56		
Faktor F-4	úpsvar	54	56,89	-0,45	0,653
	soc. zariadenia	56	54,16		

Zo štyroch faktorov, ktoré dotazník VSS v.2 obsahuje potvrdzujeme štatistickú významnosť rozdielov vo faktore č.2. Ide o faktor obsahujúci položky týkajúce sa starostlivosti o seba v profesionálnej oblasti (napr. „Pravidelne striedam pracovné aktivity“, „Pre zvládanie záťaže využívam profesionálny rast“ a iné). Z toho môžeme usúdiť, že respondenti pri svojej práci využívajú najmä vzdelávanie sa, vyhľadávanie nových informácií, zvyšovanie osobného rastu. Na základe výsledku konštatujeme, že vyššie priemerné skóre dosiahli respondenti zo sociálnych zariadení, to môže viesť k predpokladaným záverom, že títo respondenti majú v práci väčší priestor na sebarealizáciu, viac možností zúčastňovať sa supervíznych stretnutí na rozdiel od respondentov pracujúcich na úradoch práce sociálnych vecí a rodiny. Z výsledku môžeme skonštatovať značný rozdiel v priemernom skóre a preto je na uváženie do budúcnosti zamerať sa na profesionálnu oblasť u týchto respondentov prostredníctvom aktivít na zvyšovanie profesionálnej zložky. Podobnú štúdiu realizoval kolektív autorov vedený J. Jay Millerom (2017) kde sa v rámci korelačnej analýzy zamerali na vzťah medzi faktormi osobnej a profesionálnej úrovne starostlivosti o seba. Malo to slúžiť najmä na zistenie lepšieho vzťahu medzi týmito dvoma faktormi starostlivosti o seba. Výsledky ukázali veľmi

silnú súvislosť ( $r = 0,684$ ) aj štatisticky významné rozdiely medzi nimi  $p(\alpha) < 0,001$ . Keď rástlo skóre osobnej starostlivosti o seba, súčasne rástlo aj skóre profesionálnej starostlivosti o seba.

Tab. 2 Priemerné skóre starostlivosti o seba podľa rodinného stavu

RODINNÝ STAV		Bez partnerského vzťahu	V partnerskom vzťahu
F1	X	4,17	4,36
	p ( $\alpha$ )	0,118	0,115
F2	X	3,31	3,77
	p ( $\alpha$ )	0,007	0,005
F3	X	3,9	4,16
	p ( $\alpha$ )	0,62	0,45
F4	X	3,31	3,52
	p ( $\alpha$ )	0,289	0,293

Predchádzajúca tabuľka poukazuje na rozdiely v starostlivosti o seba v súvislosti s rodinným stavom respondentov. Najvyššie priemerné skóre dosiahli respondenti vo faktore zameranom na dobrú sociálnu klímu a zvládanie nástrah vytváraných prácou. Štatisticky významná súvislosť sa prejavila len vo faktore zameranom na profesionálnu oblasť práce. Z uvedeného usudzujeme, že rodinný stav jedinca má vplyv na oblasť starostlivosti o seba. Respondenti bez partnerského vzťahu dosahovali nižšie priemerné skóre a respondenti, ktorí sú v partnerskom vzťahu dosahovali vyššie priemerné skóre vo všetkých faktoroch starostlivosti o seba.

Tab. 3 Priemerné skóre v starostlivosti o seba podľa detí v rodine

DETI		bezdetné	s deťmi
F1	X	4,12	4,33
	p ( $\alpha$ )	0,06	0,06
F2	X	3,3	3,62
	p ( $\alpha$ )	0,04	0,04
F3	X	3,86	4,11
	p ( $\alpha$ )	0,62	0,63
F4	X	3,35	3,4
	p ( $\alpha$ )	0,79	0,79

Z uvedenej tabuľky môžeme konštatovať vyššie skóre u respondentov, ktorí majú deti (1 a viac) na rozdiel od respondentov bez detí. Štatisticky významne sa prejavil faktor číslo dva zameraný na profesionálnu oblasť starostlivosti o seba a najvyššie priemerné skóre dosiahli respondenti vo faktore zameranom na dobrú sociálnu klímu. Z uvedených výsledkov konštatujeme, že sféra starostlivosti o seba je na vyššej úrovni u respondentov, ktorí majú deti než u respondentov bez detí. Akýmsi predpokladom týchto výsledkov môže byť to, že starostlivosťou o vlastné dieťa sa zvyšuje aj starostlivosť o seba samého v akejkoľvek zložke.

## Diskusia a záver

Cieľom nášho príspevku bolo zamerať sa na problematiku starostlivosti o seba, vymedziť a charakterizovať jednotlivé faktory z ktorých sa starostlivosť o seba skladá. V druhej časti príspevku interpretujeme výskum na vzorke respondentov z úradov práce sociálnych vecí a rodiny v porovnaní so vzorkou sociálnych pracovníkov zo sociálnych zariadení. Zamerali sme sa na využívanie aktivít, ktoré patria do jednotlivých faktorov starostlivosti o seba.

Čím je starostlivosť o seba nižšia, tým viac sa u jedinca môžu objaviť maladaptívne prejavy správania sa a záťaž zvláda horšie a ťažšie. Rovnako sa u nich vyskytujú v štatisticky vyššej miere negatívne javy v práci ako napr. vyhorenie, nespokojnosť s prácou, únava z pomáhania, únava z empatie, taktiež sú viac náchylnejší k zdravotným problémom a podobne. V rámci skúmania starostlivosti o seba nám výsledky preukázali, že sociálni pracovníci pracujúci v sociálnych zariadeniach dosiahli najvyššie skóre vo faktore zameranom na profesionálnu oblasť. Z toho usudzujeme, že ak sa u nich vyskytne nejaká záťaž v práci alebo aj mimo nej využívajú vzdelávanie, vyhľadávajú informácie čo robiť preto, aby záťaž ustúpila alebo aby ju vedeli zvládnuť pre budúcnosť. Pracovníci pracujúci na úradoch práce najvyššie skóre dosiahli vo faktore zameranom na fyzické zdravie.

Vo sfére aplikačnej by mohlo byť užitočným rozšíriť už prebiehajúce intervenčné a preventívne programy zamerané na starostlivosť o seba nielen u sociálnych pracovníkov, ale aj u iných pomáhajúcich profesionálov, taktiež aktívne využívanie arteterapeutických techník, ktoré sú vhodné ako podporná terapia a prevencia pred syndrómom vyhorenia. (Šicková-Fabrics 2016). Ďalej sa zamerať na faktory, ktoré sa preukázali ako najmenej významné u respondentov taktiež formou preventívnych programov alebo iných skupinových, teambuldingových sedení.

## Zoznam použitej literatúry

- ATKINSONOVA, S., 2005. *Jak zdolat skálu jménem deprese*. Albatros. ISBN 80-0001-544-7.
- AQUILAR, M., A., 1997. *Re-engineering social works approach to holistic health*. *Health and Social Work*. **22**(2), 83–85. ISSN 1545-6854.
- COX, K., and S. STEINER, 2013. Self-Care. In *Social Work. A Guide for Practitioners, Supervisors, and Administrators*. Washington: NASW. ISBN 978-0-87101-444-3.
- CUNNINGHAM, W. A. et al., 2004. *Separable Neural Components in the Processing of Black and White Faces*. [online]. [cit. 2018-11-25]. Dostupné z: [http://www.people.fas.harvard.edu/~banaji/research/publications/articles/2004\\_Cunningham\\_PS.pdf](http://www.people.fas.harvard.edu/~banaji/research/publications/articles/2004_Cunningham_PS.pdf).
- FIGLEY, CH., 2002. Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. *Journal of Clinical Psychology*. **58**(11), 1433–1441. ISSN 1742-9552.
- HALACHOVÁ, M. a E. ŽIAKOVÁ, 2016. Zvládanie záťažových situácií v kontexte kyberšikanovania. In ŽIAKOVÁ, E. (ed.) *Podoby vnútorných i vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce*. 4. ročník Košických dní sociálnej práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, 27.11. 2015. V Košiciach [online] Košice: [2018-11-25]. ISBN 978-80-8152-405-9. Dostupné z: <https://www.upjs.sk/public/media/17006/10%20podoby-vnutornych-vonk-faktorov-soc-prace.pdf>
- HOY, B., L. WAGNER, and E. O. C. HALL, 2007. Self - care as a health resource of elders: An integrative review of a concept. *Journal od Caring Sciences*. **21**(4), 456–466.
- MILLER, J. et al., 2017. Self care among healthcare social workers: An exploratory study. *Social Work in Helath Care*. **56**(10). ISSN 0098-1389.

- KOLLÁRIK, T., 2002. *Sociálna psychológia práce*. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 80-223-1731-4.
- KOPŘIVA, K., 2006. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-181-6.
- LICHNER, V. a L. LOVAŠ, 2016. Model of the Self-care Strategies Among Slovak Helping Professionals – Qualitative Analysis of Performed Self-care Activities. *Humanities and Social Sciences*. **5**(1), 107–112. ISSN 2165-6258.
- LICHNER, V., L. LOVAŠ a M. HALACHOVÁ, 2018. The concept of Self-Care, Work Engagement and Burnout Syndrome among Slovak Social Workers. *Sociální práce/Sociálna práca*. **4**(18), 62–76. ISSN 1213-6240.
- LOCKE, E. A., 1976. The nature and causes of job satisfaction. In M. DUNETTE. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand McNally. ISSN 1297-1350.
- LOPEZ, F.G. et al., 2007. *Factor Structure, Stability, and Predictive Validity of College Students' Relationship Self-Efficacy Beliefs* [online]. [cit. 2018-11-25]. Dostupné z: <http://faculty.coe.uh.edu/flopez/docs/relationship-self-efficacy2007.pdf>
- LOVAŠ a kol., 2014. *Psychologické kontexty starostlivosti o seba*. Košice: UPJŠ ISBN 978-8081-521-96-6.
- LOVAŠOVÁ, S., 2016. *Sociálna práca: Formy, postupy a metódy*. UPJŠ, Filozofická fakulta. Katedra sociálnej práce. ISBN 978-80-8152-386-1.
- MESÁROŠOVÁ, M., M. KÖVEROVÁ, B. RÁCZOVÁ, J. NEZKUSILOVÁ, V. LICHNER, L. LOVAŠ, S. LOVAŠOVÁ a M. HRICOVÁ, 2017. *Starostlivosť o seba a dôsledky vykonávania pomáhajúcich profesií*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. ISBN 978-80-8152-571-1.
- MOORE, K., and C. COOPER, 1996. Stress in mental health professionals: A theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*. **42**(2), 82–89. ISSN 1741-2854.
- MURPHY, A., and C. DILLON, 2003. *The Counseling Process* [online]. [cit. 2018-11-25]. Dostupné z: [http://www.sulross.edu/sites/default/files//sites/default/files/users/docs/education/counseling-process\\_5.pdf](http://www.sulross.edu/sites/default/files//sites/default/files/users/docs/education/counseling-process_5.pdf)
- NEWELL, J. M., and D. NELSON-GARDELL, 2014. A Competency-Based Approach to Teaching Professional Self-Care: An Ethical Consideration for Social Work Educators. *Journal of Social Work Education*. **50**(3), 427–439. ISSN 0261-5479.
- OREM, D. E., 2001. *Nursing Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby Year Book. ISBN 978-0-13-513583-9.
- RICHARDS, K. et al., 2010. Self-care and well-being in mental health professionals: The mediating effects of self-awareness and mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling*. **32**(3), 247–264. ISSN 1040-2861.
- STEHLÍKOVÁ, J., 2016. *Rozvíjanie empatie v pomáhajúcich profesiách*. Banská Bystrica: Belianum, Univerzita Mateja Bela Banská Bystrica, Pedagogická fakulta. ISBN 978-8055-711-40-9.
- ŠIŇANSKÁ, K. a V. ŠANDLOVÁ 2013. Vyrovnávanie sa so stresom a záťažovými situáciami terénymi sociálnymi pracovníkmi. *Grant Journal*. **2**(1), 41–44. ISSN 1805-0638.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J., 2016. *Základy arteterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1043-6.
- TAYLOR, G., and K. M. REPENNING, 2011. *Self-care science, nursing theory, and evidence-based practice*. New York: Springer Pub. ISBN 9780826107794
- WOLLNER, U., 2010. Starosť o seba v Platónovom dialógu Gorgias. *Filozofia*. **65**(3), 227–238.

**Kontakt na autorov**

*Mgr. Františka Petriková, Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, Moyzesova 9, 040 01 Košice, Slovenská republika, email: frantiskapetrikova86@gmail.com*

*Mgr. Vladimír Lichner, PhD., Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, Moyzesova 9, 040 01 Košice, Slovenská republika, email: vladimir.lichner@upjs.sk*

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

# Novodobé formy porúch príjmu potravy u adolescentov v kontexte preventívnej sociálnej práce<sup>22</sup>

*New forms of eating disorder in adolescents in context of preventive social work*

Lucia Tóthová (SR), Tatiana Žiaková (SR)

## Abstrakt

Príspevok teoreticky analyzuje vybrané formy porúch príjmu potravy, upriamuje sa na ne ako na formu rizikového správania, obzvlášť u adolescentov. I napriek tomu, že realizovaná pilotná štúdia sa zameriavala na mentálnu anorexiu a mentálnu bulímiu ako najčastejšie sa vyskytujúce formy porúch príjmu potravy, nemožno opomenúť ani ich ostatné formy. Základným kameňom sa pre autorky stali výsledky tejto pilotnej štúdie, ktoré potvrdili podozrenie na výskyt PPP v slovenskej populácii a udali smer pre zacielenie autoriek aj na ostatné formy PPP. V texte príspevku im preto bude venovaná pozornosť z teoretického hľadiska.

**KLúčové slová:** Adolescencia. Poruchy príjmu potravy. Prevencia. Rizikové správanie.

## Abstract

This article analyses selected forms of eating disorders and presents them as a form of risk behaviour, especially among adolescents. The pilot study was focusing on anorexia nervosa and bulimia nervosa as most common forms of eating disorder, but it also considered other, less frequent forms. The authors based the cornerstone of the article on the aforementioned pilot study, in which the presumption of eating disorder presence in Slovak population had been confirmed. Thus, the authors had reflected on the outcomes of their previous empirical research and focused on theoretical aspect of the selected eating disorder forms.

**Key words:** Adolescence. Eating disorder. Prevention. Risk behaviour.

## Teoretické východiská

Poruchy príjmu potravy (PPP) boli historicky vnímané ako kultúrne podmienený syndróm (*tzv. culture-bound syndromes*) (Prince 1985), obmedzený na západnú kultúru (Striegel-Moore 2000). Prvýkrát boli opísané u belochov žijúcich v Západnej Európe a Severnej Amerike, čo viedlo k domnienke, že rozhodujúce pre vznik a rozvoj porúch stravovania musia byť práve osobité charakteristiky takejto kultúry (Pike, Hoek, Dunne 2014).

Poruchy príjmu potravy sa stali celosvetovým problémom, bez ohľadu na kultúru. Novšie výskumy dnes poukazujú na existenciu porúch príjmu potravy aj v oblasti Blízkeho či Ďalekého východu a v krajinách, ktoré sa v minulosti považovali za „imúnne“ voči PPP (Gunewardene, Huon, Zheng 2001; Al-Adawi et al. 2002; Huon et al. 2002; Rauof et al. 2015; Pike, Dunne 2015; Zeeni, Safieddine, Doumit 2017; Chammas et al. 2017). I keď je prevalencia porúch stravovania v krajinách mimo západnej Európy nižšia, postupne sa zvyšuje (Makino, Tsuboi, Dennerstein 2004; Hoek 2014). Tong et al. (2014) dokonca proklamujú, že pokiaľ ide o poruchy príjmu potravy v Ázii, prevalencia v Japonsku a Číne je teraz považovaná za rovnocennú s európskymi úrovňami porúch príjmu potravy. Tieto skutočnosti upozorňujú na to, že s nárastom technologického pokroku a kultúrnych posunov vzrástla myšlienka ideálu tela do väčšiny častí sveta. Podľa National Eating Disorder Association (Národnej asociácie pre poruchy stravovania) (in: Lyons 2017) trpí v súčasnosti

---

<sup>22</sup> Príspevok vznikol v rámci riešenia vedeckovýskumnej úlohy Vega 1/0285/18 s názvom „Rizikové správanie adolescentov ako klientov sociálnej práce v dôsledku ich osamelosti“.

poruchami stravovania až 70 miliónov ľudí, zahŕňajúc aj mužov aj ženy, čo rúca vnímanie týchto porúch ako čisto ženskej diagnózy. Sú ochorením, ktoré zasahuje jedincov s rôznym vzdelaním, kultúrnym a rodinným zázemím bez rozdielu veku.

V dôsledku značného počtu osôb s rôznymi stravovacími poruchami, ktorých znaky sa odlišujú určitými prvkami od stanovených základných podôb, vznikla potreba zdefinovať ďalšie nešpecifické alebo spoločenským trendom ovplyvnené poruchy. Poruchy príjmu potravy sa zaraďujú medzi Poruchy správania spojené s poruchami fyziologických funkcií a somatických faktorov (F50-F59) (MKCH-10). Okrem mentálnej anorexie a mentálnej bulimie sú charakterizované aj ich atypické formy a nešpecifikované formy PPP. Nakoľko ide o menej známe ochorenia, autorky pri problematike PPP považujú za významné určité novodobé formy priblížiť.

### **Novodobé formy porúch príjmu potravy**

„Hlad, ako charakteristické vyjadrenie sebazáchovy ovplyvňuje naše správanie. I život primitívov bol ním ovplyvňovaný ďaleko silnejšie než sexualita sama. Na tomto stupni bol hlad alfou a omegou života - samotnej existencie“ (Jung, in: Jackson 2004). Potreba potravy patrí medzi základné biologické potreby, avšak za určitých okolností môže byť potláčaná inou tendenciou, ktorá je z fyziologického hľadiska nevýznamná (Vágnerová 2000). PPP vedú k ťažkostiam v rámci sociálneho fungovania, manipulácia s hmotnosťou a stravovaním prináša pocit moci a kontroly, ktoré časom začnú nahrádzať všetky ostatné záujmy a stávajú sa hlavnou náplňou života (Griffiths, Page 2008). A to sa deje rovnako pri novodobých formách PPP, ktoré autorky vysvetľujú ako formy PPP zložené z dvoch súčastí, nakoľko okrem meritórnej poruchy obsahujú aj tzv. pridaný fragment (napr. užívanie alkoholu, zdravú výživu, cvičenie, tehotenstvo, a pod.).

Z výskumnej štúdie Národnej asociácie pre poruchy stravovania vyplynulo, že až 50% jedincov s poruchami príjmu potravy zneužívali alkohol alebo nelegálne lieky, preháňadlá, diuretiká, amfetamíny, heroín a kokaín ([www.nationaleatingdisorders.org](http://www.nationaleatingdisorders.org)). Spotreba alkoholu je dôležitým problémom verejného zdravia u vysokoškolskej mládeže (Barry, Piazza-Gardner 2012) a ročne v značnej miere prispieva k mnohým úmrtiam vysokoškolských študentov, najmä vo veku 18 až 24 rokov (Giles a kol. 2009). Podľa Národného združenia anorexia nervosa a asociovaných porúch (ANAD) sa až 91% študentiek vysokých škôl pokúsilo kontrolovať svoju váhu metódami diéty, pričom 22% žien vo vysokoškolskom veku sa stravuje diétne neustále. Z výskumnej štúdie vyplynulo, že z celkového počtu až 72% vysokoškoláčok počas diéty užívalo alkohol ako náhradu jedla (NCASA 2007). Zneužívanie konzumácie alkoholu a nesprávneho stravovania medzi vysokoškolskými študentmi viedlo k zvýšeniu povedomia verejnosti o *drunkorexii* (Burke et al. 2010). Drunkorexia sa vyznačuje cieľovým znížením príjmu kalórií za účelom zvýšeného príjmu alkoholu, keďže alkohol je pomerne kalorický (f50.sk). Chambers (2008) vníma absenciu systematického vymedzenia drunkorexie, avšak uvádza, že je bežne charakterizovaná nasledujúcim správaním:

- vynechanie jedla s cieľom „zachrániť“ kalórie alebo kompenzovať zvýšený príjem kalórií z konzumácie alkoholických nápojov,
- nadmerné cvičenie ako kompenzácia kalórií prijatých alkoholom a/alebo
- užívanie nadmerného množstva alkoholu, aby došlo k zvracaniu a telo sa tak očistilo od skonsumovanej potravy.

Z uvedených charakteristík možno dedukovať, že pojem drunkorexia pozostáva z troch rozmerov: nesprávne a obmedzené stravovanie; užívanie, resp. zneužívanie alkoholu a fyzická aktivita. Viacerí autori (Peralta 2002; Barry, Piazza-Gardner 2012; Rahal et al. 2012) vnímajú drunkorexiu práve cez tieto tri rozmery a charakterizujú ju ako využitie obmedzeného stravovania, cvičenia, samočinného očistenia či ďalšieho extrémneho správania



na kontrolu hmotnosti, konkrétne na kompenzáciu očakávané prijatých alebo požitých kalórií z alkoholu.

*Ortorexia nervosa* ako jedna z ďalších novodobých foriem porúch príjmu potravy označuje patologickú posadnutosť zdravou výživou. Je charakterizovaná obmedzeným stravovaním, rituálnymi spôsobmi stravovania a prísny vyháňaním sa potravinám, ktoré sa považujú za nezdravé alebo nečisté (Koven, Abry 2015). Jedinci kontrolujú v potravinách obsah živín, pôvod jedla a surovín (Janková, Runnová 2017). Jedlo nesmie obsahovať žiadne farbivá, konzervačné látky, cukor, soľ, bielu múku a pod. Takéto správanie môže vyvolať spôsoby stravovania, ktoré sú obzvlášť zložité (napr. internalizované pravidlá) a/alebo vyžadujú nezvyčajne dlhú dobu na ich vykonanie. Mimoriadne veľa času je tráveného výskumom a katalogizáciou potravín, vážením a meraním potravín, plánovaním budúcich jedál (Bratman, Knight 2000). Objavuje obsedantno-kompulzívna porucha sledovania blogov „zdravého životného štýlu“ na stránkach Twitter a Instagram (Brytek-Matera 2012). Ľudia, ktorí trpia touto poruchou, v porovnaní s inými poruchami príjmu potravy, sa viac zaoberajú kvalitou potravín ako ich množstvom.

Záujem o výživovú kvalitu potravín nie je samo o sebe problémom. Ľudia s ortorexiou sa však stávajú fixovanými na tzv. zdravé stravovanie, že poškodzujú vlastnú pohodu. Takéto správanie vedie k strachu z konzumácie neželaných potravín a môže viesť k výraznej podváhe pacienta (f50.sk). Túžba dosiahnuť optimálne zdravie môže paradoxne spôsobovať nedostatok výživy, zdravotné komplikácie a nízku kvalitu života (Koven, Abry 2015). Patologická dimenzia tohto fenoménu je diagnostikovaná vtedy, keď jedinec premýšľa viac ako tri hodiny o zdravom jedle, opovrhuje „nezdravým jedlom“ a ľuďmi, ktorí sa stravujú normálne a jedia všetko (Janková, Runnová 2017). Extrémny záujem o jedlo môže viesť k problémom s mnohými a rôznymi úrovňami závažnosti. Diétne obmedzenia sú potenciálne smrteľné, ak sú spojené s podvýživou, závažná je afektívna nestabilita a sociálna izolácia (Brytek-Matera 2012).

K PPP nepatria len diagnózy obmedzujúce kalorický príjem. Spadá sem aj *záchvatové prejedanie*, charakterizované opakujúcimi sa epizódami konzumácie veľkého množstva jedla, ktoré jedinec konzumuje oveľa rýchlejšie než je bežné. Národná asociácia pre poruchy stravovania ([www.nationaleatingdisorders.org](http://www.nationaleatingdisorders.org)) uvádza, že k záchvatom prejedania dochádza minimálne dva razy do týždňa po dobu šiestich mesiacov. Súvisiace charakteristiky zahŕňajú jedenie až do nepríjemného plnenia, alebo stravovanie aj keď nie je jedinec fyzicky hladný, stravovanie osamote s pocitmi depresie alebo viny (de Zwaan 2001). Pre nočné prejedanie, ktoré je často spôsobené dodržiavaním diét, je charakteristická nespavosť a ranné nechutenstvo (f50.sk).

*Bigorexia*, termín, ktorý sa zaužíval na označenie poruchy, pri ktorej postihnutí prepadnú nadmernému, neprimeranému a často až zdravotne škodlivému fyzickému cvičeniu, rovnako patrí k novodobým formám PPP (Janková, Runnová 2017). Častejšie sa vyskytuje u mužov a vyznačuje sa excesívnym naberaním svalovej hmoty cvičením a špeciálnou úpravou stravy (f50.sk). Osoby postihnuté bigorexiou vnímajú sami seba ako slabých, malých až fragilných, nedostatočne svalovo vyvinutých a snažia sa vysokou spotrebou energie, prejedaním sa doplnkov výživy (predovšetkým bielkovinových preparátov), náročným posilňovacím tréningom a nezriedka i zneužívaním liekov dosiahnuť požadovaný vzhľad (Janková, Runnová 2017). Golden, Peterson (2009) premýšľajú o bigorexii ako o opaku anorexie, v prípade bigorexie je však vnímaná nedostatočná svalovosť, nie štíhlosť. To môže viesť k neschopnosti sústrediť sa na iné dôležité aspekty života, k nadmernému času stráveného zdvíhaním závažia, monitorovaním stravy a kontrolou v zrkadle (Reel 2018).

V roku 2008 prvýkrát použili médiá termín definujúci novú formu PPP, *pregorexiu*. Pregorexia alebo tehotenská anorexia opisuje správanie tehotných žien, ktoré znižujú počet kalórií v strave a vykonávajú intenzívne cvičenie v snahe kontrolovať prírastok hmotnosti

v tehotenstve (Mathieu 2009). Harasim-Piszczatowska a Krajewska-Kuľak (2017) uvádzajú, že tehotné ženy predstavujú skupinu, ktorá je obzvlášť citlivá na poruchy príjmu potravy, nakoľko ich orgány podliehajú dynamickým zmenám a v dôsledku toho sú často ďaleko od široko propagovaného ideálu. Pregorexiou trpí približne 5% žien počas a po tehotenstve. Správanie typické pre danú poruchu, ako aj dôvod (udržať si štíhlu siluetu) sú rovnaké ako u anorexie, avšak jej pôvod sa zdá iný, zatiaľ nie jasný (Babicz-Zielińska, Wądołowska, Tomaszewski 2013).

### Poruchy príjmu potravy v adolescentnom veku v kontexte sociálnej práce

Autorky sa v predchádzajúcej časti venovali teoretickej analýze PPP a ich novodobým formám ako súčasnému fenoménu u adolescentov. Z vedeckej spisby je možné vyčítať, že poruchy príjmu potravy sú v súčasnosti klasifikované ako sociálnopatologické javy, zaradené medzi formy rizikového správania so zreteľným aspektom závislosti k jedeniu a jedlu. Zároveň PPP sú zložitá ochorenia, ktoré postihujú v prevažnej miere práve adolescentov. V pilotnej štúdií<sup>23</sup> realizovanej a vyhodnocovanej v prvej polovici roka 2018 sa autorky zamerali na výskyt podozrenia na prítomnosť porúch stravovania (mentálnej anorexie alebo bulímie) práve u adolescentov. Výskumnú vzorku tvorilo 120 (63,8%) stredoškolských študentiek a 68 (36,2%) študentov vo veku od 15 do 20 rokov, ktorí navštevovali gymnázium (n=118) alebo konzervatórium (n=70). Výsledky uvedené v Tab. 1 upozorňujú na pomerne vysoký výskyt podozrenia na PPP, pričom priamo nevytvádzajú o existencii poruchy stravovania, ale len o jej možných prípadoch, ktoré boli identifikované na základe prítomnosti istých indikátorov porúch stravovania. Výsledky tiež poukázali na neexistenciu štatisticky významných rozdielov vo výskyte podozrenia na PPP medzi adolescentmi a adolescentkami, čo potvrdzuje tendenciu výskytu ochorenia rovnako u mužskej ako u ženskej populácii.

Tab. 1 Podozrenie na poruchy príjmu potravy

	N	%
bez podozrenia	140	74,5
podozrenie	<b>48</b>	<b>25,5</b>
	188	100

Adolescencia ako obdobie, v ktorom sa poruchy príjmu potravy objavujú najčastejšie, predstavuje vývinový prechod z detstva (od 10-13 rokov) do dospelosti do veku 18 až 22 rokov (Reel 2018). V tomto období sú jedinci značne citliví na tlak prameniaci z vnímaných štandardov fyzického vzhľadu (Jones 2004; Šiňanská, Žiaková 2014). Sociálne prostredie môžeme tiež vnímať ako sociálny faktor prispievajúci k rozvoju PPP, nakoľko môže vytvárať silné povedomie o sociálnych normách vzhľadom k vzhľadu a atraktivnosti, ktoré zvyšujú riziko zapojenia sa do nezdravých stratégií na zmenu tela (Bergstrom, Neighbors, Lewis 2004; Brunet et al. 2010).

V období adolescencie nadobúdajú sociálne interakcie väčší význam ako v ktoromkoľvek inom vývinovom období (Crone, Dahl 2012), človek hľadá vlastnú pozíciu vo svete, usiluje sa o emancipáciu z rodinného prostredia a osamostatnenie (Williams 2007). Rodičia adolescentov majú ťažkosti s prispôbením sa túžbe dospievajúcich byť autonómni. V dôsledku toho sa adolescenti môžu zapojiť do rizikového správania (Reel 2018), kde patrí aj chudobné, nezdravé stravovanie, poruchy príjmu potravy. Ide o obdobie, v ktorom sa mladí

<sup>23</sup> bližšie v Tóthová, Žiaková, 2019. Loneliness and Eating Disorders as Risk Factors in Adolescence.

Ľudia podieľajú na rizikovom správaní, a to vo vyššej miere v porovnaní s ostatnými vývinovými etapami (napr. Steinberg 2004). Nástup porúch stravovania sa často vyskytuje práve v dospievaní, i keď problémy môžu byť zrejme počas celej dĺžky života človeka (The Victorian Centre of Excellence in Eating Disorders and the Eating Disorders Foundation of Victoria 2004).

Nakoľko sa adolescent usiluje o nezávislosť od rodičov, dôležitá je identifikácia s inou, vo väčšine prípadov vrstovnickou skupinou.

Preto na jednej strane ako obzvlášť silná forma sociálnej interakcie v danom období vystupuje sociálne vylúčenie alebo odmietanie zo strany rovesníkov (Williams 2007), ktoré môže negatívne ovplyvniť individuálne a interpersonálne správanie (Baumeister et al. 2005; Ayduk, Gyurak, Luerssen 2008; Twenge, Catanese, Baumeister 2002), poskytuje väzbu k zapojeniu sa adolescentov do rizikového správania (Dishion, Owen 2002; La Greca, Prinstein, Fetter 2001; Simons-Morton, Lerner, Singer 2005). Sampson a Laub (1997) vysvetľujú, že adolescenti s ohrozenou alebo nesplnenou danou potrebou sa môžu zapojiť do rizikových aktivít alebo správania za účelom získania uznania rovesníkov. Na strane druhej môže vplyv rovesníckych skupín podporovať rizikové správanie, pokiaľ táto skupina vykazuje rizikové správanie a adolescent sa s ňou identifikuje. Bačová a Žiaková (2018) vnímajú adolescenciu ako obdobie sociálnych kontaktov a aktívneho spoločenského života, ale i ako obdobie s vysokým rizikom prežívania osamelosti.

Adolescenti môžu byť obzvlášť náchylní k novodobým poruchám príjmu potravy, ktoré sa spájajú s užívaním alkoholu, aktuálnou spoločenskou požiadavkou zdravého stravovania, fyzickou silou a atraktivitou, ale i (ne)sponenutými sociálnymi aspektmi ako je osamelosť, maladaptívne zvládanie náročných situácií, sociálna opora, sociálna izolácia, sociálne vylúčenie, vplyv sociálnej skupiny.

I napriek tomu, že jednotlivé formy PPP možno v Medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKCH-10) nájsť v časti duševné poruchy a poruchy správania, a novodobé formy PPP sú rovnako prevažne klasifikované ako psychické poruchy, postupne dochádza k ich uznaniu ako biopsychosociálnych porúch, na ktorých vzniku, vývoji i dôsledkoch sa podieľajú ako biologické, psychické, tak aj sociálne elementy.

Svoje opodstatnenie má preto i sociálna práca, zodpovedná práve za sociálne elementy a rola sociálneho pracovníka ako realizátora sociálnej pomoci prostredníctvom prevencie PPP. V dôsledku zvyšujúceho sa počtu jedincov trpiacich touto biopsychosociálnou poruchou, objavovaním sa novým foriém PPP, otázka prevencie naberá na svojej aktuálnosti.

Jedným zo spôsobov je propagovanie vzdelávania v oblasti mediálnej gramotnosti ako sľubného prístupu k prevencii porúch príjmu potravy a súvisiacich rizikových faktorov ako je nespokojnosť so vzhľadom svojho tela a nesprávnym stravovaním. Tento prístup by mal učiť adolescentov kriticky myslieť o správach zobrazovaných v médiách, najmä so zameraním na nerealistickú povahu mediálnych obrazov. Následne by sa tak znížila dôveryhodnosť a presvedčivý vplyv mediálnych správ prostredníctvom sociálnych sietí, ktoré podporujú ideál krásy dokonalého tela ako dosiahnutého úspechu.

V súvislosti s rizikovým správaním spojeným so škodlivým účinkom na zdravie spôsobené fajčením tabaku a konzumáciou alkoholu sa už vyvinuli opatrenia a programy mediálnej gramotnosti. Avšak na zlepšenie prevencie porúch príjmu potravy založenej na mediálnej gramotnosti je potrebné identifikovať, sprístupniť a jednoducho implementovať vytvorené programy mediálnej gramotnosti pre adolescentov do škôl.

Teória a výskum jasne ukazujú, že napr. program Media Smart (Wilksch, Wade 2009; Espinoza, Penelo, Raich 2013) výrazne znižuje rizikové faktory porúch stravovania u dievčat a chlapcov stredných škôl. Tento typ mediálnej gramotnosti predstavuje rozvoj kritickej sociálnej perspektívy ako nevyhnutnej pre prevenciu voči PPP.

## Záver

História porúch príjmu potravy siaha až do staroveku, ale až v poslednom storočí sa vytvorili definície tejto diagnózy zahrňujúce psychické, somatické a sociálne prediktory a dôsledky. V súčasnosti sú poruchy príjmu potravy radené medzi formy rizikového správania, ktoré v prevažnej miere postihujú populáciu v adolescentnom veku. Ako vyplýva z vedeckej spisby a z výsledkov pilotnej štúdie, pri poruchách príjmu potravy je veľmi dôležitá prevencia. Zásadnú úlohu sociálnej práce vidia autorky v prevencii porúch príjmu potravy v oblasti mediálnej gramotnosti voči PPP, najmä na sociálnych sieťach.

## Zoznam použitej literatúry

- AL-ADAWI, S. et al., 2002. A Survey of Anorexia Nervosa Using the Arabic Version of the EAT-26 and "Gold Standard" Interviews among Omani Adolescents. *Eating and Weight Disorders*. 7(4), 304–311. ISSN 1124-4909.
- ANAD, NATIONAL ASSOCIATION OF ANOREXIA NERVOSA AND ASSOCIATED DISORDERS. *Eating Disorders Statistics* [online]. [cit. 2018-10-28]. Dostupné z: <http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/>
- AYDUK, O., A. GYURAK, and A. LUERSSSEN, 2008. Individual Differences in the Rejection-Aggression Link in the Hot Sauce Paradigm: The Case of Rejection Sensitivity. *Journal of Experimental Social Psychology*. 44(3), 775–782. ISSN 0022-1031.
- BABICZ-ZIELIŃSKA, E., L. WĄDOŁOWSKA, and D. TOMASZEWSKI, 2013. Eating Disorders: Problems of Contemporary Civilisation – A Review. *Polish Journal of Food and Nutrition Sciences*. 63(3), 133–146. ISSN 1230-0322.
- BAČOVÁ, M. a E. ŽIAKOVÁ, 2018. Prežívanie osamelosti ako prediktor sociálne rizikového správania. In: BALOGOVÁ, B., M. HAMADEJ, eds. *Aktuálne oblasti spoločenskovedného výskumu – Zborník príspevkov z VIII. doktorandskej konferencie*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, s. 132-138. ISBN 978-80-555-1989-0.
- BARRY, A. E., and A. K. PIAZZA-GARDNER, 2012. Drunkorexia: Understanding the Co-Occurrence of Alcohol Consumption and Eating/Exercise Weight Management Behaviors. *Journal of American College Health*. 60(3), 236–243. ISSN 0744-8481.
- BAUMEISTER, R. F. et al., 2005. Social Exclusion Impairs Self-Regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 88(4), 589–604. ISSN 0022-3514.
- BERGSTROM, R. L., C. NEIGHBORS, and M. A. LEWIS, 2004. Do Men Find "Bony" Women Attractive? Consequences of Misperceiving Opposite Sex Perceptions of Attractive Body Image. *Body Image: An International Journal of Research*. 1(2), 183–191. ISSN 1740-1445.
- BRATMAN, S., and D. KNIGHT, 2000. *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. New York: Broadway. ISBN 0-7679-0585-7.
- BRUNET, J. et al., 2010. Exploring a Model Linking Social Physique Anxiety, Drive for Muscularity, Drive for Thinness and Self-Esteem among Adolescent Boys and Girls. *Body Image: An International Journal of Research*. 7(2), 137–142. ISSN 1740-1445.
- BRYTEK-MATERA, A., 2012. Orthorexia Nervosa – an Eating Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder or Disturbed Eating Habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 1(14), 55–60. ISSN 1509-2046.
- BURKE, S. C. et al. 2010. Drunkorexia: Calorie Restriction Prior to Alcohol Consumption among College Freshmen. *Journal of Alcohol and Drug Education*. 54(2), 17–35. ISSN 0090-1482.
- CRONE, E. A., and R. E. DAHL, 2012. Understanding Adolescence as a Period of Social-affective Engagement and Goal Flexibility. *Nature Reviews. Neuroscience*. 13(9), 636–650. ISSN 1471-003X.

- de ZWAAN, M., 2001. Binge Eating Disorder and Obesity. *International Journal of Obesity*. **25**(S1), S51–S55. ISSN 1476-5497.
- DISHION, T. J., and L. D. OWEN, 2002. A Longitudinal Analysis of Friendships and Substance Use: Bidirectional Influence from Adolescence to Adulthood. *Development Psychology*. **38**(4), 480–491. ISSN 0012-1649.
- ESPINOZA, P., E. PENELO, and R. M. RAICH, 2013. Prevention Programme for Eating Disturbances in Adolescents. Is Their Effect on Body Image Maintained at 30 Months Later? *Body Image*. **10**(2), 175–181. ISSN 1740-1445.
- GILES, S. M. et al., 2009. Calorie Restriction on Drinking Days: An Examination of Drinking Consequences among College Students. *Journal of American College Health*. **57**(6), 603–609. ISSN 0744-8481.
- GOLDEN, R. N., and F. L. PETERSON (eds.), 2009. *The Truth about Eating Disorders*. 2<sup>nd</sup> edition. New York: Facts on File, Inc. ISBN 978-0-8160-7633-8.
- GUNWARDENE, A., G. F. HUON, and R. ZHENG, 2001. Exposure to Westernization and Dieting: A Cross-Cultural Study. *The International Journal of Eating Disorders*. **29**(3), 289–293. ISSN 0276-3478.
- GRIFFITHS, L. J., and A. S. PAGE, 2008. The Impact of Weight-related Victimization on Peer Relationships: The Female Adolescent Perspective. *Obesity (Silver Spring)*. **16**(S2), S39–S45. ISSN 1930-7381.
- HARASIM-PISZCZATOWSKA, E., and E. KRAJEWSKA-KUŁAK, 2017. Pregorexia – Anorexia of Pregnant Women. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*. **13**(3), 363–367. ISSN 1734-1531.
- HOEK, H. W., 2014. Epidemiology of Eating Disorders in Persons Other than the Highrisk Group of Young Western Females. *Current Opinion in Psychiatry*. **27**(6), 423–425. ISSN 0951-7367.
- HUON, G. F. et al., 2002. A Large-Scale Survey of Eating Disorder Symptomatology among Female Adolescents in the People's Republic of China. *The International Journal of Eating Disorders*. **32**(2), 192–205. ISSN 0276-3478.
- CHAMBERS, R. A., 2008. Drunkorexia. *Journal of Dual Diagnosis*. **4**(4), 414–416. ISSN 1550-4271.
- CHAMMAS, R. et al., 2017. Eating Disorders among University Students in a Middle Eastern Urban Setting: Who Is at Risk? *Clinical Nutrition*. **36**(S1), S113–S114. ISSN 0261-5614.
- JANKOVÁ, G. a K. RUNNOVÁ, 2017. Mediálna kultúra a jej dopad na nové formy porúch príjmu potravy. *Prohuman* [online]. [cit. 2018-10-14]. Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/psychologia/medialna-kultura-a-jej-dopad-na-nove-formy-poruch-prijmu-potravy>
- JACKSON, E., 2004. *Jídlo a proměna. Symbolika jídla ve snech, pohádkách a mýtech*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka. ISBN 978-80-8588-037-3.
- JONES, D. C., 2004. Body Image among Adolescent Girls and Boys: A Longitudinal Study. *Developmental Psychology*. **40**(5), 823–835. ISSN 0012-1649.
- KOVEN, N. S., and A. W. ABRY, 2015. The Clinical Basis of Orthorexia Nervosa: Emerging Perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. **11**, 385–394. ISSN 1176-6328.
- LaGRECA, A. M., M. J. PRINSTEIN, and M. D. FETTER, 2001. Adolescent Peer Crowd Affiliation: Linkages with Health-Risk Behaviors and Close Friendships. *Journal of Pediatric Psychology*. **26**(3), 131–143. ISSN 1465-735X.
- LYONS, L., 2017. Eating Disorders on the Rise All Around the World: An Overview. *Eating Disorder Hope* [online]. [cit. 2018-10-14]. Dostupné z: <https://www.eatingdisorderhope.com/blog/eating-disorders-world-overview>

- MAKINO, M., K. TSUBOI, and L. DENNERSTEIN, 2004. Prevalence of Eating Disorders: A Comparison of Western and Non-Western Countries. *MedGenMed: Medscape General Medicine*. **6**(3), 49. ISSN 1531-0132.
- MATHIEU, J., 2009. What is Pregorexia? *Journal of the American Dietetic Association*. **109**(6), 976–979. ISSN 0002-8223.
- MKCH-10 [online]. [cit. 2018-10-10]. Dostupné z: <http://www.nczisk.sk/standardy-v-zdravotnictve/pages/medzinarodna-klasifikacia-chorob-mkch-10.aspx>
- NCASA, NATIONAL CENTER ON ADDICTION AND SUBSTANCE ABUSE, 2007. *Wasting the Best and the Brightest: Substance Abuse at America's Colleges and Universities* [online]. Columbia University [cit. 2018-10-14]. Dostupné z: <http://big.assets.huffingtonpost.com/b1kms01k-3.pdf>
- NATIONAL EATING DISORDER ASSOCIATION [online]. [cit. 2018-10-14]. Dostupné z: [www.nationaleatingdisorders.org](http://www.nationaleatingdisorders.org)
- OBČIANSKE ZDRUŽENIE F50 [online]. [cit. 2018-10-17]. Dostupné z: <http://f50.sk/co-su-to-ppp/>
- PERALTA, R., 2002. Alcohol Use and the Fear of Weight Gain in College. *Gender Issues*. **20**(4), 23–42. ISSN 1098-092X.
- PIKE, K. M., and P. E. DUNNE, 2015. The Rise of Eating Disorders in Asia: A Review. *Journal of Eating Disorders* [online]. **3**, 33 [cit. 2018-10-28]. ISSN 2050-2974. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4574181/>
- PIKE, K. M., H. W. HOEK, and P. E. DUNNE, 2014. Cultural Trends and Eating Disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. **27**(6), 436–442. ISSN 0951-7367.
- PRINCE, R., 1985. The Concept of Culture-Bound Syndromes: Anorexia Nervosa and Brain-Fag. *Social Science & Medicine*. **21**(2), 197–203. ISSN 0037-7856.
- RAHAL, C. J. et al., 2012. Development and Validation of the Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale (CEBRACS). *Eating Behaviors*. **13**(2), 83–87. ISSN 1471-0153.
- RAUOF, M. et al., 2015. Prevalence of Eating Disorders Among Adolescents in the Northwest of Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. **17**(10), e19331. ISSN 2074-1804.
- REEL, J. J., 2018. *Eating Disorders: Understanding Causes, Controversies, and Treatment*. Santa Barbara, California: Greenwood. ISBN 978-1-4408-5300-5.
- SAMPSON, R. J., and J. H. LAUB, 1997. *A Life-Course Theory of Cumulative Disadvantage and the Stability of Delinquency*. New Brunswick: N.J. Transaction Publishers.
- SIMONS-MORTON, B., N. LERNER, and J. SINGER, 2005. The Observed Effects of Teenage Passengers on the Risky Driving Behavior of Teenage Drivers. *Accident; Analysis and Prevention*. **37**(6), 973–982. ISSN 0001-4575.
- STEINBERG, L., 2004. Risk Taking in Adolescence: What Changes, and Why? *Annals of the New York Academy of Science*. **1021**, 51-58. ISSN 0077-8923.
- STRIEGEL-MOORE, R. H., 2000. One-Year Use and Cost of Inpatient and Outpatient Services among Female and Male Patients with an Eating Disorder: Evidence from a National Database of Health Insurance Claims. *The International Journal of Eating Disorders*. **27**(4), 381–389. ISSN 0276-3468.
- ŠIŇANSKÁ, K., a E. ŽIAKOVÁ, 2014. E-learning as a Significant Part of Education Increasing the Possibilities of Coping with Oncological Disease in Adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. **132**, 715–721. ISSN 1877-0428.
- THE VICTORIAN CENTRE OF EXCELLENCE IN EATING DISORDERS AND THE EATING DISORDERS FOUNDATION OF VICTORIA. *An Eating Disorders Resource for Schools: A Manual to Promote Early Intervention and Prevention of Eating Disorders in Schools*. Victoria: The Victorian Centre of Excellence in Eating Disorders and the Eating Disorders Foundation of Victoria, 2004.

- TONG, J. et al., 2014. A Two-Stage Epidemiologic Study on Prevalence of Eating Disorders in Female University Students in Wuhan, China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. **49**(3), 499–505. ISSN 0933-7954.
- TÓTHOVÁ, L. a T. ŽIAKOVÁ, 2019. Loneliness and Eating Disorders as Risk Factors in Adolescence. In: *Social Work without Prejudices*. In Press.
- TWENGE, J. M., K. R. CATANESE, and R. F. BAUMEISTER, 2002. Social Exclusion Causes Self-defeating Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*. **83**(3), 606–615. ISSN 0022-3514.
- VÁGNEROVÁ, M., 2000. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 80-7178-496-6.
- WILKSCH, S. M., and T. D. WADE, 2009. Reduction of Shape and Weight Concern in Young Adolescents: A 30-month Controlled Evaluation of a Media Literacy Program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. **48**(6), 652–661. ISSN 0890-8567.
- WILLIAMS, K. D., 2007. Ostracism. *Annual Review of Psychology*. **58**, 425–452. ISSN 0066-4308.
- ZEENI, N., H. SAFIEDDINE, and R. DOUMIT, 2017. Eating Disorders in Lebanon: Directions for Public Health Action. *Community Mental Health Journal*. **53**(1), 117–125. ISSN 0010-3853.

#### **Kontakt na autorky**

*Mgr. Lucia Tóthová, PhD., Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Moyzesova 9, 040 59 Košice, Slovenská republika, email: lucia.tothova1@upjs.sk*

*Mgr. Tatiana Žiaková, PhD., Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Moyzesova 9, 040 59 Košice, Slovenská republika, email: tatiana.ziakova@upjs.sk*

# Potenciál komunitných centier pri prevencii rizikového správania v marginalizovaných rómskych komunitách<sup>24</sup>

*Potential of community centers to prevent risk behaviors in marginalized Roma communities*

Katarína Šiňanská (SR)

## Abstrakt

V teoretických východiskách autorka upriamuje pozornosť na sociálnu prevenciu ako dôležitú súčasť sociálnej práce. Tá je na Slovensku zakotvená v zákone o sociálnych službách, kde sú definované i konkrétne typy sociálnych služieb. Jedným z druhov sociálnych služieb je napríklad komunitné centrum, ktoré môže mať veľký potenciál pri prevencii rizikového správania. V našich podmienkach ide o sociálnu službu, ktorá je realizovaná najmä v prostredí marginalizovaných rómskych komunít. V empirickej časti príspevok prezentuje výsledky kvalitatívne orientovaného výskumu, ktorého hlavným cieľom bolo overiť možnosti komunitných centier pri prevencii rizikového správania v marginalizovaných rómskych komunitách.

**Kľúčové slová:** Sociálna prevencia. Sociálne služby. Sociálna práca s komunitou. Komunitné centrum. Rizikové správanie. Marginalizovaná rómska komunita.

## Abstract

In the theoretical basis, the author draws attention to social prevention as an important part of social work. This is, in Slovakia, enshrined in the law on social services, where specific types of social services are defined. One type of social services is, for example, a community center that can have a great potential in the prevention of risk behaviours. In our conditions, it is a social service, which is mainly implemented in the area of marginalized Roma communities. In the empirical part, the paper presents the results of qualitatively oriented research, whose main objective was to verify the options of community centers in the prevention of risk behaviours in marginalized Roma communities.

**Keywords:** Social prevention, Social services, Community social work, Community center, Risk behaviours, Marginalized Roma communities.

## 1 Teoretické východiská

*Sociálna prevencia* je súbor systémových opatrení, metód sociálnej práce, aktivít, postupov a techník, ktoré používajú sociálni pracovníci s cieľom zabrániť vzniku, prehĺbeniu alebo recidíve porúch sociálneho fungovania jednotlivcov, rodín, skupín a komunít ako aj vytváranie priaznivých sociálnych podmienok pre pôsobenie na všetkých jej úrovniach (Tokárová 2003).

Pojem prevencia pochádza z latinského *pre* (predtým) a *venire* (ísť), teda predísť nejakej nežiaducej sociálnej situácii. Prevencia je dôležitá na udržanie si zdravého života. Predchádza a zabraňuje príčinám, ktoré by mohli ohrozovať náš zdravý vývin. (Adány 2011)

Podľa Levickej (2007) sa má sociálna prevencia poskytovať občanovi s cieľom aktivovať jeho prirodzené zdroje a schopnosti tak, aby predovšetkým neprichádzalo k vzniku sociálno-patologických situácií v jeho živote, ale tiež má mobilizovať jeho silu na dosiahnutie zmeny v prípade, že občan sa ocitol v stave hmotnej alebo sociálnej núdze.

Prevencia sa môže vykonávať inštitucionálnou, ambulantnou alebo terénnou formou. Stanek (2006) uvádza, že prevencia sa vykonáva v troch úrovniach:

---

<sup>24</sup> Príspevok vznikol v rámci riešenia vedeckovýskumnej úlohy Vega 1/0285/18 s názvom „Rizikové správanie adolescentov ako klientov sociálnej práce v dôsledku ich osamelosti“.



- primárnej – zameranej na vytváranie podmienok pre zabezpečenie normálneho vývoja,
- sekundárnej – zameranej už na konkrétne problémy s použitím adresných foriem práce a smeruje k zabraňovaniu prehlbovania už vzniknutých porúch, ale aj k občanom ohrozeným sociálnopatologickými javmi,
- terciárnej – zameranej na zabránenie prehlbovaniu už vzniknutého problému s cieľom integrovať občana do spoločnosti.

Aby bola prevencia účinná, musia sa dodržiavať základné zásady, medzi ktoré patrí:

- prepojenie viacerých služieb,
- dobrovoľnosť, klienta na preventívnych aktivitách,
- systém prevencie,
- zodpovednosť pracovníka (Levická 2007) a profesionalita pracovníka predstavovaná vedomosťami i osobnými predpokladmi (Elichová 2017).

Taktiež je dôležitá forma sociálnej práce – terénna sociálna práca (Levická 2007).

Z pohľadu sociálnej práce bolo poskytovanie sociálnej prevencie zakotvené najmä v zákone č. 196/1998 Z.z. o sociálnej pomoci. Tento zákon bol zrušený a nahradený zákonom č. 448/2008 o sociálnych službách, ktorý však už sociálnej prevencii nevenuje detailnú pozornosť.

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny definuje **sociálne služby** ako jednu z foriem sociálnej pomoci pre ľudí v nepriaznivej sociálnej situácii. Prostredníctvom nich podporuje štát sociálne začlenenie občanov a uspokojovanie sociálnych potrieb ľudí v nepriaznivej sociálnej situácii. Sú zamerané na:

- prevenciu vzniku, riešenia alebo zmiernenia nepriaznivej sociálnej situácie jednotlivca, rodiny alebo komunity,
- zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti jednotlivca viesť samostatný život,
- podporu začlenenia jednotlivca do spoločnosti,
- prevenciu sociálneho vylúčenia,
- riešenie krízovej sociálnej situácie rodiny alebo jednotlivca ([www.employment.gov.sk](http://www.employment.gov.sk)).

Podľa zákona č. 448/2008 o sociálnych službách jedným z druhov sociálnych služieb poskytovaných v zariadeniach je i **komunitné centrum**. V komunitnom centre sa fyzickej osobe v nepriaznivej sociálnej situácii poskytuje základné sociálne poradenstvo, pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov, pomoc pri príprave na školské vyučovanie a sprevádzanie dieťaťa do a zo školského zariadenia, vykonáva sa v ňom preventívna aktivita a zabezpečuje záujmová činnosť. Taktiež sa v ňom vykonáva komunitná práca a komunitná rehabilitácia. Sociálnu službu v komunitnom centre možno poskytovať ambulantnou sociálnou službou a terénnou formou sociálnej služby prostredníctvom terénneho programu.

**Komunita** je miestom, v ktorom sa realizujú a spájajú hodnoty, potreby a záujmy ľudí, miestom, v ktorom sa tieto potreby a záujmy jednotlivcov uspokojujú (Šlosár 2014).

Medzi základné znaky komunity môžeme zaradiť:

- veľkosť a súdržnosť komunity,
- rovnosť členov komunity (či už sa týka veku, pohlavia, spoločných cieľov, atď.),
- intimita komunity (hlavne v málo člennej komunite),
- či je komunita stála, dočasná, prechodná alebo pretrvávajúca,
- vzájomná závislosť komunity,
- postavenie člena komunity (hierarchia alebo rovnocennosť),
- schopnosť uspokojovať ciele členov,
- cieľavedomosť členov komunity (Hartl 1997).

**Sociálna práca s komunitou** je potrebná hlavne vtedy, ak sú v spoločnosti patologické poruchy, ako napr. vznik a nárast sociálno-patologických javov v danej komunite, sociálna

diskriminácia komunity, znevýhodnenie členov komunity voči ostatným, a ďalšie iné poruchy.

**I rizikové správanie** je jedným z typov sociálnej patológie. Predstavuje také správanie, ktoré priamo alebo nepriamo ústi v zdravotnom alebo psychosociálnom poškodení jedinca, iných osôb, prostredia alebo majetku (Macek 2003, in: Sobotková a kol. 2014; Lichner 2017; Tóthová, Žiaková 2017; Vasil'ová Lovašová 2018). „Pojmom rizikové správanie definujeme také správanie jednotlivca alebo skupiny, ktoré zapríčiňuje preukázateľný nárast sociálnych, psychologických, zdravotných, vývinových, fyziologických a ďalších rizík pre jedinca, pre jeho okolie a/alebo pre spoločnosť“ (Dolejš 2010, s. 9).

Sociálna práca s komunitou je tiež niekedy potrebná z tendenčného hľadiska, ak spoločnosť žiada kultúrnu, zdravotnú, hygienickú, vzdelávaciu a inú úroveň v komunite. Komunitná sociálna práca je jednou z metód sociálnej práce. Ide o prácu, ktorá sa snaží upozorniť na zmeny a podporovať jedinca alebo skupinu na realizáciu zmeny. Taktiež ich podporuje k posilneniu ich schopnosti riešiť konkrétny problém. Cieľom je rozvoj komunity a jej posilnenie. Taktiež podpora, splnomocnenie a motivácia jednotlivca alebo skupiny k zvládaniu riešiť konkrétne problémy alebo konkrétnu životnú udalosť, aby vedel zvyšovať svoju kvalitu života a to všetko bez akejkoľvek pomoci, čiže svojpomocne (Šlosár 2008). Významné je pôsobenie odborného pracovníka komunitného centra, ktorý identifikuje povahu (vznik, charakter a rozsah) problému daného jednotlivca a jeho rodiny (Bačová, Žiaková 2018a; Bačová, Žiaková 2018b).

Komunitné centrum poskytuje pracovníkom v komunitnom centre zázemie, majú tam umiestnené svoje dokumentácie, techniku, projekty, pracovné pomôcky. Komunitné centrum im poskytuje miesto na vykonávanie práce. Pracovníkov v komunite zastrešuje buď obec, alebo organizácia, ktorá spravuje komunitné centrum na základe zmluvy s obcou. Pracovník v komunitnom centre je profesionál, ktorý má spĺňať odborné aj morálne kritéria v takých činnostiach, ktoré v komunitnom centre vykonáva. Výhodou sú praktické skúsenosti, odborná prax a vzdelanie v tej oblasti, ktorú v komunitnom centre pracovník vykonáva. V komunitnom centre by mal byť vedúci a ďalší komunitní pracovníci. V prípade potreby môže komunitné centrum využiť aj služby dobrovoľníkov s odbornou praxou alebo skúsenosťami v tej oblasti, na ktorú ju bude komunitné centrum potrebovať. Počet pracovníkov v komunitnom centre sa odvíja od rozpočtu komunitného centra alebo počtu služieb, ktoré komunitné centrum obyvateľom ponúka (Šul'ová 2014).

Komunitné centrá sú často zriaďované v obciach s prítomnosťou **marginalizovanej rómskej komunity**. Cieľom takéhoto komunitného centra je i zameranie sa na uplatnenie sa Rómov v živote ako aj v spoločnosti, napríklad pomocou rôznych opakujúcich sa činností alebo jednorazových aktivít. Takéto komunitné centra sa snažia zlepšiť život Rómov, odstrániť predsudky, nepochopenia a zlý obraz majority o tejto menšine, i zlepšiť komunikáciu medzi majoritou a minoritou.

V prvej rómskej multimedialnej encyklopédii Amari Luma je uvedená definícia pojmu marginalizovaná rómska komunita. Ide o komunitu s veľkou koncentráciou Rómov, ktorí trpia vysokou mierou sociálnej exekúcie a deprivácie. Podpora marginalizovaných rómskych komunít je zameraná na štyri oblasti, a to na:

- vzdelávanie,
- zamestnanosť,
- zdravie,
- a bývanie.

Taktiež je zameraná na tri okruhy nasledujúcich problémov:

- chudoba,
- rodová rovnosť,
- diskriminácia ([www. databanka.romanokher.eu](http://www.databanka.romanokher.eu))

## 2 Metodika a charakteristika súboru

V roku 2018 sme na KSP FF UPJŠ v Košiciach realizovali výskum v dvoch komunitách s prítomnosťou marginalizovanej rómskej komunity, v obci Boľany a v obci Rankovce (Sačuriová 2018, Horváthová 2018). V oboch sú zriadené komunitné centrá, dve obcou a dve neziskovými organizáciami. Sú nápomocné všetkým obyvateľom a okrem iných aktivít ponúkajú rôzne preventívne programy. Tie sú určené pre viaceré cieľové skupiny – deti, adolescentov, dospelých i seniorov, v mnohých oblastiach - zdravie, zamestnanosť, vzdelávanie, voľný čas, bývanie a pod.

Hlavným cieľom výskumu bolo overiť možnosti komunitných centier pri prevencii rizikového správania v marginalizovaných rómskych komunitách.

Výskum bol kvalitatívne orientovaný, realizovaný formou pološtrukturovaných rozhovorov s otázkami vlastnej konštrukcie, ktoré sme vyhodnocovali obsahovou analýzou. Výskumnú vzorku tvorilo 6 pracovníkov komunitných centier a sedem klientov komunitných centier.

## 3 Najdôležitejšie výskumné zistenia

### ➤ **Kategória 1: Rôznorodý charakter preventívnych aktivít je dôležitý.**

Komunitné centrá poskytujú svojim členom preventívne aktivity rôzneho charakteru. Umožňujú im širšie nahliadnuť na riziko, aké členom hrozí, napr. ak nebudú dodržiavať pravidelnú hygienu, ak sa z detí stanú záškoláci, riziko pri nechránenom styku, následky patologického hráčstva atď. Klienti, pravidelne sa zúčastňujúci na preventívnych aktivitách sa naučia ochraňovať seba, rodinu ale aj spoločnosť, v ktorej žijú.

### ➤ **Kategória 2: Nevyhnutné je zapájanie rôznych cieľových skupín do prevencie.**

Pracovníčky komunitného centra sa snažia uskutočňovať preventívne aktivity pre rôzne cieľové skupiny klientov. Preventívne aktivity uskutočňujú pre deti, mládež, klientov stredného veku ale aj seniorov. Ukazuje sa potrebným venovať zvýšenú pozornosť najmä seniorom, ktorí sa častokrát stávajú terčom podvodov, najmä finančných. Pre mladších klientov v produktívnom veku sú určené najmä preventívne aktivity spojené so zvýšením šancí uspieť na trhu práce. Prevencia u detí a mládeže je zameraná najmä na proces vzdelávania a efektívneho trávenia voľného času.

### ➤ **Kategória 3: Klienti by ocenili celotýždňovú prevádzku komunitného centra.**

Klienti by uvítali celotýždňovú prevádzku komunitného centra, vrátane víkendov. Mnoho klientov je odkázaných na pomoc pracovníčok a neraz sa stalo, že boli zavolané do práce aj cez víkend, kedy museli vyriešiť neodkladnú situáciu. Dôležité je, aby klienti cítili v pracovníčkach podporu a oporu, aby sa na nich vedeli spoľahnúť kedykoľvek.

### ➤ **Kategória 4: Preventívne aktivity majú priamy pozitívny dopad na život klientov.**

Vďaka preventívnym aktivitám ponúkaným v komunitnom centre sa zmenila spoločenská situácia klientov. Odkedy komunitné centrum v obci vzniklo a začali sa realizovať preventívne aktivity, mnohým klientom to napomohlo zmeniť svoj život od základov. Našli si riadne platenú prácu, dokončili školu, založili si rodinu, majú vlastný dom, o ktorý sa vedia postarať a vhodne ho udržiavať. Majoritná spoločnosť ich následne vníma pozitívnejšie, rovnocennejšie.

### ➤ **Kategória 5: Efektivitu preventívnych aktivít je potrebné monitorovať a evaluovať.**

Klienti svoju spokojnosť pracovníčkam prejavujú spätnou väzbou (napr. na papieriky kreslia „smajlíky“ podľa spokojnosti), ktorú pracovníčky pravidelne vyhodnocujú. Väčšina klientov vykazuje spokojnosť. S nespokojnosťou sa stretávajú najmä v prípadoch, že sa preventívna aktivita príliš bytostne týka konkrétneho účastníka (napr. ak práve prebieha preventívna aktivita zameraná na závislosti rôzneho typu a medzi zúčastnenými je závislý klient, ktorý sa spozná, tak sa často začne správať agresívne). Dôležité je, aby aktivity boli

zrozumiteľné, adresné a pre klientov atraktívne. Záujem je najmä o aktivity realizované neformálnou, zážitkovou formou, s využitím rôznych kreatívnych pomôcok. Napr. pri preventívnej aktivite ako sa správať na cestách používajú pracovníčky rôzne dopravné značky, hračky, autíčka a iné pomôcky. Pri aktivite zameranej na hľadanie si práce si pracovníčky rozdelia roly na zamestnanca a zamestnávateľa a prostredníctvom rolových hier ukazujú klientom ako sa správať na pracovnom pohovore. Pracovníčky pozývajú odborníkov, aby prednášali klientom, napr. policajtov, hasičov, lekárov. Pracovníčky považujú spokojnosť klientov za dôležitý ukazovateľ efektivity preventívnych aktivít. Spokojnosť je zároveň motiváciou zúčastňovať sa preventívnych aktivít pravidelne a motiváciou pre prizývanie ďalších rodinných príslušníkov či známych efektom snehovej gule.

➤ **Kategória 6: Sociálna prevencia je neoddeliteľne prepojená s terénnou sociálnou prácou.**

Pracovníčky využívajú formu terénnej sociálnej práce, ktorá im pomáha reálnejšie nazerať do životov ich klientov, ako práve žijú, aký majú problém, vidia koreň problému, to prečo vznikol. Túto formu považujú za najúčinnnejšiu a najlepšiu. Pre pracovníčky je dôležité vidieť ako sa ich klienti správajú v konkrétnej situácii, vo svojom prirodzenom prostredí (aké sú vzťahy v rodine, aký má rodina vzťah k spoločnosti....).

### **Záver**

Ukazuje sa, že potenciál komunitných centier pri prevencii rizikového správania v marginalizovaných rómskych komunitách je veľký. Realizáciu preventívnych aktivít pozitívne vnímajú pracovníčky komunitných centier, i klienti. Pracujú v prirodzenom prostredí klientov a ponuku preventívnych programov odvíjajú priamo od potrieb klientov, či od problémov, ktoré sa v komunitách aktuálne vyskytujú. Pri zostavovaní preventívnych aktivít je nevyhnutné brať do úvahy potrebu rôznorodosti, aktuálnosti i zameranie sa na konkrétnu cieľovú skupinu. Aby bola prevencia účinná, je vhodné monitorovať a pravidelne evaluovať realizáciu preventívnych aktivít. Rovnako pracovníčky, ako i klienti badajú priamy pozitívny dopad na život klientov.

### **Zoznam použitej literatúry**

- ADÁNY, R. 2011. *Megelöző orvostan és népegészségtan* [online]. [cit. 2018-10-05]. Dostupné z: [https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0019\\_1A\\_Megelozo\\_orvostan\\_es\\_nepegeszségtan/ch05.html](https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0019_1A_Megelozo_orvostan_es_nepegeszségtan/ch05.html), dňa 21.11.2018.
- AMARI LUMA. *Marginalizované rómske komunity* [online]. [cit. 2018-10-05]. Dostupné z: <http://databanka.romanokher.eu/lexikon/marginalizovane-romske-komunity/>, dňa 21.11.2018.
- BAČOVÁ, M. a E. ŽIAKOVÁ, 2018a. Osamelosť ako sociálny fenomén vo vzťahu k rizikovému správaniu. In: *Jarná internacionalizovaná škola doktorandov 2018: zborník príspevkov z 5. ročníka Jarnej internacionalizovanej školy doktorandov UPJŠ: 11.-14.6.2018, Liptovský Ján*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 264-268. ISBN 978-80-8152-612-1.
- BAČOVÁ, M. a E. ŽIAKOVÁ, 2018b. Teoretické východiská problematiky extrémizmu v podmienkach Slovenskej republiky a psycho-sociálne faktory extrémistického správania. In: *Prejavy radikalizmu a extrémizmu v sociálnych vzťahoch*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 53-62. ISBN 978-80-8152-640-4.
- DOLEJŠ, M., 2010. *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2642-6.
- ELIHOVÁ, M. 2017. *Sociální práce, aktuální otázky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0080-4.

- HARTL, P., 1997. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Slon. ISBN 80-85850-45-1.
- HORVÁTHOVÁ, K., 2018. *Význam komunitného centra pre marginalizovanú rómsku komunitu*. Bakalárska práca.
- LEVICKÁ, J., 2007. *Metódy sociálnej práce*. Bratislava: SPN. ISBN 978-80-10-00969-6.
- LICHNER, V. a D. ŠLOSÁR., 2017. *Problematické používanie internetu u adolescentov v kontextoch teórie a praxe sociálnej práce*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta. ISBN 978-80-8152-533-9.
- MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SR. 2018. *Sociálne služby*. Dostupné z: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/>, dňa 21.11.2018.
- SACURIOVÁ, K., 2018. *Možnosti preventívnych aktivít v komunitnom centre*. Bakalárska práca.
- SOBOTKOVÁ, V. N. a kol., 2014. *Rizikové a antisociálne chováni v adolescenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4042-3.
- STANEK, V., 2006. *Sociálna politika*. Bratislava: Sprint. ISBN 80-89085-66-0.
- ŠLOSÁR, D., 2008. Komunitný rozvoj. In: *Marginalizované skupiny: zborník vedeckých štúdií k problematike stratégií vo vzťahu k marginalizovaným skupinám*. Košice: Košický samosprávny kraj, PU FF IEaSP, s.,59-70. ISBN 978-80-970001-0-3.
- ŠLOSÁR, D., 2014. Komunitná sociálna práca. In: FABIAN, A. a kol. *Svet sociálnej práce*. Košice: UPJŠ v Košiciach, s. 102-138. ISBN 978-80-8152-097-6.
- ŠULOVÁ, M., 2014. *Komunitné centrum ako nástroj na podporu rómskej kultúry*. Ružomberok: Verbum. ISBN 978-80-561-0196-4.
- TOKÁROVÁ, A. a kol., 2003. *Sociálna práca*. Prešov: Akcent print. ISBN 80-968368-5-7.
- TÓTHOVÁ, L. a E. ŽIAKOVÁ, 2017. *Rizikové správanie onkologicky chorých klientov sociálnej práce*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. ISBN 978-80-8152-524-7.
- VASILOVÁ, V. a S. LOVAŠOVÁ, 2018. Sociálna práca v školách ako forma prevencie extrémizmu. In: *Prejavy radikalizmu a extrémizmu v sociálnych vzťahoch*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 129-135. ISBN 978-80-8152-640-4.
- Zákon č. 448/2008 o sociálnych službách

### **Kontakt na autorku**

*PhDr. Katarína Šišanská, PhD., Katedra sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach, Moyzesova 9, 040 59 Košice, email: katarina.sinanska@upjs.sk*

## **Rozvoj vnímania kultúry u znevýhodnených skupín ako priestor eliminácie predsudkov**

*Development of culture perception in the disadvantaged groups as a space of elimination of prejudices*

*Tímea Bartková (SR), Kristína Králiková (SR), Melánia Macková (SR)*

### **Abstrakt**

Príspevok sa venuje problematike predsudkov zo strany spoločnosti, ale aj zo strany samotných klientov s duševných ochorením. V úvode príspevku poukazujeme na to, ako boli počas prierezu dejinami umenia vnímaní duševne chorí jedinci a taktiež ako spoločnosť vnímala ich produkcie. Poukazujeme aj na to, ako prešla spoločnosť zmenami pri vnímaní, z niečoho iného, zvláštneho či čudného na niečo nádherné, fascinujúce či zaujímavé. V ďalšej časti sa príspevok venuje arteterapii a ukazuje akou cestou je možné eliminovať predsudky, ktoré nachádzame nie len na strane spoločnosti, ale najmä na strane klientov s duševných ochorením. Príspevok ukončujem príkladom z dobrej praxe, kde poukazujem ako môže klient s duševných ochorením aktívne participovať na aktivitách komunity.

**Kľúčové slová:** Klient. Predsudky. Arteterapia. Terapia. Duševné ochorenie. Preventívne programy. Umenie.

### **Abstract**

The contribution deals with the issue of prejudices by the company as well as by the clients with mental illnesses themselves. In the introduction, we point out how perceptions of mentally ill individuals were perceived by the history of art as well as how they perceived their productions. We also point to how the company has gone through changes in perception, from something else, strange or strange to something wonderful, fascinating or interesting. In the next part, the contribution is dedicated to artetherapy and shows how to eliminate the prejudices that we find not only on the side of society but especially on the client side of mental illness. The contribution ends with an example of good practice where I point out how a mentally ill client can actively participate in community activities.

**Keywords:** Client. Prejudices. Art therapy. Therapy. Mental illness. Preventive programs. Art.

### **Úvod**

V úvode je vhodné poukázať na to, že kultúra, umenie a psychiatria nachádzajú v histórii svoje miesto a priestor na rôznych úrovniach. Záujem o umenie duševne chorých vzrastá v 19. storočí, podnietený dvoma faktormi. Prvým bolo romantické hnutie, ktoré svojim dôrazom na subjektivitu a individualizmus nahliadlo na šialenstvo, ako na výsadu, ktorá umožňovala prístup k hlbokým pravdám. Druhým faktorom bolo objavenie sa azylov, ktoré zasa predstavovali priestor pre patientsku umeleckú tvorbu. (Grohol 2008)

Myšlienka využitia výtvarnej produkcie vznikla práve v tomto období, kedy vzrástlo povedomie a záujem verejnosti aj odborníkov o duševné zdravie a pacientov s týmito problémami.

Podľa Hajeka (in: Grohol 2008) je arteterapia obzvlášť úzko spätá so psychoterapiou schizofrénie. Sama myšlienka terapeutického využitia výtvarnej produkcie sa zrodila zo záujmu o tvorbu schizofrenikov. Väčšina prameňov sa zhoduje, že prvé zmienky pozorovania v danej oblasti zverejnil francúzsky psychiater Tardieu (In: Grohol 2008).

Ako sme spomenuli odborníci zvýšili záujem o duševne chorých pacientov a pri práci dva zaujímavé aspekty pri práci s ľuďmi s nejakým duševným ochorením. Prvým bolo, že

Ľudia, ktorí trpia istým duševným ochorením maľujú inak ako zdravá populácia. Druhým zase následne, že charakter ich výtvarnej tvorby sa mení podľa druhu a vývoja ochorenia.

Ľudia s duševnou chorobou vykazujú deficit ako nedostatky, konflikty a problémy vo svojom prežívaní, správaní alebo v sociálnom fungovaní, čo môže byť spôsobené buď genetikou alebo nevhodným prostredím, v ktorom sa človek vyvíja (Matoušek 2013). To môže byť dôvodom prečo ľudia s duševným ochorením tvoria práce tak rozdielne od iných. Duševná choroba totiž zasahuje do psychiky človeka. Mení sa vnímanie človeka, jeho myslenie, jeho emócie a motivácia. Rovnako sa mení vôľa a psychické procesy. Človek s duševným ochorením vníma inak aj svoje telo, sociálne fungovanie a duchovný rozmer. Má iné hodnoty, priority a zmysel života.

Hartl a Hartlová (2009) uvádzajú aj zaujímavý obraz z histórie a umenia, kde narážame na tzv. loď bláznov. Tento pojem sa objavuje aj u Foucaulta (In: Hartl, Hartlová 2009), ktorý zobrazuje interpretáciu tejto lode ako obraz spoločnosti, ktorá stigmatizuje niektorých svojich členov, ako boli tuláci, chudobní a chorí ľudia. Títo ľudia boli udržiavaní mimo mesta a dával sa im status až posvätné izolovanosti. Na loď bláznov sa pozerá nielen ako na historický fakt, ale aj ako na metaforu spoločenskej hierarchie. Tento výklad sa ale líši od pôvodnej Platónovej verzie, ktorá hovorí o lodi, ktorá stratila svojho kapitána a zmocnila sa ho hŕstka šialencov, nepríčetných a ľahkovážnych pasažierov a rútia a ktovie kam. Táto metafora poukazuje nielen na aktuálnu situáciu, ktorá bola v tej dobe, ale aj na pohľad ľudí na duševne chorých. Zmienka o lodi bláznov sa v umeleckých dielach objavuje opakovaním. Či už v básnických dielach, ale je aj zobrazená na obrazoch Bosche a Dürera. V tomto diele išlo o prvok sociálnej kontroly, ale aj o rituálne vyobcovanie či predzvesť inštitucionálnej starostlivosti o duševne chorých.

V 19. storočí Beveridge (in: Grohol 2008) píše, že rozvoj šialenstva môže niekedy odhaliť skrytý umelecký talent. Podobne Hoganová (in: Grohol 2008) podrobne spracúvajúca dejiny arteterapie. Kládie počiatky arteterapie práve do obdobia tzv. „morálnej liečby“ („traitementmoral“). Morálna liečba, stála na súbore kultúrnej a historicky špecifikovaných sociálnych noriem. V týchto dobách, boli ženy, ktoré vstupovali do politiky označované ako deviantné. Cieľom morálnej liečby bola umiernenosť mravov, dôraz na úctu k autorite, skromnosť, podrobnosť a pracovitosť. Nekontrolované vyjadrenie imaginácie mohlo poškodiť morálne návyky opäť spomenieme Foucaulta (in: Grohol 2008), podľa ktorého boli duševne chorí vedení k sebareflexii či dokonca by sa dalo povedať, že k istému ponížovaniu sledovaním svojej tvorby alebo dokonca svojich fotografií, zameranému na uznanie svojej choroby. Toto zrkadlenie malo viesť k vyliečeniu a prevládnutiu rozumu. Paralelne s týmto sa rozvíjali aj tendencie využiť tvorbu duševne chorých ako potenciál k umeniu.

Tu dostáva arteterapia iný rozmer a rozvíja sa myšlienka terapeutického využitia výtvarnej tvorby, produkcie duševne chorých jedincov. Zväčšuje sa tu záujem najmä o produkcie schizofrenikov.

Šicková – Fabrici (2016) poukazuje, že arteterapia je totiž zvláštna forma psychoterapie prostredníctvom grafickej, výtvarnej, sochárskej či inej umeleckej činnosti. Je to organizovaný a cielený terapeutický proces realizovaný individuálne alebo skupinovo, ktorý riadi školená osoba – arteterapeut. Odvoláva sa na fakty podľa ktorých je arteterapia proces založený na poznaní, že najzákladnejšie myšlienky človeka vychádzajú z nevedomia a dosahujú lepší výraz v obrazoch ak slovách. Toto tvrdenie je založené na presvedčení, že človek pri tvorení alebo procese arteterapie nevedome vyjadří pocity, myšlienky, udalosti alebo zážitky napr. vo forme výtvarnej. Človek s duševným ochorením je vedený školeným arteterapeutom počas celého procesu arteterapie, ktoré je organizované a má jasný cieľ.

Arteterapia je veľmi silná a mocná a zároveň aj veľmi bezpečná forma terapie. Ľudia trpiaci napr. depresiami a úzkosťami potrebujú v prvom rade získať dôveru sami v sebe a vo vzťahu k svojej osobe, aby mohli niečo zmeniť. Základom práce je teda začať tam, kde sa

človek nachádza, s tým čo má, s tým čo vie a až potom postupne meniť prostriedky (Albrich 2000).

Častokrát sa stretávame s tým, že ľudia s duševným ochorením prichádzajú s istými predsudkami o sebe vo vzťahu k arteterapii. Z praxe vieme, že mnohí klienti prichádzajú s predsudkami voči sebe, tvrdia o sebe, že nevedia kresliť či maľovať, že takéto veci nezvládnu, že nie sú šikovní, že tomu nerozumejú. Stretávame sa aj so strachom z nepoznaného, alebo strachom, že objavia niečo, čo nechcú. Boja sa toho, čo ich čaká. Momentálne sa cítia akoby v bezpečí a to, čo môže prísť, ich desí. My však vieme, že počas sedení a tvorby sa môžu naše vnútorné zážitky znovuobjaviť a vieme takýmto spôsobom komunikovať naše myšlienky a spomienky. Ak je to bezpečné, vieme opäť prežívať nejakú situáciu a rekapitulovať.

Arteterapia slúži aj na zmapovanie klientovho problému a k nájdeniu cesty a samotného riešenia problému. K tvorbe, ktorú klient vytvoril nevedome je dobré sa občas vrátiť a znovu ju vnímať. Je potrebné archivovať sériu kresieb klientov, aby bol viditeľný proces. (Šicková – Fabrici 2016)

Táto dokumentácia je dôkazom postupu vývoja choroby či už k pozitívnemu alebo k negatívnemu. Je dôležité, aby aj klient videl, ako sa menila tvorba počas procesu, pomôže mu to aj pri reflexii či pri ďalšej liečbe.

Musíme však povedať, že predsudky voči duševne chorým pozorujem aj dnes, nie len v minulosti ako sme v úvode uviedli. Spoločnosť sa s týmto „problémom“ ešte nevysporiadala a bohužiaľ označuje duševne chorých ako problémových. Emerson definuje problémové správanie ako také správanie, ktoré so svojou intenzitou, frekvenciou alebo dĺžkou trvania sa natolko odlišuje od bežnej spoločenskej normy, že môže vážne ohroziť fyzické bezpečie konkrétnej osoby alebo iných osôb, takéto problémové správanie môže byť i také, ktoré môže vážne ohroziť začlenenie človeka do komunity, v ktorej žije. (Hynek 2010)

Práve správanie chorých ľudí môže byť škodlivé nie len pre človeka, ktorý má tento handicap, ale aj pre kvalitu človeka samotného, tých, ktorí sa o neho starajú, i tých, ktorí žijú alebo pracujú v jeho tesnej blízkosti. Tak napríklad seba poškodzujúce správanie môže vyústiť ku poškodeniu zdravia jedinca. Dôsledky takéhoto správania má nielen dopad osobný, ale prichádza aj spoločná reakcia komunity, opatrovateľov, ošetrojúceho personálu a organizácií pomáhajúcich ľuďom, u ktorých pozorujeme problémové správanie. (Emerson 2008)

Táto sociálna reakcia môže zahŕňať zneužívanie, nevhodné zaobchádzanie, vylúčenie, deprimovanie, ale samozrejme aj predsudky voči celej skupine. Mnohokrát sa po skúsenosti v istej oblasti objavujú predsudky bez toho, aby sme sa presvedčili, ako je to v skutočnosti. Počas praxe v tejto oblasti sme sa stretli často s rôznymi predsudkami. Pár z nich môžeme uviesť ako napríklad spoločnosť vníma cieľovú skupinu duševne chorých klientov. Spoločnosť ich označuje ako nebezpečných, neschopných ničoho. Ako ľudí, ktorí nie sú schopní študovať alebo pracovať, ako agresívnych a nevypočítateľných. Neznalosť môže viesť až k predsudku, že duševná choroba sa nedá liečiť inak ako tabletkami alebo nejakou šokovou terapiou, že sa „to“ lieči len v nemocnici a klienti sú zviazaní v kazajke alebo v kletke. Bohužiaľ tento obraz nám ponúka spoločnosť, ktorá vyzdvihuje len to negatívne z praxe. Netvrdíme, že nič z toho nie je pravdou, ale značne prikrášenou.

Vieme z vlastných skúseností, že mnoho klientov nie je liečených primárne medikamentózne, ale terapiou, medzi ktoré patria aj expresívne terapie ako spomínaná arteterapia. Arteterapia má v poslednom období úspech a začína sa rozširovať aj na našom území. Jedným z príkladov je aj využitie arteterapie v rámci terapie liečby v neziskovej organizácii Facilitas n. o. pôsobiacej v mestskej časti Košice nad Jazerom, kde sa pod vedením certifikovanej arteterapeutky venuje personál klientov s duševným ochorením. Poslaním organizácie je pripraviť klientov na začlenenie do spoločnosti, do komunity.



V zariadení Facilitas n. o. vedú klientov k vzájomnému rešpektu voči sebe, k zodpovednému prístupu, k dobrým medziľudským vzťahom a aj k spolupráci. Svoje služby poskytujú už od roku 2002 občanom košického regiónu. Ich cieľom je, aby sa ľudia s duševným ochorením mohli aktívne zapájať do diania komunity, v ktorej žijú a aby pocítili, že do nej patria so všetkým čo majú a kým sú. Každý človek totiž potrebuje mať pocit, že je užitočný a že niekam patrí. Takýmto spôsobom môže nájsť zmysel svojej existencie. (Facilitas 2018)

Jeden zo zrealizovaných projektov v roku 2018 bol aj projekt s názvom Otvorme dvere, otvorme myseľ. Otvorme dvere, otvorme myseľ bol projekt spolupráce Denného centra duševného zdravia Facilitas n.o. Košice a Výmenníka Važecká, v ktorého priestoroch prebiehali raz mesačne zážitkové workshopy, zamerané na duševné zdravie. Facilitas n. o. podporuje voľnočasové aktivity, ktoré sú u klientov málo rozvinuté. Zamierajú sa na podporu ľudí so zdravotným či sociálnym znevýhodnením s cieľom zvyšovania ich šancí na zaradenie sa do spoločnosti, odstraňovania sociálnej izolácie a zlepšovania prístupu k rôznym oblastiam spoločenského života.

Snažia sa o pomoc ľuďom, ktorí sa nachádzajú v životných krízach, v núdzi, v izolácii a poskytujú im duševnú a ľudskú pomoc. Workshopy pre deti školských zariadení sú zamerané na rozvoj vzťahov, úcty k sebe aj iným, na rozvoj tvorivosti, aktivity a motivácie a workshopy pre dospelých sa zameriavajú na význam vlastného sebaopoznávania, nahliadania na svoje prežívanie v interakcii s druhými. Jedným z najdôležitejších poslaní projektu je zbúranie bariér medzi zdravými ľuďmi a ľuďmi, ktorí majú problémy duševného charakteru. Podobným projektom, ktorým Facilitas n. o. spája komunitu s duševne chorými jedincami bol aj Život púta farbami, ktorý bol realizovaný za finančnej podpory Ministerstva kultúry Slovenskej republiky.

Zámerom projektu bolo sprístupniť rozvoj kultúrnych práv pre osoby so zdravotným postihnutím a inak znevýhodnené osoby. Podporiť a rozvíjať publikačnú aktivitu v podobe areteterapeutického kalendára. V procese tvorby kalendára pravidelne prebiehala arteterapia, biblioterapia a muzikoterapia, Myšlienky, ilustrácie a obrázky vytvorené klientmi sa premietli na strany jednotlivých mesiacov kalendára. Zapojenie klientov, rodinných príslušníkov, dobrovoľníkov a inštitúcií vytvorilo priestor k tolerancii, sociálnej a rodinnej súdržnosti a medzikultúrnemu dialógu.

## **Záver**

V príspevku sme sa venovali na poukázanie vnímania kultúry u duševne znevýhodnených klientov a tiež na poukázanie cesty ako eliminovať predsudky, s ktorými sa stretávame nielen zo strany spoločnosti, ale aj zo strany klientov samotných. V úvode príspevku sme ukázali, ako sa prierezom histórie umenia poukazovalo na problematiku duševne chorých a ako sa vnímali ich produkcie, ako sa z počiatočného vyčleňovania vnímali ako niečo nové, iné, zaujímavé či fascinujúce. V ďalšej časti sme spomenuli liečenie duševne chorých jedincov prostredníctvom arteterapie ako jednej z expresívnych techník. Arteterapiu sme predstavili ako cestu k eliminácii spomenutých predsudkov zo strany duševne chorých klientov. V závere príspevku poukazujeme na príklady dobrej praxe a spájanie komunity a odhaľovanie pravdy, ktorá bola zahalená za predsudkami zo strany spoločnosti.

## **Zoznam použitej literatúry:**

- ALBRICH, B., 2000. *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 80-7290-004-8.
- EMERSON, E., 2008. *Problémové chování u lidí s mentálníretardací*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-590-5.
- GROHOL, M., 2008. *Arteterapia v psychiatrii*. Bratislava: Lundbeck. ISBN 978-80-89434-00-8

HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2009. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1.

HYNEK, J., 2010. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-590-5.

MATOUŠEK, O., 2013. *Encyklopédie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-2620-366-7

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

**Kontakt na autorky**

*Mgr. Tímea Bartková, Facilitas n.o., Spišské námestie 4, Košice, email: [facilitas@post.sk](mailto:facilitas@post.sk)*

## **Sociálne riziká v spoločnosti XXI. storočia**

*Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 30.11.2018  
v Košiciach*

Zostavovateľky: Mgr. Lucia Tóthová, PhD.,  
PhDr. Katarína Šišanská, PhD.  
Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach  
Vydavateľstvo: ŠafárikPress  
Umiestnenie: [www.unibook.upjs.sk](http://www.unibook.upjs.sk)  
Dostupné od: 07.03.2019  
Vydanie: prvé  
Rok: 2019  
Počet strán: 137  
Rozsah: 11,25 AH

ISBN 978-80-8152-722-7

**ISBN 978-80-8152-722-7**