Społeczne uwarunkowania funkcjonowania osób zależnych

Redakcja naukowa:
Urszula Bejma, Marcin Iżycki, Leon Szot

caritas

Wydawnictwo bernardinum

Społeczne uwarunkowania funkcjonowania osób zależnych

Redakcja naukowa:

Urszula Bejma
Marcin Iżycki
Leon Szot

bernardinum

Warszawa 2019

Recenzenci: ***prof. dr hab. Kamil Kardis***
prof. nadzw. dr hab. Andrzej Niesporek

Publikacja powstała w ramach działań projektowych „Obserwatorium Caritas”

Copyright by Caritas Polska 2019

Wydawnictwo *Bernardinum* sp. z o.o.
ul. Biskupa Dominika 11, 83-130 Pelplin
tel.: 58 536 17 57, faks: 58 536 17 26
bernardinum@bernardinum.com.pl
www.bernardinum.com.pl

ISBN 978-83-8127-417-3

Druk i oprawa:
Drukarnia Wydawnictwa *Bernardinum* sp. z o.o., Pelplin

Projekt i łamanie tekstu: Aneta Zegarska
Korekta, redakcja językowa: Anna Rudzińska

Spis treści

Przedmowa – *abp Stanisław Gądecki, Przewodniczący Konferencji Episkopatu Polski* 7

Wstęp 9

Każde życie jest cudem – *Kazimierz Szałata* 15

Wychowawcza rola rodziny w sytuacji niedostosowania społecznego dzieci i młodzieży – *Paweł Wojakiewicz* 25

Praca społeczno-wychowawcza jako czynnik zmian społecznych w ujęciu ks. Bronisława Markiewicza – *Przemysław Przybylski* 41

Zasoby zdrowia u ludzi z niepełnosprawnością – *Kazimierz Jacek Zabłocki* 53

Niepełnosprawność intelektualna – wybrane kierunki badań nad zachowaniami stygmatyzującymi – *Urszula Bejma, Leon Szot* 65

Morálka ľudskej mysle u klienta s mentálnym postihnutím – *Martin Hamadej, Beáta Balogová* 77

Starość jako źródło społecznej marginalizacji i wykluczenia w nowoczesnym społeczeństwie – *Władysław Majkowski* 89

(Dys)funkcjonalna starość – wybrane problemy. Formy wsparcia oferowane osobom starszym przez Caritas Polska – *Urszula Bejma, Leon Szot* 103

Ważni, ale niedoceniani. Rola opiekunów rodzinnych w opiece nad osobami starszymi – *Anna Janowicz* 121

Jakość życia rodzin z niepełnosprawnym dzieckiem a perspektywa rozwoju usług asystenckich – *Barbara Sordyl-Lipnicka* 139

Včasná intervencia – aktuálna potreba rodín s deťmi so špecifickými potrebami – *Mária Šmidová* 151

Osobnostné dimenzie manželskej spokojnosti ako faktor resilienciie rodinných systémov s členmi so zdravotným postihnutím – *Martin Šarkan* 165

Wolontariat osób niepełnosprawnych na rzecz kościelnych osób prawnych prowadzących działalność pożytku publicznego – *Michał Poniatowski* 183

Sport wyczynowy w kontekście niepełnosprawności – *Andrzej Rogalski* 201

Stredoeurópske princípy hodnotenia kvality v oblasti dlhodobej starostlivosti – *Marek Šmid* 213

Ból i cierpienie człowieka chorego na nowotwór. Postawy wobec śmierci – *Janusz Mierzwa, Renata Niezbecka* 225

Vzťah sociálnych služieb a sociálnej práce – *Mária Dávideková* 237

Mladistvý delikvent ako objekt forenznej sociálnej práce – *Miriama Šarišská, Beáta Balogová* 249

Przedmowa

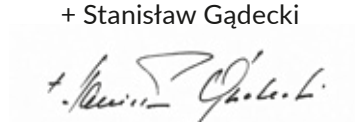
Współczesny świat, zdominowany przez kulturę konsumpcjonizmu, jest środowiskiem mało przyjaznym i otwartym na potrzeby osób najsłabszych. Człowiek, który doświadcza w życiu cierpienia fizycznego, psychicznego, czy duchowego, nie wpisuje się w scenerię życia skupionego wyłącznie na sukcesie, bogactwie, wygodzie i życiu jedynie w perspektywie doczesności.

Kościół katolicki, jako depozytariusz wiary i nauczania Jego Założyciela – Jezusa Chrystusa, zawsze wspierał i otaczał opieką tych, których świat przestał dostrzegać. Osoby te, będąc uczestnikami zbawczego cierpienia Chrystusa, są dla Kościoła także orędownikami jego posłannictwa, bowiem, jak głosił św. Paweł: „skoro wspólnie z Nim cierpimy, to po to, by też wspólnie z Nim mieć udział w chwale. Sądzę bowiem, że cierpień teraźniejszych nie można stawiać na równi z chwałą, która ma się w nas objawić" (Rz 8, 17-18).

Z nieukrywaną satysfakcją przyjąłem fakt publikacji opracowania naukowego *Społeczne uwarunkowania funkcjonowania osób zależnych*, które powstało z inicjatywy Caritas Polska – organizacji dobroczynnej Kościoła katolickiego, od lat realizującej posługę czynnej miłości względem osób potrzebujących. Książka ta w sposób rzetelny i wieloaspektowy przedstawia problemy ludzi, którzy ze względu na trudną, a czasami wręcz traumatyczną sytuację życiową, są zależni od osób towarzyszących im w pokonywaniu problemów życia codziennego.

Jestem przekonany, że walory poznawcze publikacji, znajdą swoje urzeczywistnienie w funkcjonowaniu różnego rodzaju struktur oraz zaangażowaniu tych, dla których człowiek jest wartością nadrzędną. Tylko bowiem wierność nauczaniu Jezusa może sprawić, że współczesny świat stanie się bardziej ludzki.

+ Stanisław Gądecki



Arcybiskup Metropolita Poznański
Przewodniczący Konferencji Episkopatu Polski

Warszawa, dnia 19 grudnia 2019 r.

Wstęp

Problematyka osób zależnych ze względu na wiek lub innego rodzaju deficyty, od lat zajmuje ważne miejsce w debacie różnych dyscyplin naukowych zarówno w Polsce, jak i na arenie międzynarodowej. Fakt ten przyczynił się niewątpliwie do znaczącego wzbogacenia zasobów intelektualnych w obszarze dyskutowanego zagadnienia o interesujące badania i analizy naukowe oraz cenne wskazania praktyczne dotyczące wsparcia osób zależnych i pomocy im. Nie oznacza to jednak, że zagadnienie funkcjonowania i jakości życia tych osób doczekało się wyczerpujących opracowań i uniwersalnych strategii działań. Takiego stanu rzeczy należy upatrywać nade wszystko w szybkiej dynamice zmian politycznych, gospodarczych, ekonomicznych czy społeczno-kulturowych dokonujących się we współczesnym świecie, a szczególnie w społeczeństwach rozwiniętych. Jeśli bowiem ewoluują społeczeństwa, to w konsekwencji zmienia się także status i potrzeby jednostek, które je konstytuują.

Przekazywana do rąk Czytelników interdyscyplinarna publikacja *Społeczne uwarunkowania funkcjonowania osób zależnych* wpisuje się w zasygnalizowany wyżej nurt dyskursu naukowego, którego myślą przewodnią są osoby przejawiające różnego rodzaju dysfunkcje i niedobory w obszarze sprawności psychofizycznej oraz społecznego funkcjonowania; osoby, które, doświadczając różnego rodzaju deficytów somatycznych i egzystencjalnych, stają się zależne od innych jednostek i instytucji sprawujących nad nimi opiekę i służących im wielorakimi formami wsparcia. „Miarą jakości życia w społeczności – jak głosił św. Jan Paweł II – jest w dużym stopniu opieka, jaką otacza ona najsłabszych i najbardziej potrzebujących, oraz poszanowania ich ludzkiej godności. Prawa nie mogą być przywilejem tylko zdrowych… Tylko wówczas, gdy uznawane są prawa najsłabszych, społeczeństwo może twierdzić, że jest zbudowane na fundamencie prawa i sprawiedliwości”[1] .

Prezentowana publikacja, powstała z inicjatywy Caritas Polska oraz osób zaangażowanych w wypełnianie jej misji społecznej, jest zarówno wyrazem poszukiwań badawczych Autorów poszczególnych artykułów, jak i uzewnętrznieniem ogólnej wrażliwości na najsłabsze osoby w społeczeństwie i ich problemy.

Pierwsza z zamieszczonych refleksji – *Każde życie jest cudem* – koncentruje uwagę czytelnika na filozoficznej interpretacji fenomenu ludzkiego życia, godności osoby ludzkiej oraz relacji, jakie podejmujemy z innymi ludźmi, w tym z osobami

[1] Jan Paweł II, *Ludzie najsłabsi i najbardziej potrzebujący w życiu społeczeństwa*. Przesłanie Jana Pawła II do uczestników międzynarodowego sympozjum na temat: «Godność i prawa osoby z upośledzeniem umysłowym», Watykan, 5 stycznia 2004.

z niepełnosprawnością. „Ostatecznie bowiem – jak zaznacza Autor – człowiek jako osoba realizuje się w relacji z innymi, i jest tyle wart, ile im daje". (s. 21)

Drugi z prezentowanych artykułów – *Wychowawcza rola rodziny w sytuacji niedostosowania społecznego dzieci i młodzieży* – analizuje problematykę funkcjonowania dziecka w rodzinie naturalnej, rozumianej jako pierwotne środowisko wychowawcze, omawia wychowawczą funkcję rodziny oraz jej wpływ na społeczne przystosowanie dziecka. W konkluzji autor podkreśla, że „Współczesna rodzina nie jest jednak wolna od różnego typu sytuacji kryzysowych (...), które pośrednio lub bezpośrednio mogą u młodego pokolenia przekładać się na niedostosowanie społeczne, którego forma i treść wynika z wielu różnych kontekstów społecznych". (s. 37)

Praca społeczno-wychowawcza jako czynnik zmian społecznych w ujęciu ks. Bronisława Markiewicza to tematyka kolejnego z prezentowanych artykułów. Jego Autor referuje problem dzieci wykluczonych społecznie na przełomie XIX i XX wieku oraz omawia program integralnego wychowania jednostki w koncepcji socjalizacji ks. Bronisława Markiewicza.

Autor kolejnego opracowania – *Zasoby zdrowia u ludzi z niepełnosprawnością* – podejmuje problematykę dobroczynnej roli zasobów zdrowia człowieka, które czynią go zdolnym do radzenia sobie w trudnych i traumatycznych sytuacjach życiowych oraz wyzwalają pozytywne emocje, będące źródłem energii życiowej.

W rozprawie *Niepełnosprawność intelektualna – wybrane kierunki badań nad zachowaniami stygmatyzującymi* Autorzy, analizując problematykę niepełnosprawności intelektualnej, eksplorują wybrane kierunki badań dotyczące procesów stygmatyzacji osób niepełnosprawnych umysłowo oraz podkreślają badawczą rolę elementów zawartych w ONZ-owskiej Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych, dostępu osób z niepełnosprawnością intelektualną do zatrudnienia, opieki zdrowotnej oraz prawa do inkluzji społecznej.

Kolejne opracowanie *Morálka ľudskej mysle u klienta s mentálnym postihnutím* porusza zagadnienie statusu jednostki z niepełnosprawnością intelektualną u progu końca drugiej dekady XXI wieku, określanej terminem tzw. „niepewnego czasu" autorstwa Ulricha Becka. „Niepewny czas" oznacza w tym przypadku niepewność, ryzykowność i płynność, które są terminami powszechnie używanymi do oznaczania zmienności i niestabilności ery postmodernistycznej.

W artykule *Starość jako źródło społecznej marginalizacji i wykluczenia w nowoczesnym społeczeństwie* pojawia się naukowa refleksja na temat starości, która w nowoczesnym społeczeństwie w sposób szczególny została pozbawiona tych atrybutów, które podkreślały jej powagę i prestiż sędziwego wieku. „Zważywszy fakt – konstatuje Autor – że jakość życia jednostki w dużej mierze zależy od uczestnictwa w różnych aspektach życia społecznego, to marginalizacja i wykluczenie ludzi starych staje się

czynnikiem obniżającym jakość życia", ponieważ przestają oni uczestniczyć w procesie tworzenia i dystrybucji dóbr i wartości społecznie cenionych. (s. 98)

Następna z prezentowanych refleksji – *(Dys)funkcjonalna starość – wybrane problemy. Formy wsparcia oferowane osobom starszym przez Caritas Polska* – koncentruje uwagę czytelnika na diagnozie deficytów społecznych i socjalno-bytowych polskich seniorów oraz wskazuje formy pomocy i wsparcia, które osobom starszym oferuje Caritas Polska. Autorzy podkreślają w konkluzji, że „ludzie starsi to kategoria osób, której codzienna egzystencja, obarczona często licznymi dysfunkcjami związanymi z wiekiem i statusem społecznym, jest zagrożona. Dlatego też istnieje uzasadniona konieczność diagnozowania potrzeb seniorów oraz projektowania i wdrażania programów, które służyłyby ich zaspokajaniu". (s. 118)

Z kolei opracowanie – *Ważni, ale niedoceniani. Rola opiekunów rodzinnych w opiece nad osobami starszymi* – omawia problematykę polskiego systemu opiekuńczego dla osób w podeszłym wieku w różnych jego wymiarach. „W grupie osób starszych – podkreśla Autorka – jest coraz więcej takich, które z wiekiem, ze względu na pogarszający się stan zdrowia i obniżający się poziom samodzielności, stają się zależne od innych". Sytuacja taka wymaga stałego monitorowania, diagnozowania i wdrażania rozwiązań, które dotyczą systemu opiekuńczego w wymiarze formalnym oraz nieformalnym. Oba te wymiary powinny ze sobą współpracować, by sprostać wyzwaniu, jakim jest zapewnienie opieki wszystkim, którzy jej potrzebują. (s. 121)

Problematyka jakości życia rodzin wychowujących niepełnosprawne dziecko to zagadnienie poruszane w artykule: *Jakość życia rodzin z niepełnosprawnym dzieckiem a perspektywa rozwoju usług asystenckich*. „Przyjęcie w polityce społecznej nowej perspektywy spojrzenia na niepełnosprawność – zdaniem Autorki - zakłada nastawienie na aktywizację, samosterowność i samodzielność życiową odbiorców. Pozwala to na budowanie efektywnej strategii działań pomocowych". (s. 141)

W kolejnym z prezentowanych opracowń – *Včasná intervencia – aktuálna potreba rodín s deťmi so špecifickými potrebami* – Autorka zajmuje się kwestią wczesnej interwencji, która jest typowym przykładem aktywnej pomocy społecznej rodzinom z dziećmi niepełnosprawnymi. W artykule zaprezentowane zostały też wyniki badań empirycznych, których tematyka dotyczyła jakości życia rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi. Jednym z celów podjętej przez Autorkę analizy było ustalenie, jakie są poglądy badanych rodzin na temat pomocy profesjonalistów w opiece nad dzieckiem o określonych potrzebach, identyfikacji obszarów pomocy oraz ich ukierunkowanie.

W artykule *Osobnostné dimenzie manželskej spokojnosti ako faktor resilienciie rodinných systémov s členmi so zdravotným postihnutím* przeanalizowano czynniki osobowościowe osób zawierających związek małżeński, a także przedstawiono badania empiryczne mające na celu weryfikację zakładanej korelacji między typem

osobowości małżonków a subiektywnie doświadczanym stopniem zadowolenia ze związku małżeńskiego, szczególnie w przypadku stresujących sytuacji związanych z obecnością w rodzinie osób z niepełnosprawnością.

Opracowanie *Wolontariat osób niepełnosprawnych na rzecz kościelnych osób prawnych prowadzących działalność pożytku publicznego* – przedstawia zagadnienia prawne dotyczące podejmowania przez osoby z niepełnosprawnością aktywności wolontariackich na rzecz kościelnych osób prawnych prowadzących działalność pożytku publicznego.

Artykułem, który koncentruje się na sporcie zawodników uczestniczących w zawodach paraolimpijskich, jest opracowanie: *Sport wyczynowy w kontekście niepełnosprawności*. Jego Autor podkreśla, że „systematyczne uprawianie sportu przyczynia się do wzmocnienia poczucia wartości osoby niepełnosprawnej i pewności siebie, pomaga pokonywać własne słabości, bariery psychiczne, lęk przed nowymi wyzwaniami oraz myśleć pozytywnie o sobie i swojej sytuacji zdrowotnej". (s. 201)

Autor kolejnego opracowania: *Stredoeurópske princípy hodnotenia kvality v oblasti dlhodobej starostlivosti* dokonuje porównania koncepcji WHO, podejścia UE i doświadczeń Europy Środkowej w pracy w placówkach opieki długoterminowej. Punktem odniesienia prezentowanych zestawień są doświadczenia słowackich instytucji opiekuńczych.

Ból i cierpienie człowieka chorego na nowotwór. Postawy wobec śmierci – to problematyka kolejnego z prezentowanych artykułów. Jego Autorzy podejmują temat sytuacji, jakiej doświadcza osoba nieuleczalnie chora oraz prezentują sposoby reagowania na nią przez osoby najbliższe. „Zaskoczenie wywołane wystąpieniem nieuleczalnej choroby wraz z jej konsekwencjami jest tak mocne, że narusza równowagę w funkcjonowaniu całego systemu rodzinnego i jego poszczególnych członków. Nie wszyscy bowiem potrafią sprostać nowemu wyzwaniu, jakim jest choroba osoby najbliższej". (s. 226)

Przedostatnie z zamieszczonych w niniejszej publikacji opracowań – *Vzťah sociálnych služieb a sociálnej práce* – omawia zagadnienie usług socjalnych będących częścią zabezpieczenia społecznego, funkcjonujących w polityce społecznej Słowacji, oraz podmiotów niepaństwowych pomagających przezwyciężać niekorzystną sytuację społeczną klienta działań pomocowych.

Mladistvý delikvent ako objekt forenznej sociálnej práce – to ostatnia z prezentowanych reflekcji. Jej Autorki omawiają teoretyczny i praktyczny wymiar interwencji społecznych i prawnych wobec nieletnich klientów o przestępczych zachowaniach. Egzemplifikacją podjętych rozważań jest studium przypadku zawierającego historię medyczną oraz cechy osobowości i życia klienta interwencji społeczno-prawnej.

Mamy nadzieję, że prezentowana przez nas publikacja stanie się przyczynkiem do kontynuowania debaty naukowej w zakresie społecznego funkcjonowania osób zależnych oraz wymiany myśli na temat profesjonalizacji usług pomocy i wsparcia świadczonych osobom z deficytami.

Na koniec wyrazy szczególnego podziękowania pragniemy złożyć na ręce Autorów poszczególnych artykułów, którzy, dzieląc się z Czytelnikami bogatą wiedzą i doświadczeniem naukowym, starali się dowieść, że miarą jakości społeczeństwa jest szacunek, jakim obdarza ono najsłabszych ze swych członków.

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

Warszawa, dn. 12.12.2019 r.

Kazimierz Szałata*

Każde życie jest cudem

(Every Life Is a Miracle)

„Tajemnica życia jest nie tylko ciekawsza niż przypuszczamy,
lecz nawet ciekawsza niż potrafimy sobie wyobrazić"
Andrzej B. Legocki: *Naukowe definicje życia*, „Nauka" 1(2009), s. 133.

Streszczenie

Mimo postępu w naukach biomedycznych, życie ludzkie wciąż pozostaje głęboką tajemnicą, która nas zdumiewa i fascynuje. Przejawia się w różnorodności i niepowtarzalności. Każde jednak życie ludzkie, bez względu na to, czy jest mniej, czy bardziej doskonałe, ma swoją wartość. Jest bowiem przez samego Stwórcę naznaczone niezbywalną własnością godności. Dotyczy to również osób doświadczonych niepełnosprawnością, osób które wymagają od nas troski, ale też wnoszą do naszego życia wiele cennych wartości.

Słowa kluczowe: antropologia, osoba ludzka, godność, niepełnosprawność, tajemnica, wiara

Summary

Despite the progress in the biomedical sciences, human life remains a profound mystery, which amazes and fascinates us. This manifests itself in diversity and uniqueness. Every human life has its value, whether it is more or less perfect. The Creator has marked every life

* Kazimierz Szałata – dr nauk humanistycznych; Kierownik Uniwersytetu Otwartego Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

with an inalienable dignity. This also applies to people with disabilities, people who require care from us, but also bring many values to our lives.

Keywords: anthropology, human person, human dignity, disability, mystery, faith

Wprowadzenie

Tak pięknie o życiu napisał człowiek nauki, który od lat zajmuje się badaniami nad strukturami i procesami związanymi z funkcjonowaniem żywych organizmów. Jeśli jakiekolwiek życie jest tajemnicą, to życie ludzkie jest prawdziwym misterium, przed którym każdy, kto szczerze szuka poznania i zrozumienia świata, musi zdobyć się na pokorną zadumę. Bo mimo niezwykłego postępu w nauce, mimo iż wciąż o nim coraz więcej wiemy, życie ludzkie pozostaje jedną z najgłębszych tajemnic, która nas intryguje, zdumiewa i zachwyca. Zachwyca swą różnorodnością i niepowtarzalnością. Każdy bowiem człowiek jest inny, każdy ma inne zdolności, inny charakter, jest autonomiczną jednostką – „bytem osobnym", czyli osobą.

Od czasu do czasu w kulturze pojawia się pokusa, by zunifikować człowieka według z góry ustalonych, pożądanych cech i stopnia sprawności, ale to byłoby wbrew naturze, wbrew logice stwórczego porządku[1]. Szwajcarski dominikanin o. Marie Dominique Philippe mówił, że świat mógł być przez Pana Boga stworzony w sposób perfekcyjny, w którym wszystko byłoby „pod linijkę" znormalizowane, doskonałe i najlepsze, ale wtedy nie mógłby on w swej miłości powołać człowieka do twórczej współpracy w dziele tworzenia dobra[2]. Człowiek nie miałby nawet możliwości wyboru, nie mógłby się rozwijać, rozwijać w sobie miłości do drugiego człowieka. Jako doskonali sami w sobie, bylibyśmy sobie nawzajem niepotrzebni.

[1] Taką pokusę dają nam dziś możliwości współczesnej genetyki, która jest w stanie poprzez zmianę ludzkiego genomu zaprogramować „doskonałego człowieka".

[2] „Dzieła boskie są pełne opatrzności. Ale i w dziełach przypadku widać albo działanie praw natury, albo działanie praw, wynikłych z powiązania i splotu faktów, które są dziełem opatrzności. Wszystko stamtąd płynie, ale z tym łączy się konieczność i pożytek całości wszechświata, którego jesteś cząstką. To zaś jest dobre dla każdej cząstki natury, co przynosi z sobą natura wszechświata i co służy do jej zachowania. Czynnikami zaś zachowania świata są i przemiany pierwiastków i ciał złożonych. To niech ci wystarczy, niech ci zawsze służy jako pewnik". M. Aureliusz, *Rozmyślania*, tłum. M. Reiter, Wydawnictwo Marek Derewiecki, Warszawa 2009, s 23.

A jak powiedział Raoul Follereau[3], być nikomu niepotrzebnym, to największa tragedia, jaka może spotkać człowieka.

Dlatego jesteśmy różni, i to pod każdym względem. Jesteśmy mniej lub bardziej sprawni. Doskonale widzimy to, oglądając na przykład sportowe zmagania olimpijskich gigantów, którzy wspięli się na szczyty ludzkiej fizycznej sprawności. To samo możemy zobaczyć podczas olimpiad naukowych, w których biorą udział najsprawniejsze umysły. Widzimy, że nawet wśród tych najwspanialszych zawodników, pojęcie sprawności jest względne. Że w wybranej dziedzinie zawsze jeden będzie „lepszy" od drugiego. Ale niezależnie od sprawności fizycznej czy intelektualnej, każda osoba jest równa w tym, co ją konstytuuje. W swoim człowieczeństwie, w swojej godności, która jest niezbywalną, fundamentalną cechą nas wszystkich. To, jak by powiedzieli średniowieczni mistycy, szczególny odcisk pieczęci, którą złożył na czole każdego z nas sam Stwórca. Znak niezwykłego powołania człowieka do rzeczy wielkich, jako że został uczyniony „na obraz i podobieństwo Boże".

Mimo usilnych prób wyeliminowania z kultury podstawowych pojęć religijnych opisujących rzeczywistość człowieka jako osoby, pojęcie godności wciąż funkcjonuje. Czy jednak da się w pełni zrozumieć tę szczególną, nadzwyczajną cechę każdej ludzkiej istoty bez odniesienia do Boga? Przecież choćby w języku polskim słowo „godność" pochodzi od niemieckiego „Gott" czy angielskiego „God". Podobnie jak w języku francuskim godność „dignité" pochodzi bezpośrednio od boskości „divinité". Zatem każdy człowiek, bez względu na swój stan fizyczny, psychiczny czy intelektualny, jest prawdziwym „cudem boskim", wybranym i powołanym przez swojego Stwórcę do udziału w tajemnicach bożej miłości. Dlatego zasługuje na nasz szacunek i naszą miłość nawet wtedy, gdy wymaga to z naszej strony wysiłku, wyrzeczeń i ofiary[4].

1. Każde życie jest darem

Pierwszą prawdą, jaką odkrywamy, poznając nasze własne życie, jest fakt, że jest ono dla nas darem i tajemnicą. Jest darem, gdyż otrzymujemy je za darmo. I to

[3] Raoul Follereau (1903-1977) francuski filozof, podróżnik i organizator światowej akcji humanitarnej na rzecz najbiedniejszych z biednych. Inicjator ustanowienia Światowego Dnia Pokoju.

[4] Doskonale pokazywał nam to współtwórca współczesnej genetyki prof. Jerome Lejeuna. Por. K. Szałata, *Filozoficzne wyzwania medycyny współczesnej*, „Życie i Płodność. Kwartalnik Interdyscyplinarny" 4(2010), s. 25-28.

bez względu na to, czy będziemy uważali, że jest to dar od Pana Boga, od naszych rodziców czy od natury. Życie po prostu otrzymujemy, i to bez żadnej zasługi z naszej strony, bez żadnych starań i zabiegów. Po prostu któregoś dnia uświadamiamy sobie nasz własny cud życia, dzięki któremu możemy być obecni w świecie, możemy rozpoznać swoje w nim miejsce, możemy się rozwijać i doskonalić w odniesieniu do innych osób. Jeśli zatem życie jest darem, to musimy pamiętać, że dar nas zobowiązuje – bo wpisana jest weń miłość – i nie możemy z nim zrobić byle czego. Nie możemy narzekać, że to życie nie jest doskonałe, że innym żyje się lepiej, bo są zdolniejsi, sprawniejsi.

Co to znaczy, że życie jest tajemnicą? To nie znaczy, że nic o nim nie wiemy. Wprost przeciwnie, nasza wiedza wciąż się poszerza, zwłaszcza ta oparta na empirycznych badaniach rozwijanych w naukach biomedycznych, które ujawniają nowe aspekty manifestowania się procesów w obrębie organizmów. Ale mimo to, wciąż nie do końca rozumiemy, czym jest życie w swej istocie[5]. Można by powiedzieć więcej – że rozwijająca się wiedza raz po raz odsłania nam coraz to nowe tajemnice życia.

By dobrze zrozumieć ten paradoks, trzeba umieć odróżnić tajemnicę od naszej niewiedzy. Nie wiemy, co znajduje się po tamtej stronie muru i niewiele nas to obchodzi. Jest to jednak tylko nasza niewiedza, którą możemy usunąć, wystarczy tylko zajrzeć tam przez otwartą furtkę. Tajemnica to coś innego, coś ważniejszego, coś, co staje się przedmiotem nie tylko naszego poznania, ale też nieustannej kontemplacji i zaangażowania. Nasze życie zasługuje na kontemplację. Pozostaje dla nas tajemnicą nawet jeżeli skończymy studia medyczne i wszystkie inne studia, które opisują człowieka w jego wszystkich możliwych wymiarach. Ponieważ to z rozpoznania drugiego człowieka jako tajemnicy, która zasługuje na uwagę i zaangażowanie, rodzi się mądrość, powołanie, a także prawdziwe relacje międzyludzkie[6].

Pytanie o człowieka i jego miejsce wśród innych stworzeń jest jednym z podstawowych zagadnień filozofii. Począwszy od głębokiej starożytności, wszyscy wielcy myśliciele musieli się z nim zmierzyć. Pamiętamy hasło greckiego mędrca Sokratesa (469-399 p.n.e.): „poznaj samego siebie", zanim zaczniesz poznawać cokolwiek. Prawdy o człowieku szukał Platon (ok. 427-347 p.n.e.), Arystoteles (384-322 p.n.e.), stoicy i epikurejczycy. Pytanie o człowieka stało w samym centrum myśli św. Augustyna (354-430) i wielkiego przyrodnika Alberta Wielkiego (1193-1280), ojca

[5] „Od niepamiętnych czasów człowiek zadaje fundamentalne pytania dotyczące swego istnienia, miejsca we Wszechświecie, a także początków życia na Ziemi. Mimo dokonującego się na naszych oczach ogromnego postępu nauki i nieustannego poszerzania obszarów wiedzy, większość tych kwestii pozostaje nadal nierozstrzygnięta." Por. A.B. Legocki, *Naukowe definicje życia*, „Nauka" 1(2009), s. 123.

[6] Więcej na ten temat w monografii M. Gogacz, *Człowiek i jego relacje. Materiały do filozofii człowieka*, *Akademia Teologii Katolickiej*, Warszawa 1985.

nowożytnej myśli – Kartezjusza (1596-1650) i nonszalanckiego myśliciela czasów oświecenia – Denisa Diderota (1713-1784).

Jeśli dobrze przyjrzymy się dziejom filozoficznej antropologii, szybko zauważymy, że pytanie to wcale nie było łatwe ani w starożytności, ani też w następnych wiekach. Stąd, tu i ówdzie pojawiał się sceptycyzm skutkujący rezygnacją ze stawiania najważniejszych pytań i z prób budowania racjonalnych na nie odpowiedzi. Dziś niektórzy mówią wprost, że nie da się zdefiniować człowieka, zwłaszcza wtedy, gdy jest mały, słaby, bo jeszcze przebywa w łonie matki, albo też, gdy jest u kresu swojego życia i nie bardzo wiemy, czy mamy go traktować, jak byt ludzki z przynależnymi mu prawami, czy też już jako zespół dogasających tkanek, nieokreśloną tragiczną istotę nieuchronnie zmierzającą ku śmierci. Brakuje nam mądrości, byśmy umieli z pokorą wczytywać się w tajemnice bytu ludzkiego, tajemnice radości i cierpienia, tajemnicę naszych możliwości i ograniczeń fizycznych, intelektualnych i psychicznych.

2. Kłopoty z definicją osoby niepełnosprawnej

Jeśli trudną rzeczą jest zbudowanie definicji człowieka, to niemal niewykonalnym zadaniem jest sformułowanie definicji człowieka niepełnosprawnego. Bardzo często mylimy chorobę i niepełnosprawność. Choć są to stany bardzo ściśle związane ze sobą, bo choroba może skutkować niepełnosprawnością, a niepełnosprawność (np. brak ruchu) może prowadzić do różnych schorzeń. Nie będziemy się tutaj zastanawiać nad trudnościami związanymi ze zbudowaniem precyzyjnej definicji zdrowia i choroby, choć jest to kwestia niesłychanie ważna i ciekawa, ale skupimy się nad definicją niepełnosprawności[7]. Pierwszym skojarzeniem, które podpowiada nam symbol niepełnosprawności (sylwetka człowieka na wózku) jest niepełnosprawność ruchowa objawiająca się trudnością z samodzielnym poruszaniem się. Ale niepełnosprawności bywają bardzo różne i w różny sposób ograniczają człowieka. Dlatego w orzecznictwie funkcjonują tak zwane stopnie niepełnosprawności (lekki, umiarkowany, znaczny). Ale gdzie zaczyna się niepełnosprawność, na jakim etapie

[7] Jak wynika z bogatej literatury, nie mamy dokładnej definicji zdrowia i choroby, takiej, która zadowalała by wszystkie strony toczącego się na ten temat sporu. W literaturze francuskiej najczęściej cytuje się zdanie René Leriche: „la santé c'est le silence des organes" – „Zdrowie to jest życie w ciszy organów". Doskonale jednak wiemy, że to, co nazywamy ciszą organów, może stanowić jeden z objawów stanu chorobowego. O. Bézy, *Quelques commentaires à propos de la célèbre formule de René Leriche: La santé c'est la vie dans le silence des organes*, „La revue lacanienne" 1(2009), s. 47-50.

degradacji życiowych funkcji? To nie jest wcale takie oczywiste. Ja jestem, dla przykładu, mniej sprawny niż mój dwudziestoletni syn, ale nie czuję się osobą niepełnosprawną. Jestem w miarę samodzielny, ale jeśli mam coś zdjąć z szafy, muszę już poprosić o pomoc syna, który jest sporo wyższy ode mnie. To już jest jakiś stopień niepełnosprawności, który w pewnych sytuacjach czyni mnie zależnym od pomocy innych. Do czytania używam okularów, mój wzrok nie jest już w pełni sprawny, tak jak przed laty. Męczy mnie bieganie, zwłaszcza, gdy biegnę pod górę, czy pokonuję wysokie schody, ale nie czuję się jeszcze osobą niepełnosprawną. Gdzie jest zatem ta granica, za którą można mówić o niepełnosprawności, skoro wszyscy jesteśmy mniej lub bardziej sprawni? Tymczasem konieczne regulacje prawne domagają się uściślenia tego niejasnego pojęcia, domagają się mniej lub bardziej precyzyjnej definicji niepełnosprawności.

Najczęściej w tym wypadku odwołujemy się do definicji, jaką przyjęła w 1980 roku Światowa Organizacja Zdrowia: „niepełnosprawność to jest ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu”[8]. Dla potrzeb orzecznictwa w Polsce używa się nieco podobnej definicji: „niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności do wykonywania pracy zawodowej”[9]. Widzimy, że zarówno jedna, jak i druga definicja wcale nie jest jednoznaczna i nie wyznacza w sposób precyzyjny granicy między sprawnością i niepełnosprawnością. Paradoksalnie można by powiedzieć, że wszyscy jesteśmy w jakimś stopniu i w jakimś sensie trochę sprawni i trochę niepełnosprawni, tym bardziej, że bardzo często osoby niepełnosprawne pod pewnym względem są od nas sprawniejsze. Na przykład potrafią cierpliwie wykonywać żmudne prace, do których inni (sprawni) nie mają cierpliwości.

Oczywiście w przypadku znacznych dysfunkcji, sprawa wydaje się być oczywista. Przez kilkanaście lat pełniłem na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie społeczną funkcję pełnomocnika rektora do spraw osób niepełnosprawnych i często stawiałem sobie pytanie, czy w ogóle powinniśmy naszych studentów naznaczać znamieniem osoby niepełnosprawnej? Czy nie lepiej mówić o nich jako o tych po prostu, którzy wymagają od nas większej troski i zwykłej pomocy w pokonywaniu tego, co akurat jest dla nich trudne. Nigdy nie miałem po-

[8] https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/niepelnosprawnosc;3947453.html (dostęp: 19.11.2019).

[9] Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2011, Nr 127, poz. 721 z późn. zm.).

czucia, że komukolwiek czegoś brakuje. Wprost przeciwnie, zawsze podziwiałem ich szczególną „sprawność" w pokonywaniu przeszkód, których ja nie umiałbym pokonać. Kilkanaście lat pracy z niepełnosprawnymi studentami dużo więcej mnie nauczyło o ludzkich zmaganiach z trudnym losem wyznaczonym przez, jak to się dziś mówi, różne deficyty, niż wykłady z antropologii. Patrząc na Radka, który z białą laską codziennie przyjeżdżał komunikacją miejską na zajęcia, na Magdę pokonującą wyboistą ścieżkę na wózku inwalidzkim, na Wojtka używającego wielkiej lupy, by przeczytać ogłoszenie w uczelnianej gablocie, miałem poczucie, że mam do czynienia z gigantami, którzy mnie zawstydzali, uświadamiając mi, że jeszcze za mało angażuję się w moje życie, które jest dla mnie o wiele łatwiejsze. Ileż nauczyła się cała moja rodzina od mojej niepełnosprawnej córeczki Ani, która nigdy nie skarżyła się, że nie może biegać, jak inne dzieci, że niewiele widzi przez okna, gdy siedzi na swoim dziecięcym wózku inwalidzkim! Kiedy zdarzało mi się na coś narzekać, łapałem się na tym, że to ja sam zachowuję się, jak rozkapryszone dziecko.

3. Życie dla drugiego

Obecność wśród nas osób niepełnosprawnych, to znaczy tych, którym żyje się trudniej, które potrzebują naszej pomocy, jest dla nas wielką szansą odkrywania w nas tego, co najbardziej ludzkie. To prawdziwa lekcja człowieczeństwa. Raoul Follereau mówił, że każdy potrzebujący, kogo spotykamy na naszej drodze, to wysłannik samego Chrystusa, który chce nas uwolnić od niszczącego od wewnątrz egoizmu. Ostatecznie bowiem człowiek jako osoba realizuje się w relacji z innymi, i jest tyle wart, ile im daje.

Jean Paul Sartre (1905-1980), słusznie rozpoznając wyjątkowość człowieka, który z natury swej skierowany jest na zewnątrz, który przekracza siebie, doszedł do tragicznego wniosku, że istotą relacji międzyludzkich jest konflikt. Każdy, kogo spotykamy na swojej drodze, zagraża naszej wolności, ogranicza nas, zniewala. Jakże bowiem możemy być wolni w naszych wyborach, jeśli ktoś obok jest także wolny i swymi wyborami może nas ograniczyć? – pytał pełen lęku i trwogi. Chore lub niepełnosprawne dziecko wymagające troski, starzy rodzice – ograniczają nas, zagrażają naszej wolności.

Gabriel Marcel (1889-1973), który stworzył podwaliny chrześcijańskiego egzystencjalizmu opartego na zaufaniu do Boga, podobnie jak Sartre mówił, że każdy byt osobowy skierowany jest na zewnątrz, ale nie „przeciw drugiemu" człowiekowi, lecz „ku drugiemu".

Każdy z nas, jako osoba, może się realizować w relacjach z innymi, w relacji wiary, nadziei i miłości. Tylko wtedy może rozwijać swoje życie osobowe i ujawnić swój najgłębszy, wyjątkowy wymiar. Prawdziwa egzystencja ludzka to egzystencja oparta na zaufaniu i tajemnicy. Trzeba ufać, wierzyć drugiemu człowiekowi, wierzyć w siebie i wierzyć Bogu, który jest gwarantem wszelkiego porządku w świecie – mówił Marcel[10].

Aby budować prawdziwie ludzki świat, realizować siebie i rozwijać się na poziomie życia osobowego, potrzebujemy siły wiary i światła nadziei. Egzystencja ludzka bez zaufania, wiary i nadziei byłaby niemożliwa, bo niemożliwe byłoby budowanie relacji osobowych. Człowiek jako osoba nie może żyć bez odniesienia do drugiego. Prawdziwą przestrzenią osobowego życia człowieka jest nadzieja, której źródłem może być tylko ktoś, komu zaufa. Tragizm sytuacji człowieka uwikłanego w dwudziestowieczne ideologie pozytywistyczne wynika stąd, że zaczął ufać rzeczom, a nie osobom. Kiedy przychodzą w naszym życiu trudne chwile, żadna, nawet najbardziej korzystna polisa ubezpieczeniowa nam nie pomoże. Potrzebujemy drugiego człowieka, który popatrzy nam w oczy, pomilczy z nami wtedy, kiedy słowa staną się niepotrzebne, który po prostu będzie. Nawet, jeśli to będzie osoba niepełnosprawna fizycznie czy intelektualnie, która nie potrafi łatwo wyrażać swoich uczuć. A może właśnie wtedy, kiedy spotykamy osobę potrzebującą pomocy, zaczyna się nasze prawdziwie ludzkie życie naznaczone miłością i ofiarą?

4. Wyobraźnia miłosierdzia

Od siedemnastu lat organizuję w Zielonce koło Warszawy spotkania niepełnosprawnych dzieci[11]. Zwykle zapraszam na te niezwykłe zloty aniołów swoich znajomych i przyjaciół. Nie wszyscy chętnie przyjmują to szczególne zaproszenie, bo niepełnosprawność, zwłaszcza ta, która dotyka dzieci, onieśmiela ich, paraliżuje, a nawet przeraża. Ci, którzy nigdy nie doświadczyli bezpośredniego kontaktu z osobą niepełnosprawną, nie bardzo wiedzą, jak się zachować. Boją się, by jakimś nieostrożnym słowem czy gestem nie dotknąć, nie zranić osoby niepełnosprawnej. Pamiętam pierwsze spotkanie, w którym brały udział niewidome dzieci z Lasek.

[10] Doskonałym przykładem budowania prawdziwych relacji osobowych jest rodzina. G. Marcel, *Homo viator. Wstęp do metafizyki nadziei*, tłum. P. Lubicz, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1984 s. 73-84.

[11] Genezę spotkań, z których wyrosło Misyjne Apostolstwo Niepełnosprawnych Dzieci opisała Anna Justyna Słomka w książce *Misja Małej Ani*, Biblioteka Niedzieli, Częstochowa 2009.

Przed szkołą czekali na nie wolontariusze. Kiedy dzieci wyszły z autokaru, nikt nie miał odwagi podejść do jednego, czy drugiego dziecka z białą laską. Wtedy siostra Irmina, widząc zakłopotanie wolontariuszy, powiedziała: to takie proste, wystarczy przedstawić się i podać rękę. I tak zaczęła się piękna, trwająca od lat przygoda, rozpoczęły się trwające do dziś przyjaźnie między wolontariuszami i ich podopiecznymi.

Dwa lata temu, po kolejnym spotkaniu, kiedy już niepełnosprawne dzieci odjechały, podeszła do mnie znajoma i wzruszona wyznała, że wielokrotnie otrzymała ode mnie zaproszenie, ale bała się tu pojawić, bo przerastało ją nieszczęście tych młodych ludzi obarczonych tak różnymi formami kalectwa. A tymczasem, jak wyznała, po wspólnej, trwającej prawie cały dzień zabawie, uświadomiła sobie, że nigdy w życiu nie doświadczyła takiej radości, takiej afirmacji życia, jak ta, którą zaprezentowały niepełnosprawne dzieci. To one uczą nas prawdziwej wyobraźni miłosierdzia. Uczą nas radości życia, wyciągają z letargu zgorzkniałych narzekań i pretensji do Boga, którego jesteśmy gotowi oskarżać przy okazji każdego najdrobniejszego niepowodzenia. Boimy się niepełnosprawności, bo brakuje nam wyobraźni miłosierdzia[12] opartej na pokorze i miłości bliźniego. Nie wyobrażamy sobie życia, w którym stalibyśmy się zależni od innych. Nie umiemy też sobie wyobrazić, sytuacji, w której ograniczyłoby nas pojawienie się niepełnosprawnego dziecka, ponieważ zacieśniliśmy swoją wyobraźnię do granic ciasnego egoizmu. Kontakt z osobami niepełnosprawnymi uwalnia nas z tej ciasnoty, pozwala z radością i miłością patrzeć na świat, pozwala w pełni cieszyć się naszą sprawnością i dawać sobie radę w trudnych sytuacjach. A nade wszystko uczy nas cieszyć się tym, co mamy najważniejsze – darem życia. Wreszcie kontakt z osobą niepełnosprawną uczy nas odpowiedzialności, która jest jednym z wyznaczników ludzkiego działania[13]. Uczy odpowiedzialności za nasze decyzje, czyny, ale też za innych.

Bibliografia

Aureliusz M., *Rozmyślania*, tłum. Marian Reiter, Wydawnictwo Marek Derewiecki, Warszawa 2009.

[12] Pojęcie „wyobraźnia miłosierdzia" pochodzi z listu apostolskiego Jana Pawła II *Novo millennio ineunte*, który ukazał się na zakończenie Wielkiego Jubileuszu Roku 2000.

[13] R. Ingarden, *Książeczka o człowieku*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2009, s. 71-93.

Bézy O., *Quelques commentaires à propos de la célèbre formule de René Leriche: La santé c'est la vie dans le silence des organes*, „La revue lacanienne" 1(2009), s 47-50.

Gogacz M., *Człowiek i jego relacje. Materiały do filozofii człowieka*, Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1985.

Ingarden R., *Książeczka o człowieku*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2009.

Jan Paweł II, *Novo millennio ineunte*, 2000.

Legocki A.B., *Naukowe definicje życia*, „Nauka" 1(2009), s. 123.

G. Marcel, *Homo viator. Wstęp do metafizyki nadziei*, tłum. Piotr Lubicz, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1984.

Słomka A.J., *Misja Małej Ani*, Biblioteka Niedzieli, Częstochowa 2009.

Szałata K., *Filozoficzne wyzwania medycyny współczesnej*, „Życie i Płodność. Kwartalnik Interdyscyplinarny" 4(2010), s. 25-28.

Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2011, Nr 127, poz. 721 z późn. zm.).

https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/niepelnosprawnosc;3947453.html (dostęp: 19.11.2019).

Paweł Wojakiewicz*

Wychowawcza rola rodziny w sytuacji niedostosowania społecznego dzieci i młodzieży

(Educational Role of the Family in the Situation of Social Maladjustment of Children and Youth)

Streszczenie

Jest niekwestionowaną rzeczą, że to rodzice naturalni są osobami, które potrafią najlepiej dostrzec i zaspokoić potrzeby swojego dziecka. Dlatego najkorzystniejszym środowiskiem jego socjalizacji jest prawidłowo funkcjonująca rodzina. Niniejszy artykuł podejmuje problematykę funkcjonowania dziecka w rodzinie naturalnej, rozumianej jako pierwotne środowisko wychowawcze, które oddziałuje na człowieka przez całe życie. Dlatego w niniejszym artykule omówiona została wychowawcza funkcja rodziny oraz jej wpływ na społeczne przystosowanie dziecka. Zostały również nakreślone zagadnienia związane z niedostosowaniem społecznym dzieci i młodzieży.

Słowa kluczowe: dziecko, oddziaływanie rodziny, proces wychowania, rodzina, rodzina naturalna, socjalizacja

* Paweł Wojakiewicz – dr; zastępca dyrektora Michalickiego Zespołu Szkół Ponadpodstawowych im. ks. Bronisława Markiewicza w Miejscu Piastowym

Summary

It is an unquestionable thing that natural parents are the people who can best see and meet the needs of their child. Therefore, the most favorable environment for socializing a child is a properly functioning family. This article addresses the issue of the child's functioning in a natural family, understood as a primary educational environment that affects people throughout their lives. Hence, the article discusses the educational function of the family and the child's social adaptation. Also issues related to the social maladjustment of children and youth were analized.

Keywords: child, impact of the family, upbringing process, family, natural family, socialization

Wprowadzenie

Rodzina stanowi pierwsze i podstawowe środowisko życia człowieka. To w rodzinie człowiek zwykle przychodzi na świat, w niej wzrasta oraz nabywa społecznych walorów i postaw niezbędnych do pełnienia ról społecznych.

Wśród wielu funkcji sprawowanych przez rodzinę, jedną z najbardziej priorytetowych z uwagi na jej trwałość oraz znaczenie dla jednostki i społeczeństwa, jest funkcja wychowawcza. W procesie socjalizacji bowiem jednostce przekazywany jest system zinstytucjonalizowanych środków wychowania i kontroli, do których zalicza się normy społeczne, system wartości, wzory postępowania oraz postawy i umiejętności społeczne, dzięki którym rozwija ona swoją osobowość i przygotowuje się do życia w społeczeństwie[1].

Rodzina jednak, będąc częścią społeczeństwa i pozostając pod jego wpływem, podlega oddziaływaniu różnorodnych czynników zewnętrznych, które nierzadko przyczyniają się do zachwiania systemu rodzinnego oraz powstawania w nim różnego typu dysfunkcji, w tym dotyczących możliwości przystosowawczych dzieci i młodzieży.

[1] Por. B. Zięba, *Zakres funkcji socjalizacyjno-wychowawczej rodziny*, „Ruch prawniczy, socjologiczny i ekonomiczny" 4(1989), s. 351.

Niniejszy artykuł ma na celu przedyskutowanie wychowawczej funkcji rodziny, kryteriów społecznego przystosowania oraz jego dysfunkcji w odniesieniu do kategorii dzieci i młodzieży.

1. Rodzina jako podstawowe środowisko wychowawcze dziecka

Środowisko życia człowieka stanowi zagadnienie, o którym szeroko dyskutuje się na płaszczyźnie wielu dyscyplin naukowych: filozofii, psychologii, socjologii i pedagogiki[2]. W ujęciu filozoficznym środowisko to część otoczenia człowieka, które wyznacza jego najszerzej pojęte procesy życiowe, a w którym działając, dokonuje on równoczesnego przeobrażenia „swojego świata" (środowiska) i samego siebie[3]. Na płaszczyźnie pedagogicznej H. Radlińska określa środowisko jako „zespół warunków, wśród których bytuje jednostka, i czynników kształtujących jej osobowość, oddziałujących stale lub przez dłuższy czas"[4]. W perspektywie socjologicznej z kolei, środowisko społeczne człowieka stanowi względnie trwały system grup społecznych oraz zbiorowości ludzkich, dzięki których oddziaływaniu człowiek staje się istotą społeczną[5].

Środowiskiem, które ze względu na swoje chronologiczne pierwszeństwo oraz społeczną rangę w procesie wychowania, zajmuje szczególne miejsce w życiu człowieka, jest rodzina. „Rodzina – jak podkreśla I. Jundziłł – tworzy naturalne środowisko wychowawcze, w którym główny element stanowią interakcje zachodzące między poszczególnymi jej członkami"[6]. Autorka wymienia również niezbędne składniki środowiska wychowawczego rodziny, zaliczając do nich: „kulturę pedagogiczną rodziców, warunki stworzone dzieciom, atmosferę wychowawczą, system nagród i kar, organizację pracy i czasu wolnego oraz kontaktów społecznych"[7] .

[2] A. Łuczyński, *Dzieci w rodzinach zastępczych i dysfunkcjonalnych*, KUL, Lublin 2008, s. 31.

[3] Por. *Encyklopedia oświaty i kultury dorosłych*, K. Wojciechowski red., Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1986, s. 321-322.

[4] H. Radlińska, *Stosunek wychowawczy do środowiska społecznego*, Nasza Księgarnia, Warszawa 1935, s. 20.

[5] Por. W. Majkowski, *Rodzina polska w kontekście nowych uwarunkowań*, Wydawnictwo Księży Sercanów, Kraków 2010, s. 46-54.

[6] I. Jundziłł, *Opieka nad rodziną w miejscu zamieszkania*, Wydawnictwo Spółdzielcze, Warszawa 1983, s. 16-17.

[7] Tamże.

Rodzina zatem, jako podstawowe środowisko wychowawcze, kształtuje wszystkie cechy psychiczne dziecka, jednostki dorastającej i dorosłej. Wynika to w dużej mierze z dwóch powodów. Po pierwsze rodzina, ze względu na liczebność swych członków, jest zaliczana do kategorii małych grup społecznych. Oznacza to, że jej członkowie mają możliwość stałego i bezpośredniego kontaktu *face to face*, a ich wzajemna bliskość i podobny system wartości sprzyjają wzajemnej identyfikacji oraz realizacji wspólnych celów Po drugie, rodzina, ze względu na trwały i intymny charakter interakcji pomiędzy jej członkami, jest też określana mianem wspólnoty. Rodzina jako wspólnota osób połączonych więzami krwi, zaspokaja podstawowe potrzeby psychospołeczne człowieka, w tym potrzebę bezpieczeństwa, przynależności, akceptacji i miłości[8].

Z tej racji rodzina jest niewątpliwie najważniejszą przestrzenią rozwoju i socjalizacji dziecka, kształtującą jego osobowość oraz przygotowującą go do pełnienia ról społecznych. Pomimo że proces socjalizacji dokonuje się przez całe życie człowieka, to jednak dla kształtowania się osobowości najważniejszy jego moment przypada na okres dzieciństwa i młodości (socjalizacja pierwotna). Realizuje się on jednocześnie w sferach: biologiczno-popędowej, psychiczno-uczuciowej, społeczno-kulturowej i świadomościowo-moralnej[9]. W socjalizacji pierwotnej szczególnego znaczenia nabierają wzajemne postawy rodziców i dzieci oraz atmosfera emocjonalna charakteryzująca relacje rodzice-dzieci. Proces socjalizacji dziecka w rodzinie dokonuje się przez naśladowanie sposobów postępowania rodziców, głównie w zakresie wzorów moralnych, poznawczych i uczuciowych, które prezentują. Do zadań rodziców należy wprowadzanie dziecka w świat wartości kulturowych, społecznych i religijnych. W środowisku rodzinnym dziecko po raz pierwszy spotyka się także z pojęciami dobra i zła, uczy się rozpoznawania rzeczy dozwolonych i zabronionych. Rodzice, swoimi ocenami i swoim zachowaniem, ukazują mu, co w życiu jest ważne oraz jakimi wartościami i zasadami należy się kierować, podejmując różnego rodzaju decyzje. Rodzina, stymulując proces poznawania faktów i zjawisk społecznych, uczy jednocześnie dziecko rozumienia norm społecznych i postępowania zgodnego z ich treścią[10].

Dziecko jest nie tylko świadkiem, ale i uczestnikiem życia rodzinnego, dzięki czemu kształtuje w sobie troskę o dobro wspólne tej wspólnoty i swoją świadomość społeczną. Przede wszystkim uczy się wzajemnej ofiarności, wyrozumiałości,

[8] Por. J. Rembowski, *Więzi uczuciowe w rodzinie. Studium psychologiczne*, PWN, Warszawa 1992, s. 34.

[9] Por. F. Adamski, *Rodzinna socjalizacja*, w: Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, T. Pilch red., t. V, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2006, s. 393-394.

[10] Por. J. Maciaszkowa, *Z teorii i praktyki pedagogiki opiekuńczej*, WSiP, Warszawa 1991, s. 59-60.

cierpliwości i sprawiedliwości, pracy i obowiązku, a także podporządkowywania się dobru ogółu. Uspołecznienie dziecka w rodzinie wytwarza w nim trwałe przyzwyczajenia, które wyznaczają jego sposób postępowania, niekiedy na całe życie[11]. Rodzina, stanowiąc odwzorowanie społeczeństwa, staje się więc dla człowieka pomostem łączącym go z innymi i pozwalającym na bezkonfliktowe włączenie się w życie społeczne przez uzgadnianie wspólnych dążeń[12].

Z uwagi na fakt, że występujący współcześnie pluralizm wartości, norm i wzorów życia rodzinnego, stwarza wiele niebezpieczeństw dla prawidłowego i w pełni skutecznego przebiegu procesu socjalizacji, potrzebna jest ze strony rodziców świadomość celów i zadań rodziny dotycząca wychowania młodego człowieka[13]. „Dzisiaj, w społeczeństwie pluralistycznym – zauważa W. Jacher – rodzina nie posiada monopolu na funkcję socjalizacyjną. Coraz większą rolę w tym procesie odgrywają wyspecjalizowane instytucje, środki masowego przekazu czy rówieśnicy. Mamy tu do czynienia z procesem nazywanym kulturalizacją, która dokonuje się równolegle z socjalizacją i polega na wprowadzeniu jednostki w życie i w kulturę społeczną. W procesie tym znacząco wzrasta rola dostępnych – dzięki środkom masowego przekazu – dóbr kultury, obrazów i tekstów. W rodzinie kulturalizacja splata się z socjalizacją"[14].

Świadoma swych celów i zadań rodzina nie powinna jednak łatwo rezygnować z przysługującego jej pierwszeństwa w procesie wychowania dziecka na rzecz przekazywania swoich uprawnień instytucjom pozarodzinnym, które, z natury swojej, nie są w stanie zapewnić wystarczających warunków pełnego i prawidłowego przebiegu socjalizacji młodego człowieka[15]. Szczególną rangę wychowania w rodzinie podkreślają słowa św. Jana Pawła II: „Rodzice, ponieważ dali życie dzieciom, w najwyższym stopniu są obowiązani do wychowania potomstwa, i dlatego muszą być uznani za pierwszych i głównych jego wychowawców. To zadanie wychowawcze jest tak wielkiej wagi, że jego ewentualny brak z trudnością dałby się zastąpić (...). Ponieważ jest to obowiązek oparty na pierwotnym powołaniu rodziców do współpracy ze stwórczym dziełem Boga, odpowiada mu prawo do wychowywania własnych dzieci. Ze względu na jego źródło, jest to prawo-obowiązek pierwotny w stosunku

[11] Por. B. Kiereś, *Tylko rodzina*, Fundacja Servire Veritati Instytut Edukacji Narodowej, Lublin 2006, s. 51-52.

[12] Por. F. Adamski, dz. cyt., s. 394.

[13] A. Łuczyński, dz. cyt., s. 34.

[14] W. Jacher, *Czym jest socjalizacja w rodzinie*, „Problemy Rodziny" 1(2000), s. 36.

[15] U. Bejma, *Rodzina adopcyjna wobec nowych problemów społeczno-wychowawczych*, w: Rodzina. Podstawowe dobro ludzkości, J. Młyński, A. Regulska red., Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej, Tarnów 2015, s. 203-214.

do zadań wychowawczych innych; nie do zastąpienia i niezbywalny, to znaczy, że nie można go w całości przekazać innym, ani też inni nie mogą go sobie uzurpować”[16].

W perspektywie wychowania i socjalizacji dziecka w rodzinie znamienne wydają się także słowa J. Szczepańskiego, który stwierdza, że „dobra rodzina jest potrzebna człowiekowi w każdym okresie jego życia. Określa ona warunki indywidualnego rozwoju osobowości jednostki, zaspokaja istotne potrzeby biologiczne i psychiczne, daje poczucie sensu życia, inspiruje do aktywności, ułatwia wrastanie w świat kultury oraz przyswajanie obowiązujących w nim norm i wartości, chroni i wspomaga w sytuacjach trudnych”[17].

2. Kryteria społecznego przystosowania dziecka

Prawidłowo funkcjonująca rodzina, dająca swym członkom poczucie bezpieczeństwa, akceptacji oraz przynależności do wspólnoty, kształtuje u dziecka właściwy sposób postrzegania rzeczywistości społecznej, w tym środowiska szkolnego i grupy rówieśniczej. Ważnym wyznacznikiem rozwoju dziecka jest jego kapitał kulturowy, który z jednej strony jest konstytuowany przez preferowanie określonych wartości i norm społecznych, zaś z drugiej przez poziom wykształcenia, nawyk uczenia się oraz uczestniczenia w życiu kulturalnym[18]. E. Jackowska, badając wpływ środowiska rodzinnego na przystosowanie szkolne dziecka, wyróżniła dwie grupy kryteriów tego przystosowania:

1. Kryteria zewnętrzne (behawioralne) obejmujące formy zachowania się dziecka wobec grupy oraz uznawanych w niej norm, tj.:
    - dążenie do kontaktów społecznych,
    - uznanie społeczne osiągnięte w grupie,
    - występowanie zachowań prospołecznych: inicjatywa społeczna, współdziałanie, itp.,

[16] Jan Paweł II, *Pierwsi wychowawcy dzieci. W czasie mszy św. dla rodzin chrześcijańskich, 2 XI 1982*, w: Rodzina w nauczaniu Jana Pawła II. Antologia wypowiedzi, J. Żukowicz red., Centrum Myśli Jana Pawła II, Kraków 1990, 153-154.

[17] J. Szczepański, *Elementarne pojęcia socjologii*, PWN, Warszawa 1979, s. 306.

[18] L. Szot, *Zasoby adaptacyjne zagrożonej alkoholizmem młodzieży wiejskiej*, w: Skazani na wykluczenie!?, M. Kalinowski, I. Niewiadomska red., KUL, Lublin 2010, s. 265.

- brak lub sporadyczne występowanie zachowań aspołecznych (agresji, kłamstwa, kradzieży itp.),
- wypełnianie obowiązków uczniowskich.

2. Kryteria wewnętrzne (introspekcyjne) obejmujące:
   - poczucie zadowolenia z kontaktów społecznych nawiązywanych w grupie,
   - zdolność do rozumienia przeżyć członków grupy,
   - świadomość i akceptację własnej pozycji społecznej osiągniętej w grupie[19].

Z badań E. Jackowskiej wynika, że szczególne znaczenie dla rozwoju przystosowania społecznego dziecka mają takie cechy środowiska rodzinnego, jak: silna więź uczuciowa między dziećmi a rodzicami, wychowawcze oddziaływanie obojga rodziców, stosowanie przez matki i ojców prawidłowych (z psychologicznego punktu widzenia) metod wychowawczych[20].

Również badania J. Rembowskiego potwierdzają związek pomiędzy szkolnym przystosowaniem dzieci a postawami rodzicielskimi. Wynika z nich, że dzieci otoczone troskliwą opieką rodziców przejawiają znacząco różne możliwości w przystosowaniu się do zadań i wymagań szkoły i grupy niż dzieci zaniedbywane. „Dzieci, które uważają siebie za nadmiernie kochane przez rodziców, są znacznie lepiej przystosowane do zadań szkoły niż dzieci przez rodziców zaniedbywane. Dzieci zaniedbywane okazały się także bardziej introwertywne, zamknięte w sobie i odsuwające się od grupy rówieśników, a przy tym ich zachowanie miało więcej cech ujemnych niż zachowanie ich kolegów kochanych przez rodziców"[21].

Powyższą zależność potwierdzają także badania badani M. Tyszkowej. Wynika z nich, że o poziomie efektów w pracy szkolnej dziecka w znacznym stopniu decyduje jego sytuacja rodzinna[22]. Autorka wymienia czynniki środowiska rodzinnego najwyraźniej wpływające na powodzenie dziecka w szkole. Są to:

- poziom kulturalny rodziców,
- warunki mieszkaniowe rodziny,
- atmosfera wychowawcza,

[19] E. Jackowska, *Wychowawcze funkcjonowanie rodziny dziecka przystosowanego społecznie*, „Psychologia Wychowawcza" 4(1977), s. 395.

[20] Tamże, s. 401.

[21] J. Rembowski, *Postawy rodzicielskie w odczuciu młodzieży dorastającej*, w: Rodzina i dziecko, M. Ziemska red., PWN, Warszawa 1986, s. 225.

[22] M. Tyszkowa, *Czynniki determinujące pracę szkolną dziecka*, PWN, Warszawa 1969, s. 110.

- stosunek rodziców do dziecka na tle ogólnego układu relacji społeczno-rzeczowych w rodzinie[23].

Szeroko zakrojone badania na temat znaczenia środowiska rodzinnego dla uzyskiwania przez dziecko efektów w pracy szkolnej, przeprowadził także H. Cudak[24]. Wyodrębnił on cztery grupy czynników charakteryzujących środowisko rodzinne, tj.:

- świadomość wychowawczą rodziców, ich wiedzę o rozwoju i wychowaniu dziecka, świadomość ról rodzicielskich,
- atmosferę w domu i związki uczuciowe między członkami rodziny,
- umiejętności wychowawcze rodziców, tj. stosowanie przez nich kar i nagród, współdziałanie ze szkołą,
- postawy rodzicielskie, w tym stosunek rodziców do dzieci w różnych sferach życia rodzinnego[25].

Wnioski z przytoczonych badań wskazują, że rodzice uczniów uzyskujących dobre lub bardzo dobre wyniki w nauce wykazują się bardzo wysokim poziomem wiedzy pedagogicznej w porównaniu z rodzicami uczniów słabszych. Znają oni również zasady stosowania kar i nagród. Czynnikiem zaś w najwyższym stopniu determinującym pracę szkolną dziecka jest, według H. Cudaka, atmosfera domu rodzinnego. „Akceptująca, serdeczna postawa rodziców wobec dziecka, bezkonfliktowe stosunki między członkami rodziny, wzajemne zaufanie tworzą klimat sprzyjający sukcesowi w nauce”[26]. Natomiast analiza warunków wychowawczych w rodzinach uczniów o słabych wynikach w nauce wskazuje na występowanie konfliktów, awantur, alkoholizmu, rozbicia. Czynniki te hamują rozwój umysłowy i uczuciowy dziecka, zakłócają motywację do nauki, prowadzą do trudności i niepowodzeń[27]. Często wychowawcy dostrzegają w dzieciach o podobnym ilorazie inteligencji duże różnice w osiąganych efektach pracy szkolnej. Dopiero po głębszej analizie sytuacji rodzinnej, czasem opartej na wywiadzie środowiskowym, okazuje się, co jest rzeczywistą ich przyczyną[28].

[23] Tamże, s. 111.

[24] H. Cudak, *Środowisko rodzinne a rezultaty pracy szkoły*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Jana Kochanowskiego, Kielce 1991, s. 35.

[25] Tamże, s. 41.

[26] Tamże, s. 164.

[27] Tamże, s. 164.

[28] J. Piwowarczyk, *Dzieje ośrodka wychowawczego w Pawlikowicach*, Michalineum, Marki 2003, s. 21.

Również wspomniane powyżej umiejętności wychowawcze rodziców mają znaczący wpływ na postępy dzieci w nauce i podejmowane zadania. Tworzenie odpowiednich warunków do pracy w domu, pomoc w odrabianiu zadań domowych, zainteresowanie problemami dziecka, stwarzanie sytuacji mobilizujących do nauki oraz właściwa organizacja czasu dziecka, w wielu przypadkach decydują o wynikach w nauce szkolnej i innych osiągnięciach młodego człowieka[29]. Szereg badań dowodzi, że wpływ na karierę szkolną dziecka ma świadomość wychowawcza i umiejętności pedagogiczne rodziców. Niestety, jak wynika z badań H. Cudaka, przygotowanie rodziców do wychowania dzieci jest niewielkie i dotyczy przede wszystkim opieki pielęgnacyjnej. Aż 70% badanych rodziców posiada bardzo małą wiedzę o wychowaniu i właściwościach rozwojowych dziecka. W postępowaniu wychowawczym kierują się najczęściej intuicją lub wzorcami wyniesionymi z własnego domu rodzinnego[30].

3. Dzieci z dysfunkcjami – niedostosowanie społeczne dzieci i młodzieży

Szczególnie ważne i trudne zadanie wychowawcze spoczywa na rodzicach dziecka z dysfunkcjami społecznego przystosowania. Wielu autorów do najczęstszych przejawów niedostosowania dzieci i młodzieży zalicza: ucieczki z domu, wagary, alkoholizowanie się, narkomanię, nikotynizm, próby samobójcze, przestępczość oraz agresję. Zachowania te stanowią efekt specyficznej dystrybucji dóbr, takich jak:

- zasoby materialne,
- zasoby osobiste,
- zasoby stanu,
- zasoby energii[31].

Ucieczki z domu traktowane są jako objawy dość zaawansowanego procesu wykolejenia nieletnich. Są one przejawem zaburzeń w socjalizacji dzieci i młodzieży. Zjawisko to obejmuje ok. 5% populacji dzieci i młodzieży w wieku 12-13 lat. Włóczęgostwo dzieci i młodzieży wynika z jednej strony z naturalnej tęsknoty do wędrówek i zwiedzania, ale o wiele ważniejszym powodem, dla którego młodzież

[29] H. Cudak, dz. cyt., s. 165.

[30] H. Cudak, *Szkice z badań nad rodziną*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Jana Kochanowskiego, Kielce 2005, s. 29.

[31] L. Szot, *Model wczesnej interwencji i adaptacji zawodowej P II*, ER-ART PLUS, Lublin 2014, s. 13.

ucieka, jest chęć wyrwania się z opresyjnego, zniewalającego, czasami nadmiernie rygorystycznego środowiska rodzinnego. Niekiedy kilkudniowa ucieczka z domu jest sposobem zwrócenia na siebie uwagi, zwłaszcza kiedy dziecko czuje się nieakceptowane i odtrącone emocjonalnie[32].

Ucieczki z reguły są sygnałem tego, że dom przestał być bezpiecznym schronieniem i dziecko czuje się w nim zagrożone. Może to być zagrożenie natury fizycznej, takiej jak bójki, awantury czy kary cielesne, lub natury psychicznej – odrzucenie, zaniedbywanie, brak miłości. W takich przypadkach konflikt między dzieckiem a osobami z najbliższego otoczenia jest tak silny, że dziecko nie jest w stanie dłużej go znosić. Ucieczka jest często krokiem desperackim, przeżywanym w stanie silnego lęku, nie tylko przed tym, co młody człowiek przeżywa w domu, ale również przed tym, co czeka go poza nim. Dlatego pierwsza ucieczka jest najczęściej zdeterminowana jakimś szczególnie ciężkim przeżyciem lub szokiem, który wyzwala tę niełatwą decyzję. Po tej pierwszej decyzji wszystkie następne przychodzą łatwiej, nie wymagają już wyjątkowej okazji. Wyzwala się bowiem pewien mechanizm obronny, który dyktuje dalsze postępowanie[33]. Istnieje przy tym duże zagrożenie, że w takiej sytuacji, bez opieki i środków do życia, młoda osoba dokona włamań, kradzieży i tym sposobem wkroczy na drogę przestępczą.

Niepokojący wydaje się fakt, iż część uciekających z domów dzieci w czasie ucieczek trafia do melin złodziejskich, gdzie spotykają się z innymi uciekinierami, złodziejami, często starszymi od siebie. W takich sytuacjach są dodatkowo poddawane demoralizującym wpływom swych współtowarzyszy. Wpływ ten jest bardzo niebezpieczny, ponieważ już sam fakt ucieczki świadczy o rozluźnieniu więzi emocjonalnej z domem i osłabieniu wpływów rodzinnych[34].

Wagarowanie i uchylanie się od obowiązków szkolnych jest najbardziej rozpowszechnionym objawem, charakterystycznym dla wstępnych stadiów wadliwego przystosowania szkolnego. Są to sygnały nie tylko zaburzeń adaptacji szkolnej, ale także wskaźniki wadliwego systemu szkolnego oraz dysfunkcjonalności szkoły wobec potrzeb intelektualnych i emocjonalnych uczniów. Szkodliwość wagarów polega na tym, że w trakcie wagarowania nikt nie sprawuje nad młodzieżą kontroli. Grupy wagarujące niekiedy z nudów zaczynają popełniać drobne wykroczenia

[32] L. Pytka, T. Zacharczuk, *Zaburzenia przystosowania społecznego dzieci i młodzieży*, Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach, Siedlce 1995, s. 45.

[33] K. Pospiszyl, E. Żabczyńska, *Psychologia dziecka niedostosowanego społecznie*, PWN, Warszawa 1980, s. 26.

[34] Tamże.

i przestępstwa, które w konsekwencji mogą zaprowadzić ich na ławę oskarżonych i przyzwyczaić do łamania norm społecznych i przepisów[35].

Zjawiskiem ściśle związanym z niedostosowaniem społecznym jest też alkoholizm. Jest to problem stanowiący poważne zagrożenie dla młodzieży, a niestety coraz częściej, także dla dzieci. Ocenia się, że w Polsce połowa młodzieży w wieku 14 lat okresowo pije alkohol, a blisko 80% chłopców w wieku 15-18 lat używa go dość często. Grupę młodzieży wypijającej znaczne ilości alkoholu ocenia się na 6-10%[36]. Picie alkoholu przez nieletniego uważane jest za niebezpieczny symptom jego wykolejenia. Bywa ono często bezpośrednią przyczyną popełniania przestępstw, zwłaszcza o charakterze chuligańskim, a poza tym jest z reguły poprzedzane występowaniem innych objawów wykolejenia i świadczy o niepokojącym zaawansowaniu tego procesu[37].

Zatrucie alkoholem w sposób szczególny niszczy nierozwinięty do końca i nieodporny organizm dziecka. Wpływa na zahamowanie jego rozwoju, zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej. Uniemożliwia naukę szkolną, wytrąca nieletniego z normalnego trybu życia, wprowadza w świat zdemoralizowany, często przestępczy, i proces wykolejenia następuje wtedy nieuchronnie szybko.

Podobnie przedstawia się u młodzieży problem z narkotykami. Do niedawna opinia publiczna wyrażała przekonanie, że narkomania nie stanowi w Polsce większego zagrożenia patologicznego. Wprawdzie w prasie i czasopismach specjalistycznych pojawiały się groźne sygnały, ale traktowały one problem marginalnie i niekompletnie. Natomiast aktualne doniesienia i sprawozdania statystyczne są alarmujące. Ukazują stały i szybki wzrost nowych uzależnień od środków odurzających i śmiertelnych zgonów na skutek przedawkowania. Pomimo wielu działań zmierzających do usunięcia lub chociażby ograniczenia negatywnych skutków tego rodzaju patologii, zjawisko to nadal zbiera obfite żniwo i obejmuje swym zasięgiem coraz młodsze pokolenie, bowiem granica wieku osób mających pierwszy kontakt z narkotykami ciągle się obniża[38]. Narkomania jest zjawiskiem złożonym, uwarunkowanym wieloma czynnikami społecznymi i różnorodnymi motywami osobistymi. Wśród czynników etiologicznych, zwiększających ryzyko uzależnienia młodych, wymienia się bunt i ich dążenia odmienne niż ideały starszego pokolenia, niedoskonałe

[35] L. Pytka, T. Zacharczuk, dz. cyt., s. 46.

[36] J. Cichowicz, *Niedostosowanie społeczne dzieci i młodzieży*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Olsztyn 1997, s. 89.

[37] K. Pospiszyl, E. Żabczyńska, dz. cyt., s. 27.

[38] I. Łabudź-Kryska, *Zjawisko narkomanii w percepcji uczniów szkół ponadpodstawowych*, w: Młodzież a współczesne dewiacje i patologie społeczne, S. Kawula, H. Macher red., Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1997, s. 115.

prawo dotyczące zapobiegania i zwalczania narkomanii, wzrastające bezrobocie, rozbite lub zagrożone rozbiciem rodziny, w końcu konflikty rodzinne spowodowane brakiem więzi emocjonalnych. Nie bez znaczenia jest także duża tolerancja otoczenia dla palenia, picia alkoholu i zażywania lekarstw. Poważny wpływ mają tu środowiska uzależnionych kolegów, łatwy dostęp do środków odurzających, poczucie lęku, zagrożenia, brak stabilności emocjonalnej, nieumiejętność rozwiązywania problemów, labilność uczuciowa, kierowanie się w życiu zasadą przyjemności, obniżone poczucie sensu i wartości życia[39].

Coraz częściej wpływ na funkcjonowanie dziecka w szkole i jego sukces edukacyjny ma, obok aspiracji rodziców, także sytuacja materialna rodziny. Współczesne realia ekonomiczne kraju stawiają przed młodym pokoleniem coraz większe wymagania. Oferta szkół publicznych, tylko formalnie bezpłatnych, nie zapewnia pełnego rozwoju edukacyjnego. Coraz częściej, aby zapewnić sobie powodzenie w szkole, a w przyszłości na rynku pracy, dziecko musi brać udział w dodatkowych, płatnych zajęciach – nauce języków obcych, kursach komputerowych, korepetycjach przedmiotowych. W tej sytuacji dzieci z ubogich rodzin, nawet te bardzo zdolne, zaczynają pozostawać w tyle, nie mając dostępu do książek, komputerów i płatnych lekcji[40]. Trudna sytuacja finansowa rodziny zmusza je do szybkiego podejmowania pracy zarobkowej, co prowadzi często do wyboru szkoły zawodowej lub wręcz przerwania nauki[41].

Zakończenie

Wśród wielu najbardziej cenionych wartości w życiu człowieka, rodzina zawsze sytuowana jest, obok zdrowia, na najwyższej pozycji. Powodem tak wysokiego prestiżu rodziny jest z pewnością fakt, że jest ona środowiskiem, w którym ma miejsce realizacja najważniejszych potrzeb człowieka.

Szczególna ranga rodziny wynika również z pełnionych przez nią funkcji, wśród których funkcja wychowawcza jest jedną z wiodących. Rodzice bowiem w procesie socjalizacji przekazują młodemu pokoleniu wzory zachowań, wartości, tradycję

[39] E. Siadek-Rusinek, *Dlaczego sięgają po narkotyk…*, „Gość Niedzielny" 7(1995), s. 24.

[40] U. Bejma, *Wsparcie społeczne młodzieży z rodzin dysfunkcyjnych*, w: Praca socjalna wobec wyzwań współczesności, t. 3, E. Bojanowska, M. Kawińska red., Wydawnictwo Kontrast, Warszawa 2017, s. 51-65.

[41] L. Winogrodzka, *Rodziny zastępcze i ich dzieci*, KUL, Lublin 2017, s. 47.

oraz wszystko to, co w przyszłości pozwoli dzieciom i młodzieży na identyfikację z rodziną pochodzenia oraz społeczeństwem.

Współczesna rodzina nie jest jednak wolna od różnego typu sytuacji kryzysowych, tak w obszarze strukturalnym, jak i aksjologicznym, czy socjalizacyjno-wychowawczym, które pośrednio lub bezpośrednio mogą u młodego pokolenia przekładać się na niedostosowanie społeczne, którego forma i treść wynika z wielu różnych kontekstów społecznych.

Bibliografia

Bejma U., *Wsparcie społeczne młodzieży z rodzin dysfunkcyjnych*, w: Praca socjalna wobec wyzwań współczesności, t. 3, E. Bojanowska, M. Kawińska red., Wydawnictwo Kontrast, Warszawa 2017.

Bejma U., *Rodzina adopcyjna wobec nowych problemów społeczno-wychowawczych*, w: Rodzina. Podstawowe dobro ludzkości, J. Młyński, A. Regulska red., Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej, Tarnów 2015.

Cichowicz J., *Niedostosowanie społeczne dzieci i młodzieży*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Olsztyn 1997.

Cudak H., *Szkice z badań nad rodziną*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Jana Kochanowskiego, Kielce 2005.

Cudak H., Środowisko rodzinne a rezultaty pracy szkoły, Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Jana Kochanowskiego, Kielce 1991.

Encyklopedia oświaty i kultury dorosłych, K. Wojciechowski red., Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Warszawa 1986.

Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, T. Pilch red., t. V, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2006.

Jacher W., *Czym jest socjalizacja w rodzinie*, „Problemy Rodziny" 1(2000).

Jackowska E., *Wychowawcze funkcjonowanie rodziny dziecka przystosowanego społecznie*, „Psychologia Wychowawcza" 4(1977).

Jan Paweł II, *Pierwsi wychowawcy dzieci. W czasie mszy św. dla rodzin chrześcijańskich, 2 XI 1982*, w: Rodzina w nauczaniu Jana Pawła II. Antologia wypowiedzi, J. Żukowicz red., Centrum Myśli Jana Pawła II, Kraków 1990.

Jundziłł I., *Opieka nad rodziną w miejscu zamieszkania*, Wydawnictwo Spółdzielcze, Warszawa 1983.

Kiereś B., *Tylko rodzina*, Fundacja Servire Veritati Instytut Edukacji Narodowej, Lublin 2006.

Łabudź-Kryska I., *Zjawisko narkomanii w percepcji uczniów szkół ponadpodstawowych*, w: Młodzież a współczesne dewiacje i patologie społeczne, S. Kawula, H. Macher red., Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1997.

Łuczyński A., *Dzieci w rodzinach zastępczych i dysfunkcjonalnych*, KUL, Lublin 2008.

Maciaszkowa J., *Z teorii i praktyki pedagogiki opiekuńczej*, WSiP, Warszawa 1991.

Majkowski W., *Rodzina polska w kontekście nowych uwarunkowań*, Wydawnictwo Księży Sercanów, Kraków 2010.

Piwowarczyk J., *Dzieje ośrodka wychowawczego w Pawlikowicach*, Michalineum, Marki 2003.

Pospiszyl K., Żabczyńska E., *Psychologia dziecka niedostosowanego społecznie*, PWN, Warszawa 1980.

Pytka L., Zacharczuk T., *Zaburzenia przystosowania społecznego dzieci i młodzieży*, Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach, Siedlce 1995.

Radlińska H., *Stosunek wychowawczy do środowiska społecznego*, Nasza Księgarnia, Warszawa 1935.

Rembowski J., *Postawy rodzicielskie w odczuciu młodzieży dorastającej*, w: Rodzina i dziecko, M. Ziemska red., PWN, Warszawa 1986.

Rembowski J., *Rodzina w świetle psychologii*, PWN, Warszawa 1978.

Rembowski J., *Więzi uczuciowe w rodzinie. Studium psychologiczne*, PWN, Warszawa 1992.

Siadek-Rusinek E., *Dlaczego sięgają po narkotyk…*, „Gość Niedzielny" 7(1995).

Szczepański J., *Elementarne pojęcia socjologii*, PWN, Warszawa 1979.

Szot L., *Zasoby adaptacyjne zagrożonej alkoholizmem młodzieży wiejskiej*, w: Skazani na wykluczenie!?, M. Kalinowski, I. Niewiadomska red., KUL, Lublin 2010.

Szot L., *Model wczesnej interwencji i adaptacji zawodowej PII*, ER-ART PLUS, Lublin 2014.

Tyszkowa M., *Czynniki determinujące pracę szkolną dziecka*, PWN, Warszawa 1969.

Winogrodzka L., *Rodziny zastępcze i ich dzieci*, KUL, Lublin 2017.

Zięba B., *Zakres funkcji socjalizacyjno-wychowawczej rodziny*, „Ruch prawniczy, socjologiczny i ekonomiczny" 4(1989).

Przemysław Przybylski*

Praca społeczno-wychowawcza jako czynnik zmian społecznych w ujęciu ks. Bronisława Markiewicza

(Socio-Educational Work as a Factor of Social Change in View of Father Bronisław Markiewicz)

Streszczenie

W inicjowaniu zmian społecznych poprzez pracę społeczno-wychowawczą w ujęciu ks. Bronisława Markiewicza, szczególne miejsce zajmuje socjologiczna refleksja nad wychowaniem jako procesem społecznym oraz jego szerokimi uwarunkowaniami społecznymi. Zadaniem socjalizacji, którą podejmował ks. Markiewicz, było wprowadzenie wychowanka w świat szeroko rozumianej kultury oraz przygotowanie go do pełnienia ról społecznych.

Instytucje wychowawcze i edukacyjne założone przez ks. Markiewicza odegrały w Galicji znaczącą i wręcz prekursorską rolę w dziedzinie polityki społecznej. Kapłan-społecznik wskazuje, że wychowanie aksjologiczne dzieci i młodzieży nie jest tylko obowiązkiem moralnym wobec młodego pokolenia, ale również wobec narodu i całych społeczeństw.

Słowa kluczowe: socjalizacja, wychowanie, edukacja, pedagogika społeczna, instytucje wychowawcze, wykluczenie

* Przemysław Przybylski – dr; Kolegium Jagiellońskie – Toruńska Szkoła Wyższa w Toruniu

Summary

According to Fr. Bronisław Markiewicz, in initiating social changes through socio-educational work, a special place is occupied by sociological reflection on upbringing as a social process and its broad social conditions. The task of socialization undertaken by Fr. Markiewicz, was the introduction of the pupil into the world of broadly understood culture and preparing him to perform social roles.

Educational centers, founded by Fr. Markiewicz, played a significant and even pioneering role in the field of social policy in Galicia. Fr. Markieicz, a priest and social worker, stresses that the education of children and youth is not only a duty to the young generation, but also a duty to the nation and entire societies.

Keywords: socialization, upbringing, education, social pedagogy, educational institutions, exclusion

Wprowadzenie

Ks. Markiewicz pokładał nadzieję na zmiany społeczne w szeroko rozumianej oświacie – dzięki odwołaniu się do myśli pozytywistów: postulatów pracy u podstaw oraz organicznej, chciał wykształcić i wychować moralnie sprawne elity – autorytety narodowe. One bowiem, jak czas pokazał, stały się fundamentem odnowy etycznej, dyskursu o tożsamości historycznej, a nade wszystko zaczynem nowej jakości kształcenia politycznego. Tylko światły oraz mocny ekonomicznie i moralnie naród – przekonywał ks. Markiewicz – może myśleć o odzyskaniu niepodległości. W instytucjach wychowawczych i edukacyjnych, które założył, widział realną szansę na przygotowanie jednostki do pełnego członkostwa w grupie społecznej. Wiedział, że środowisko ma znaczny wpływ na wychowanie jednostki, która z kolei będzie tworzyć konkretną społeczność. Dzięki prowadzonym przez siebie instytucjom chciał oddziaływać na trzech poziomach. Na poziomie *mikro*, zajmując się najpierw jednostką i grupą pierwotną. Następnie na poziomie *mezo*, zajmując się wychowaniem w większych środowiskach – w obrębie parafii, wsi czy miejscowości. Wreszcie na poziomie *makro*, zajmując się przebiegiem wychowania na poziomie ogólnonarodowym, ze szczególnym uwzględnieniem Galicji. Wychowanie we wszystkich społeczeństwach jest kulturowo wyznaczone i społecznie regulowane, jest ono zakorzenione w organizacjach tych społeczeństw.

Dla właściwego zrozumienia myśli społecznej, którą tworzył i realizował ksiądz Markiewicz, ważne jest zapoznanie się z warunkami gospodarczymi, społecznymi, geopolitycznymi i kulturowymi, które panowały w ówczesnej Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem Galicji. Podlegały one ewaluacji ze względu na szybki rozwój techniczny, szczególnie w Europie Zachodniej. Z drugiej zaś strony towarzyszył temu zjawisku regres moralny, prowadzący do wieloaspektowej pauperyzacji. Dlatego też w obszarze badawczym ks. Markiewicza szczególne miejsce zajmuje socjologiczna refleksja nad wychowaniem jako procesem społecznym oraz jego szerokim uwarunkowaniem społecznym. A dokładniej nad dwoma wzajemnie przenikającymi się zjawiskami, definiowanymi jako obszar socjologii wychowania oraz pedagogiki społecznej. Żyjący w tym samym czasie co ks. Markiewicz polski socjolog Florian Znaniecki wskazuje, że socjologia wychowania jest jedną z dziedzin socjologii ściśle związaną z pedagogiką społeczną, zajmującą się wychowaniem jako procesem społecznym[1].

Zainteresowanie kapłana sprawami społecznymi było działaniem zainspirowanym przez ducha ewangelii oraz nauki Kościoła w kwestii społecznej, która dała początek rodzącej się w tym okresie Katolickiej Nauki Społecznej. Odwołując się szczególnie do encykliki Leona XIII *Rerum novarum*, wychodził on naprzeciw problemom robotników i rolników w czasach rodzącego się kapitalizmu, a zarazem dostrzegał rangę i znaczenie wychowania społecznego całych grup. Krytycznie oceniając panujące ówcześnie stosunki społeczne, podjął się wychowania społecznego w swoim środowisku, szukając odpowiednich sposobów ratowania społeczeństwa[2]. Zauważał potrzebę wychowania obywatelskiego, któremu przyświecałby wspólny cel, właściwy podział ról i zadań oraz funkcji, odznaczającego się wysokim stopniem samorządności, równości i aktywności społecznej, co w konsekwencji mogłoby się stać impulsem do odzyskania niepodległości narodowej.

[1] Według F. Znanieckiego socjologia wychowawcza bada m.in. środowiskowe uwarunkowania szkoły, rodziny, grup rówieśniczych, funkcjonowanie różnych środowisk wychowawczych, zmiany celów i treści wychowania społecznego. Pedagogika społeczna to dział pedagogiki zajmujący się badaniem warunków środowiskowych wywierających wpływ na proces wychowania jednostek. Do głównych kierunków pedagogiki społecznej Znaniecki zalicza: wyrównywanie szans oświatowych dzieci i młodzieży, wychowanie poza szkołą, poradnictwo wychowawcze, pomoc socjalną, organizację wypoczynku i rekreacji. Przyjmując definicje F. Znanieckiego dotyczące zarówno socjologii wychowania, jak i pedagogiki społecznej, można śmiało stwierdzić, iż ks. Markiewicz był wyrazicielem bardziej praktycznym niż teoretycznym obu tych dyscyplin. Por. F. Znaniecki, *The Scientific function of Sociology of Education*, "Educational Theory" 2(1951).

[2] P. Nowogórski, *Program wychowania społecznego młodego pokolenia Polaków w świetle działalności i pism błogosławionego księdza Bronisława Markiewicza*, Wydawnictwo Sióstr Loretanek, Warszawa 2010, s. 16.

1. Dzieci i młodzież wykluczona społecznie w koncepcji wychowania ks. Bronisława Markiewicza

W epoce ks. Markiewicza szeroko dostrzegany był kryzys rodziny, wynikający głównie z kryzysu państwa. Jedynie instytucja Kościoła w jakiejś mierze wypełniała zadanie edukacji, na tyle, na ile pozwalał na to zaborca. Tragiczne położenie ekonomiczne wielu rodzin, szczególnie z najniższych warstw społecznych, powodowało nędzę najmłodszych ich członków. Stąd też w kraju było tysiące dzieci i młodzieży ubogiej, osieroconej i opuszczonej, która nie posiadała żadnego zabezpieczenia i wykształcenia[3]. W 1900 roku zanotowano, iż 41,3% ogółu dzieci nie pobierało żadnej nauki. Zawsze było dużo dzieci nieszczęśliwych, osieroconych lub prześladowanych, ale w tym czasie, tj. na przełomie XIX i XX wieku, nędza pogłębiała się, powodując nie tylko wyniszczenie fizyczne, ale i spustoszenie psychiczne[4]. Te dwa przejawy przesilenia społecznego – nędza i demoralizacja, najsilniej i najwcześniej dawały się we znaki najsłabszym i najbardziej bezradnym istotom: dzieciom i młodzieży, wykorzystywanym często przez dorosłych.

Ze względu na źródło zagrożeń, z którego wypływała nędza, można podzielić dzieci i młodzież, którą ks. Markiewicz otoczył troską wychowawczą i procesem edukacyjnym, na następujące grupy:

1) dzieci, które miały opiekę, ale były w nędzy, dlatego że ich rodzice znaleźli się w niezawinionej biedzie, np. brak zarobku, choroba członków rodziny itp.;
2) sieroty i dzieci opuszczone, które nie miały żadnego oparcia w życiu albo dlatego, że ich rodzice zmarli, albo dlatego, że zostały przez nich wyrzucone z domu;
3) dzieci biedne, mające złych i nieodpowiedzialnych rodziców lub opiekunów, np. dzieci alkoholików;
4) dzieci bite i katowane – były to zazwyczaj dzieci nieślubne[5].

Księdzu Markiewiczowi zależało, aby te dzieci zebrać i powierzyć ich wychowanie osobom odpowiednio do tego przygotowanym i doświadczonym, aby zastępując rodziców otoczyły je czujną i troskliwą opieką[6]. Dzieciom i młodzieży nale-

[3] B. Markiewicz, *Wychowanie dzieci opuszczonych*, „Powściągliwość i Praca" 6(1903), s. 10.

[4] B. Markiewicz, *Przewodnik dla wychowawców młodzieży opuszczonej oraz wskazówki do rozwiązania kwestii socjalnej*, t. I, Miejsce Piastowe 1912, s. 17.

[5] Tamże, s. 19-21.

[6] B. Markiewicz, *Odezwa do społeczeństwa o pomoc*, „Powściągliwość i Praca" 4(1901), s. 81.

żało stworzyć warunki do pełnego, integralnego rozwoju. Bowiem ich przyszłość, a przez to losy ojczyzny, zależała głównie od wykształcenia i wychowania w latach dzieciństwa, gdyż w tym czasie najmocniej kształtuje się osobowość człowieka.

Szczególną troską otaczał kapłan-społecznik osoby dysfunkcyjne. Tym bardziej, że w tym czasie nie miały żadnego wsparcia, tak w wymiarze społecznym, jak i edukacyjnym. M. Mieszkowicz, podobnie jak ks. Markiewicz, wskazywał, że głównym celem wychowania osoby z niepełnosprawnością intelektualną, jest rozwijanie jej autonomii poprzez personalizację i socjalizację, a także, w ramach posiadanych przez nią możliwości, wyposażenie jej w takie umiejętności, aby mogła zdobyć maksymalną niezależność życiową i na równi z innymi uczestniczyć w życiu społecznym przy zachowaniu swej odmienności[7].

Najnowsze ujęcie niepełnosprawności intelektualnej, zawarte w 10 wydaniu „Mental Retardation: Definition. Classification and Systems of Supports"[8], wskazuje, że jest to niepełnosprawność charakteryzująca się istotnym ograniczeniem zarówno w funkcjonowaniu intelektualnym, jak i w zachowaniu przystosowawczym, ujawniającym się w poznawczych, społecznych i praktycznych umiejętnościach przystosowawczych, powstała przed 18. rokiem życia. Do umiejętności poznawczych zaliczane są: porozumiewanie się, umiejętność czytania i kierowania sobą. Umiejętności społeczne to: funkcjonowanie interpersonalne, odpowiedzialność, nawiązywanie przyjaźni, postępowanie według zasad, przestrzeganie prawa, umiejętność wykorzystania wolnego czasu. Natomiast do praktycznych umiejętności przystosowawczych należą: czynności niezbędne do codziennej egzystencji, przygotowywanie posiłków, troska o zdrowie i o utrzymanie domu, gospodarowanie pieniędzmi, umiejętności zawodowe, utrzymywanie środowiska w bezpieczeństwie[9].

Na przełomie XIX i XX wieku wielu pedagogów, w tym również ks. Markiewicz, z wielką nadzieją powtarzało za E. Key, że XX stulecie będzie „stuleciem dziecka". Tylko wykształcone i aksjologicznie wychowane dzieci i młodzież są w stanie zmienić istniejący świat, a przede wszystkim uczynić go lepszym, bardziej wartościowym. Zapewne takie stanowisko było wynikiem wielu krzywd, jakich doświadczyły dzieci i młodzież

[7] M. Mieszkowicz, *Konstruowanie sytuacji wychowawczych sprzyjających rozwojowi społecznemu dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym*, w: Przewodnik dla nauczycieli uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i umiarkowanym, M. Piszczek red., Wydawnictwo Kompendium, Warszawa 2011.

[8] Mental Retardation: *Definition, Classification, and Systems of Supports*, 10th Edition, American Association on Mental Retardation, Washington 2002.

[9] B. Sidor-Piekarska, *Wybrane aspekty wychowania dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym w perspektywie matek oraz kadry pedagogicznej*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015, s. 131.

w minionych wiekach. Uzasadnione jest twierdzenie współczesnego pedagoga W. Theissa, który wskazuje okres działalności społeczno-politycznej ks. Markiewicza jako czas wojen, tragedii narodowej Polaków wynikającej z utraty własnej tożsamości i niepodległości, w którym dzieci i dorastająca młodzież były przedmiotem wykorzystywania, wyzyskiwania, a przede wszystkim nie miały dostępu do wykształcenia[10].

Dlatego też istotnym elementem wychowania jest wzbudzenie i kształtowanie określonego systemu wartości. Podmiotem tego procesu jest konkretna jednostka, przedmiotem zaś nabycie przez nią odpowiednich umiejętności. Wśród nich wyróżnia się sprawności moralne, które są podstawą czynienia dobra; sprawności etyczne – skłaniające do czynienia dobra społecznego; oraz obywatelskie – będące źródłem obywatelskich czynów dobra, opierające się na doktrynie politycznej i jurysdykcji państwa[11]. Ks. Markiewicz widział potrzebę obalenia mitu pozornej demokracji, głoszonej przez zaborców na arenie międzynarodowej, na drodze wzbudzania świadomości narodowej za pomocą pracy organicznej i u podstaw. Demokracja oderwana od podstawowych wartości stała się dla ówczesnej Galicji zakamuflowanym totalitaryzmem. Dlatego też dla ks. Markiewicza ważne było wypracowanie poprzez pracę religijno-pedagogiczną takich zmian społecznych, które zagwarantowałyby ład oparty na tożsamości i więzi społecznej oraz kulturze narodowej.

2. Integralne wychowanie jednostki w koncepcji socjalizacji ks. B. Markiewicza

Ks. Markiewicz chciał wykształcić jednostkę wrażliwą religijnie, ale również wrażliwą na szeroko rozumiany humanizm. Podejście humanistyczne w wychowaniu, o co zabiegał ks. Markiewicz, zakłada relację: człowiek-człowiek, gdzie płaszczyzną interakcji jest platforma ludzka. Stąd też z wielką empatią zwracał się z do ludzi, którym chciał pomóc odnaleźć się w skomplikowanej sytuacji społeczno-politycznej. Miał świadomość niedoskonałości, a zarazem bogactwa i niepowtarzalności każdego człowieka jako osoby. Starał się stworzyć związek w kontakcie międzyludzkim, w którym autorytet posiadał zarówno on jako wychowawca, jak i wychowanek. Zależało mu, aby w tej relacji obydwa podmioty wychowywały się wzajemnie, bo

[10] Por. W. Theiss, *Zniewolone dzieciństwo*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 1996.

[11] A. Róg, M. Orzechowska, *Wychowanie do wartości*, „Edukacja i dialog" 5(2004), s. 9-15.

wychowawca nie jest doskonały, tylko z powodu pełnionej przez siebie roli. W tym układzie jest jedynie inaczej odpowiedzialny. Stąd kapłanowi zależało, aby podejmowany przez niego proces pedagogiczny nie był jedno-, ale wielostronny[12].

Dlatego też przy różnych okazjach uczył i wychowywał w oparciu o katechizm i literaturę dzieci, młodzież i dorosłych, dzięki czemu również uczył właściwych postaw etycznych. Te działania księdza były inicjowaniem oddolnego procesu wychowania. Emile Durkheim, w ujęciu socjologii wychowania, określa ten proces jako „przysposobienie wychowanka na pełnoprawnego członka grupy". Koresponduje to z opinią Znanieckiego, który mówił o adaptacji wychowanka do żądań grup społecznych – socjalizacji, a więc uspołecznieniu. Zadaniem socjalizacji, którą podejmował ks. Markiewicz, było wprowadzenie wychowanka w świat szeroko rozumianej kultury poprzez kształcenie ogólne, czego efektem było upodobnienie się go do wspólnoty społecznej. Poprzez proces socjalizacji wychowanek ks. Markiewicza przygotowywał się do podejmowania ról w życiu społeczeństwa i do praktycznego życia. Ks. Markiewicz podkreślał, że proces wychowania odgrywa ważną rolę w społeczeństwie i ma wobec niego określone zobowiązania i zadania.

Poszukiwania właściwego modelu wychowania doprowadziły ks. Markiewicza do fascynacji i uznania za najskuteczniejszą, salezjańskiej drogi wychowania chrześcijańskiego i opieki nad dziećmi i młodzieżą. Jednak przeszkody formalne uniemożliwiły mu wierne przeniesienie na rodzimy grunt modeli i wzorów, które poznał i praktykował we Włoszech. Istotną trudnością była też konieczność uwzględnienia sytuacji społecznej i ekonomicznej, która narzucała możliwe rozwiązania. Wydaje się zatem słuszne, że w tych okolicznościach w naturalny sposób musiał zdecydować się na powołanie odrębnego zgromadzenia zakonnego, które, biorąc pod uwagę wspomniane uwarunkowania, podjęłoby się misji wychowywania i kształcenia[13].

3. Rola trzeźwości w koncepcji wychowania społecznego ks. Bronisława Markiewicza

Jedną z głównych wad społecznych przyczyniających się do pauperyzacji w wymiarze kulturowym, ekonomicznym, gospodarczym, etycznym i religijnym oraz utraty autonomii politycznej w Galicji na przełomie XIX i XX wieku, był bez

[12] Por. J. Tarnowski, *Człowiek – dialog – wychowanie. Zarys chrześcijańskiej pedagogiki personalno-egzystencjalnej*, „Znak" 9(1991).

[13] P. Nowogórski, *dz. cyt.*, *s. 55.*.

wątpienia alkoholizm. Na zaistniałą sytuację miały wpływ różne czynniki. Władzom zaborczym zależało, aby Polacy spożywali jak najwięcej alkoholu. Ludność Galicji była w sposób systematyczny rozpijana, by nie myślała o niepodległości ojczyzny[14]. Sytuację pogarszał jeszcze fakt nałogu pijaństwa masowo propagowanego przez dwory. Nałóg alkoholowy powodował rozkład moralny, upośledzenie umysłowe i całkowitą degradację ludzkiej osoby[15]. Wśród istniejącego przemysłu, ściśle związanego z rolnictwem, dominowały gorzelnie i browary, co jeszcze bardziej pogłębiało istniejący już kryzys, słabość społeczną ówczesnej Galicji – alkoholizm[16]. Ks. Markiewicz, jako kapłan, wychowawca i patriota, podjął skuteczną obronę narodu przez odnowę wartości moralnych oraz organizowanie oddolnych działań społecznych, mających na celu aktywizowanie jednostek żyjących w konkretnym środowisku. Demaskował i piętnował społeczny problem alkoholizmu, wskazując przy tym na jego szkodliwe konsekwencje dla rozwoju człowieka. Stosując różnorakie formy ewangelizacji-socjalizacji, niestrudzenie walczył o usunięcie groźnych wad narodowych. Widział w tym działaniu socjalizację społeczeństwa jako całości[17]. Rzetelna refleksja socjologiczna, głęboka wiara, dobro człowieka oraz miłość do ojczyzny determinowały go w działaniu na rzecz jednostki i społeczeństwa. Zachęcał do tego wszystkie stany społeczne, piętnując ich obojętność na losy ojczyzny. Pisał dobitnie, że: „Lichy ten kaznodzieja, co nie uderza często na wroga naszej ojczyzny i lichy ten spowiednik, co nie zwraca bacznej uwagi na używanie niewłaściwych napojów wyskokowych: lichy ten nauczyciel, co nie wzbudza wstrętu w dziatwie powierzonej sobie do trunków alkoholowych; lichy ten profesor ekonomii, który nie poświęca corocznie najdłuższego wykładu alkoholizmowi; lichy ten polityk, który sobie nie postawił za pierwsze zadanie uchylenie największej plagi społecznej; lichy ten wyborca, który nie bada kandydata do sejmu co do zdania jego o zarazie społecznej; lichy ten lekarz, który nie pracuje nad obudzeniem obrzydzenia u swoich pacjentów do alkoholu; lichy ten dziennikarz, który nie podnosi często sprawy alkoholizmu; lichy ten starosta, który nie czuwa gorliwie nad wykonywaniem ustawy o pijaństwie; lichy ten wójt, który nie wgląda pilnie w sprawy szynkowe, lichy ten ludowiec, który się przechwala z miłości co do ludu, a nie myśli o uchyleniu alkoholizmu, który jest największym wrogiem jego; lichy ten patriota, co we dnie i w nocy

[14] B. Markiewicz, *Zaraza społeczna*, „Powściągliwość i Praca" 4(1901), s. 92.

[15] B. Markiewicz, *Zgubne skutki nadużywania alkoholu*, „Powściągliwość i Praca" 3(1900), s. 38-39.

[16] J. Buszko, *Historia Polski 1864-1948*, PWN, Warszawa 1987, s. 38-40.

[17] S. Kozyr-Kowalski, *Weberowska socjologia religii a teoria społeczeństwa jako całości (wstęp do wydania polskiego)*, w: M. Weber, *Szkice z socjologii religii*, Książka i Wiedza, Warszawa 1984, s. 9.

krząta się koło sprawy narodowej, a na zarazę społeczną jest obojętny"[18]. W tej sytuacji społecznej ks. Markiewicz najpierw dokonał diagnozy sytuacyjnej ówczesnej Galicji, a następnie starał się o dostarczenie ekspertyz i przesłanek przez pokazywanie społecznych konsekwencji alternatywnych wyborów. Był świadomy, że „istota socjologicznego rozumienia wychowania tkwi w funkcji społecznej wychowania, tj. przygotowania jednostek do członkostwa w grupach społecznych"[19]. Tym bardziej, że wychowywanie jest w znaczącym stopniu również procesem kształtowania osobowości społecznej jednostki.

Społeczne oddziaływanie ks. Markiewicza, poprzez propagowanie abstynencji w pracy duszpasterskiej i wychowawczej, miało na celu przede wszystkim odnowę moralną narodu, zachowanie jego tożsamości oraz inkulturację społeczną. Był on przekonany, jak się z perspektywy czasu okazało, słusznie, że wymienione powyżej działania przyczynią się pośrednio do przywrócenia suwerenności ojczyzny. Trzeźwość, jak twierdził, była warunkiem skuteczności wychowania patriotycznego, szczęścia zarówno poszczególnych jednostek, jak i całego narodu.

Zakończenie

Instytucje wychowawcze i edukacyjne założone przez ks. Markiewicza odegrały w Galicji znaczącą i wręcz prekursorską rolę w dziedzinie polityki społecznej. Kapłan-społecznik wskazuje, że wychowanie aksjologiczne dzieci i młodzieży nie jest tylko obowiązkiem moralnym wobec młodego pokolenia, ale również wobec narodu i całych społeczeństw. „Wychowanie zaś, a szczególnie młodzieży, która ma kiedyś przodować narodowi, jest największą ze wszystkich spraw społecznych. Rozstrzygnięcie kwestii socjalnej i bytu Polski zależy od urządzenia szkół średnich i wychowania młodzieży"[20]. Oświata jest „najwyższym skarbem narodu"[21]. Ona rozwija integralnie jednostkę, przygotowując ją jednocześnie do pełnienia określonych ról społecznych. Nadto uczy pracy i rezygnacji z partykularnych interesów na rzecz dobra narodu.

---

[18] B. Markiewicz, *Zaraza społeczna*, „Praca i Powściągliwość" 4(1901).

[19] J. Włodarek, *Socjologia wychowania w Polsce. Rozwój problematyki badań w latach 1928-1988*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1992, s. 8.

[20] B. Markiewicz, *Cel szkół średnich i wyższych*, w: Przewodnik dla wychowawców młodzieży opuszczonej oraz wskazówki do rozwiązania kwestii socjalnej, t. II, Miejsce Piastowe 1912, s. 348 n.

[21] B. Markiewicz, *Oświata pozorna a istotna*, w: Przewodnik dla wychowawców młodzieży opuszczonej oraz wskazówki do rozwiązania kwestii socjalnej, t. II, Miejsce Piastowe 1912, s. 276.

Proces wychowania urzeczywistniany przez kapłana-społecznika, choć skupiał się na dobru konkretnej osoby, nie był tylko procesem indywidualnym, ale również spełniał konkretną funkcję społeczną. W procesie wychowania bowiem nie uczestniczy wyłącznie pojedynczy człowiek, lecz cała społeczność poddana temu procesowi. Co więcej, wychowanie społeczne i personalistyczne nie stoją ze sobą sprzeczności, ale tworzą korelat wychowawczo-kulturowy[22].

Bibliografia:

Buszko J., *Historia Polski 1864-1948*, PWN, Warszawa 1987.

Kozyr-Kowalski S., *Weberowska socjologia religii a teoria społeczeństwa jako całości (wstęp do wydania polskiego)*, w: M. Weber, *Szkice z socjologii religii*, Książka i Wiedza, Warszawa 1984.

Markiewicz B., *Wychowanie dzieci opuszczonych*, „Powściągliwość i Praca" 6(1903).

Markiewicz B., *Przewodnik dla wychowawców młodzieży opuszczonej oraz wskazówki do rozwiązania kwestii socjalnej*, Miejsce Piastowe 1912.

Markiewicz B., *Odezwa do społeczeństwa o pomoc*, „Powściągliwość i Praca" 4(1901).

Markiewicz B., *Zaraza społeczna*, „Powściągliwość i Praca" 4(1901).

Markiewicz B., *Zgubne skutki nadużywania alkoholu*, „Powściągliwość i Praca" 3(1900).

Mental Retardation: *Definition, Classification, and Systems of Supports*, 10th Edition, American Association on Mental Retardation, Washington 2002.

Mieszkowicz M., *Konstruowanie sytuacji wychowawczych sprzyjających rozwojowi społecznemu dzieci i młodzieży upośledzonych*

[22] B. Markiewicz, *Obowiązki kraju względem dzieci opuszczonych*, w: Przewodnik dla wychowawców młodzieży opuszczonej oraz wskazówki do rozwiązania kwestii socjalnej, t. I, Miejsce Piastowe 1912, s. 196 n.

umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym, w: Przewodnik dla nauczycieli uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i umiarkowanym, M. Piszczek red., Wydawnictwo Kompendium, Warszawa 2001.

Nowogórski P., *Program wychowania społecznego młodego pokolenia Polaków w świetle działalności i pism błogosławionego księdza Bronisława Markiewicza*, Wydawnictwo Sióstr Loretanek, Warszawa 2010.

Róg A., Orzechowska M., *Wychowanie do wartości*, „Edukacja i dialog" 5(2004).

Sidor-Piekarska B., *Wybrane aspekty wychowania dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym w perspektywie matek oraz kadry pedagogicznej*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015.

Tarnowski J., *Człowiek – dialog – wychowanie. Zarys chrześcijańskiej pedagogiki personalno-egzystencjalnej*, „Znak" 9(1991).

Theiss W., *Zniewolone dzieciństwo*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 1996.

Włodarek J., *Socjologia wychowania w Polsce. Rozwój problematyki badań w latach 1928-1988*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1992.

Znaniecki F., *The Scientific function of Sociology of Education*, "Educational Theory" 2(1951).

Kazimierz Jacek Zabłocki*

Zasoby zdrowia u ludzi z niepełnosprawnością

(Health Resources of the People with Disability)

Streszczenie

W artykule podkreśla się fakt, że prozdrowotna rola zasobów czy potencjałów zdrowia człowieka polega przede wszystkim na zwiększaniu skuteczności w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi oraz na wyzwalaniu pozytywnych emocji będących z natury swojej źródłem energii człowieka. Są to istotne elementy sprzyjające utrzymaniu równowagi wewnętrznej, a zatem zdrowia, mimo wyzwań, które stawia człowiekowi z niepełnosprawnością życie.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, salutogeneza, zasoby zdrowia psychicznego, poczucie koherencji, optymizm życiowy

Summary

The article emphasizes the fact that the health-promoting role of human health resources or potential serves primarily to increase efficiency in dealing with difficult life situations and to release positive emotions that are inherently their source of human energy. These are important elements conducive to maintaining internal balance, and therefore health, despite the challenges that life imposes on people with disabilities.

Keywords: disability, salutogenesis, mental health resources, sense of coherence, life optimism

* Kazimierz Jacek Zabłocki, prof. zw. dr hab. – emerytowany profesor Instytutu Psychologii UKSW specjalizujący się w rewalidacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością

Niepełnosprawność, która staje się udziałem wielu ludzi, stawia ich w sytuacji nowej, zmieniającej wszystkie aspekty ich dotychczasowego życia. Zachowanie człowieka w warunkach zdrowia jest całościowe, zintegrowane, niepodzielne, oparte o pozytywną ocenę i koncepcję samego siebie, oparte na swej pozycji i relacjach z otoczeniem. Osoba z niepełnosprawnością, to człowiek, który nie może samodzielnie, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego lub społecznego, na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych lub psychicznych[1].

Niepełnosprawność stanowi przede wszystkim poważne i trwałe źródło lęku. Przyczyny lęku przebiegają wielotorowo. Z jednej strony jest to obawa przed realnymi zagrożeniami fizycznymi, z drugiej zaś przed zmianami, jakie mogą nastąpić w związku z zaistniałą niepełnosprawnością. Wymiar dotychczasowych umiejętności osób dotkniętych niepełnosprawnością zawęża się, a to prowadzi do różnorakich trudności oraz lęków w życiu społecznym, zawodowym, szkolnym i rodzinnym, z którymi osoby niepełnosprawne muszą się mierzyć[2].

Doświadczenia własnej niemocy wobec utrudnień, przeciążeń, deprywacji i zagrożeń stają się udziałem nie tylko osoby z niepełnosprawnością, która niejednokrotnie musi na nowo uczyć się codziennego funkcjonowania, ale także osób, które żyją z nią i obok niej. Gdy życie osoby z niepełnosprawnością zaczyna ją przerastać, staje ona w sytuacji przeciążenia, a nagła niepełnosprawność jest przyczyną szoku psychicznego z jego licznymi konsekwencjami, takimi np. jak zablokowanie potrzeb m.in. bezpieczeństwa, siły, osiągnięć, prestiżu, niezależności, zaufania do siebie czy poczucia własnej wartości. Tak więc następuje dezorganizacja własnych możliwości. Osoba z niepełnosprawnością cierpi nie tylko z powodu tego, co pozostało w wyniku uszkodzonego ciała, ale również tego, co zostało utracone. W przypadku trwałego kalectwa zablokowanie potrzeb jest również trwałe. Zdarza się, że rozpamiętywanie własnego wizerunku, jako osoby w pełni sprawnej, prowadzi do rozpaczy. Obciążenie organizmu przez ograniczenie sprawności prowadzi też do zmiany koncepcji obrazu własnej osoby, a także modyfikacji ról, w jakie wchodziło się przed zaistniałą niepełnosprawnością[3].

Zagadnienie zasobów zdrowia sytuuje się w koncepcjach nie tylko medycznych, ale także psychologicznych. Szczególnie mamy tu na uwadze tzw. salutogenetyczny

[1] K. Zabłocki, *Wprowadzenie do rewalidacji*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1988.

[2] S. Kowalik, *Psychologia rehabilitacji*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.

[3] N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, *Osobowość, stres a zdrowie*, Wydawnictwo Delfin, Warszawa 2008.

(zachowania zdrowotne) model zdrowia, w którym to modelu sytuuje się koncepcja psychologii zdrowia, więc także psychologii człowieka niepełnosprawnego[4].

W tym salutogenetycznym modelu zdrowia uwzględnia się tzw. holistyczne podejście do zdrowia, co oznacza, iż odchodzi się od dualistycznego ujmowania zdrowia, tj. zdrowia lub choroby na rzecz swoistego kontinuum – od stanu pełnego zdrowia do stanu głębokiej choroby kończącej się śmiercią. W podejściu salutogenetycznym kładzie się więc nacisk na czynniki podtrzymujące zdrowie, co więcej, podejście to nie traktuje wszystkich stresorów, w tym i niepełnosprawności, jako wyłącznie szkodliwych dla zdrowia, leczdopuszcza też, że w procesie osiągania zdrowia człowieka współdecydują jego osobiste biologiczno-konstytucjonalne i biologiczno-psychiczne zasoby zdrowia.

Fundamentem rozumienia zdrowia jest definicja zawarta w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia[5], która określa zdrowie jako „dobrostan fizyczny, umysłowy i społeczny, a nie tylko brak choroby". Co prawda definicja ta wymienia tylko trzy jego wymiary, ale tak naprawdę chodzi o „dobrostan całego człowieka, czyli wymiar fizyczny, umysłowy, emocjonalny, społeczny, duchowy i publiczny". A zatem zdrowie to nie tylko brak choroby, ale może przede wszystkim dobrostan z jego zasobami, które mają pozytywny wpływ na możliwości radzenia sobie z trudnościami w różnych wymiarach i sytuacjach, także z niepełnosprawnością.

W nawiązaniu do pozytywnych aspektów zdrowia można powiedzieć, że warunkiem zdrowia jest zaspokajanie potrzeb w każdej sferze, a więc osiąganie celów życiowych wraz z rozwojem sfery biologicznej, społecznej i osobowościowej.

Człowiek jest zdrowy, gdy może podejmować oraz wypełniać osobiste i społeczne zadania życiowe, gdy potrafi tworzyć więzi międzyludzkie i przezwyciężać trudności. W rezultacie tego wszystkiego ma poczucie fizycznego, psychicznego, społecznego oraz duchowego dobrostanu.

Zdrowie człowieka ujmowane jest w różnych kategoriach. Najczęściej traktuje się je jako wartość, stan, dyspozycję lub proces. W rozumieniu potocznym zdrowie traktowane jest przede wszystkim jako wartość, ale współcześnie coraz częściej rozpatruje się je jako proces, w którym człowiek z niepełnosprawnością ma swoje integralne miejsce.

[4] I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

[5] WHO, *Constitution*, Wydawnictwo WHO, Geneva, 1948.

Rozumienie zdrowia jako procesu zintegrowane jest z salutogenetycznym modelem zdrowia (o czym była mowa wyżej), zaproponowanego przez Aarona Antonovsky'ego[6]. Życie człowieka w tym modelu traktowane jest jako całość, jest swoistym kontinuum, przechodzącym od stanu pełnego zdrowia do stanu głębokiej choroby kończącej się śmiercią. W ciągu całego życia człowiek „przesuwa się" po tym kontinuum, jakby po lekko skośnej równi pochyłej, ku końcowi życia (naturalny proces starzenia się). Proces ten może też podlegać swoistej dynamice – przesuwaniu się w obydwu kierunkach, czasem w kierunku pełnego zdrowia, a czasem w kierunku głębszej choroby. Człowiek, próbując utrzymać równowagę procesów życiowych, mimo stawianych mu przez codzienne życie wymagań, sięga do swoich zasobów zdrowia, do swojego dobrostanu, które są w jego dyspozycji. Mowa tu o zasobach sfery: biologicznej, psychologicznej, społecznej i duchowej. W sferze biologicznej, od kodu genetycznego poczynając, do pełnego wyposażenia biologicznego nabytego w procesie istnienia konkretnej jednostki. W sferze psychicznej, od cech temperamentnych do całej sfery osobowościowej, cech intelektualnych oraz emocjonalnych, zarówno ukształtowanych przez środowisko społeczne, jak i wypracowanych przez jednostkę. Zasoby zdrowia zawarte są również w sferze społecznej, w postaci określonych relacji z bliskim i szerokim kręgiem społecznym. Wreszcie tkwią one również w duchowej sferze człowieka, dotykając pytań i odpowiedzi na temat sensu ludzkiej egzystencji, zagadnień kultury, światopoglądu, religii i moralności.

Na czoło psychicznych zasobów zdrowia u każdego człowieka (w tym człowieka z niepełnosprawnością) wysuwają się cechy struktury osobowości „Ja", które są centralnym regulatorem procesów adaptacji człowieka[7].

Wśród tych cech wymienia się: samoakceptację wraz z pozytywną, ale i adekwatną samooceną siebie, poczucie własnej tożsamości, sprawstwa, kontroli i samokontroli (zwanej czasem wyuczoną zaradnością) oraz poczucie własnej skuteczności, które jest wynikiem uczenia się społecznego[8].

Istotnymi zasobami zdrowia są też kompetencje życiowe jednostki, czyli umiejętności skutecznego rozwiązywania problemów i oddziaływania na otoczenie. Do tej kategorii zasobów należą przede wszystkim kompetencje poznawcze, a wśród nich inteligencja z jej elastycznością, refleksyjnością, nastawieniem twórczym, otwartością i abstrakcyjnością struktur poznawczych oraz kompetencje emocjonalne, zwane też inteligencją emocjonalną. Istotą inteligencji emocjonalnej jest zdolność

[6] A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy życia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995.

[7] Patrz: przegląd teorii osobowości – C. Hall, G. Lidzey, *Teorie osobowości*, PWN, Warszawa 1990.

[8] B. Borys, *Zasoby zdrowia w psychice człowieka*, „Forum Medycyny Rodzinnej" 1(2010).

do rozpoznawania, rozumienia i wyrażania emocji, ale także wykorzystywania jej oraz kierowania się nią w realizacji zadań i celów życiowych oraz radzeniu sobie z trudnościami.

Inną, bardzo ważną i rozbudowaną grupą zasobów zdrowia, są umiejętności społeczne, szczególnie interpersonalne. Mówiąc najogólniej, kompetencje społeczne to złożone, werbalne i niewerbalne umiejętności, które warunkują skuteczność radzenia sobie z zadaniami życiowymi w różnych sytuacjach społecznych. Zasoby związane z umiejętnościami społecznymi mogą mieć charakter zarówno predyspozycji wrodzonych, jak i wyuczonych form zachowania społecznego.

We wszystkich sferach życia ludzkiego zdarzają się okoliczności i sytuacje stresogenne[9], dlatego na pograniczu osobistych i społecznych zasobów zdrowia jest wsparcie społeczne jako zasoby w zdrowiu lub chorobie. Wsparcie społeczne wynika z faktu przynależenia do określonych struktur społecznych charakteryzujących się bliskością, solidarnością, poczuciem przynależności i więzi. Brak tego typu wsparcia prowadzi do powstania różnego rodzaju problemów, a w sytuacjach skrajnych nawet do syndromu wypalenia zawodowego[10].

Innym czynnikiem kształtowania i uaktywniania zasobów człowieka jest poczucie własnej wartości. Każdy człowiek będący w trudnej sytuacji potrzebuje wsparcia, zarówno indywidualnego, jak i społecznego. Jak podaje M. Seligmann, poczucia własnej wartości można się nauczyć, mimo utrudnień związanych z niepełnosprawnością, barierami fizycznymi, społecznymi oraz przeszkodami, które je wywołały i wciąż trwają. Osiąga się je zwykle metodą małych kroków i wymaga to długiego czasu oraz podtrzymywania na drodze zachodzących zmian[11].

Tak, więc pomoc osobom niepełnosprawnym z obniżonym poczuciem własnej wartości nie jest łatwa i wymaga od osób lub instytucji wspierających dużego zaangażowania. Zdarza się, że jako ludzie czy organizacje nie jesteśmy w stanie pomóc osobom, które się o tę pomoc zwracają. Nierzadko na przeszkodzie stoją nie tyle problemy obiektywne, wynikające z samego faktu niepełnosprawności, co postawy samych osób niepełnosprawnych, takie jak żal do świata czy poczucie krzywdy. W tej sytuacji osoby, które próbują im pomóc, mogą być bezsilne.

Opis właściwości zasobów zdrowia w psychice człowieka niepełnosprawnego polega przede wszystkim na ukazywaniu mu możliwości zwiększania skuteczności w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami oraz wyzwalaniu pozytywnych emocji

[9] L. Szot, *Obecni do końca*, Wydawnictwo Diecezji Rzeszowskiej, Warszawa 2010, s. 51.

[10] Tamże.

[11] M. Seligmann, *Optymizmu można się nauczyć*, Media Rodzina, Poznań 2005.

będących z natury źródłem energii człowieka. Są to istotne elementy sprzyjające utrzymaniu równowagi wewnętrznej, a zatem zdrowia, mimo wyzwań, które stawia niepełnosprawność.

Inną, bardzo ważną i rozbudowaną grupą zasobów zdrowia są umiejętności społeczne, szczególnie interpersonalne. Mówiąc najogólniej, kompetencje społeczne to złożone niewerbalne i werbalne umiejętności, które warunkują skuteczność radzenia sobie z wieloma zadaniami życiowymi w różnych sytuacjach społecznych[12]. Niewerbalne kompetencje interpersonalne to przede wszystkim podstawowa, prosta mimika, kontakt wzrokowy, wyrażanie intencji przekazu modulacją głosu, gestem, stosowanie odpowiedniego dystansu w kontaktach społecznych. Spośród werbalnych kompetencji komunikacyjnych należy zwrócić uwagę na stosowanie reguł jasnego, otwartego, bezpośredniego, spójnego komunikowania się, co ma szansę doprowadzić do porozumienia[13].

Wśród bardzo istotnych cech sprzyjających utrzymaniu i rozwojowi zdrowia jest także poczucie koherencji. Zdaniem Aarona Antonovsky'ego zarządza ono pozostałymi zasobami osobistymi człowieka i stanowi w pewnym sensie „klucz do zdrowia".

Antonovsky poczucie koherencji określa jako globalną orientację człowieka, wyrażającą się w trzech zasobach:

- każdy człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie, że bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny – ma zatem poczucie ich zrozumiałości;
- każdy człowiek ma dostępne zasoby, które pozwalają mu sprostać wymaganiom stawianym przez bodźce – ma zatem poczucie zaradności;
- wymagania te są dla każdego człowieka wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania – ma zatem poczucie sensowności[14].

Konstrukt „koherencji" zakłada, że każdy człowiek ma niezbędne zasoby optymizmu życiowego, ma poczucie własnej wartości i skuteczności, ma swoiste dla siebie poczucie kontroli zdrowia, inteligencji emocjonalnej, odporności, tj. radzenia sobie ze stresem, oraz prężności, tj. cechy, która służy kierowaniu wewnętrznymi zasobami, kreatywnością, chęcią uczenia się, silną motywacją, poczuciem własnej wartości i kompetencji, a także duchowością.

[12] I. Heszen, H. Sęk, dz. cyt.

[13] L. Grzesiuk, E. Trzebińska, *Jak ludzie porozumiewają się?*, Nasza Księgarnia, Warszawa 1983.

[14] A. Antonovsky, dz. cyt. s. 34.

Panuje dość powszechne przekonanie, że optymizm życiowy generalnie sprzyja człowiekowi w życiu w ogóle, także w zakresie zdrowia. To powszechne przekonanie, jak się okazuje, znajduje swoje potwierdzenie w wielu badaniach. W literaturze psychologicznej można znaleźć wiele definicji optymizmu. Niektóre z nich bardziej eksponują skłonności jednostki do postrzegania i wartościowania świata w kategoriach pozytywnych, inne zwracają większą uwagę na oczekiwania raczej pomyślnych niż niepomyślnych zdarzeń w przyszłości[15]. Są też takie, które łączą te dwa aspekty, określając optymizm jako: „względnie trwałą tendencję do spostrzegania, wyjaśniania i oceniania świata i zjawisk w nim zachodzących w kategoriach raczej pozytywnych niż negatywnych oraz względnie trwałą skłonność do przewidywania i oczekiwania przyszłych, mniej lub bardziej konkretnych wydarzeń jako raczej pomyślnych niż niepomyślnych”[16].

Jedną z teorii wyjaśniających źródła optymizmu jest regulacyjna teoria optymizmu, która zakłada, że ważnym motywem ludzkiej aktywności jest dążenie do osiągania wyznaczonych sobie celów, rozumianych jako pożądany dla jednostki stan rzeczy czy też istotna dla niej wartość, a jednym z mechanizmów regulacyjnych, decydującym o wyborze celów i ukierunkowaniu aktywności jest skłonność do optymizmu, którą określa się jako „dyspozycyjny optymizm”.

Optymizm ten wyzwala wiarę jednostki w możliwość osiągnięcia wytyczonego celu, a także pomaga w podjęciu decyzji o działaniu, natomiast w przypadku trudności, mobilizuje do kontynuacji podjętych wysiłków. Dyspozycyjny optymizm traktuje się jako względnie trwałą cechę osobowości, a zatem element uwarunkowany genetycznie. Większość specjalistów uważa jednak, że bardzo istotnym czynnikiem kształtowania dyspozycyjnego optymizmu są wczesnodziecięce doświadczenia człowieka. Jeżeli w tym okresie człowiek doświadczył przede wszystkim zdarzeń przewidywalnych i wzbudzających poczucie bezpieczeństwa, ten fakt ukształtował w nim postawę ufności wobec świata i ludzi oraz wiarę w możliwość poradzenia sobie w trudnych sytuacjach. Jak już wspomniano, optymizm pozytywnie koreluje z dobrym stanem zdrowia, co potwierdza wiele przeprowadzonych w tym zakresie badań[17].

Poczucie własnej wartości jest kolejnym wyznacznikiem koncepcji koherencji opisującym zasoby zdrowia u ludzi niepełnosprawnych. W literaturze przedmiotu można znaleźć różne definicje tego pojęcia. A. Jakubik uważa, że poczucie własnej

[15] R. Stach, *Optymizm*, Wydawnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006. Zob. także: J. Czapiński, *Psychologia pozytywna*, PWN, Warszawa 2004.

[16] M. Seligmann, dz. cyt., s. 41.

[17] R. Stach, dz. cyt.

wartości to przekonanie o autonomicznej wartości własnej osoby i oczekiwanie potwierdzenia go ze strony innych ludzi i od samego siebie. Wiąże się więc ono niewątpliwie z samooceną i to pozytywną, a poczucie własnej wartości jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka związanych z rozwojem struktury „Ja"[18]. Samoocena odgrywa ważną rolę w regulacji zachowań człowieka niepełnosprawnego, który musi uwzględnić swoje możliwości, zwłaszcza zachowania nowe, trudne, które wynikają z powstałej lub istniejącej niepełnosprawności.

Podstawą przewidywania skutków tych działań jest ocena własnych możliwości. Jeżeli samoocena jest pozytywna, ale adekwatna, wówczas człowiek reaguje, nawet w trudnych sytuacjach, względnie spokojnie. Jeżeli samoocena jest zawyżona lub zaniżona, wówczas jednostka wykazuje zwiększone zapotrzebowanie na informacje potwierdzające własną wartość. Informacje pozytywne wywołują emocje mobilizujące do dalszego działania. Informacje negatywne lub brak jakichkolwiek informacji wywołuje lęk, przygnębienie, poczucie winy, zniechęcenie. Jest też czynnikiem niwelującym negatywne skutki stresu. Wysokie, lecz niestabilne, poczucie własnej wartości powoduje często negatywne reakcje emocjonalne. Wyzwala gniew, wrogość. Jest to przejaw tak zwanego kruchego poczucia własnej wartości, co niejednokrotnie prowadzi do utraty zdrowia[19].

Omawiając koncepcję koherencji, należy też wspomnieć o poczuciu własnej skuteczności. Jest ono przekonaniem jednostki, że jest ona zdolna do osiągania zamierzonego celu w określonej sytuacji[20]. Przekonanie o własnej skuteczności kształtuje się zwykle na kilku podstawach. Na podstawie bezpośredniego doświadczenia własnego, doświadczeniach pośrednich, tj. poprzez obserwację innych ludzi lub na podstawie doświadczenia symbolicznego, odwołującego się do przykładów innych osób lub poprzez określone stany fizjologiczne i wzbudzane emocje[21]. U człowieka z niepełnosprawnością poczucie własnej skuteczności wpływa korzystnie na radzenie sobie ze stresem. Skutkuje pozytywnie dla zdrowia takiego człowieka, a także może wpływać na postrzeganie jego niepełnosprawności, modyfikując jej wpływ jako sytuacji stresowej. Może też korzystnie wpływać na wybór odpowiednich strategii radzenia sobie z niepełnosprawnością, co zmniejsza negatywny wpływ stresu i w efekcie służy zdrowiu.

[18] A. Jakubik, *Zaburzenia osobowości*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997.

[19] Tamże.

[20] J.B. Rotter, *Social learning and clinical psychology*, NJ: Prentice Hall, Engelwood Cliffs 1954.

[21] A. Bandura, *Self-efficacy: Toward a Unifying theory of Behavioral Change*, "Psychological Review" 2(1977), s. 191-215.

Umiejscowienie kontroli zdrowia jest kolejnym ważnym elementem opisującym struktury zasobów zdrowia w ramach koncepcji koherencji i odnosi się do ogólnego konstruktu umiejscowienia poczucia kontroli. J.B. Rotter wyróżnił wewnętrzne i zewnętrzne umiejscowienie kontroli[22]. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli daje podstawę do postrzegania określonego zdarzenia jako efektu własnych działań i osobistej nad nim kontroli. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli to osobisty wysiłek w działaniu, odpowiedzialność za nie, poszukiwanie odpowiednich informacji, uczenie się i podejmowanie autonomicznych decyzji, co w konsekwencji dobrze służy zdrowiu. Zewnętrznym umiejscowieniem kontroli określa się zaś czynniki zewnętrzne, niepodlegające kontroli jednostki. Mówi się tu o wpływie na zdrowie człowieka innych osób lub też o wpływie przypadku. U osób przewlekle chorych – jak wynika z badań – zdecydowanie częściej występuje preferencja zewnętrznej kontroli[23].

Kolejnym elementem wyróżniającym elementy zasobów zdrowia w przyjętej koncepcji koherencji jest inteligencja emocjonalna. Autorem tego określenia jest P. Salovey, a pojawiło się ono w literaturze psychologicznej nie tak dawno. Przyjmuje się, że inteligencja emocjonalna jest zdolnością spostrzegania, oceny i wyrażania emocji w trafny i przystosowawczy sposób. Jest to zdolność rozumienia emocji, ich wzbudzania i wykorzystywania do wspomagania aktywności poznawczej, a także zdolność do kontrolowania emocji własnych i innych ludzi[24].

Składnikami inteligencji emocjonalnej są takie cechy, jak: świadomość własnych emocji, umiejętność ich nazywania, empatia, zdolność do kontroli emocji, umiejętność motywowania się do aktywności, gotowość do współpracy i porozumiewania się z innymi, umiejętność łagodzenia konfliktów interpersonalnych, a także tworzenie więzi emocjonalnych. Tak rozumiana inteligencja emocjonalna wpływa pozytywnie na skuteczność radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i ze stresem, co w efekcie dobrze służy zdrowiu, nie tylko psychicznemu.

Rozwijanie zdolności emocjonalnych i społecznych powinno być programem kształtowania człowieka od najmłodszych lat, zarówno w domu rodzinnym, jak i środowisku szkolnym. W kontekście wspomagania własnego rozwoju i zdrowia ważna rola przypada pozytywnym emocjom. Wyniki wielu badań wskazują na to, że właśnie takie emocje, jak radość, zadowolenie, zainteresowanie czy też sympatia i miłość są ważnym źródłem ludzkiej energii, co w efekcie służy zdrowiu każdego człowieka, również zdrowiu osób z niepełnosprawnością.

[22] J.B. Rotter, dz. cyt. Za: H. Sęk, *Społeczna psychologia kliniczna*, PWN, Warszawa 1991, s. 83-86.

[23] N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, *Osobowość, stres a zdrowie*, Wydawnictwo Delfin, Warszawa 2008.

[24] J. Czapiński, dz. cyt.

Opisując zasoby zdrowia u osób z niepełnosprawnością zgodnie z koncepcją koherencji, nie sposób nie wspomnieć o odporności. Do literatury pojęcie to wprowadził S. C. Kobasa dla opisu właściwości osobowości radzącej sobie ze stresem. Na tę właściwość składają się trzy elementy:

- zaangażowanie – wiara w to, że podejmowane działanie jest słuszne i ma sens;
- kontrola – odpowiedzialne działanie;
- wyzwanie – traktowanie trudnych sytuacji jako ciekawe wyzwania, a nie nieszczęścia[25].

Wymienione cechy pozwalają człowiekowi uchronić się od choroby, nawet w sytuacjach doznawania silnego stresu. Odporność, podobnie jak inne wymienione tu składowe potencjału zdrowia, jest cechą mierzalną, a wiele badań potwierdza jej pozytywny wpływ na zdrowie człowieka.

Prężność to kolejny składnik koncepcji koherencji opisujący zasoby zdrowia. Istotą tej cechy jest zdolność jednostki do oderwania się od negatywnych doświadczeń i elastycznego przystosowywania się do zmieniających się wymagań życiowych. Pojęcie prężności wiąże się z podejściem zorientowanym na proces, w którym zdrowie traktuje się jako wynik równoważenia wymagań i wzajemnego przeplatania zasobów i deficytów. Prężność jest traktowana jako względnie trwały zasób człowieka, który pojawia się najczęściej w wyniku doświadczania poważnych trudności i zagrożeń, w wyniku czego jest on zmuszony do tworzenia i poszukiwania w sobie i wokół siebie, nowych zasobów czy potencjałów zdrowia. Osoby charakteryzujące się prężnością cechuje wyższy poziom optymizmu i wewnętrznego spokoju – odznaczają się one większą energią życiową. N. Henderson podkreśla, że kształtowaniu i rozwojowi prężności służy kierowanie się wewnętrznymi zasadami, niezależnością, elastycznością, kreatywnością, chęcią uczenia się i zdobywania nowych doświadczeń, silną motywacją, poczuciem własnej wartości i kompetencji, a także duchowością[26].

Bibliografia

Antonovsky A., *Rozwikłanie tajemnicy życia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995.

[25] S.C. Kobasa, S.R. Maddi, S. Kahn, *Hardiness and health. A prospective study*, "Journal of Personality and Social Psychology" 42(1982), s. 839-850.

[26] N. Henderson, *Resiliency at schools*, CA: Corwin Press, Thousand Oaks 1996.

Bandura A., *Self-efficacy: Toward a Unifying theory of Behavioral Change*, "Psychological Review" 2(1977).

Borys B., *Zasoby zdrowia w psychice człowieka*, „Forum Medycyny Rodzinnej" 1(2010).

Czapiński J., *Psychologia pozytywna*, PWN, Warszawa 2004.

Grzesiuk L., Trzebińska E., *Jak ludzie porozumiewają się?*, Nasza Księgarnia, Warszawa 1983.

Hall C., Lidzey G., *Teorie osobowości*, PWN, Warszawa 1990.

Henderson N., *Resiliency at schools*, CA: Corwin Press, Thousand Oaks 1996.

Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

Jakubik A., *Zaburzenia osobowości*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997.

Kobasa S.C., Maddi S.R., Kahn S., *Hardiness and health. A prospective study*, "Journal of Personality and Social Psychology" 42(1982).

Kowalik S., *Psychologia rehabilitacji*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.

Rotter J.B., *Social learning and clinical psychology*, NJ: Prentice Hall, Engelwood Cliffs 1954.

Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., *Osobowość, stres a zdrowie*, Wydawnictwo Delfin, Warszawa 2008.

Seligmann M., *Optymizmu można się nauczyć*, Media Rodzina, Poznań 2005.

Sęk H., *Społeczna psychologia kliniczna*, PWN, Warszawa 1991.

Stach R., *Optymizm*, Wydawnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.

Szot L., *Obecni do końca*, Wydawnictwo Diecezji Rzeszowskiej, Warszawa 2010.

WHO, *Constitution*, Wydawnictwo WHO, Geneva, 1948.

Zabłocki K., *Wprowadzenie do rewalidacji*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1988.

Urszula Bejma*
Leon Szot**

Niepełnosprawność intelektualna – wybrane kierunki badań nad zachowaniami stygmatyzującymi

(Intellectual Disability – Selected Perspectives of Research on Stigmatizing Behavior)

Streszczenie

Autor, analizując problematykę niepełnosprawności intelektualnej, podejmuje refleksję nad rysem historycznym koncepcji i definicji niepełnosprawności intelektualnej. Kolejno eksploruje wybrane kierunki badań dotyczące procesów stygmatyzacji osób niepełnosprawnych umysłowo oraz podkreśla badawczą rolę elementów zawartych w ONZ-owskiej Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych w kontekście badań; dostępu do zatrudnienia czy do opieki zdrowotnej oraz prawa do inkluzji społecznej.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność intelektualna, osoby niepełnosprawne umysłowo, stygmatyzacja, Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych

* Urszula Bejma – dr nauk społecznych; Caritas Polska

** Leon Szot – dr hab. nauk społecznych; profesor UPJPII w Krakowie

Summary

Analyzing the issues of intellectual disability the author, reflects on the historical perspectives of the concept and definition of intellectual disability. Subsequently, he explores selected research trends regarding the stigmatization processes of people with intellectual disabilities and emphasizes the role of study of the elements contained in the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in the context of research: access to employment, access to health care, the right to social inclusion.

Keywords: intellectual disability, people with intellectual disabilities, stigmatization, Convention on the Rights of Persons with Disabilitie.

1. Wokół pojęcia niepełnosprawności intelektualnej

Niepełnosprawność intelektualna jest złożonym zjawiskiem społecznym. Sam termin „niepełnosprawność intelektualna" jest stosunkowo nowy, zaś jego zdefiniowanie nie należy do zadań łatwych. Pojęcie to zostało utworzone, by złagodzić, a nawet zastąpić dotychczas funkcjonujące określenia, takie jak: „upośledzenie umysłowe" czy „niedorozwój umysłowy", które miały wydźwięk pejoratywny[1]. Pierwsze wzmianki na temat upośledzenia pochodzą z czasów starożytnych i odnoszą się do chorób związanych z deformacjami czaszki. Osoby chore były traktowane przez społeczeństwo nieprzyjaźnie i uważano je za balast. Wrogie nastawienie wobec nich prowadziło do licznych nadużyć, często dochodziło do morderstw upośledzonych dzieci.

Podobne podejście do osób upośledzonych miało miejsce w okresie średniowiecza – osoby niepełnosprawne intelektualnie uważano niekiedy za opętane, dochodziło do palenia ich na stosie lub wtrącania do więzienia. Zmiana podejścia do osób umysłowo niepełnosprawnych nastąpiła dopiero w okresie oświecenia, gdzie niebagatelną rolę odegrał papież Benedykt XIV, wydając w 1740 roku instrukcję *Quod Sancta*, w której zobowiązał biskupów do składania szczegółowych raportów

[1] K. Bobińska, P. Gałecki, *Zaburzenia psychiczne u osób upośledzonych umysłowo*, Continuo, Wrocław 2010, s. 46.

na temat nie tylko liczby osób niepełnosprawnych intelektualnie, ale także rodzaju udzielanej im pomocy, ich statusie materialnym i duchowym[2].

Za ojca współczesnego podejścia do niepełnosprawnych intelektualnie uważa się Jeana Marca Gasparda, który swoimi działaniami zwrócił uwagę na możliwość ich edukacji. Kolejną ważną postacią i kontynuatorem myśli Gasparda był Eduard Seguin, który nie był teoretykiem, ale praktykiem[3]: „Oskarżał lekarzy i terapeutów o defetyzm i kapitulanctwo, a jednocześnie naiwność w podejściu do „idiotów". Stwierdzał, że lekarze, którzy tak wiele piszą na temat idiotyzmu, nie spędzili ani jednego całego dnia z „idiotami"[4]. Eduard Seguin (1812-1880) był twórcą programu edukacyjnego i szkoły dla osób upośledzonych w stopniu zaawansowanym. Celem programu Seguina była ich socjalizacja, a także przywrócenie im możliwości normalnego życia[5]. Natomiast, próbę zdefiniowania upośledzenia umysłowego podjął E. Kreapelin w 1915 roku. Użył terminu „oligofrenia" w kontekście złożonej grupy określonej: „pod względem etiologii, obrazu klinicznego i zmian morfologicznych, anomalii rozwojowych, która posiada wspólną podstawę patogenetyczną, a mianowicie totalne opóźnienie rozwoju psychicznego"[6].

W połowie XX wieku nastąpiło znaczne pogorszenie sytuacji osób niepełnosprawnych. Główną przyczyną tego zjawiska był szybki proces industrializacji i urbanizacji, który doprowadził do znacznej izolacji tych osób. Dopełnieniem wykluczenia osób niepełnosprawnych stał się także rozwój eugeniki, a właściwie poglądy jej twórcy – Francisa Galtona, który, nakreślając metody ograniczenia problemu upośledzenia, propagował ich przymusową sterylizację, odseparowanie od społeczeństwa oraz dożywotnie więzienie[7]. W konsekwencji, eugenika implikowała ograniczenie reprodukcji wśród osób niepełnosprawnych[8].

Termin „niepełnosprawność intelektualna" dokładniej został zdefiniowany w latach 40. XX wieku przez Edgara Dolla, który uważał, że może ona być dziedziczna lub nabyta oraz jest stanem niedojrzałości społecznej, powstającej w czasie rozwoju

[2] L. Grochowski, *Początki nauczania dzieci upośledzonych i zorganizowanej opieki nad moralnie zaniedbanymi*, w: Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej, S. Mauerberg red., PWN, Warszawa 1990, s. 43-48.

[3] https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=eduard+seguin (dostęp: 16.10.2019).

[4] Tamże.

[5] W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Wydawnictwo Marek Drewiecki, Kęty, 2008, s. 450-452.

[6] J. Wyczesany, *Pedagogika upośledzonych umysłowo*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006, s. 18.

[7] M. Musielak, *Sterylizacja ludzi ze względów eugenicznych w Stanach Zjednoczonych, Niemczech i w Polsce (1899-1945): wybrane problemy*, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2008, s. 236-238.

[8] Tamże.

człowieka i prowadzi do zahamowania postępu jego inteligencji. Doll wyróżnił sześć właściwości niepełnosprawności:

- niedojrzałość społeczna,
- niska aktywność intelektualna,
- retardacja,
- trwałe zahamowanie rozwoju,
- konstytucjonalność,
- nieodwracalność[9].

W połowie XX wieku rozpoczęło się odchodzenie od pojmowania niepełnosprawności umysłowej w kategoriach medycznych, czyli jako jednostki chorobowej, której nie poddaje się leczeniu. Upośledzenie umysłowe przestało być także traktowane jako niezmienny stan, w którym deficyt intelektualny determinuje nieodwracalnie wszelkie możliwe ograniczenia i sprzężone zaburzenia, w tym niemożność przystosowania społecznego[10].

Kolejne próby definicji niepełnosprawności intelektualnej w literaturze są bardzo liczne. Np. definicja American Association on Mental Deficiency z 1959 roku utworzona przez Ricka Hebera określiła upośledzenie intelektualne jako funkcjonowanie intelektualne poniżej przeciętnej, mające początek w okresie rozwojowym, związane z upośledzeniem dojrzewania, uczenia się i przystosowania społecznego. W 1975 r. w USA opublikowano definicję H.J. Grossmana mówiącą, że „niedorozwój umysłowy to istotnie niższy niż przeciętny ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszą zaburzenia w zachowaniu przystosowawczym powstałe w okresie rozwojowym do 18. roku życia[11].

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) niepełnosprawność intelektualna jest stanem zahamowania lub niepełnego rozwoju umysłu, który charakteryzuje się przede wszystkim niedoborem umiejętności ujawniających się w okresie rozwoju i składających się na ogólny poziom inteligencji, tj. zdolności poznawczych, mowy, zdolności ruchowych i społecznych. Niepełnosprawność intelektualna może wystąpić wraz z innymi zaburzeniami psychicznymi i fizycznymi lub bez nich[12]. Wydaje się, że ta definicja jest jedną

[9] K. Babińska, T. Pietrasa, P. Gałecki, *Zaburzenia, niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemologia, diagnoza, terapia*, Continuo, Wrocław 2010, s. 8.

[10] K. Mrugalska, *Osoby z upośledzeniem umysłowym*, w: Problem niepełnosprawności w poradnictwie zawodowym, B. Szczepankowska, A. Ostrowska red., Krajowy Fundusz Pracy, Warszawa 1998, s. 117-138.

[11] Tamże.

[12] S. Pużyński, J. Wciórka, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Vesalius, Kraków 2000, s. 189.

z najtrafniejszych. Wśród wszystkich osób z niepełnosprawnością intelektualną aż 70-80% stanowią osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej. W klasyfikacji zaburzeń rozwoju intelektualnego najczęściej używa się kryterium IQ w skali Wechslera, która wyróżnia: a) upośledzenie w stopniu lekkim (55-69 punktów) – *debilitas mentalis*; b) upośledzenie w stopniu umiarkowanym (40-54 punkty) – *imbecilitas*; c) upośledzenie w stopniu znacznym (25-39 punktów) – *imbecilitas*; d) upośledzenie w stopniu głębokim (poniżej 24 punktów).

2. Stygmatyzacja – wybrane kierunki badań nad osobami umysłowo niepełnosprawnymi a osobami z chorobami psychicznymi

Osoby niepełnosprawne umysłowo należą do jednej z najbardziej społecznie wykluczonych grup wśród niepełnosprawnych[13], z powodu stygmatyzacji napotykają trudności w dostępie do opieki zdrowotnej, zatrudnienia, miejsc zamieszkania. Choć przeprowadzono wiele badań na temat osób umysłowo niepełnosprawnych, to ich stygmatyzacja ciągle nie została dogłębnie przeanalizowana systemowo i sklasyfikowana – stąd też brak ruchomych strategii zawierających zmienne, jakie mogłyby kształtować proces stygmatyzacji. Do tej pory jedynie wielopoziomowe modele konceptualistyczne stygmatyzacji zostały użyte do celów informacyjnych, skierowanych do pomniejszych grup docelowo badanych. Ponadto, dowiedziono empirycznie, że pomiędzy grupami osób umysłowo chorych, które należałoby zbadać, istnieją kluczowe różnice, które mają wpływ na codzienne życie tych osób, z czego na szczególną uwagę zasługuje zagadnienie sprawiedliwości społecznej właśnie w kontekście stygmatyzacji[14].

Przeważająca część badaczy przedmiotu uważa, że modele stygmatyzacji używane do analizy chorób psychicznych mogłyby być użyte do eksploracji stygmatyzacji wobec osób niepełnosprawnych umysłowo celem identyfikacji mechanizmów mających na względzie redukcję tych zachowań. Wszyscy badacze uznają interpretację stygmatyzacji Goffmana za punkt wyjściowy swoich rozważań, to znaczy

[13] E. Miller, R. Chen, N.M. Glover-Graf, P. Kranz, *Willingness to engage personal relationships with persons with disabilities, Examining category and severity of disability*, "Rehabilitation Counseling Bulletin" 52(2009), s. 211-224.

[14] N. Ditchman, K. Kosyluk, S. Werner, N. Jones, B. Elg, P.W. Corrigan, *Stigma and Intellectual Disability: Potential Application of Mental Illness Research*, "Rehabilitation Psychology" 2(2013), s. 206-216.

uznają, że stygmatyzacja jest zjawiskiem społecznym – stanowiskiem publicznym wobec osoby, która posiada przymiot dyskredytujący ją w oczach społeczeństwa, wywołujący odrazę. Podkreślają, że stygmatyzacja nie jest tożsama z osobą, której dotyczy, lecz jest konceptualizacją grupy dominującej na temat tej osoby, oraz wypływa z uwarunkowań kulturowych, uprzedzeń, stereotypów charakteryzujących tę grupę dominującą[15].

W badaniach mających na celu analizę zachowań stygmatyzujących osoby chore psychicznie, stereotypy i uprzedzenia zajmują centralne miejsce, bowiem to one przyczyniają się do kształtowania procesu stygmatyzacji i w efekcie prowadzą do zaistnienia zjawiska dyskryminacji. Tej ostatniej towarzyszą następujące zachowania społeczne: unikanie, odrzucenie, litość, nadopiekuńczość[16]. Stygmatyzacja w tym przypadku działa na kilku polach: społecznym, instytucjonalnym oraz danego indywiduum. Badania nad stygmatyzacją podkreślają także zasadność jej rozróżnienia podstawowego: stygmatyzacji publicznej – gdzie większość danej populacji tworzy proces stygmatyzacji i zachowuje się jako główny dyskryminator; stygmatyzacji strukturalnej – gdzie ma miejsce ustrukturyzowanie się wykluczenia społecznego związanego z negatywnymi normami kulturowymi oraz regulacjami prawnymi; oraz samostygmatyzacji, która stanowi najistotniejszy element w badaniach nad osobami z chorobami psychicznymi. W tym ostatnim przypadku proces odrzucenia osoby chorej psychiczne następuje w wyniku uwewnętrznienia stygmatyzacji w samej osobie[17].

Większość prac badawczych związanych z analizą stygmatyzacji osób umysłowo chorych odwołuje się do modeli zachowań społecznych dzieci i młodzieży oraz zwraca uwagę na negatywny odbiór osób niepełnosprawnych umysłowo przez grupy pełnosprawne[18]. Prace te najczęściej bazują w swoich analizach na pewnej percepcji swojego świata, w której rolę decydującą odgrywają zapewnienie bezpieczeństwa, ciepła emocjonalnego, komfortu psychicznego – tak jak ma to miejsce w przypadku analizy zachowań stygmatyzujących w stosunku do osób z syndromem Downa. Taki aspekt nie jest w ogóle brany pod uwagę w badaniach nad stygmatyzacją osób chorych psychicznie[19]. Kolejny aspekt – inna dyferencjacja

[15] B.G. Link, J.C. Phelan, *Conceptualizing stigma*, "Annual Reviews of Sociology" 27(2001), s. 365-385.

[16] L. Goddard, L. Jordan, *Changing attitudes about persons with disabilities: effects of a simulation*, "Journal of Neuroscience Nursing" 30(1998), s. 307-313.

[17] N. Ditchman, K. Kosyluk, S. Werner, N. Jones, B. Elg, P.W. Corrigan, dz. cyt.

[18] G.N. Siperstein, R.C. Parker, B.J. Noris, K. Widaman, *A national study of youth attitudes toward the inclusion of students with intellectual disabilities*, "Exceptional Children" 73(2007), s. 436-455.

[19] S. Fiske, *Warmth and competence: Stereotypy content issue for clinicians and researchers*, "Canadian Psychology" 53(2012), s. 14-20.

„winy" za chorobę to następna różnica w istocie analizy stygmatyzacji osób chorych umysłowo oraz chorych psychicznie. Jak wynika z badań, w opinii członków grupy zdrowej pełnosprawnej – winę za chorobę psychiczną ponosi osoba, której ta choroba dotyka, natomiast wina za chorobę umysłową, umysłowe upośledzenie tkwi poza chorą osobą[20].

Wydawałoby się, że wielość oraz różnorodność chorób umysłowych jest na tyle złożona, że nie pozwala w zasadzie przyjąć tych samych przesłanek i zastosować tych samych metod analitycznych, których używają badacze stygmatyzacji osób chorych psychicznie. Jednak, jak dowodzą ostatnie prace naukowe, nie jest to wykluczone w pewnych przypadkach, np. w kwestiach związanych ze sprawiedliwością społeczną bądź też w kontekście analizy stereotypów i ich wpływu na stygmatyzację, w tym przypisywania osobie upośledzonej umysłowo etykietki np.: „chorego inaczej", „głupka" lub innych pejoratywnych określeń[21].

3. Stygmatyzacja w kontekście badań nad osobami niepełnosprawnymi umysłowo a zagadnienia kluczowe wynikające z Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych

W związku z powyższym, badania nad stygmatyzacją osób umysłowo chorych powinny uwzględniać następujące domeny potencjalnie stygmatyzujące, które instytucjonalnie najbardziej dotyczą tej grupy: dostęp do opieki zdrowotnej, zatrudnienie, autonomiczny wybór, inkluzję społeczną oraz działania mające na celu doprowadzenie do aktywnego udziału w życiu społeczno-kulturowym danej społeczności oraz w mediach społecznościowych. Powinny także odzwierciedlać obecny stan prawno-społeczny tematyki dotyczącej niepełnosprawności, w szczególności zagadnienia poruszane w Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych.

Konwencja Osób Praw Niepełnosprawnych została otwarta dla sygnatariuszy 30 marca 2007 roku i ratyfikowało ją 180 członków ONZ. Stała się ona, od początku swego istnienia – czyli od 12 lat, siłą napędową do ogólnoświatowej zmiany społecznej sytuacji osób niepełnosprawnych w ogóle, w tym osób niepeł-

[20] P.E. Panek, M.K. Jungers, *Effects of age, gender, and causality on perceptions of persons with mental retardation research*, "Developmental Disabilities" 29(2008), s. 125-132.

[21] R.M. Levinson, D.M. Starling, *Retardation and the burden stigma*, "Deviant Behaviour" 2(1981), s. 371-390.

nosprawnych umysłowo[22]. Konwencja podaje definicję osoby niepełnosprawnej: art. 1: „…Do osób niepełnosprawnych zaliczają się osoby z długotrwałą obniżoną sprawnością fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, która w interakcji z różnymi barierami może ograniczać ich pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami." Zaś art. 2 postuluje, że „…Dyskryminacja ze względu na niepełnosprawność" oznacza wszelkie formy różnicowania, wykluczania lub ograniczania ze względu na niepełnosprawność, których celem lub wynikiem jest utrudnienie lub uniemożliwienie uznania, korzystania lub egzekwowania wszelkich praw człowieka i fundamentalnych swobód, na równych zasadach z innymi obywatelami, w sferze politycznej, gospodarczej, społecznej, kulturowej, obywatelskiej i innej. Definicja obejmuje wszelkie przejawy dyskryminacji, w tym odmowę racjonalnego dostosowania środowiska do szczególnych potrzeb osób niepełnosprawnych"[23]. Sama definicja oraz definicja dyskryminacji w kontekście niepełnosprawności dostarcza zaplecza, na tle którego ONZ także analizuje zagadnienia, w których najczęściej dochodzi do zachowań dyskryminacyjnych wobec osób niepełnosprawnych, a przez to stygmatyzujących te osoby.

Konwencja bazuje na zagadnieniach kluczowych: równość i brak dyskryminacji, kobiety z niepełnosprawnościami, dzieci z niepełnosprawnościami, wzrost świadomości na temat osób niepełnosprawnych, dostęp do sprawiedliwości, równość wobec prawa, wolność od złego i poniżającego traktowania oraz tortur, wolność od przemocy i nadużyć, ochrona integralności jednostki, wolność poruszania się i posiadania narodowości, inkluzja społeczna, mobilność osobista, wolność wyrażania się, dostępu do informacji, szacunek prywatności, szacunek dla życia rodzinnego, dostęp do edukacji, dostęp do zdrowia, zapewnienie zatrudnienia, uczestnictwo w życiu politycznym i kulturalnym, odpowiedni standard życia i opieki społecznej, zbieranie danych i statystyki. Kraje członkowskie, podpisując dokument, zobowiązały się dostarczać dane statystyczne i informacje na temat implementacji poszczególnych artykułów Konwencji na poziomie narodowym[24]. ONZ-owskie dokumenty – raporty coroczne – „Disability and Development" (niepełnosprawność i rozwój)[25], raport Światowej Organizacji Zdrowia – „World Disability Report" (Światowy Ra-

[22] https://www.un.org/development/desa/disabilities/about-us/history-of-united-nations-and-persons-with-disabilities-the-first-millennium-decade.html (dostęp: 12.09.2019).

[23] http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/Konwencja_Praw_Osob_Niepelnosprawnych.pdf (dostęp: 12.09.2019).

[24] M. Schulze, *A Handbook on Human Rights of Persons with Disabilities – Understanding the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, Handicap International, Lyon 2009, s. 3-8.

[25] United Nations, *Disability and Development Report 2018*, New York 2018, s. 31-32. Raport powstaje od 2018 roku.

port Niepełnosprawności), czy też ostatni raport Rady Praw Człowieka do Walnego Zgromadzenia ONZ na temat kondycji zdrowia umysłowego – zaczęły powstawać właśnie dzięki Konwencji. W tym kontekście należy także wspomnieć prace Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące ujednolicenia języka stosowanego do opisu poszczególnych schorzeń, w tym niepełnosprawności – ICF (*International Classification of Functioning Disability and Health* – Światowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia). ICF stało się instrumentem nie tylko badawczym, klinicznym, edukacyjnym[26], lecz także – dzięki informacjom zawartym w ICF – statystycznym, służącym do zbierania i zapisywania danych, np. w badaniach populacji i przeglądowych, zarządzających systemami informatycznymi[27].

Wspomniany raport Rady Praw Człowieka Walnego Zgromadzenia ONZ porusza po raz pierwszy kwestię stygmatyzacji osób niepełnosprawnych umysłowo. Raport przytacza niepełnosprawność psychospołeczną zdrowia psychicznego, w której mieści się niepełnosprawność umysłowa oraz niepełnosprawność związana z chorobami psychicznymi (*mental health condition*). Przywołuje także istotność Konwencji jako podstawowego instrumentu ochrony tych osób. Potwierdza, że stygmatyzacja tych osób jest determinantem jakości opieki i ich dostępu do szerokiej gamy usług, szczególnie gdy niesprawni umysłowo chorują także fizycznie. Raport powołuje się na badania nad stygmatyzacją, które wykazały, że osoby niepełnosprawne mentalnie mają niższą oczekiwaną długość życia – w porównaniu z ogólną populacją, oraz drastycznym jej spadkiem dla kobiet – 20 lat oraz mężczyzn – 15 lat. Raport krytykuje brak odpowiednich instytucji w społecznościach, które zajmowałyby się zdrowiem psychicznym i umysłowym chorych oraz podkreśla rażące naruszenia praw człowieka. Raport stwierdza, że w wielu krajach przesądy oraz stereotypy utrwalają stygmatyzację i dyskryminację tych chorych. W rekomendacjach i zaleceniach raport nawołuje do stworzenia i implementowania regulacji prawnych, które m.in. muszą bezwzględnie wyeliminować stygmatyzację oraz dyskryminację.

[26] https://www.pfon.org/dokumenty-i-publikacje/klasyfikacja-icf/496-miedzynarodowa-klasyfikacja-funkcjonowania-niepelnosprawnosci-i-zdrowia-icf-polskie-tlumaczenie (dostęp: 12.09.2019).

[27] WHO, ICF – *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, Genewa 2001, s. 5.

Wnioski

Kierunki badań nad osobami umysłowo chorymi oraz osobami z chorobami psychicznymi, wykorzystujące wspólną bazę założeń badawczych, trwają od niedawna. Wskazują one na potrzebę dalszych prac badawczych w tym kierunku. Prace nad zachowaniami stygmatyzująco-dyskryminacyjnymi wobec osób umysłowo chorych są jeszcze nieujednolicone oraz nieusystematyzowane, a ich ilość jest nadal niewielka, pomimo istnienia szerokiej gamy stygmatyzacyjnych skal badawczych, które w przeważającym stopniu są wykorzystywane w badaniach klinicznych, zaś w znacznie mniejszym w socjologicznych. Wraz z powstaniem raportu Rady Praw Człowieka do Walnego Zgromadzenia ONZ na temat zdrowia umysłowego, stygmatyzacja – jej koncepcja akademicka – zyskuje na znaczeniu, zaś wraz z nią rodzi się konieczność prowadzenia zaawansowanych badań akademickich nad stygmatyzacją osób niepełnosprawnych umysłowo.

Bibliografia

Bobińska K., Gałecki P., *Zaburzenia psychiczne u osób upośledzonych umysłowo*, Continuo, Wrocław 2010.

Babińska K., Pietrasa T., Gałecki P., *Zaburzenia, niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemologia, diagnoza, terapia*, Continuo, Wrocław 2010.

Ditchman N., Kosyluk K., Werner S., Jones N., Elg B., Corrigan P.W., *Stigma and Intellectual Disability: Potential Application of Mental Illness Research*, "Rehabilitation Psychology" 2(2013), s. 206-216.

Fiske S., *Warmth and competence: Stereotypy content issue for clinicians and researchers*, "Canadian Psychology" 53(2012), s. 14-20.

Grochowski L., *Początki nauczania dzieci upośledzonych i zorganizowanej opieki nad moralnie zaniedbanymi*, w: Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej, S. Mauerberg red., PWN, Warszawa 1990.

Goddard L., Jordan L., *Changing attitudes about persons with disabilities: effects of a simulation w Journal of Neuroscience Nursing*, "Journal of Neuroscience Nursing" 30(1998), s. 307-313.

Levinson R.M., Starling D.M., *Retardation and the burden stigma*, "Deviant Behaviour" 2(1981), s. 371-390.

Link B.G., Phelan J.C., *Conceptualizing stigma*, "Annual Reviews of Sociology" 27(2001), s. 365-385.

Mrugalska K., *Osoby z upośledzeniem umysłowym*, w: Problem niepełnosprawności w poradnictwie zawodowym, B. Szczepankowska, A. Ostrowska red., Krajowy Fundusz Pracy, Warszawa 1998, s. 117-138.

Miller E., Chen R., Glover-Graf N.M., Kranz P., *Willingness to engage personal relationships with persons with disabilities*, *Examining category and severity of disability*, "Rehabilitation Counseling Bulletin" 52(2009), s. 211-224.

Musielak M., *Sterylizacja ludzi ze względów eugenicznych w Stanach Zjednoczonych*, *Niemczech i w Polsce (1899-1945): wybrane problemy*, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2008.

Panek P.E., Jungers M.K., *Effects of age, gender and causality on perceptions of persons with mental retardation research*, "Developmental Disabilities" 29(2008), s. 125-132.

Pużyński S., Wciórka J., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania*, w: ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, Vesalius, Kraków 2000.

Schulze M., *A Handbook on Human Rights of Persons with Disabilities – Understanding the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, Handicap International, Lyon 2009.

Siperstein G.N., Parker R.C., Noris B.J., Widaman K., *A national study of youth attitudes toward the inclusion of students with intellectual disabilities*, "Exceptional Children" 73(2007), s. 436-455.

Szumowski W., *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Wydawnictwo Marek Drewiecki, Kęty 2008.

United Nations, *Disability and Development Report 2018*, New York 2018.

Wyczesany J., *Pedagogika upośledzonych umysłowo*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.

World Health Organization, ICF – Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, Genewa 2001.

https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=eduard+seguin (dostęp: 12.09.2019).

https://www.pfon.org/dokumenty-i-publikacje/klasyfikacja-icf/496-miedzynarodowa-klasyfikacja-funkcjonowania-niepelnosprawnosci-i-zdrowia-icf-polskie-tlumaczenie (dostęp: 12.09.2019).

http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/Konwencja_Praw_Osob_Niepelnosprawnych.pdf (dostęp: 12.09.2019).

https://www.un.org/development/desa/disabilities/about-us/history-of-united-nations-and-persons-with-disabilities-the-first-millennium-decade.html (dostęp: 12.09.2019).

Martin Hamadej*
Beáta Balogová**

Morálka ľudskej mysle u klienta s mentálnym postihnutím***

(Morality of the Human Mind in a Client with Intellectual Disability)

Abstrakt

Stojíme na prahu ukončenia druhého decénia 21. storočia. storočia, ktoré je mnohokrát označované ako „Neistá doba" a neistým sa stáva aj postavenie človeka v nej, nehovoriac už o postavení jedinca, ktorý je označovaný ako jedinec s mentálnym postihnutím. V tomto kontexte ide o kritickú úvahu smerujúcu k „reflexii podmienok v neistej dobe. Neistá doba je v tomto prípade videná optikou Ulricha Becka, v zmysle ktorého neistota, rizikovosť, tekutosť sú pojmy bežne uvádzané na označenie premenlivosti a nestability postmodernej doby".

Kľúčové slová: Sociálna práca, sociálny pracovník, mentálne postihnutie, morálka

Summary

We are standing at the end of the second decade of the 21st century. century, which is often referred to as „Uncertain Time" and becomes uncertain about the position of man in it, not to mention the

* Martin Hamadej – Mgr; Inštitút edukológie a sociálnej práce, Filozofická fakulta, PU v Prešove

** Beáta Balogová – Prof. Doc. PhDr; Inštitút edukológie a sociálnej práce, Filozofická fakulta, PU v Prešove

*** Príspevok vyšiel ako výstup z projektu *VEGA č. 1/0134/17 Význam hodnotovej orientácie – očakávania a perspektívy mladej generácie z hľadiska jej uplatnenia na trhu práce* a ako súčasť riešenia vedeckého projektu *VEGA MŠVVaŠ SR č. 1/0288/17 s názvom Faktory inštitucionalizácie školskej sociálnej práce.*

status of an individual, who is described as an individual with intellectual disabilities. In this context, this is a critical reflection on „reflecting conditions in an uncertain time." The uncertain time in this case is seen through the lens of Ulrich Beck, in which uncertainty, riskiness and fluidity are terms commonly used to denote the variability and instability of the post-modern era.

Keywords: Social work, social worker, mental disability, morality

Úvod

Skutočnosť neistej doby má, a bude mať intervenčné dôsledky pre mentálne postihnutého jedinca v kontexte sociálnej práce. Tieto dopady sa budú dotýkať budúceho vývoja základných spoločenských inštitúcií (špecificky primárne rodiny a školy), ktoré sa podieľajú na tvorbe podôb filozofických (etických a antropologických) výkladov a sebavýkladov človeka.

1. Premenlivosť a nestabilita postmodernej doby

Významnosť tejto analýzy spočíva jednak v tom, že sa nesie v duchu sociologických úvah Ulricha Becka, ktorého názory a prognostické úvahy sa stali nielenže najcitovanejšími, aj takými klasikmi ako je Zigmund Bauman[1], či Samuel P. Huntington[2], v českých podmienkach J. Keller[3]. Ale jeho prognostické schopnosti predvídali vývoj mnohých krízových situácii na celom svete. Kým v roku 1993 S.P. Huntington[4] hovorí o tom, že kultúrne a náboženské konflikty medzi jednotlivými časťami sveta, môžu byť nahradené ideologickými konfliktami a viesť k „stretu civilizácii"... Beck[5] už ukazuje na ničivé dôsledky s ich turbulentnou dynamikou, vyjadrujúc to slovami v roku 2011 „posledný rok bol nabitý toľkými významnými udalosťami, že si ani nevieme predstaviť, že dejiny budú takto rýchlo ubiehať ďalej". On sám pred štvrťsto-

[1] Z. Bauman, *Umění života*, Praha 2010.

[2] S.P. Huntington, *Střed civilizací*, Praha 2001.

[3] J. Keller, *Exkluze jako sociální problém a jako otázka metodologická*, Ostrava 2014.

[4] S.P. Huntington, op. cit., s. 446.

[5] U. Beck, *Riziková společnost*, Praha 2011.

ročím, pritom vcelku veľmi presne, popísal povahu sveta v ktorom žijeme. Popísal svet, ktorý je plný globálnych rizík, ktoré sú potenciálne ničivé, ale pritom s istotou nevieme, nakoľko sú reálne. Sú to naviac riziká, ktoré nie sme schopní riešiť v hraniciach národných štátov. A tu sa otvára priestor pre akcentáciu druhého významného aspektu, ktorým je realizácia sociálnej práce v týchto podmienkach s klientom, ktorý je špecificky posudzovaný a intervenovaný. Následný syntetizujúci pohľad vedie ku kritickej teórii sociálnej práce[6], ktorá vníma príčiny sociálnych problémov štrukturálne a obdobne hľadá na tejto rovine aj riešenie problémov. Vlastná kritická reflexia je koncipovaná v duchu per extensum tak, aby zachytila (seba)reflexívnu povahu analyzovaného fenoménu, vychádzajúc z predpokladu, že reflexia v sebe vždy obsahuje aj kritický kontext, aj keď nie vždy zjavne prezentovaný.

2. Akt rozhodovania a posúdenia pri klientovi s mentálnym postihnutím

Je dôležité odpovedať na otázku, ako vzniká v procese uvažovania u sociálneho pracovníka, pracovníčky, či klienta, klientky (v prípade štádia: klient ako nositeľ problému) akt rozhodovania a posúdenia životnej situácie. Ako sa vie rozhodnúť pre to „správne“ rozhodnutie. Ktorým princípom, hodnotám je potrebné venovať zvýšenú pozornosť. Odpovede na tieto otázky možno hľadať v kontexte etickej paradigmy na pozadí spoločnosti neistej doby cez kritickú reflexiu teórii. Je nepochybné, že proces posudzovania u sociálneho pracovníka, pracovníčky má v prvom rade etický a morálny rozmer. V tejto súvislosti sa zamýšľame spolu s Hauserom, ktorý uvažuje nad tým, či naše rozhodnutie vzniká na základe racionálnych rozhodnutí, ktoré sme sa naučili v detstve, alebo sa zakladá na tom, ako to on sám predpokladá – na inštinktoch, ktoré evolúcia zakódovala v našich orgánoch. Autor tvrdí, že milióny rokov prirodzeného výberu vyformovali v našom mozgu univerzálnu gramatiku morálky, ktorá nám umožňuje rýchlo sa rozhodovať v etických dilemách.

[6] Vychádzajúc tu z paradigmy, že sociálna práca je niektorými autormi chápaná ako profesionálny systém podpory určený pre jednotlivca a skupiny, u ktorých sa kumuluje chudoba, telesné alebo duševné postihnutie, stigmatizujúce spôsoby správania a spoločenské znevýhodnenie vedie k dlhodobým a intenzívnym sociálnym problémom. Keďže vykonávateľom sociálnej práce je sociálny pracovník a pracovníčka, následne sa od neho očakáva, že dá do rovnováhy požiadavky potrieb klientov s potrebami spoločnosti, avšak táto rovnováha je možná iba za predpokladu, že potreby klienta a spoločnosti nie sú v napätí. To si vyžaduje vysokú mieru erudície a kompetencii sociálneho pracovníka a pracovníčky, ktorá spočíva v našom ponímaní v schopnosti posudzovania situácie a možnostiach sociálnej politiky, konkrétne sociálnych služieb a opatrení sociálnej práce v záujme rešpektovania sociálnej spravodlivosti.

Ak uvažujeme o efektivite sociálnej práce s mentálne postihnutým klientom cez optiku neistej doby hypermoderny gordický uzol vzniká tam, kde sociálny pracovník uvažuje o smere intervencie. Rozhodnutia smerujú na rázcestie výberu dvoch smerov, či ísť individuálnou sociálnu prácu ku skupinovej (najčastejšie smerom k rodine), alebo voliť skupinovú, či komunitnú sociálnu prácu rešpektujúcu potrebu jedinca. Za týchto okolností zvažuje o priorite zvolenej cesty tým, že sa zamýšľa nad kauzalitou vzniknutej situácie. Tú vníma ako vinu zdedených vlastností, či vinu prostredia, spoločnosti, vinu organického či psychického determinizmu. Domnievame sa, že niet jednoznačnej odpovede a rady pre profesionála akým smerom postupovať, čo voliť ako prioritu. Avšak jednoznačnejšiu odpoveď ponúka J. Paul Sartre[7], ktorý sa usiluje o doktrínu založenú na realite[8]. Východiskom nemôže byť iná skutočnosť ako táto: „Myslím, teda som". To je absolútna skutočnosť zasahujúca seba samého. Každá teória, ktorá uchopuje človeka mimo tohto momentu, v ktorom človek zasahuje seba samého, je predovšetkým teóriou potláčajúcou realitu, lebo mimo tohto karteziánskeho *cogito* sú všetky objekty iba pravdepodobné a doktrína pravdepodobnosti, ktorá sa nedrží skutočnosti, sa prepadá do ničoty. Aby sme mohli určiť pravdepodobné, musíme poznať skutočné. A teda, aby jestvovala akákoľvek pravda, musí byť pravda absolútna, a tá je jednoduchá a pre každého dosiahnuteľná. Spočíva v bezprostrednom sebauchopení. V týchto úvahách Sartre[9] a Beck[10] nachádzajú spoločné prieniky vedúce k popisu riešenia situácií, ktoré sú odrazom reality súčasného sveta, ktoré sa dejú okolo nás, ktoré môžeme predvídať, alebo až zabrániť ich vzniku, aby sa nenaplnilo riziko hrozby, či ohrozenia. Do tohto konceptu zapadajú dômyselné experimenty Haidta vyvolávajúce *silnú morálnu odozvu*, práve z dôvodu, že sa ťažko racionálne zdôvodňujú. Aj keď sú ciele týchto experimentov rôzne, všetky výsledky poukazujú na kauzálnu dôležitosť emócii v našom morálnom živote a na iné funkcie dôvodu. Ak sa vrátime k sociálnej intervencii mentálne postihnutého jedinca na pozadí neistej doby, potom možno konštatovať, že tento proces bude ovplyvnený nielen subjektivitou aktérov (klienta a sociálneho pracovníka), ale hlavne „ekologickou distribúciou morálnych súdov"[11]. O morálnom súde hovoríme vždy, keď má človek pocit, že niekto urobil niečo dobré alebo zlé. Morálny súd je tak prítomný všade. Dôležitým bodom však je, že systém klienta nie je vždy systémom, ktorý sa potrebuje zmeniť. A naozaj, je to zriedkavo jedinou časťou systému vyžadujúceho

[7] J.P. Sartre, *Existencionalizmus je humanizmus*, Bratislava 1997, s. 44.

[8] Nie na súbore krásnych teórii, plných nádeje, bez reálneho základu.

[9] J.P. Sartre, op. cit.

[10] U. Beck, op. cit.

[11] J. Haidt, *Hypotéza štestí*, Praha 2004, s. 135.

zmenu, nakoľko väčšina „problémov“ sa vzťahuje k interpersonálnym ťažkostiam. A tie, povedané slovami Becka nie sme schopní predvídať a ani domyslieť, nakoľko sú pre nás nebezpečné.

Medzi základné postuláty sociálnej práce v súčasnej (aj keď rizikovej) spoločnosti patrí zachovanie a rozvoj ľudskej subjektivity a jedinečnosti. Zdá sa, že žiadny z problémov, pred ktorými súčasná spoločnosť a sociálna práca stojí, nebude možné vyriešiť na základe exaktných metód a postupov. Ide totiž o otázky dotýkajúce sa práve ľudskej subjektivity, ľudskej prirodzenosti a ľudskej integrity. Tieto otázky sa nachádzajú v prieniku záujmov a skúmania exaktných vied, filozofie, sociológie, sociálnej práce, psychológie, medicíny, etiky, politiky a náboženstva. Ich riešenie je možné hľadať len v nejakej forme konsenzu alebo syntézy. Sociálne problémy ľudského subjektu a ľudskej subjektivity sú teda riešiteľné len za predpokladu jej rešpektovania.

V sociálnej praxi sa stretávame vo vzťahu k mentálne postihnutým jedincom s dvoma prístupmi. Prvý vníma túto skupinu ľudí z antropologického hľadiska ako prírodných jedincov s obmedzenou mierou poznania. Druhá skupina ich považuje za objekty schopné sociálneho a tým aj morálneho vývinu vychádzajúc z Kohlbergovej teórie, prirovnávajúc aj dospelých mentálne postihnutých jedincov k vývinovým etapám detského veku. Tí sa potom prikláňajú k názoru, že to, aké vlastnosti a kvalitu nadobudne individuálne ľudské vedomie, je podmienené aj povahou medziľudskej interakcie a spoločenským poriadkom. Mead považuje za ideál ľudského spoločenského pokroku dosiahnutie takej univerzálnej ľudskej spoločnosti, v ktorej by všetci ľudia s vysokou úrovňou sociálnej inteligencie dosiahli mimoriadny stupeň vzájomného porozumenia Mead[12], a to aj v nadväznosti na jej obmedzenosť.

Mnohé vedné oblasti medicína, neurovedy, biológia, fyziológia, psychológia, sociológia, antropológia a pod. venujú pozornosť prepojeniu mentálneho a telesného (fyzického). Chápanie tela a jeho modus telesnosti potvrdzujú úvahy o ich dôležitej role v mentálnom a morálnom živote človeka aj spoločnosti. Zvláštnu pozornosť a prínos pre reflexiu problematiky tela i etiku telesnosti priniesla na pôdu filozofie zvlášť fenomenológia a filozofická antropológia. Prepojenie subjektivity a telesnosti v skúsenosti, rozdielnosť a neredukovateľnosť jedného na druhé, pretože „medzi prežívaným telom *Leib* a telom fyzickým *Körper* zostáva rozdiel v prežívaní, aj keď skrytý, ale predsa len zásadný“, sa stali východiskom úvah o etickom význame telesnosti (E. Levinas). Myšlienka, že telo je uskutočnením subjektivity, chápanie inter-subjektivity ako inter-korporeity (medzitelesnosti), zdôraznenie jeho etického

[12] G. Mead, *Mysl, já a společnost*, Praha 2017, s. 205-206.

významu vo vzťahu človeka k iným, obohatila problém telesnosti o dimenziu duchovnosti, sociality a morality Balogová a Bilasová[13].

3. Proces práce s klientom s mentálnym postihnutím

Problematike mentálneho postihnutia sa v súčasnosti v zahraničnej ale aj slovenskej literatúre venuje dostatočná pozornosť. Teoretické poznatky sú publikované v monografiách, odborných časopisoch, zborníkoch a zahraničných publikáciách. Z historického hľadiska definuje tento pojem Horňák, Kollárová a Matuška[14], či v českých podmienkach Valenta a Müller[15], Bendová a Zikl[16]. Bartoňová, Bazalová a Pipeková[17], prichádzajú s vymedzením mentálnej retardácie vychádzajúc z konferencie organizovanej WHO v Miláne v roku 1959. Aj definície WHO prešli svojim vývojom. Prvýkrát vydala WHO svoju definíciu mentálnej retardácie v terminologickom slovníku UNESCO v roku 1977, ďalšia definícia WHO je z roku 1983 Černá[18]. Často uvádzanou a jednou z najcitovanejších v tunajších podmienkach je definícia Dolejšího[19], prostredníctvom ktorej sa autor snaží o komplexné vymedzenie mentálnej retardácie. O koncepčnej nejednotnosti vo vzťahu k jednotnému vymedzeniu termínu mentálneho postihnutia popisujú Bajo a Vašek[20]. Charakteristické znaky mentálnej retardácie sú popísané v publikáciách Vágnerovej[21], či Pipekovej[22], ktorá mentálnu retardáciu označuje za poruchu integrácie psychických funkcií postihnutého jedinca po všetkých stránkach jeho osobnosti: duševnej, telesnej a sociálnej. Zdravotné postihnutie následne chápe Žiaková[23] ako také znevýhodnenie, ktoré u

[13] B. Balogová, V. Bilasová, *Význam etickej reflexie telesnosti v procese starnutia*, v: Etické myslenie minulosti a súčasnosti, V. Gluchman, M. Palenčár eds., Prešov 2018, s. 332.

[14] L. Horňák, K. Kollárová, O. Matuška, *Dejiny špeciálnej pedagogiky*, Prešov 2002.

[15] M. Valenta, O. Műller, *Psychopedie – teoretické základy a metodika*, Praha 2013.

[16] P. Bendová, P. Zikl, *Dítě s mentálním postižením ve škole*, Praha 2011.

[17] M. Bartoňová, B. Bazalová, J. Pipeková, *Psychopedie*, Brno 2007.

[18] M. Černá et al., *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha 2009.

[19] M. Dolejší, *K otázkám psychologie mentální retardace*, Praha 1978.

[20] I. Bajo, Š. Vašek, *Pedagogika mentálne postihnutých: psychopédia*, Bratislava 1994.

[21] M. Vágnerová, *Vývojova psychologie I. dětství a dospívaní*, Praha 2005; Vágnerová M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha 2008.

[22] J. Pipeková, *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*, Brno 2006.

[23] E. Žiaková, *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*, Prešov 2005; E. Žiaková et al., *Sociálna práca. Teoretické východiská a praktické kontexty*, Košice 2011.

ľudí s dlhodobou alebo trvalou telesnou či duševnou poruchou vyžaduje v štandardne usporiadanom životnom a sociálnom prostredí minimalizáciu intervencií sociálnej práce.

Podľa autorov Končekovej[24], Schalocka, Borthwick-duffy a Bradley[25] a Valentu, Michalíka a Lečbycha et al.[26], dochádza v pomáhajúcich profesiách ako sociálna práca, špeciálna pedagogika, psychológia a psychiatria k nejasnostiam ohľadom terminológie mentálneho postihnutia, ktoré sú zapríčinené najmä v dôsledku zmien v terminologickom aparáte mentálneho postihnutia.

Popredný slovenský klinický psychológ Heretik[27] na základe mnohých teoretických východísk popisuje všeobecné znaky mentálneho postihnutia. Charakteristické znaky detí s mentálnym postihnutím nachádzame identifikované v publikáciách Vágnerovej[28], Vašeka [29] Slowíka[30], Juhásovej, Šmehilovej a Ajdariovej[31], či Vančovej[32].

Príčinu vzniku mentálneho postihnutia nachádzame rozpísané v štúdiách; Vágnerovej[33], Kafku et al.[34], ktorý ich pripisujú poruche centrálnej nervovej sústavy (ďalej len CNS), ktorej narušenie nastáva viacerými spôsobmi. Najdôležitejším predpokladom pre rozvoj všetkých psychických procesov a vlastností je nenarušený vývin CNS.

Aj napriek rozmanitosti definícii pri nich nachádzame spoločné znaky ako napr. znížené intelektové schopnosti a nedostatok sociálnej prispôsobivosti osoby. Mentálne postihnutie má teda závažný dosah nielen na vývin a úroveň rozumových schopnosti, ale rovnako tak sa týka aj emócií, komunikačných schopnosti, úrovne sociálnych vzťahov a možnosti spoločenského a pracovného uplatnenia Hamadej a Balogová[35].

---

[24] L. Končeková, *Poruchy psychického vývinu*, Prešov 2004; L. Končeková, *Vývinová psychológia*, Prešov 2005.

[25] R.L. Schalock, S. Borthwick-Duffy, V. Bradley et al., I*ntellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Support*, Washington DC 2010.

[26] M. Valenta, J. Michalík, M. Lečbych et al., *Mentální postiženíl*, Praha 2012.

[27] Heretik A. et al., *Klinická psychológie*, Prievidza 2007.

[28] M. Vágnerová, *Psychopatologie pro pomáhajíci profese*, Praha 2008.

[29] S. Vašek, *Základy špeciálnej pedagogiky*, Praha 2006.

[30] J. Slowík, *Speciální pedagogika*, Havlíčkuv Brod 2007.

[31] A. Juhásová, A. Šmehilová, P. Ajdariová, *Sociálna rehabilitácia ľudí so zdravotným postihnutím*, Nitra 2012.

[32] A. Vančová, *Základy pedagogiky mentálne postihnutýc*, Bratislava 2005.

[33] M. Vágnerová, *Vývojova psychologie I. dětství a dospívaní*, Praha 2005.

[34] J. Kafka et al., *Psychiatria: Učebnica pre lekárske fakulty*, Martin 1998.

[35] M. Hamadej, B. Balogová, *Efektivita socioterapie u mentálne postihnutého dieťaťa*, Prešov 2016.

Pri práci s ľuďmi s mentálnym postihnutím je potrebné brať do úvahy, že úroveň ich inteligencie je v niektorých prípadoch podstatne znížená a má vplyv na všetky ich psychické funkcie. Ako popisuje Bendová a Zikl[36], mentálne postihnutie je charakteristické výrazným obmedzením v intelektových funkciách a problémami v oblasti adaptačného správania. Tieto obmedzenia sa u týchto jedincov prejavujú v nedostatočnej a zníženej schopnosti myslenia, v abstraktných pojmoch a orientácii v sociálnych situáciách. Pri realizácii sociálnych služieb a činností sociálnych pracovníkov s jedincami s mentálnym postihnutím je potrebné brať do úvahy špecifiká, ktorými sa jedinci s mentálnym postihnutím vyznačujú. Pre mentálne postihnutie je charakteristické, že čím ťažší stupeň mentálneho postihnutia je u jedinca diagnostikovaný, tým viac je narušený proces vnímania, pamäti a reči. napriek tomu sú schopní určitej morálnej reflexie. Tá súvisí s osobnosťou jedinca. Tvorba osobnosti prebieha u ľudí počas celého života. Rozvoj a formovanie osobnosti nielen prebieha, ale i ovplyvňuje sociálne prostredie a zámerne si ho prispôsobuje svojim potrebám. Medzi jeden z najdôležitejších prvkov osobnosti zaraďuje Vágnerová[37] chápanie, ktoré u mentálne postihnutých jedincov funguje v obmedzenej miere pri uvedomovaní si ich reálnych kompetencií. Dôsledkom obmedzeného chápania a zhoršeného uvedomovania si svojich reálnych kompetencií je ich neúplné, neobjektívne, nekritické sebahodnotenie. Títo jedinci sú vo svojom konaní ľahko ovplyvniteľní. Preto je potrebné pre nich vytvoriť podporujúce zázemie a tým sa vytvoria podmienky pre ich pozitívne sebahodnotenie.

Z hľadiska psychickej štruktúry osobnosti netvoria jedinci s mentálnym postihnutím homogénnu skupinu Švarcová[38]. Menovaná autorka akcentuje, že sa u nich objavujú určité spoločné črty. „Pri väčšine sociálnych vzťahov má mentálne postihnutie za dôsledok sociálny handicap. Ľudia s mentálnym postihnutím sa tak s veľkou pravdepodobnosťou stretajú s ťažkosťami pri napĺňaní sociálnych rolí charakteristickými pre ľudí rovnakého veku, rovnakého pohlavia či rovnakého širšieho sociokultúrneho prostredia“ Černá et al.[39]. Problémy jedincov s mentálnym postihnutím pri osvojovaní adaptívneho správania popisuje aj Emerson[40], podľa ktorého tieto problémy nastávajú už v detstve, preto potrebujú väčšiu oporu pri každodenných činnostiach, než ich vrstovníci. Osoby s mentálnym postihnutím sa stretávajú s problémami aj pri rozvíjaní kompetencií vedúcich k ich osamostatneniu. V sociálnej

[36] M. Hamadej, B. Balogová, op. cit.

[37] M. Vágnerová, *Psychopatologie...*, op. it.

[38] I. Švarcová, *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*, Praha 2000.

[39] M. Černa et al., *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha 2009, s. 95.

[40] E. Emerson, *Problémové chování u lidí s mentální retardací*, Praha 2008.

interakcii je pre nich príznačné preferovanie kontaktu so známymi ľuďmi, u ktorých sa stretávajú s poznanými spôsobmi správania. Ľudia, ktorých nepoznajú u nich môžu vyvolať strach a neporozumenie. Vágnerová[41] tvrdí, že pracovné uplatnenie mentálne postihnutých musí zodpovedať ich úrovni myslenia, koncentrácie pozornosti, pričom práca nesmie vyžadovať rýchle reakcie a zmeny pracovných operácií.

Pre jedincov s mentálnym postihnutím sú charakteristické nedostatočné sociálne interakcie. Mentálne postihnutie predstavuje jednu z najťažších životných skúšok od radu ďalších skutočností, ktoré môže ich nositeľ ovplyvniť, pritom ide o udalosť, ktorá je na vôli človeka väčšinou nezávislá. Tieto nedostatky ich v spoločnosti poznamenávajú, vedú ich k sociálnemu odmietaniu. A v dôsledku nedostatočnosti podnetov sú vystavení sociálnej izolovanosti, čo má za dôsledok slabé sociálne vzťahy, ktoré nezodpovedajú ich potrebám Hamadej a Balogová[42].

Pri tvorbe kvalitného prežívania je pre klientov s mentálnym postihnutím dôležité zamerať sa na čiastkové ciele a na malé kroky, ktoré ľudia bez postihnutia vnímajú ako samozrejmosť.

Ciele, ktoré by bolo možné stanoviť pri práci s klientmi s mentálnym postihnutím rozdeľuje Pörtner[43] do dvoch základných oblastí:

- zmena vnímania seba, sebaponímania (selfkonceptu),
- zmena resp. rozvoj kontaktných funkcií.

Úprava vnímania seba samého ako prvý nutný krok vedúci k umožneniu zmien, čo je zároveň zámer každej terapie. „U ľudí s mentálnym postihnutím považujeme tento aspekt za ústredný nakoľko u ľudí s mentálnym postihnutím dochádza k neustálemu konfrontovaniu s ich nedostatkami, dochádza u nich k ťažkostiam akceptovať samých seba, čím sa znižuje aj ich sebavedomie, alebo naopak dochádza k nereálnemu preceňovaniu svojich možností čo predstavuje len druhú stranu rovnakej mince[44].

Rozvoj sociálnych kontaktov môžeme podľa Prouty, Van Werde a Pörtner chápať v zmysle troch základných rovín. Kontakt s realitou, kontakt samého so sebou a kontakt s okolím. Naplnením hore popísaných cieľov vedie klienta s mentálnym postihnutím k lepšiemu porozumeniu sebe samému, čím toto porozumenie dokáže preniesť nielen do svojich prejavov správania, ale aj do svojich kontaktov – interakcií s okolím.

---

[41] M. Vágnerová, *Psychopatologie*..., op. cit.

[42] M. Hamadej, B. Balogová, *Význam interdisciplinarity v socioterapii*, Prešov 2018.

[43] M. Pörtner, *Psychoterapie pro lidi s mentálním postiţením na základě přístupu zaměřeného na člověka*, Praha 2008.

[44] M. Pörtner, op. cit., s. 7.

Jedným z cieľom sociálnej práce vo vzťahu k mentálne postihnutým klientom má byť ich integrovanie do spoločnosti. Smerovanie intervencie sociálnych pracovníkov ba malo byť zamerané na využívanie bežných zdrojov pre túto cieľovú skupinu.

Záver

Zaoberanie sa interdisciplinaritou sociálnej práce jej teoretickým a praktickými postupmi, a hľadanie efektívnych foriem a metód riešenia sociálnych problémov nielen u jedincov s mentálnym postihnutím považujeme za primárnu úlohu sociálneho pracovníka a pracovníčky. Prepojením konceptov sociálnej práce, morálky, empirizmu a mentálneho postihnutia dochádza k ich vzájomnému pôsobeniu, čo vedie ku vzájomnej integrácií a výmene metodológií, koncepcií a terminológií. Zvláštnosti u mentálne postihnutých jedincov so sebou prinášajú nemalé ťažkosti, ktoré sa prejavujú nielen vo výchove a práci s nimi, ale aj pri ich začleňovaní do spoločnosti. Tieto ťažkosti nastávajú často aj neuvedomovaním, že aj napriek postihnutiu sú to predovšetkým jedinci, ktorí si vyžadujú špecifický odborný prístup s prvkami humanity a holizmu. V nasledujúcich častiach smerujeme pozornosť k pôvodu a zdrojom morálky.

Použitá literatura

Bajo I., Vašek Š., *Pedagogika mentálne postihnutých: psychopédia*. Bratislava 1994.

Balogová B., Bilasová V., *Význam etickej reflexie telesnosti v procese starnutia*, v: Etické myslenie minulosti a súčasnosti, V. Gluchman, M. Palenčár eds., Prešov 2018, s. 319-340.

Bartoňová M., Bazalová B., Pipeková J., *Psychopedie*, Brno 2007.

Bauman Z., *Umění života*, Praha 2010.

Beck U., *Riziková společnost*, Praha 2011.

Bendová P., Zikl P., *Dítě s mentálním postižením ve škole*, Praha 2011.

Černá M. et al., *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha 2009.

Černá M., *Kapitoly z psychopedie*, Praha 1995.

Dolejší M., *K otázkám psychologie mentální retardace*, Praha 1978.

Emerson E., *Problémové chování u lidí s mentální retardací*, Praha 2008.

Haidt J., *Hypotéza štestí*, Praha 2004.

Hamadej M., Balogová B., *Význam interdisciplinarity v socioterapii*, Prešov 2018.

Hamadej M., Balogová B., *Efektivita socioterapie u mentálne postihnutého dieťaťa*, Prešov 2016.

Heretik A. et al., *Klinická psychológie*, Prievidza 2007.

Horňák L., Kollárová K., Matuška O., *Dejiny špeciálnej pedagogiky*, Prešov 2002.

Huntington P.S., *Střed civilizací*. Praha 2001.

Juhásová A., Šmehilová A., Ajdariová P., *Sociálna rehabilitácia ľudí so zdravotným postihnutím*, Nitra 2012.

Kafka J. et al., *Psychiatria: Učebnica pre lekárske fakulty*, Martin 1998.

Keller J., *Exkluze jako sociální problém a jako otázka metodologická*, Ostrava 2014.

Končeková L., *Poruchy psychického vývinu*, Prešov 2004.

Končeková L., *Vývinová psychológia*, Prešov 2005.

Mead G., *Mysl, já a společnost*, Praha 2017.

Pipeková J., *Edukace žáků s mentálním postižením*, v: Integrativní školní (speciální) pedagogika, M. Vítková ed., Brno 2013.

Pipeková J., *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*, Brno 2006.

Pörtner M., *Psychoterapie pro lidi s mentálním postiţením na základě přístupu zaměřeného na člověka*, Praha 2008.

Sartre J.P., *Existencionalizmus je humanizmus*, Bratislava 1997.

Schalock R.L., Borthwick-Duffy S., Bradley V. et al., I*ntellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Support*, Washington DC 2010.

Slowík J., *Speciální pedagogika*, Havlíčkuv Brod 2007.

Švarcová I., *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*, Praha 2000.

Vágnerová M., *Vývojova psychologie I. dětství a dospívaní*, Praha 2005.

Vágnerová M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha 2008.

Valenta M., Műller O., *Psychopedie*, Praha 2003.

Valenta M., Műller O., *Psychopedie – teoretické základy a metodika*, Praha 2013.

Valenta M., Michalík J., Lečbych M. et al., *Mentální postiženíl*, Praha 2012.

Vančová A., *Základy pedagogiky mentálne postihnutýc*, Bratislava 2005.

Vašek S., *Základy špeciálnej pedagogiky*, Praha 2006.

Žiaková E., *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*, Prešov 2005.

Žiaková E. et al., *Sociálna práca. Teoretické východiská a praktické kontexty*, Košice 2011.

Władysław Majkowski*

Starość jako źródło społecznej marginalizacji i wykluczenia w nowoczesnym społeczeństwie

(Old Age as a Source of Social Marginalization and Exclusion in Modern Society)

Streszczenie

Starość, z racji somatycznych ograniczeń, zawsze była źródłem jakiejś formy marginalizacji. Było tak nawet w preindustrialnych strukturach, kiedy z wiekiem starczym wiązano wielki szacunek, zarówno z powodu życiowego doświadczenia, jak i ze względów religijnych. Jednak w nowoczesnym społeczeństwie ostatni etap ludzkiego życia – starość – został odarty z tych atrybutów, które – pomimo niekwestionowanych ograniczeń – pozostawiały mu powagę i prestiż sędziwego wieku. Cenione kiedyś doświadczenie ludzi starych było na tyle aktualne, że pozostawało przydatne dla potomnych. Zmiany bowiem w stylu życia, a zwłaszcza w świecie technologii, zachodziły na tyle powoli, że nie dezaktualizowały się w ciągu życia jednego pokolenia. Doświadczenia człowieka starego mogły być nadal spożytkowane przez jego potomków.

W nowoczesnym społeczeństwie zmiany zachodzą bardzo szybko. Dotyczy to wszystkich wymiarów życia, ale w szczególności świata technologii. W tym kontekście wiedza i doświadczenie ludzi starych na tyle odstają od nowych realiów, że przestają być użyteczne w nowym

* Władysław Majkowski – prof. zw. dr hab.; Akademia Polonijna w Częstochowie, Wyższe Seminarium Misyjne Księży Sercanów w Stadnikach

kontekście i dla nowego pokolenia. Posiadacze tych kwalifikacji nie są już zdolni pełnić dotychczasowych ról. Ta „niezdolność" jest niekiedy określona prawnie.

Konsekwencją takiego stanu rzeczy staje się wykluczenie z życia społecznego ludzi starych. Zamiast włączania ich do różnych form społecznej aktywności, które są w ich zasięgu, powstają wielorakie blokady dostępu do nich.

Słowa kluczowe: starość, marginalizacja i wykluczenie ludzi starych, nowe role ludzi starych, pogodna starość

Summary

Old age, because of somatic limitations, has always been a source of some form of marginalization. This was even the case in pre-industrial structures, when with old age was associated high esteem for both: experience and religious reasons. However, in modern society, the last stage of human life – old age is stripped of these attributes, which – despite the unquestioned limitations – left him the seriousness and prestige of the old age. The once appreciated experience of old people was so current that it was still useful for the next generation. Changes in lifestyle, especially in the world of technology, took place so slowly that they did not become outdated in the life of one generation. The experiences of the old man could still be used by representatives of the next generation.

In modern society, changes are taking place very quickly. This applies to all dimensions of life, but especially to the world of technology. In this context, the knowledge and experience of old people are so far removed from the new situation that they cease to be useful in the new context and for the new generation. Holders of these qualifications are no longer able to perform roles that are useful in the new situation. This „inability" is sometimes legally defined.

The consequence of this state of affairs is the exclusion of old people from social life. Instead of including them in various forms of social activity that are within their reach, there are multiple blockades of access to them.

Keywords: old age, marginalization and exclusion of old people, new roles for old people, cheerful old age

Wstęp

Chociaż ludzkie życie stanowi jedną całość, poczynając od urodzenia czy raczej poczęcia, a na śmierci kończąc, to jednak jest widziane i analizowane w umownych jego etapach. Taka wizja ma swoje uzasadnienie zarówno w doświadczeniach własnych każdej jednostki, jak i obserwacji egzystencji innych. Z jednej strony każdy człowiek doświadcza przemian związanych ze swoim biologicznym rozwojem: wzrostem, dojrzałością, starzeniem się i starością. Z drugiej, staje się obserwatorem podobnych zmian w swoim środowisku. Obydwie formy doświadczeń składają się na całościową wizję życia.

Każdy etap cyklu ludzkiego życia ma swoją specyfikę, dynamikę oraz jest źródłem zarówno pozytywnych, jak i negatywnych doświadczeń. Nietrudno jednak zauważyć, że to z krańcowymi etapami związane są biologiczne ograniczenia i zależność od innych osób, zwykle członków rodziny.

Starość, z racji somatycznych ograniczeń, zawsze była źródłem jakiejś formy marginalizacji. Było tak nawet w preindustrialnych strukturach, kiedy z wiekiem starczym wiązano wielki szacunek, zarówno z powodu życiowego doświadczenia, jak i ze względów religijnych. Jednak w nowoczesnym społeczeństwie ostatni etap ludzkiego życia – starość – został odarty z tych atrybutów, które – pomimo niekwestionowanych ograniczeń – pozostawiały mu powagę i prestiż sędziwego wieku. Cenione kiedyś doświadczenie ludzi starych było na tyle aktualne, że ciągle pozostawało przydatne dla następnego pokolenia. Zmiany bowiem w stylu życia, a zwłaszcza w świecie technologii, zachodziły na tyle powoli, że nie dezaktualizowały się w ciągu życia jednego pokolenia. Doświadczenia człowieka starego mogły być nadal spożytkowane przez jego potomków. To, co było funkcjonalne dla dziadka, było pożyteczne dla syna, a nawet dla wnuka. Dezaktualizacja stylu życia następowała bardzo wolno, co przedłużało funkcjonalność rozwiązań wcześniejszego pokolenia.

W nowoczesnym społeczeństwie zmiany zachodzą bardzo szybko. Dotyczy to wszystkich wymiarów życia, ale w szczególności świata technologii. W tym kontekście wiedza i doświadczenie ludzi starych na tyle odstają od nowych realiów, że przestają być użyteczne w nowym kontekście i dla nowego pokolenia. Posiadacze dawnych kwalifikacji nie są już zdolni pełnić dotychczasowych ról. Ta „niezdolność" jest niekiedy określona prawnie. Ma to miejsce wtedy, gdy pozbawia się ludzi, którzy osiągnęli pewien wiek, możliwości pełnienia określonych funkcji.

Autor niniejszego elaboratu postawił sobie za cel zaprezentowanie sposobów, za sprawą których starość staje się źródłem marginalizacji i wykluczenia społecznego.

1. Cykle ludzkiego życia

Ludzkie życie, chociaż stanowi jedną całość od poczęcia do śmierci, to jednak jest dzielone przez analityków na szereg faz. Wyróżniają oni okresy: noworodkowy (pierwszy miesiąc po urodzeniu), niemowlęcy (do końca 1. roku życia), poniemowlęcy (2-3 lata), przedszkolny (4-6 r.ż.), szkolny (7-12 r.ż.), dojrzewania (13-25 r.ż.), dorosłości (26-50 r.ż.) i starości (od 51. roku do końca życia). W okresie starości wyróżnia się zwykle podokresy: okres przedstarczy (51-60 r.ż), okres wczesnej starości (61-75 r.ż.), okres starości (76-84 r.ż.). Od 76. do 85. roku życia to okres późnej starości. Okres po 85. roku życia to wiek sędziwy.

Tak nakreślone etapy ludzkiego życia są umowne. Wyjątek stanowią urodziny dziecka, które jednoznacznie oddziela dwie jego fazy: fazę prenatalną i fazę noworodkową. O ile psychologowie i socjologowie zasadniczo zgadzają się co do liczby faz ludzkiego życia, to często różnią się w sprawie wyznaczenia ich punktów granicznych. Starość jest dobrym tego przykładem. Niezależnie jednak od tych różnic, starość jest jedną z faz ludzkiego życia. Obecnie, w związku z wydłużeniem się średniej życia, stosunkowo długą. Nie ulega też wątpliwości, że im bardziej zaawansowana jest ta dana faza, tym jaskrawiej uwidaczniają się jej negatywne cechy.

2. Starość jako źródło ograniczeń

Najbardziej widoczną cechą starości jest zawężanie się możliwości ludzi, którzy weszli w tę fazę życia. Nie ma jednak jednej reguły określającej, jakich ograniczeń i w jakim stopniu dana jednostka doświadcza. Jej sytuacja zależy od wielu czynników: pełnionych uprzednio ról, okoliczności, w jakich funkcjonuje, a nade wszystko jej kondycji fizycznej i intelektualnej.

2.1. Ograniczenia somatyczne

Podstawową formą ograniczeń są ograniczenia somatyczne, wynikające ze zmian fizjologicznych w ramach procesu starzenia się. Ich wynikiem jest ogólne osłabienie organizmu. Przyczyniają się do tego niedomagania różnych jego części. Konsekwencją tych zmian są trudności w przemieszczaniu się, chodzeniu, a w kon-

sekwencji podejmowaniu i pełnieniu ról, które tego wymagają. Spadek sił fizycznych wyklucza pełnienie funkcji wymagających siły fizycznej. Chociaż nie jest rzeczą łatwą rozdzielenie dolegliwości wynikających z wieku i starzenia się od tych, które są spowodowane chorobą, to nie ulega wątpliwości, że wraz ze starzeniem się wzrasta częstotliwość i nasilenie wielu chorób i związanych z nimi dolegliwości.

Powszechnie przyjmuje się, że istnieje pozytywna korelacja pomiędzy wiekiem starczym a miażdżycą i związanymi z nią dolegliwościami, takimi jak zawroty głowy, bóle sercowe czy zaburzenia snu. Powszechne w zaawansowanym wieku jest też zwyrodnienie stawów i konsekwencje z nim związane. Dotyczy to prawie całej populacji ludzi w podeszłym wieku, ale nade wszystko tych, którzy pracowali fizycznie i w zimnie. Częstą niedomaganiem wieku starczego są dysfunkcje przewodu pokarmowego, np. niestrawności. Ponadto w tym wieku powszechne jest osłabienie wzroku, zaś około 40% ludzi starych doświadcza też upośledzenia słuchu. Wreszcie należy wspomnieć o zaburzeniach pamięci, które powodują trudności w zapamiętywaniu bieżących wydarzeń. Świat ludzi starszych to świat rzeczy i zdarzeń przeszłych[1].

Jest rzeczą oczywistą, że niedomagania i choroby wieku starczego jednoznacznie ograniczają możliwości pełnienia wielu ról, a w niektórych przypadkach całkowicie te możliwości wykluczają. W takiej sytuacji dolegliwości mogą się kumulować: te, które są następstwem somatycznych ograniczeń i te, które dają poczucie marginalizacji i wykluczenia. Tak skumulowane prowadzą do psychicznego załamania i generują nowe niedogodności.

2.2. Ograniczenia intelektualne

Podobnie jak ograniczenia somatyczne, w wiek starczy wpisane są, występujące w różnym stopniu, ograniczenia w sferze intelektualnej. Wspomniane wyżej osłabienie pamięci jest tego dobrym przykładem. Tempo i zakres tego typu ograniczeń są bardzo zróżnicowane. Pomijając przypadki choroby i pewne wyjątki, dłużej zachowują intelektualną sprawność te osoby, które pracowały umysłowo. Nie jest to tylko kwestia pewnych umysłowych przyzwyczajeń, ale też przedłużonej sprawności intelektualnej. Nadto ludzie tacy prawie zawsze długo kontynuują za-

[1] *Encyklopedia Zdrowia*, t. I, W.S. Gumułka, W. Rewerski red., , PWN, Warszawa 2008 , s. 925-926. Por. U. Bejma, *Seniorzy jako szczególna kategoria beneficjentów opieki zdrowotnej*, w: Rodzina. Trud. Praca. Świętowanie, Z. Struzik red., Instytut Papieża Jana Pawła II, Warszawa 2015, s. 197-204.

jęcia, które uprzednio stanowiły sedno ich zaangażowania. Dzięki temu przedłużają swoją intelektualną sprawność, a przynajmniej spowalniają proces degradacji.

Starość nie jest dobrym czasem na wzmożony wysiłek intelektualny, zwłaszcza gdy chodzi o uczenie się nowych rzeczy. Z jednej strony zmniejszenie się intelektualnej percepcji utrudnia naukę, z drugiej, człowieka starszego cechuje nieufność do nowości. Przyzwyczajony przez swoje doświadczenie do innych sposobów działania i posługiwania się innymi narzędziami, nie dostrzega potrzeby zmiany, tym bardziej że obawia się, iż sobie jej nie przyswoi. Wszystko to ma miejsce w sytuacji kultu postępu, nastawieniu jednostek i całych społeczeństw na „nowe", szybkie działanie, inicjatywę, przedsiębiorczość, efektywność, a nawet spryt[2].

Pomimo wszelkich ograniczeń w wymiarze intelektualnym ludzie starsi zwykle cieszą się pewnym całościowym oglądem problemów. Z tego powodu, chociaż nie zawsze nadążają za zmianami, mogą jeszcze długo pożytkować zdobytą wiedzę i doświadczenie oraz dzielić się nimi z młodszymi.

Podobnie jak nie da się zatrzymać procesu starzenia się ludzkiego organizmu, tak nie można powstrzymać intelektualnych, negatywnych konsekwencji tego procesu. Można jednak znacząco ten proces spowolnić. Środkiem ku temu jest intelektualna aktywizacja seniorów. Z jednej strony powinni oni dalej cieszyć się swoimi zdobyczami w tym zakresie, a z drugiej nie zamykać się całkowicie na „nowe", nawet wtedy, gdy niezupełnie za nim nie nadążają. Taka postawa spowoduje, że nie będą czuć się całkowicie zmarginalizowani.

2.3. Ograniczenia prawne

Ograniczenia prawne są związane z prawnym określeniem granicy wieku, a co za tym idzie, z legalnym pozbawieniem możliwości pełnienia określonych ról osób, które taki wiek osiągają. Prawodawca zakłada, że określona osoba, z racji osiągniętego wieku, nie może (nie jest w stanie) pełnić danych funkcji. Tego rodzaju ograniczenie nie bierze pod uwagę faktycznej kondycji (fizycznej, psychicznej i intelektualnej) osoby, a jedynie wiek kalendarzowy, czyli liczbę przeżytych przez nią lat. Rzecz jednak w tym, że wiek kalendarzowy nie zawsze pokrywa się z wiekiem biologicznym, czyli negatywnymi zmianami, jakie zachodzą w organizmie jednostki w ramach procesu starzenia się jej. Pomijając przypadki choroby, proces starzenia

[2] L. Dyczewski, *Rodzice jako dziadkowie*, w: Miłość, małżeństwo, rodzina, F. Adamski red., WAM, Kraków 1978, s. 511.

przybiera różną dynamikę u różnych osób. Zależy on nie tylko od uwarunkowań genetycznych, ale też diety, higieny życia, czy nawet wcześniej pełnionych ról. Dobrym tego przykładem jest zachowana sprawność intelektualna osób, które wcześniej zajmowały się pracą umysłową. Negatywne skutki starzenia się zwykle ujawniają się u nich później i rozwijają wolniej niż w innych kategoriach zawodowych. Dlatego, na przykład, w kategorii rówieśników 80-latków istnieją większe różnice w stanie zdrowia, sprawności fizycznej i umysłowej niż w kategoriach wiekowych niższych. Zauważa się negatywną korelację zróżnicowania stanu zdrowia jednostek niższych kategorii wiekowych i stanu zdrowia jednostek kategorii wieku zaawansowanego. Im kategorie wiekowe są niższe, tym różnice zdrowia jednostek są mniejsze. Odwrotnie jednostki wyższych kategorii wiekowych prezentują znaczne zróżnicowanie zdrowia[3].

2.4. Niepełnosprawność w kontekście ograniczeń

Ograniczenia jednostki związane ze starością prowadzą wcześniej czy później do niepełnosprawności. Zważywszy fakt, że istnieją wielorakie jej formy oraz stopnie zaawansowania, nie jest rzeczą łatwą podać jej jednoznaczną definicję, a wręcz można przyznać, że jest to problem analitycznie zawiły. Również kategoria „sprawności", rozumiana jako „zdolność do wykonywania określonych czynności"[4] w kontrapozycji do „niepełnosprawności", nie rozwiązuje ostatecznie problemu, a to z powodu gradacji sprawności: od sprawności w minimalnym stopniu do maksymalnej sprawności. Można się natomiast zgodzić co do pewnych elementów składających się na niepełnosprawność. Należą do nich: utrudnienie lub niemożliwość pełnienia ról, ograniczenie sprawności i aktywności życiowej oraz zależność od innych. I tak „osoby dotychczas aktywne zawodowo stają się zawodowo bierne, producenci-dawcy przemieniają się w biorących. W rodzinie – niedawni żywiciele, opiekunowie i wychowawcy swych dzieci, obdarzeni autorytetem – sami zaczynają potrzebować pomocy i opieki, tracąc wiele na znaczeniu. Następuje swoiste odwrócenie ról"[5].

Niepełnosprawność może się wyrażać w funkcjonowaniu organizmu, jego strukturze, w aktywności jednostki w wielorakich czynnościach czy też uczestnictwie w życiu rodzinnym i społecznym. Tak rozumiana niepełnosprawność „jest wielowy-

[3] *Encyklopedia Zdrowia*, dz. cyt., s. 918.

[4] *Słownik języka polskiego*, W. Doroszewski red., PWN, Warszawa 1963, s. 629.

[5] J. Piotrowski, *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, PWN, Warszawa 1973, s. 25.

miarowym zjawiskiem wzajemnych relacji między czynnikami zdrowotnymi (choroby, urazy zaburzenia), środowiskowymi (m.in. prawo, polityka społeczna, architektura) i jednostkowymi (m.in. wiek, płeć, poziom wykształcenia, cechy osobowościowe)"[6].

Chociaż niepełnosprawność zdarza się w każdej kategorii wiekowej, to jednak najczęściej związana jest ze starością. Oczywiste staje się również, że częstotliwość jej występowania wzrasta wraz z wiekiem. I tak, dotyka ona w Polsce 43,6% populacji w wieku do 60 lat, 63,4% w wieku 70 lat i aż 83,7% populacji w wieku powyżej 80 lat[7]. Na liczby te składają się zarówno osoby, które weszły w okres starości z wrodzonymi lub wcześniej nabytymi niepełnosprawnościami, jak i te, które nabyły niepełnosprawność wraz ze schorzeniami wynikłymi z wieku starczego. Obserwuje się zatem pozytywną korelację pomiędzy wiekiem jednostek a stopniem i częstotliwością występowania ich niepełnosprawności.

Niepełnosprawność w każdym wieku, a w starości szczególnie, może skutkować wielorakimi uszkodzeniami, takimi jak stłuczenia i złamania kończyn, a nawet być przyczyną śmierci. Światowa Organizacja Zdrowia nazywa to ciągiem przyczynowo-skutkowym: choroba – uszkodzenie – niepełnosprawność – niekiedy śmierć.

Wreszcie, w kontekście niepełnosprawności ludzi starych, mówi się o tzw. zespołach geriatrycznych. Rozumie się przez nie konstelację chorób wieku starczego, powodującą nową, zaniżoną jakość stanu zdrowia i samopoczucia osoby starszej. Ich najczęstszymi elementami są: uszkodzenie funkcji poznawczych, depresja połączona z niezdolnością radosnych doznań, zaburzenia lokomocyjne, zaburzenia słuchu, wzroku i inne[8].

W kontekście deficytów związanych z wiekiem starczym rodzą się u ludzi starszych określone potrzeby. Przez potrzebę rozumie się „brak czegoś, wprowadzający jednostkę w niepożądany stan, będący zwykle motywem do działania w kierunku odpowiedniej zmiany tego stanu, czyli zaspokojenia potrzeby"[9]. Najczęściej potrzeby te przynależą do jednej z trzech kategorii: potrzeby materialne (ekonomiczne), potrzeby somatyczne i potrzeby psycho-społeczne[10]. Oznacza to, że z jednej strony człowiek w podeszłym wieku chce mieć godne warunki życia, a więc zaspokojone potrzeby o charakterze ekonomicznym, ale też nie chce być marginalizowany. Moż-

[6] A. Gutowska, *(Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej" 8(2015), s. 17.

[7] A. Przybyłka, *Problemy zdrowotne ludzi starych. Wybrane zagadnienia*, „Polityka Społeczna" 8(2002), s. 14.

[8] A. Gutowska, dz. cyt., s. 20-25.

[9] A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki społecznej*, PWN, Warszawa 1974, s. 47.

[10] M. Kuś, M. Szwed, *Realizacja potrzeb ludzi starszych a zadania samorządu terytorialnego*, „Res Politicae" 2012, Wydanie Specjalne, s. 311.

na nawet zaobserwować u tych ludzi szczególną potrzebę więzi i przynależności, zwłaszcza do grup o charakterze *gemeinschaft* – rodzina plasuje się dla nich na pierwszym miejscu. W tej sytuacji mówi się wręcz o potrzebie przystosowanej egzystencji. Jest ona „wypadkową większości właściwych człowiekowi staremu potrzeb"[11].

Skoro ludzie starzy w dużej mierze nie są w stanie sami zaspokoić związanych ze swoim wiekiem potrzeb, otwiera się pole działania dla wszelkiego typu podmiotów mogących te potrzeby zaspokoić. Stopień ich zaspokajania zależy od polityki senioralnej władz oraz stopnia humanizacji kultury danego państwa.

3. Marginalizacja i wykluczenie

Konsekwencją zredukowanych możliwości jednostek lub grup jest ich marginalizacja. Rozumie się przez nią „system zredukowanego dostępu do dóbr i pełnego uczestnictwa w instytucjach oraz procesach społecznych, politycznych jako odmowa przyznania określonych praw, bądź jako brak możliwości korzystania z nich"[12]. Jako zjawisko społeczne, marginalizacja jest immanentną właściwością każdego systemu społecznego i może dotyczyć wszystkich kategorii ludzi: młodych, starych, niepełnosprawnych, kobiet... Jednak podczas gdy „naturalna" marginalizacja wynika z ograniczenia fizycznych lub intelektualnych możliwości pełnienia pewnych ról albo uczestnictwa w pewnych aspektach życia społecznego, to marginalizacja określona prawnie dokonuje się na innej zgoła zasadzie.

To prawodawca określa prawem stanowionym „niezdolność" jednostki w określonym wieku do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Chociaż marginalizacja jako konsekwencja jakiegokolwiek ograniczenia jednostki czy grupy w każdym z tych przypadków jest ta sama, to marginalizacja określona prawnie jest szczególnie odczuwana przez te jednostki. Marginalizacja wynikająca z autentycznych deficytów jest łatwiej akceptowana niż narzucona wolą prawodawcy. Jeszcze wczoraj dana osoba pełniła określone funkcje lub uczestniczyła w życiu społecznym, a dziś – wolą prawodawcy – doznaje wykluczenia. Rzecz w tym, że od wczoraj w życiu tej jednostki zmieniło się tak bardzo mało: jest tylko o jeden dzień starsza! Według prawa jednak nie ma znaczenia, że nie nastąpiły żadne zmiany jej sił fizycznych czy

[11] Tamże, s. 9.

[12] E. Trafiałek, *Polityka społeczno-gospodarcza. Wybrane problemy i zagadnienia*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 2012, s. 162.

intelektualnych, a jedynie nieznacznie zmienił się jej wiek. Ten prosty fakt nie tylko marginalizuje, ale nawet narzuca trwałe wykluczenie.

Zważywszy fakt, że jakość życia jednostki w dużej mierze zależy od uczestnictwa w różnych aspektach życia społecznego, to marginalizacja i wykluczenie ludzi starych staje się czynnikiem obniżającym jakość ich życia, ponieważ „przestają mieć dostęp do zachowań, cech i umiejętności, które są społecznie cenione. Powstaje tzw. mechanizm błędnego koła. Niesie on za sobą postawę automarginalizacji i pogłębienie się stereotypowego postrzegania starości”[13].

Jeśli prawdą jest, że marginalizacja naznaczona jest obecnością deficytów, to najłatwiejszym sposobem walki z nią jest nie tyle minimalizowanie samego wykluczenia, uwarunkowanego utrwalonymi barierami psychicznymi, stereotypami czy deprywacją potrzeb, ale redukcja źródeł ograniczeń[14].

4. Formy minimalizacji marginalizacji ludzi starych

Marginalizacja ludzi starszych z powodu ograniczeń ich możliwości jest nieuniknioną konsekwencją procesu starzenia się i wzrostem liczby pojawiających się w tym kontekście deficytów. Istnieją jednak sposoby zarówno przesunięcia w czasie marginalizacji ludzi starych, jak i minimalizacji odczucia bycia wykluczonym. Po pierwsze, jest to przedłużanie zawodowej aktywności ludzi starszych, dopóki chcą i mogą być zawodowo aktywni. Ten rodzaj polityki senioralnej wydaje się być wyjątkowo funkcjonalny, ponieważ przedłuża jednostce możliwość cieszenia się prestiżem społecznym pełnionego zawodu. Praca zawodowa w sytuacji nieprzymusowej z racji zabezpieczenia emerytalnego, daje poczucie własnej wartości. Po drugie chodzi o stworzenie sieci wsparcia człowieka starszego w jego funkcjonowaniu. Wsparcie i aktywna pomoc stanowi jeden z faktorów określających najogólniej stopień wrażliwości społecznej. Postawa pomocy i wsparcia wpisuje się w strukturę człowieka, a jej aktualizacja warunkowana jest licznymi czynnikami społecznymi[15]. „Wsparcie społeczne oznacza wszelką pomoc na rzecz jednostki lub grupy w sytuacjach trud-

[13] J. Mastalski, *Współczesne problemy gerontologiczne*, w: Pedagogiczne konteksty społecznego wsparcia rodziny, G. Godawa red., UPJP II, Kraków 2015, s. 120.

[14] E. Trafiałek, *Innowacyjna polityka senioralna XXI wieku*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2016, s. 128.

[15] L. Szot, *Ruch Hospicyjny w rozwoju postaw społecznych*, w: Wypalenie zawodowe pracowników służb społecznych, T. Zbyrat red., KUL, Stalowa Wola 2008, s. 151.

nych, stresowych, przełomowych, których (jednostka lub grupa) samodzielnie nie byłaby w stanie przezwyciężyć"[16]. W działalność tego typu wsparcia wpisują się między innymi inicjatywy wynikające z obowiązków państwa na rzecz obywateli. Zasadniczym celem tej działalności jest promowanie różnych form aktywności zaspokajających podstawowe potrzeby[17].

Bardzo popularnym i pożytecznym sposobem wsparcia ludzi starszych jest organizacja wszelkich form grupowego życia, poczynając od życia rodzinnego, poprzez kluby seniora, koła parafialne, a na większych organizacjach kończąc. Podobną rolę pełnią organizowane formy aktywności, takie jak: wycieczki, pielgrzymki, wyjścia do teatru, kina czy plenerowe pikniki. Obecnie modną i pożyteczną formą aktywizacji seniorów są uniwersytety trzeciego wieku. Ich rola jest wielowymiarowa: wydłużają sprawność intelektualną seniorów, stwarzają okazje do spotkań, dostarczają bieżących informacji na interesujące ich tematy. Ten rodzaj wsparcia jest uzależniony od polityki państwa względem seniorów, mającej na celu likwidowanie barier architektonicznych, kulturowych i społecznych, które powodują ich marginalizację[18].

Chociaż jest wiele podmiotów wspierających ludzi starszych (dziadków), które mogą i powinny wychodzić naprzeciw ich potrzebom, to jednak niezastąpioną rolę pełni rodzina. W sytuacji, kiedy ograniczenia seniora redukują jego interakcje z wieloma innymi grupami, rodzina jest, a przynajmniej powinna być, wsparciem do końca życia. „Dziadkowie jako 'niechciani' już ludzie przez społeczeństwo, dyspensowani przez nie, pragną mieć pewność, że jeszcze należą do jakiejś grupy, są przez nią przyjęci... Dzieci, wnuki i rodzeństwo stają się dla nich niemal jedynymi przedmiotami zainteresowań, miłości i działań, i podobnej postawy oczekują od nich wobec siebie"[19].

[16] S. Kawula, *Wsparcie społeczne*, w: Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej, D. Lalak, T. Pilch red., PWN, Warszawa 1999, s. 338.

[17] L. Szot, *Praca socjalna w polskim systemie pomocy społecznej*, w: Aspekty teoretyczne i praktyczne pracy socjalnej wobec przemian i wyzwań społecznych XXI w., t. 2, M. Duda, L. Szot, A. Świerczek red., Wydawnictwo UPJPII, Kraków 2017, s. 46.

[18] U. Bejma, *Polityka społeczna wobec starzenia się współczesnego społeczeństwa polskiego*, w: Aspekty teoretyczne i praktyczne pracy socjalnej wobec przemian i wyzwań społecznych XXI w., t. 1, L. Szot, A. Świerczek red., Wydawnictwo UPJPII, Kraków 2017, s. 27-44.

[19] L. Dyczewski, dz. cyt., s. 515.

Zakończenie

Jest truizmem stwierdzenie, że wiek starczy niesie za sobą wielorakie ograniczenia. Są one związane zarówno z fizyczną kondycją organizmu, jak i osłabieniem potencjału intelektualnego, czy wreszcie niedomaganiami psychiki starzejącego się człowieka. W kontekście doznawanych ograniczeń zawęża się zakres pełnionych przez jednostkę ról i uczestnictwa w ewentualnych formach życia społecznego. Jeżeli do tego dodać ograniczenia wynikające z woli prawodawcy, to oczywistym staje się fakt marginalizacji seniorów. W tym samym kierunku działają zmiany technologiczne, za którymi nadążanie jest dla starszych ludzi trudne. Nie będąc w stanie korzystać z technologii, nie mogą oni konkurować z młodymi, i to stawia ich na straconej pozycji.

Konsekwencją takiego stanu rzeczy staje się wykluczenie z życia społecznego. Zamiast włączania osób w wieku senioralnym do różnych form społecznej aktywności, które są w ich zasięgu, mają miejsce wielorakie blokady dostępu do niej. Najbardziej deprymującą jest blokada prawna. Jeśli bowiem starszy człowiek dość łatwo akceptuje ograniczenia, których źródłem jest niemożliwość pełnienia określonych ról z racji braku fizycznych sił, to o wiele trudniej jest mu akceptować ograniczenie wynikające z woli prawodawcy. Jak bowiem zrozumieć i zaakceptować fakt, że jeszcze wczoraj można było pełnić określoną funkcję, ale już dziś nie. W życiu takiego człowieka zmieniło się przecież jedynie to, że jest o jeden dzień starszy.

Zadaniem polityki społecznej jest wydłużanie aktywności ludzi starszych i dawanie im poczucia użyteczności. Oni ze swej strony mogą wnieść w życie społeczne, a szczególnie rodzinne, swoje bogate doświadczenie. Przypomniał o tym św. Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae*: „Ich obecność w rodzinie ma fundamentalne znaczenie w kształtowaniu klimatu wzajemnej wymiany i wzbogacającego dialogu między różnymi pokoleniami. Konieczne jest zatem zachowanie swoistej 'umowy' między pokoleniami – lub jej przywrócenie, jeśli została zarzucona, na mocy której rodzice w podeszłym wieku, bliscy już kresu swojej wędrówki, mogą oczekiwać od dzieci opieki i solidarności, jaką sami okazywali dzieciom na początku ich życia”[20].

W związku z wydłużeniem się ludzkiego życia i starzeniem się nowoczesnych społeczeństw, istnieje nagląca potrzeba aktywizacji ludzi w podeszłym wieku. Chodzi tu zarówno o wykorzystanie drzemiącego w nich potencjału, jak i – przede wszystkim – humanizację ich starości. Najlepszym sposobem na to jest przedłużenie

[20] Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, Rzym 1995, s. 95.

ich aktywności na miarę ich możliwości i preferencji. Te ostatnie mogą być formą rozrywki, która chroni ich przed samotnością. Wszelkie działania w tym zakresie są elementem polityki senioralnej rozumianej jako wszelkie działania zmierzające do stworzenia godnych warunków życia dla ludzi starszych[21].

Bibliografia

Bejma U., *Polityka społeczna wobec starzenia się współczesnego społeczeństwa polskiego*, w: Aspekty teoretyczne i praktyczne pracy socjalnej wobec przemian i wyzwań społecznych XXI w., t. 1, L. Szot, A. Świerczek red., Wydawnictwo UPJPII, Kraków 2017, s. 27-44.

Bejma U., *Seniorzy jako szczególna kategoria beneficjentów opieki zdrowotnej*, w: Rodzina. Trud. Praca. Świętowanie, Z. Struzik red., Instytut Papieża Jana Pawła II, Warszawa 2015, s. 197-204.

Dyczewski L., *Rodzice jako dziadkowie*, w: Miłość, małżeństwo, rodzina, F. Adamski red., WAM, Kraków 1978, s. 509-533.

Encyklopedia Zdrowia, t. I, W.S. Gumułka, W. Rewerski red., PWN, Warszawa 2008.

Gutowska A., *(Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej" 8(2015), s. 9-33.

Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, Rzym 1995.

Kamiński A., *Funkcje pedagogiki społecznej*, PWN, Warszawa 1974.

Kawula S., *Wsparcie społeczne*, w: Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej, D. Lalak, T. Pilch red., PWN, Warszawa 1999, s. 338-341.

Kuś M., Szwed M., *Realizacja potrzeb ludzi starszych a zadania samorządu terytorialnego*, „Res Politicae" 2012, Wydanie Specjalne, s. 301-328.

[21] E. Trafiałek, *Innowacyjna...*, dz. cyt., s. 196.

Mastalski J., *Współczesne problemy gerontologiczne*, w: Pedagogiczne konteksty społecznego wsparcia rodziny, G. Godawa red., UPJP II, Kraków 2015, s. 111-178.

Piotrowski J., *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, Szkoła Główna Planowania i Statystyki, Warszawa 1973.

Przybyłka A., *Problemy zdrowotne ludzi starych. Wybrane zagadnienia*, „Polityka Społeczna" 8(2002), s. 12-16.

Słownik języka polskiego, W. Doroszewski red., PWN, Warszawa 1963.

Szot L., *Praca socjalna w polskim systemie pomocy społecznej*, w: Aspekty teoretyczne i praktyczne pracy socjalnej wobec przemian i wyzwań społecznych XXI w., t. 2, M. Duda, L. Szot, A. Świerczek red., Wydawnictwo UPJPII, Kraków 2017, s. 46.

Szot L., *Ruch Hospicyjny w rozwoju postaw społecznych*, w: Wypalenie zawodowe pracowników służb społecznych, T. Zbyrat red., KUL, Stalowa Wola 2008, s. 151.

Trafiałek E., *Polityka społeczno-gospodarcza. Wybrane problemy i zagadnienia*, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2012.

Trafiałek E., *Innowacyjna polityka senioralna XXI wieku*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2016.

Urszula Bejma*
Leon Szot**

(Dys)funkcjonalna starość – wybrane problemy. Formy wsparcia oferowane osobom starszym przez Caritas Polska

((Dys)functional Old Age – Selected Problems. Forms of Support Offered to the Elderly by Caritas Poland)

Streszczenie

Starość jako faza życia oraz proces starzenia wpisują się w tematykę szeroko rozumianej debaty naukowej i społecznej dotyczącej zmian demograficznych i ekonomicznych, jako konsekwencji starzenia się społeczeństw, w tym społeczeństwa polskiego. Wymiernym rezultatem wspomnianego dyskursu jest bogata literatura, zarówno polska, jak i obcojęzyczna, prezentująca wiedzę teoretyczną oraz wyniki wieloaspektowych badań empirycznych prowadzonych w obszarze dyscyplin podejmujących problematykę starości.

Jakkolwiek funkcjonujące stereotypy na temat starości podkreślają w przeważającej większości jedynie jej wymiar negatywny, de-

* Urszula Bejma – dr nauk społecznych; Caritas Polska
** Leon Szot – dr hab. nauk społecznych; profesor UPJPII w Krakowie

gradacyjny, to jednak jej przebieg, czas trwania oraz jakość nie podlegają jakimkolwiek uogólnieniom i schematom. Każda starość jest inna, niepowtarzalna, zawsze uwarunkowana indywidualnymi cechami jednostki oraz czynnikami społeczno-ekonomicznymi, gospodarczymi i kulturowymi. Starość i proces starzenia się zależą zatem zarówno od społeczeństwa, najbliższego środowiska człowieka, samego człowieka, jak i różnego rodzaju mechanizmów instytucjonalnych oraz pozainstytucjonalnych, dających osobie starszej poczucie bezpieczeństwa w każdym wymiarze życia i funkcjonowania.

Niniejszy artykuł ma na celu diagnozę deficytów społecznych i socjalno-bytowych polskich seniorów oraz wskazanie na te formy pomocy i wsparcia, które osobom starszym oferuje Caritas Polska.

Słowa kluczowe: starość, dysfunkcyjność, potrzeby seniorów, zaspokajanie potrzeb, Caritas Polska

Summary

Old age, as a phase of life in the aging process, is part of the broadly understood scientific and social debate on demographic and economic changes as a consequence of the aging of societies, including Polish society. The measurable result of this discourse is rich literature, both Polish and foreign, presenting theoretical knowledge and results of multi-faceted empirical research conducted in the field of disciplines dealing with the issue of old age.

Although the stereotypes functioning in relation to old age emphasize its negative dimensions, the course, duration and quality of old age are hardly subjected to any generalizations and patterns. Each old age is different, unique, always conditioned by the individual characteristics of the concrete person, social, economic, and cultural factors. Old age and the aging process therefore depend on the closest human environment, the individual person as well as various institutional and non-institutional mechanisms that give the elderly a sense of security in every dimension of life and functioning.

This article aims to diagnose the social and socio-living deficits of Polish seniors and to point to the forms of help and support that Caritas Polska offers to the elderly.

Keywords: old age, dysfunction, needs of seniors, meeting needs, Caritas Polska

Wprowadzenie

Starzenie się jest naturalnym procesem, wnoszącym wiele istotnych zmian w różne wymiary życia i aktywności człowieka. Charakteryzuje się stopniowym, postępującym upośledzeniem funkcji psychosomatycznych organizmu oraz utratą zdolności adaptacyjnych do zmian środowiskowych. Starość, wraz ze współwystępującymi z nią dysfunkcjami organizmu, bywa nazywana okresem strat, który dopełniany jest przez odejście dzieci z domu (syndrom pustego gniazda), śmierć bliskich osób (członków najbliższej i dalszej rodziny, przyjaciół, znajomych), utratę dotychczasowego statusu społecznego związaną z przejściem na emeryturę, brak przyzwolenia społecznego na popularyzowanie przez seniorów walorów, postaw oraz upodobań (na przykład dotyczących stroju) zarezerwowanych dla stylu życia ludzi młodych i dojrzałych. Z kolei w kontekście socjalno-bytowym starość utożsamiana jest często z pauperyzacją, lękiem przed przyszłością, samotnością, wzrostem poczucia izolacji społecznej czy dyskryminacją, zarówno indywidualną, jak i instytucjonalną.

Chociaż funkcjonujące na temat starości stereotypy podkreślają w przeważającej większości jedynie jej wymiar negatywny, degradacyjny, to jednak jej przebieg, czas trwania oraz jakość nie podlegają zasadniczo uogólnieniom i schematom. Każda starość jest inna, niepowtarzalna, zawsze uwarunkowana indywidualnymi cechami jednostki oraz czynnikami społeczno-ekonomicznymi, gospodarczymi i kulturowymi, które tworzą tak zwaną „społeczną atmosferę starzenia”[3]. Starość i proces starzenia się zależą zatem zarówno od społeczeństwa, najbliższego środowiska człowieka, samego człowieka, jak i różnego rodzaju mechanizmów instytucjonalnych oraz pozainstytucjonalnych, dających lub nie, osobie starszej, poczucie bezpieczeństwa w ważnych wymiarach życia i funkcjonowania.

Niniejszy artykuł ma na celu diagnozę deficytów społecznych i socjalno-bytowych polskich seniorów oraz wskazanie na te formy pomocy i wsparcia, które osobom starszym oferuje Caritas Polska.

[3] E. Trafiałek, *Polska starość w dobie przemian*, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2003, s. 100.

1. Wiek senioralny jako społeczne *taboo* – wybrane zagadnienia

Proces starzenia oraz starość, jako faza życia wpisują się w tematykę szeroko rozumianej debaty naukowej i społecznej dotyczącej zmian demograficznych i ekonomicznych jako konsekwencji starzenia się społeczeństw, w tym społeczeństwa polskiego. Wymiernym rezultatem wspomnianego dyskursu jest bogata literatura, zarówno polska, jak i obcojęzyczna, prezentująca wiedzę teoretyczną oraz wyniki wieloaspektowych badań empirycznych prowadzonych w obszarze dyscyplin podejmujących problematykę starości.

Pomimo niekwestionowanego zasobu wiedzy współczesnego człowieka na temat starości i problemów z nią związanych, nietrudno zauważyć, że nadal roztacza się nad nią aura społecznego *taboo*, a także etykietuje się ją mianem rzeczywistości nieatrakcyjnej, niechcianej, wręcz nierzadko wzmacniającej w potencjalnym adresacie strach i obawę. Przyczyn takiego stanu rzeczy można upatrywać co najmniej w kilku czynnikach: trudnych do naukowego poznania i szczególnie trudnych w indywidualnym doświadczeniu tematach egzystencjalnych, niekorzystnych zjawiskach społeczno-kulturowych deformujących obraz starości oraz nieuwzględnianiu lub pomijaniu w katalogu tematów badawczych nad starością zagadnień społecznie niewygodnych i kłopotliwych[4].

Do pierwszych z wymienionych czynników zalicza się przede wszystkim indywidualne doświadczenie przez jednostkę własnej starości. Jest to mało optymistyczny, ale niepozbawiony realizmu scenariusz, który zakłada odczuwanie przez człowieka ostatniej fazy życia w kategoriach straty, osamotnienia oraz degradacji biologicznej, która lokuje go na marginesie życia społecznego.

Poczucie samotności, straty, a w konsekwencji osamotnienia jest jednym z bardziej dotkliwych doświadczeń okresu starości. Samotność, definiowana jako życie w odosobnieniu, pozbawione kontaktów rodzinnych i towarzyskich, może być uwarunkowana różnymi czynnikami: kulturowymi (pojawia się na przykład w sytuacji zamieszkania w domu pomocy społecznej, co wywołuje konieczność zaakceptowania nowych zasad i zwyczajów obowiązujących w placówce i przystosowania się do nich), samotnym stylem życia, który może być spowodowany świadomym wyborem jednostki, utratą najbliższych osób oraz świadomością własnej, zbliżającej się śmierci. Najbardziej przykra w skutkach okazuje się samotność spowodowana

[4] E. Dubas, *Starość znana i nieznana – wybrane refleksje nad współczesną starością*, „Rocznik Andragogiczny" 2013, s. 140-148.

śmiercią współmałżonka, prowadząca zwykle do poczucia osamotnienia, depresji i pogorszenia się ogólnego stanu zdrowia starszej osoby[5].

Nie mniej trudnym do zaakceptowania przez jednostkę stanem wynikającym z wieku senioralnego jest degradacja biologiczna, postępująca wraz ze starzeniem się organizmu, polegająca na zmniejszaniu się zdolności samooczyszczania się i regeneracji ustroju, spadku zdolności odnawiania się komórek i tkanek, osłabieniu zdolności adaptacyjnych i obronnych organizmu. „Starzenie się biologiczne staje się widoczne w wyglądzie człowieka i w jego funkcjonowaniu – tempie poruszania się i precyzji ruchów. Do typowych zjawisk w okresie starości należy obniżenie sprawności i mnoga patologia, wielochorobowość, która najczęściej obejmuje schorzenie układu ruchu (na przykład zwyrodnienie stawów, osteoporoza), układu nerwowego (bezsenność, zaburzenia nastroju), zaburzenia widzenia i słuchu, choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze) i schorzenia metaboliczne (cukrzyca) oraz zaburzenia odżywiania i choroby układu pokarmowego (otyłość, choroba wrzodowa żołądka)"[6]. Stąd też starość w wymiarze biologicznym to rodzaj wyzwania dla jednostki, która w tym okresie jest szczególnie podatna na różnorodne zdarzenia kryzysowe związane ze zmianami w strukturze i funkcjonowaniu organizmu[7].

Druga z wymienionych kategorii przyczyn to zjawiska społeczno-kulturowe, które znacząco determinują indywidualne doświadczenie starości. Obecność w przestrzeni życia społecznego różnorakich koncepcji, tendencji, trendów w modzie, czy stylów życia w sposób naturalny i nieuchronny przekłada się na indywidualne biografie osób starszych[8]. „Ponowoczesność – jak zauważa A. Woźniak-Krakowian – obojętna wobec przeszłości, marginalizuje wiek średni i starość, pozbawia je sensu"[9]. Ponowoczesność promuje bez wątpienia kult młodości, pięknego, atrakcyjnego i zdrowego ciała oraz konsumpcyjny styl życia, w przeciwieństwie do których starość, redukowana wyłącznie do cielesności, postrzegana bywa jako ułomność, niepełnosprawność i dysfunkcyjność[10].

---

[5] Por. M. Świderska, *Obawy związane ze starością*, „Pedagogika Rodziny" 3(2015), s. 143.

[6] J. Twardowska-Rajewska, *W obliczu starości*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Katowice 2007, s. 39-42.

[7] Por. U. Bejma, *Seniorzy jako szczególna kategoria beneficjentów opieki zdrowotnej*, w: Rodzina. Trud. Praca. Świętowanie, Z. Struzik red., Instytut Papieża Jana Pawła II, Warszawa 2015, s. 197-204.

[8] J. Twardowska-Rajewska, dz. cyt., s. 142.

[9] A. Woźniak-Krakowian, *Psychologiczne i socjologiczne problemy wieku senioralnego*, „Roczniki Naukowe Caritas" 2006, s. 17.

[10] Kult młodości – jak słusznie zauważa E. Dubas – „wzmocnił także znaczenie kultury prefiguratywnej, pozbawiając osoby starsze autorytetu i roli edukacyjnej". E. Dubas, dz. cyt., s. 142. Wyrazem apoteozy młodości może być także zjawisko *kidult*, które pojawiło się w Stanach Zjednoczonych w latach 90. XX wieku i oznacza styl życia osób dorosłych, „niemających ochoty do końca wydorośleć".

Współcześnie w przestrzeni społecznej dość silnie lansowana jest gloryfikacja ludzkiej powierzchowności i cielesności. Jest ona nie tylko zauważalna, ale nawet wszechobecna tak dalece, że ciało przestało być postrzegane jedynie w wymiarze biologicznym, a stało się wręcz produktem społecznym i „determinantą wyznaczającą pozycję jednostki w społeczeństwie"[11]. Dodatkowo kult ciała i młodości kreuje społeczne oczekiwania dotyczące cielesności ludzkiej, w tym także cielesności osoby starszej.

W związku z tym osoby starsze „internalizują stereotypowe przekonania w zakresie atrakcyjności fizycznej, wierząc nie tyle w opinie, że ładny oznacza dobry, ale raczej, że brzydki, a więc stary, oznacza zły – niepożądany i nieakceptowany przez otoczenie"[12]. Stąd też wraz z pojawiającymi się pierwszymi cielesnymi symptomami starości w postaci zmarszczek, siwych włosów, przebarwień i utraty elastyczności skóry, wzrostem wagi oraz innymi, uzewnętrzniającymi się wraz z wiekiem zmianami uchodzącymi za nieestetyczne i niepożądane, pojawia się także niepokój, a nawet lęk przed brakiem akceptacji, utratą dotychczasowego statusu społecznego, czy wręcz marginalizacją społeczną[13].

Kidult bywa też definiowane bardziej dosadnie, jako „infantylizacja", czy „nastolatyzacja" i używane w odniesieniu do jednostek, które coraz mniej chcą zachowywać się zgodnie ze swoim wiekiem. Konsekwencją stylu życia *kidult* jest zatrzymanie się człowieka na stosunkowo wczesnym etapie, brak podejmowania kolejnych wysiłków w celu własnego rozwoju, a tym samym trudności w osiągnięciu zharmonizowanej, dojrzałej osobowości. J. Daszykowska, *Od kultu młodości do stylu życia* kidult, „Społeczeństwo i Rodzina" 1(2018), s. 60.

[11] E. Kramkowska, *Ludzie młodzi a atrakcyjność (ciała) współczesnego seniora*, „Gerontologia Polska" 26(2018), s. 22.

[12] A. Głębocka, *Treści związane z wizerunkiem ciała w przekazach prasowych – na przykładzie miesięczników „Playboy" i „Twój Styl"*, w: Tożsamość społeczno-kulturowa płci, A. Barska, E. Mandal red., Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005, s. 85.

[13] Teoriami, które tłumaczą nastawienie osób starszych do własnego ciała i wyglądu, są między innymi: mit piękna i społeczna niewidzialność starości oraz teoria maskowania starości. Pierwsza z nich podkreśla, że „społeczne normy odnoszące się do cielesności, medialne przekazy dotyczące starości i kulturowe znaczenia przypisane procesowi starzenia są głównymi czynnikami wpływającymi na kształtowanie się subiektywnego doświadczenia własnego ciała przez osoby w wieku podeszłym". Starość, jako zjawisko niepożądane, wiąże się z transformacją pozycji osób starszych, szczególnie kobiet, z pełnej partycypacji ku niewidzialności (jako utrata atrybutów kobiecości). A. Dziuban, *Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. Przegląd piśmiennictwa*, „Gerontologia Polska" 3(2010), s. 142. Z kolei druga ze wskazanych teorii wskazuje na brak spójności pomiędzy obrazem ciała a poczuciem własnej tożsamości. „Oznacza różnicę pomiędzy wiekiem odczuwanym (wiekiem doświadczanym, *feel age*), a wiekiem wyrażonym przez wygląd (tym, jak jednostka wygląda, *look age*). Tamże, s. 143. Interesującą kategorią teoretyczną jest także tak zwany juwenizm, odrzucający starość jako niewygodną i wstydliwą rzeczywistość. Juwenizm staje się wręcz „ideologią", w której kult cielesności, młodzieżowy styl życia oraz kanon zachowania cool są wyznacznikami nowoczesności danego człowieka czy społeczeństwa". J. Mastalski, *Współczesne problemy gerontologiczne w kontekście cywilizacyjnych przemian*, s. 113, w: http://bc.upjp2.edu.pl/Content/2656/mastalski.pdf (dostęp: 12.11.2019).

Przypisywanie tak istotnej rangi ludzkiej cielesności sprawia, że niemal standardem promowanym szczególnie przez środki masowego przekazu, staje się kontrola nad niedoskonałościami ciała, za które uważa się również zmiany będące konsekwencją starzenia się organizmu, a nawet walka z nimi. Z tej racji seniorzy, uważając atrakcyjny wygląd za antidotum na wszelkie dolegliwości, „podejmują trud modelowania wizerunku na kształt i podobieństwo standardów, oczekiwań i wzorów lansowanych przez społeczeństwo. Konieczność ciągłego aktualizowania własnej cielesności, jej permanentna redefinicja, nie należy jednak do zadań najłatwiejszych. Przeciwnie, wszelkiego rodzaju zabiegi mające na celu „odzyskanie ciała utraconego" przez starzenie się, wzmacniają poczucie nieadekwatności i zagubienia"[14]. Wszelkie bowiem próby zatrzymywania czasu i przywracania wiecznej młodości zaprzeczają naturalnemu procesowi starzenia się. Są one nie tyle sprawą indywidualnego wyboru jednostki, co kwestią nacisku wykreowaną przez współczesną kulturę.

Indywidualne doświadczenie starości, oprócz wskazanych już czynników, determinują także radykalne zmiany w wielu dziedzinach życia: technologicznej, informatycznej, naukowej, komunikacyjnej, kulturowej... Szeroko rozumiany postęp cywilizacyjny nakłada niejako na seniorów obowiązek ustawicznego dokształcania się, dostosowywania do zaistniałych zmian, co w przypadku zmniejszania się możliwości adaptacyjnych, może wzbudzać ich nieufność, niechęć i poirytowanie. Seniorzy, funkcjonując dotychczas w obszarze znanych, wypróbowanych zasad i przyzwyczajeń, z trudem i nieukrywanym lękiem podejmują nowe decyzje i dokonują wyborów w nieznanych im dotąd okolicznościach. Dlatego też w wielu dziedzinach aktywności życiowej są narażeni na zjawisko marginalizacji społecznej, a nawet wykluczenia społecznego. „Osoby w wieku podeszłym – jak podkreśla M. Świderska – często są traktowane jak osoby niepełnowartościowe. Myśleniu takiemu sprzyjają mniejsze umiejętności ludzi starszych przystosowania się do szybkiego tempa życia, do zmieniającego się otoczenia, do zmian obyczajowych, słów zaczerpniętych z języków obcych, a szczególnie – do technologizacji życia. Wyróżniono nawet, poza kategoriami wiekowymi młodych i starych, kategorię technologiczną. Zgodnie z nią o starości nie decyduje wiek kalendarzowy, lecz brak zdolności przystosowania się do zmieniających się warunków życia. Za symptom konserwatywności utożsamianej ze starością uważa się lęk przed komputerem i internetem, telefonem komórkowym, przed założeniem konta w banku czy korzystaniem z bankomatów"[15].

[14] I. Zakowicz, *Starzenie się w kulturze młodości. Wybrane strategie obrazowania późnej dorosłości w reklamie*, „Ogrody Nauk i Sztuk" 2(2012), s. 382.

[15] M. Świderska, dz. cyt., s. 144.

2. Potrzeby osób starszych

Warunkiem prawidłowego rozwoju i funkcjonowania każdego człowieka jest zaspokajanie odczuwanych przez niego potrzeb[16]. O ile psychologowie źródeł potrzeb upatrują w biologicznej strukturze organizmu człowieka, o tyle socjologowie widzą je w wytworach życia społecznego, doświadczeniach jednostki i jej kontaktach z otoczeniem społecznym.

Jedną z najbardziej znanych klasyfikacji potrzeb jest hierarchia potrzeb stworzona przez amerykańskiego psychologa Abrahama Maslowa. Wyszczególnia ona organizację hierarchiczną potrzeb oraz dwa jakościowo odmienne typy motywacji: niedoboru i wzrostu. Maslow wyodrębnił pięć grup potrzeb: do najistotniejszych zaliczył potrzeby fizjologiczne lub podstawowe, które wynikają z funkcjonowania organizmu, następnie bezpieczeństwa, przynależności i miłości, szacunku i samoakceptacji oraz potrzebę samorealizacji. W myśl tej teorii zaspokojenie potrzeb niższych jest dla człowieka niezbędne, aby mógł on funkcjonować jako istota biologiczna i społeczna, zaspokojenie potrzeb wyższych natomiast umożliwia jego rozwój[17]. Nadto „realizacja potrzeby z każdego kolejnego poziomu hierarchii jest możliwa, pod warunkiem zaspokojenia potrzeby z poziomu niższego. Innymi słowy, potrzeba z wyższego poziomu hierarchii nie przejawi się, dopóki nie zostanie zaspokojona poprzedzająca ją potrzeba z poziomu niższego"[18].

Z uwagi na fakt, że potrzeby w życiu człowieka odgrywają bardzo istotną rolę, również potrzeby osób starszych, szczególnie w kategorii potrzeb podstawowych, nie różnią się znacząco od tych, które odczuwają pozostali członkowie społeczeństwa[19]. W okresie starości zmienia się natomiast ważność i natężenie potrzeb człowieka, w zależności od aktualnej sytuacji i etapu życia. Osoby starsze intensywniej odczu-

[16] Potrzeby człowieka to kategoria teoretyczna o charakterze interdyscyplinarnym. Potrzeba najczęściej definiowana jest jako aktualnie występujący u człowieka stan, najczęściej jest to stan niedoboru, braku, zakłócenia równowagi w zakresie ważnych dla człowieka właściwości organizmu lub otoczenia. Potrzeba zatem, to inaczej brak czegoś, co motywuje do uruchomienia działania, celem którego jest wyrównanie tego braku i przywrócenie organizmowi zaburzonego życiowego *optimum*. A. Chabior, *Diagnoza potrzeb osób starszych*, w: Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej, A. Chabior, A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak red., Wydawnictwo Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014, s. 37.

[17] A.H. Maslow, *Teoria hierarchii potrzeb*, w: Problemy osobowości i motywacji w psychologii amerykańskiej, J. Reykowski red., PWN, Warszawa 1986, s. 135-164.

[18] R. Spyrka-Chlipała, *Uwarunkowania i struktura potrzeb życiowych seniorów*, „Roczniki Teologiczne" 2014, s. 236.

[19] M. Kuś, M. Szwed, *Realizacja potrzeb ludzi starszych a zadania samorządu terytorialnego*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie", Numer Specjalny 2012, s. 308.

wają potrzebę bezpieczeństwa (w tym materialnego zabezpieczenia bytu), przynależności i szacunku. Niewątpliwie trudniej niż dotychczas jest im zaspokoić potrzebę uznania (prestiżu, użyteczności), którą realizują najczęściej poprzez uczestnictwo w małych grupach społecznych (rodzina, grupy koleżeńskie, organizacje). Po przekroczeniu progu tak zwanej „starości sędziwej", bardziej niż wcześniej uwidaczniają się potrzeby związane z pomocą medyczną, opieką i wsparciem ze strony rodziny, różnego typu instytucji oraz osób z najbliższego otoczenia. „Ich zaspokojenie jest głównym stymulatorem zadowolenia z życia, a ograniczenie prowadzi do senilizmu, poczucia odrzucenia, marginalizacji i ekskluzji społecznej"[20].

Szczególnego znaczenia w kontekście realizacji potrzeb osób starszych nabiera koncepcja potrzeb ponadpodmiotowych, za które uznaje się te, których jednostka nie jest w stanie trwale, częściowo lub całkowicie samodzielnie zaspokoić. „Potrzeby ponadpodmiotowe – jak zauważa E. Lisowska – są funkcją dwóch nakładających się na siebie bezpośrednich czynników, które stanowią dwie grupy fundamentalnych, gatunkowych właściwości człowieka: potrzeb ludzkich jako niezmienników antropologicznych oraz określonych niezdolności do względnie samodzielnego zaspokajania i regulowania tych potrzeb jako niezmienników antropologicznych oraz ujemnych, relatywnych składników losu człowieka"[21]. Potrzeby ponadjednostkowe są, w odniesieniu do osoby w wieku starszym, determinowane różnorodnymi czynnikami endogennymi i egzogennymi. Wśród nich wymienia się:

- inwolucyjne następstwa procesu starzenia się,
- różnego typu odchylenia od normy,
- przewlekłe choroby, nieszczęścia, wypadki losowe,
- trudne i traumatyczne sytuacje życiowe (na przykład śmierć współmałżonka i stan wdowieństwa, samotność i osamotnienie, frustracje, obsesje, cierpienie, regresje, nałogi, choroby),
- niezaradność życiowa i uzależnienie zaspokajania pewnego zakresu potrzeb człowieka od opiekuńczej interwencji państwa i instytucji pomocowych,
- postawa zależności, permanentna „podopieczność", czyli trwałe nastawienie na opiekę, uzależnienie od innych[22].

Choć w literaturze przedmiotu funkcjonuje wiele różnych typologii potrzeb ludzi starszych, każda z nich podlega jednej, wspólnej dla wszystkich regule: potrzeb

[20] E. Trafiałek, dz. cyt., s. 107.

[21] E. Lisowska, *Diagnostyka pedagogiczna w pracy z dzieckiem i rodziną*, Wszechnica Świętokrzyska, Kielce 2008, s. 116.

[22] Tamże, s. 118-123.

osób w wieku starszym nie można analizować w oderwaniu od pozostałych grup i kategorii społecznych oraz bez odniesienia do szeroko rozumianego kontekstu społeczno-kulturowego.

3. Pomoc oferowana seniorom w zakresie realizacji potrzeb podstawowych przez Caritas Polska

Potrzeby podstawowe każdego człowieka, w tym również osób starszych, odnoszą się nade wszystko ich sytuacji ekonomicznej, mieszkaniowej, stanu zdrowia (w tym korzystania z usług wiążących się z jego ochroną) oraz sytuacji rodzinnej. Potrzeby podstawowe seniorów skupiają się, w związku z powyższym, wokół dwóch zasadniczych priorytetów: zapewnienia im warunków godnej egzystencji oraz optymalnego codziennego funkcjonowania. Społeczeństwo, z uwagi na wiek seniorów oraz ich aktywność społeczną przez większą część życia, zobowiązane jest zapewnić im należytą pomoc i wsparcie wynikające z ich obecnego statusu społecznego oraz sytuacji socjalno-bytowej[23].

3.1. Programy społeczne Caritas Polska dedykowane seniorom

Instytucją charytatywną, działającą z ramienia Konferencji Episkopatu Polski, która dostrzega nieodzowność dobroczynności na rzecz osób znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji życiowej, jest Caritas Polska. Wśród licznych projektów społecznych realizowanych przez Caritas Polska na uwagę, w kontekście podjętej problematyki, zasługują z pewnością te, które wspierają seniorów zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Należą do nich:

a) Program Operacyjny *Pomoc Żywnościowa 2014-2020*. W ramach ogólnopolskiego programu w okresie od 01.08.2017 r. do 30.06.2018 r. 11 928 ton produktów spożywczych o łącznej wartości około 59 mln zł zostało przekazanych do 241 171 osób najbardziej potrzebujących pomocy żywnościowej, w tym między innymi do osób starszych. Pomoc można było uzyskać

[23] U. Bejma, *Polityka społeczna państwa wobec starzenia się współczesnego społeczeństwa polskiego*, w: Aspekty teoretyczne i praktyczne pracy socjalnej wobec przemian i wyzwań społecznych XXI wieku, t. 1, L. Szot, A. Świerczek red., Wydawnictwo UPJPII, Kraków 2017, s. 27-44.

w 677 punktach wydawania żywności, prowadzonych przez parafie, ośrodki pomocy społecznej, jadłodajnie, placówki prowadzone przez Caritas oraz inne współpracujące instytucje. Łącznie przekazano 1 214 706 paczek żywnościowych i wydano 364 773 posiłki.

b) Zbiórka żywności *Tak. Pomagam!*. Ogólnopolska zbiórka żywności odbywa się dwa razy do roku: w okresie świąt Wielkanocy i świąt Bożego Narodzenia. W latach 2017-2019, dzięki programowi, 2500 ton żywności trafiło do osób zagrożonych ubóstwem, w tym do osób starszych. W każdą ze zbiórek zaangażowanych było prawie 25 000 wolontariuszy z Parafialnych Zespołów Caritas i Szkolnych Kół Caritas w Polsce.
c) *Spiżarnia Caritas* jest całorocznym programem odbioru i dystrybucji pełnowartościowych produktów żywnościowych wycofanych ze sprzedaży. Oferowany asortyment produktów obejmuje dodatkowo produkty chłodnicze z krótkim terminem przydatności do spożycia, w tym mięso, ryby, nabiał oraz warzywa i owoce. Żywność jest przekazywana najbardziej potrzebującym wsparcia osobom, w postaci paczek lub posiłków. Program funkcjonuje od 2017 r. W 2018 r. partnerskie sieci sklepów Biedronka, Tesco, Kaufland, Selgros, Aldi przekazały 2666 ton żywności o wartości ponad 37 000 000 zł. Program realizowany był w 700 sklepach i 30 ośrodkach Caritas diecezjalnych, a cykliczne wsparcie żywnościowe otrzymało 45 000 osób.
d) *Kromka chleba Caritas – Kromka chleba dla sąsiada* jest to zbiórka o zasięgu ogólnopolskim, mająca na celu wsparcie samotnych starszych osób w przeżywaniu samotności oraz uwrażliwienie opinii publicznej na ich los. W ramach działań projektowych Caritas diecezjalne organizują wspólne z wolontariuszami i podopiecznymi placówek wypiekanie chleba oraz dzielenie się nim w parafiach i na rynkach miast, prowadzone są też zbiórki żywności w wybranych sklepach sieci Biedronka. Zebrane produkty przekazywane są najbardziej potrzebującym osobom starszym. W latach 2017 i 2018 zebrano 126 000 kg żywności, którą w postaci paczek przekazano 13 000 seniorów.
e) *Karta „Na codzienne zakupy"* jest to program pomocy charytatywnej dedykowany najuboższym seniorom. Jego zasadniczą częścią jest przekazanie karty przedpłaconej, która umożliwia zapłatę za zakupy w sieci sklepów Biedronka (z wyłączeniem zakupu wyrobów alkoholowych, tytoniowych, produktów dla zwierząt, tekstyliów oraz artykułów przemysłowych). W pierwszej edycji programu, od marca do grudnia 2018 r., miesięczna wartość doładowania na karcie wynosiła 200 zł. Pomoc finansową otrzymało ponad 5300 osób starszych, samotnych, szczególnie zamieszkujących małe miejscowości lub wsie. Jednym z celów programu była także aktywizacja seniorów poprzez

uczestnictwo w 1000 działań organizowanych w całej Polsce przez pracowników i wolontariuszy oraz aktywizacja wolontariuszy, których zadaniem była opieka nad uczestnikami programu z określonego terenu oraz organizowanie dla nich działań towarzyszących. Od marca do grudnia 2019 roku trwa druga edycja programu. Miesięczna wartość doładowania na karcie wynosi 150 zł, a łączna wartość I i II edycji programu to 20 500 000 zł (dwadzieścia milionów pięćset tysięcy złotych)[24].

Wszystkie wymienione powyżej programy koordynowane przez Caritas Polska, których beneficjentami są osoby starsze wymagające pomocy i wsparcia w zakresie podstawowych potrzeb, są społecznie ważne i istotnie wpisują się w obowiązek dobroczynności na rzecz seniorów zagrożonych ubóstwem i ekskluzją społeczną.

3.2. *Karta „Na codzienne zakupy"* jako przykład działań rekompensacyjnych na rzecz niwelowania dysfunkcji socjalno-bytowych wieku senioralnego – aktualny bilans

Obecna, druga już edycja programu *Karta „Na codzienne zakupy"*, objęła wsparciem 6600 seniorów, w tym około 30% nowych beneficjentów. Dzięki obniżeniu minimum dochodowego osób starszych do 1100 zł netto, do programu kwalifikowane są osoby najbardziej potrzebujące wsparcia finansowego. Warto dodać, że szczególną opieką wolontariuszy otaczane są osoby, które z racji różnego rodzaju dysfunkcji, nie mogą samodzielnie robić zakupów (36%)[25].

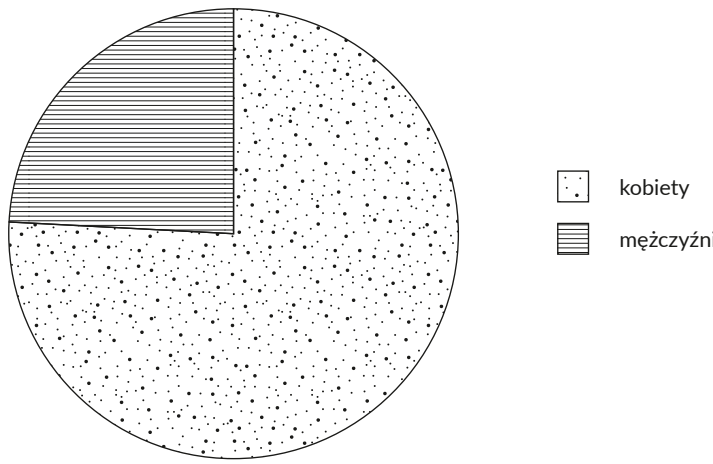
Wśród zaproszonych do projektu, ze względu na szczególnie trudną sytuację materialną seniorów, najliczniej reprezentowana jest kategoria kobiet w wieku 60-70 lat, prowadzących jednoosobowe gospodarstwo domowe o dochodzie miesięcznym 900-1100 zł. (Wykresy nr: 1, 2, 3 i 4). Około 63% osób starszych uczestniczących w programie robi zakupy samodzielnie, natomiast 36% seniorów potrzebuje pomocy innych osób (członków rodzin, wolontariuszy Caritas). „W zależności od sprawności seniorów wolontariusze pomagają dotrzeć do sklepu Biedronki (często oferu-

[24] Wszystkie dane na temat wymienionych programów zostały zaczerpnięte z: Caritas Polska, *Działania Caritas Polska. Raport od lipca 2017 do sierpnia 2019*, Caritas Polska, Warszawa 2019, s. 22-25.

[25] Szczegółowe dane dotyczące programu *Karta „Na codzienne zakupy"* pochodzą z danych ewaluacyjnych Caritas Polska z września 2019 r.

jąc własne samochody), pomagają zrobić listę potrzebnych produktów, wybrać je w sklepie, zapłacić kartą i dostarczyć do domu"[26].

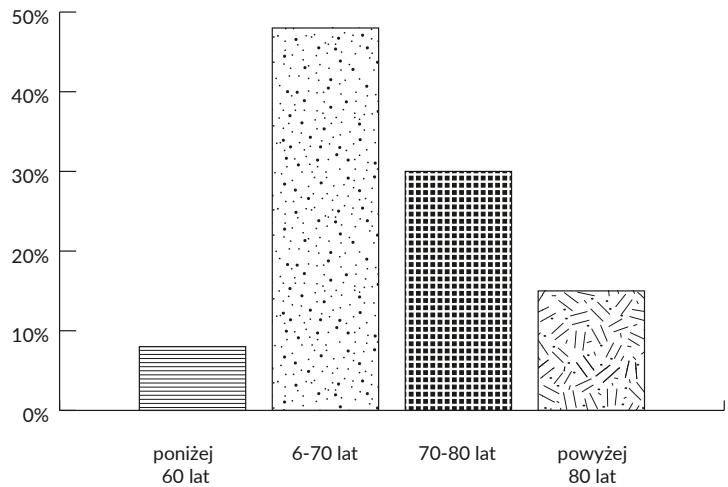
Wykres 1: Płeć beneficjentów programu



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ewaluacyjnych Caritas Polska z września 2019 r.

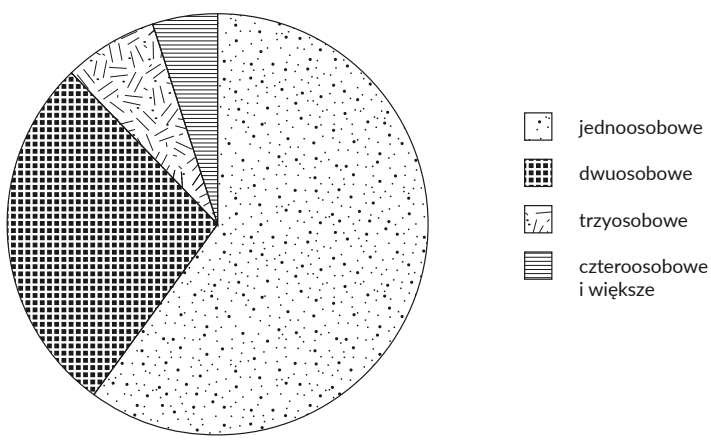
[26] M. Figiel, *Lubię chodzić na zakupy*, „Caritas. Kwartalnik poświęcony pracy charytatywnej" 3(2019), s. 82.

Wykres 2: Wiek seniorów korzystających z *Karty „Na codzienne zakupy”* (wartości nie sumują się do 100%)



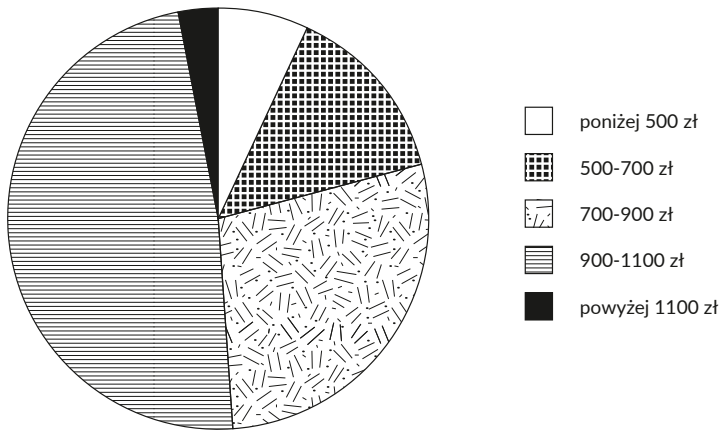
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ewaluacyjnych Caritas Polska z września 2019 r.

Wykres 3: Liczba osób w gospodarstwie domowym beneficjentów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ewaluacyjnych Caritas Polska z września 2019 r.

Wykres 4: Miesięczny dochód na osobę w gospodarstwie domowym beneficjentów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ewaluacyjnych Caritas Polska z września 2019 r.

Z danych ewaluacyjnych programu wynika, że zdecydowana większość beneficjentów jest zadowolona z uczestnictwa w nim (około 97%). Program z pewnością poprawił sytuację materialną (99%) oraz jakość życia seniorów (92%). Osoby starsze objęte programem wsparcia deklarują, że dzięki *Karcie „Na codzienne zakupy"* mogą kupić również bardziej wartościowe i różnorodne niż dotychczas artykuły spożywcze, na przykład: ryby, mięso (3232 wskazania), nabiał, w tym masło i jogurty (2827 wskazań), środki czystości (2202 wskazania), napoje i soki (1443 wskazania), gotowe posiłki (1106 wskazań), kasze, mąki, makarony (1104 wskazania) słodycze (1005 wskazań), kosmetyki (977 wskazań) oraz inne produkty. Asortyment kupowanych przez seniorów produktów poszerzył się także o owoce i warzywa (3325 wskazań), które choć nie są artykułami pierwszej potrzeby, to jednak stanowią istotne uzupełnienie diety człowieka, szczególnie starszego, często chorego, w składniki odżywcze.

Wymiernym wskaźnikiem satysfakcji osób starszych z uczestnictwa w programie jest również deklarowana przez seniorów możliwość zaoszczędzenia dzięki *Karcie „Na codzienne zakupy"* własnych środków finansowych i przeznaczenie ich na pokrycie kosztów zaspokojenia innych potrzeb socjalno-bytowych, w tym leczenia (3020 wskazań), rehabilitacji i zakupu okularów korekcyjnych (1112 wskazań), zakupu opału (1064 wskazania), remontu mieszkania (525 wskazań).

Bardzo ważnym, z punktu widzenia seniorów, aspektem programu jest fakt, że „forma karty przedpłaconej sprawia, że kupujący nie czują, że otrzymują darowiz-

nę”[27]. Niewątpliwie również wartością dodaną całego projektu jest zaangażowanie na jego rzecz wolontariuszy Caritas, którzy, oprócz pomocy seniorom w czynnościach dotyczących użytkowania karty, wspierają ich w codziennych obowiązkach oraz zadaniach wynikających z realizacji ich podstawowych potrzeb. Skuteczność programu i wdzięczność za jego powstanie beneficjenci wyrażają szczerymi opiniami i podziękowaniami: „lżej mi się żyje”, „to bardzo dobra inicjatywa, dobra forma pomocy”, „wielka wdzięczność, Bóg zapłać”, „mam nadzieję, że będzie następna edycja”, „lubię chodzić na zakupy bez pieniędzy”.

Zakończenie

Jedną z coraz bardziej widocznych tendencji demograficznych współczesnego świata jest zwiększająca się liczba osób starszych w ogólnej populacji ludności. Wiek senioralny, określany często ostatnią tercją życia, generuje specyficzne priorytety funkcjonowania człowieka oraz kryzysy, czy wręcz dysfunkcje charakterystyczne dla tego okresu, warunkujące dalsze jego funkcjonowanie w wymiarze indywidualnym i społecznym.

Starość, w świecie gloryfikującym kult piękna, młodości i zdrowia, jest tematem co najmniej niewygodnym, wstydliwym, nieatrakcyjnym, nie mieszczącym się w kanonach współczesnego sukcesu i nowoczesności. Święty Jan Paweł II w Liście papieskim do uczestników II Światowego Zgromadzenia poświęconego starzeniu się ludności napisał: „Doświadczenie uczy, że brak tego pozytywnego nastawienia sprzyja marginalizacji ludzi starszych i skazuje ich na samotność porównywalną do prawdziwej śmierci społecznej. A czyż mniemanie, jakie człowiek starszy ma o sobie, nie zależy w dużej mierze od uwagi, jaką poświęca mu rodzina i społeczeństwo?”[28]. Seniorzy, godząc się z obojętnym lub negatywnym nastawieniem społeczeństwa, niejednokrotnie zaczynają postrzegać siebie w sposób podobny do tego, jak są traktowani przez otoczenie.

Ludzie starsi to kategoria osób, której codzienna egzystencja, obarczona często licznymi dysfunkcjami związanymi z wiekiem i statusem społecznym, jest zagrożona. Dlatego też istnieje uzasadniona konieczność diagnozowania potrzeb seniorów oraz projektowania i wdrażania programów, które służyłyby ich zaspokajaniu.

[27] Tamże, s. 83.

[28] Jan Paweł II, *List papieski do uczestników II Światowego Zgromadzenia poświęconego problemom starzenia się ludności*, „L'Osservatore Romano” 6(2002), s. 6.

Bibliografia

Bejma U., *Seniorzy jako szczególna kategoria beneficjentów opieki zdrowotnej*, w: Rodzina. Trud. Praca. Świętowanie, Z. Struzik red., Wydawnictwo Instytut Papieża Jana Pała II, Warszawa 2015, s. 197-204.

Bejma U., *Polityka społeczna państwa wobec starzenia się współczesnego społeczeństwa polskiego*, w: Aspekty teoretyczne i praktyczne pracy socjalnej wobec przemian i wyzwań społecznych XXI wieku, t. 1, L. Szot, A. Świerczek red., Wydawnictwo UPJPII, Kraków 2017, s. 27-44.

Caritas Polska, *Działania Caritas Polska. Raport od lipca 2017 do sierpnia 2019*, Caritas Polska, Warszawa 2019, s. 22-25.

Chabior A., *Diagnoza potrzeb osób starszych*, w: Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej, A. Chabior, A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak red., Wydawnictwo Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014, s. 36-49.

Daszykowska J., *Od kultu młodości do stylu życia* kidult, „Społeczeństwo i Rodzina" 1(2018), s. 58-84.

Dubas E., *Starość znana i nieznana – wybrane refleksje nad współczesną starością*, „Rocznik Andragogiczny" 2013, s. 135-152.

Dziuban A., *Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. Przegląd piśmiennictwa*, „Gerontologia Polska" 3(2010), s. 140-147.

Figiel M., *Lubię chodzić na zakupy*, „Caritas. Kwartalnik poświęcony pracy charytatywnej" 3(2019), s. 82-83.

Głębocka A., *Treści związane z wizerunkiem ciała w przekazach prasowych – na przykładzie miesięczników „Playboy" i „Twój Styl"*, w: Tożsamość społeczno-kulturowa płci, A. Barska, E. Mandal red., Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005, s. 75-88.

Jan Paweł II, *List papieski do uczestników II Światowego Zgromadzenia poświęconego problemom starzenia się ludności*, „L'Osservatore Romano" 6(2002), s. 6.

Kramkowska E., *Ludzie młodzi a atrakcyjność (ciała) współczesnego seniora*, „Gerontologia Polska" 26(2018), s. 21-27.

Kuś M., Szwed M., *Realizacja potrzeb ludzi starszych a zadania samorządu terytorialnego*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie" Numer Specjalny 2012, s. 301-328.

Lisowska E., *Diagnostyka pedagogiczna w pracy z dzieckiem i rodziną*, Wydawnictwo Wszechnica Świętokrzyska, Kielce 2008.

Maslow A.H., *Teoria hierarchii potrzeb*, w: Problemy osobowości i motywacji w psychologii amerykańskiej, J. Reykowski red., PWN, Warszawa 1986, s. 135-164.

Mastalski J., *Współczesne problemy gerontologiczne w kontekście cywilizacyjnych przemian*, w: http://bc.upjp2.edu.pl/Content/2656/mastalski.pdf (dostęp: 12.11.2019).

Spyrka-Chlipała R., *Uwarunkowania i struktura potrzeb życiowych seniorów*, „Roczniki Teologiczne" 2014, s. 235-247.

Świderska M., *Obawy związane ze starością*, „Pedagogika Rodziny" 3(2015), s. 137-150.

Trafiałek E., *Polska starość w dobie przemian*, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2003.

Twardowska-Rajewska J., *W obliczu starości*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Katowice 2007.

Woźniak-Krakowian A., *Psychologiczne i socjologiczne problemy wieku senioralnego*, „Roczniki Naukowe Caritas" 2006, s. 5-22.

Zakowicz I., *Starzenie się w kulturze młodości. Wybrane strategie obrazowania późnej dorosłości w reklamie*, „Ogrody Nauk i Sztuk" 2(2012), s. 381-388.

Anna Janowicz*

Ważni, ale niedoceniani. Rola opiekunów rodzinnych w opiece nad osobami starszymi

(The Important, but Underestimated. The Role of Family Carers in Care System for the Old)

Streszczenie

Rosnąca liczba osób starszych, wydłużenie czasu trwania życia, zmiany w strukturze rodziny, to przykłady zjawisk społecznych, których jesteśmy w Polsce świadkami. Wymagają one stałego monitorowania, diagnozowania i wdrażania adekwatnych rozwiązań. Przede wszystkim takich, które dotyczą systemu opiekuńczego w różnych jego wymiarach, ponieważ w grupie osób starszych jest coraz więcej takich, które z wiekiem, ze względu na pogarszający się stan zdrowia i obniżający się poziom samodzielności, stają się zależne od innych. Pomoc ta powinna się odbywać w dwóch wymiarach. Jeden z nich to wymiar formalny, czyli opieka profesjonalistów zapewniana w ramach ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Drugi to wymiar nieformalny. Tworzy go bardzo liczna grupa osób, które, nieodpłatnie i w większości bez profesjonalnego przygotowania, sprawują opiekę nad osobami zależnymi w domach. To opiekunowie rodzinni (członkowie rodzin podopiecznego), sąsiedzi, znajomi, przyjaciele (*non kin cares*) oraz wolontariusze. Oba wymiary muszą ściśle ze sobą współpracować, by poradzić sobie z wyzwaniem, jakim jest zapewnienie opieki wszystkim, którzy jej potrzebują. Sys-

* Anna Janowicz – dr nauk społecznych; Fundacja Hospicyjna w Gdańsku, Wyższa Szkoła Bankowa w Gdańsku

temy ochrony zdrowia i pomocy społecznej nie są i nie będą w stanie temu podołać bez udziału w opiece opiekunów nieformalnych. Z kolei ci drudzy, szczególnie opiekunowie rodzinni, potrzebują uznania swej roli i wsparcia, by mogli realizować funkcję opiekuńczą bez szkody dla innych funkcji przypisanych rodzinie, pozostałych jej członków i siebie samych. W zależności od sytuacji, potrzebują wiedzy i informacji, pomocy w opiece i codziennych obowiązkach, możliwości łączenia pracy zawodowej z opieką, wsparcia emocjonalnego i finansowego. Doświadczenia Wielkiej Brytanii pokazują, że zapewnienie wsparcia opiekunom rodzinnym opłaca się wszystkim – zarówno podopiecznym, którzy chcą być w swoim domu, jak i ich rodzinom, społecznościom lokalnym, firmom i budżetowi państwa.

Słowa kluczowe: opiekun rodzinny, opiekun nieformalny, osoby starsze niesamodzielne

Summary

The growing number of older people, extending the life expectancy, changes in the family structure are examples of social phenomenon that is observed currently in Poland. They require constant monitoring, diagnosis and implementation of solutions adequate to the needs. Including also those solutions that concern the care system in its various dimensions, because in the group of older people there are more and more those who become dependent due to deteriorating health and decreasing levels of independence. One it is the formal dimension, the care of professionals provide within the framework of health care system and social welfare system. The second one is the informal dimension – made up of a very large group of people who look after dependent people at home gratuitously but mostly without professional training. They are family carers, neighbours, friends (non kin cares), volunteers. Both subjects should cooperate to cope with the challenge of providing care to all who need it. Family carers need support in order to perform the caring role without harming other functions assigned to the family. Depending on the situation, they need knowledge and information, help in caring everyday duties, possibility of combining work with care, emotional and financial support. The experiences of Great Britain show that providing support for family carers pays off to

everyone. Older people who want to be at home, their families, local communities, companies and the state budget.

Keywords: family carer, informal carer, eldery dependent people

1. Potrzeby w zakresie opieki – zarys problemu

Według opublikowanego w 2018 roku badania Głównego Urzędu Statystycznego, dotyczącego sytuacji osób starszych, na 38,4 milionów Polaków ponad 9 milionów to osoby po 60. roku życia, w tym 18% – osoby w wieku co najmniej 80 lat[1]. Wiadomo także, że liczebność tej grupy będzie rosła. Ponieważ jest ona pod wieloma względami zróżnicowana, dla państwa oznacza to z jednej strony konieczność odpowiedzi na potrzeby aktywnych seniorów, z drugiej natomiast zapewnienie opieki tym już niesamodzielnym. Dotyczy to również lokalnych społeczności i najmniejszych struktur społeczeństwa, jakimi są rodziny.

W kontekście roli i zadań opiekunów rodzinnych istotne są dane odnoszące się do sytuacji i potrzeb seniorów niesamodzielnych. Dalsza część wspomnianego wyżej raportu prezentuje choroby najczęściej związane ze starzeniem się i stanowiące przyczyny zgonów. Na pierwszym miejscu pozostają choroby układu krążenia, drugie w kolejności wymienione zostały nowotwory, w tym nowotwory złośliwe, a po nich: cukrzyca, zapalenie płuc, choroby układu moczowo-płciowego, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy oraz przewlekła choroba wątroby[2].

Trzeba pamiętać, że starzenie się przynosi zmiany w funkcjonowaniu człowieka na różnych poziomach. Oznacza to dla opiekunów konieczność poznania i zrozumienia potrzeb tracącego samodzielność seniora, a następnie podjęcie właściwego postępowania. Badacze porządkują te zmiany, wyróżniając cztery obszary: biologiczny, psychiczny, społeczny i duchowy[3]. Łączą się więc, w różnym stopniu i zakresie, kryzysy, związane ze zmniejszaniem się wydajności fizycznej i chorobami, zmianami w procesach myślowych, charakterologicznymi i osobowościowymi oraz zmianami w zakresie pełnienia ról społecznych i funkcjonowania rodzinnego i społecznego. Rodzą się przy tym pytania natury egzystencjalnej, potrzeby porządkowania życia

[1] *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, Warszawa, wrzesień 2018 r., s. 4.

[2] Tamże, s. 5.

[3] N. Pikuła, *Etos starości w aspekcie społecznym*, WAM, Kraków 2011, s. 15.

i jego wymiaru duchowego. Sposób radzenia sobie z tymi zmianami ma wpływ zarówno na jakość życia podopiecznego, jak i jego najbliższego otoczenia.

Niesprawność osób starszych związana jest z trudnościami, jakie sprawiają im czynności z zakresu samoobsługi, czyli przygotowywanie i spożywanie posiłków, ubieranie się, korzystanie z toalety, samodzielna kąpiel czy możliwość przemieszczania się[4]. Pogłębianie się niesprawności oznacza konieczność większego zaangażowania ze strony opiekunów rodzinnych w dotychczasową pomoc, ale także pojawienie się nowych zadań wynikających z rosnącego prawdopodobieństwa pojawienia się nowych dolegliwości i chorób, potrzeby hospitalizacji i ogólnie gorszej jakości życia. Dotyczy to również ograniczenia samodzielności, która wynika ze zmian psychicznych i neurologicznych, których następstwem są zaburzenia poznawcze, a w ostrzejszej formie, choroby otępienne. Ryzyko zachorowalności rośnie wraz z wiekem. W tym przypadku opiekunowie rodzinni muszą zmierzyć się z takimi objawami, jak: zaburzenia koncentracji i orientacji, osłabienie pamięci, trudności z wykonywaniem znanych czynności, wymową, rozumieniem innych osób, a wraz z postępem choroby również problemy z rozpoznawaniem osób[5]. Oznacza to całkowitą zależność chorego od innych.

Trudno przewidzieć dynamikę wszystkich zmian, zarówno fizycznych, jak i psychicznych, a tym samym przygotować plan opieki. Zmiany składające się na proces starzenia się są bowiem nierówne dla każdego człowieka i jego układów. Pewne jest jednak to, że mają charakter jednokierunkowy i prowadzą do kresu życia, są rozciągnięte w czasie oraz skojarzone z wysoką i różną w przebiegu chorobowością. Dodatkowo zwykle oceniane są negatywnie, mimo powszechnej świadomości nieuchronności[6].

Badania pokazują, że różnego rodzaju dolegliwości zgłasza większość osób w podeszłym wieku. Ich brak deklarował tylko co 9 respondent. U kobiet przeważają choroby tarczycy, zwyrodnienie stawów, bóle szyi i pleców, nadciśnienie tętnicze, problemy z nietrzymaniem moczu i stany migrenowe. Problemy zdrowotne mężczyzn były związane z zawałem serca lub udarem i ich negatywnymi konsekwencjami, przewlekłym zapaleniem oskrzeli, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc oraz marskością wątroby[7]. Osoby starsze zgłaszają również problemy związane ze

[4] Por. A. Skalska, *Niesprawność i zagrożenie upadkami w podeszłym wieku*, w: Przewlekle chory w domu, P. Krakowiak, D. Krzyżanowski, A. Modlińska red., Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2010, s. 108-109.

[5] W. Bogusławski, J. Drat-Gzubicka, *Przewlekle i postępujące choroby neurologiczne*, w: Przewlekle chory w domu, dz. cyt., s. 21-22.

[6] N. Pikuła, *Etos starości*, dz. cyt.

[7] *Informacja o sytuacji osób starszych*, dz. cyt., s. 11-12.

spadkiem sprawności narządów zmysłów i ruchu, a także zmniejszonymi możliwościami samoobsługi i wykonywania czynności domowych. Rosną one wraz z wiekiem respondentów. 2/3 osiemdziesięciolatków zgłaszało kłopoty z widzeniem, co dziesiąty ze słuchem. Częściej niż co trzeci badany miał trudności z samodzielnym przejściem 500 metrów, w tym ponad 50% z grupy 70-79 lat i prawie 80% osób osiemdziesięcioletnich lub starszych. Co trzecia osoba w wieku 65 lat i więcej sygnalizuje trudności z wykonaniem codziennych czynności, w tym najbardziej z kładzeniem się do łóżka i wstawaniem z niego, siadaniem i wstawaniem, z myciem się, oraz ubieraniem i rozbieraniem. Dla co trzeciego seniora kłopot stanowi robienie zakupów[8].

Wpływ na organizację i sprawowanie opieki nad starszymi członkami społeczności i ich rodzin ma także tzw. singularyzacja starości. Oznacza ona wysoki odsetek osób starszych prowadzących gospodarstwa domowe samotnie, jednoosobowo. Według prognoz w 2030 r. będzie ich 53,3% (prowadzonych przez osoby w wieku co najmniej 65 lat, w tym 17,3% przez osoby w wieku 80 lat i starsze)[9]. Singularyzacja wiąże się z osamotnieniem osób starszych, a w przypadku ciężkiej choroby i niedołężności ograniczającej samodzielność, zwiększa ryzyko wykluczenia społecznego. Utrudnia również opiekunom sprawowanie opieki.

Warto w tym miejscu podkreślić skalę problemu. Według prognoz ludnościowych dla Polski do 2035 roku odsetek ludzi w wieku 65 lat i więcej wzrośnie do ponad 23%, a osób 80-letnich i starszych z niespełna 4% do ponad 7%[10]. Autorzy „Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce" podkreślają, że jeśli jako wyznacznik przekroczenia progu demograficznej starości zostanie przyjęty większy niż 12-procentowy udział osób powyżej 60. roku życia i starszych w ogólnej liczbie ludności, to znaczy, że Polska należy do państw, gdzie występuje zaawansowany proces demograficznego starzenia się populacji[11]. To jeden z dokumentów, który zawiera prezentację problemów i dolegliwości osób starszych, ale też, co ważne, zwraca uwagę na ich opiekunów rodzinnych jako na osoby, na których głównie spoczywa

[8] Tamże, s. 11-13.

[9] *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*, Monitor Polski, Warszawa, dnia 4 lutego 2014 r., Poz. 118 Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020, s. 9-10: isip.sejm.gov.pl/Download?id=WMP20140000118&type=2 (dostęp: 04.10.2019).

[10] P. Czekanowski, *Proces starzenia się społeczeństw a sytuacja rodzinna ludzi starych*, „Przegląd Socjologiczny" 2(2013), s. 57.

[11] *Długofalowa Polityka Senioralna w Polsce na lata 2014-2020 w zarysie*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, s. 6: https://das.mpips.gov.pl/source/Dlugofalowa%20Polityka%20Senioralna%20w%20Polsce%20na%20lata%202014-2020%20w%20zarysie.pdf (dostęp: 04.10.2019).

długotrwała opieka nad starszymi, niedołężnymi i poważnie chorymi bliskimi. Sygnalizuje jednocześnie, że nie są oni w wystarczającym stopniu wspomagani przez system opiekuńczy państwa: „Zapewnienie proponowanych zmian musi odbyć się z uwzględnieniem potrzeb i oczekiwań nieformalnych opiekunów osób starszych, którzy będą potrzebowali systemowych rozwiązań umożliwiających im opiekę, gdy nie są zatrudnieni i mogą poświęcić się opiece, ale także gdy będą musieli łączyć opiekę z pracą. To rodzinni opiekunowie nieformalni pełnią dzisiaj kluczową rolę w zapewnianiu opieki dla swoich bliskich – starszych osób w rodzinie i wsparcie ich jest wyzwaniem dla polityki senioralnej”[12].

2. Rola opiekunów rodzinnych i obciążenia z nią związane

Wiedza na temat funkcjonowania i problemów niesamodzielnych osób starszych pozwala zrozumieć sytuację opiekunów rodzinnych, wpływ, jaki ma na ich codzienne funkcjonowanie sprawowanie opieki nad taką osobą. Ich rola i zadania w sposób oczywisty wynikają z potrzeb i sytuacji ich podopiecznych. Mogą sprowadzać się do regularnego wsparcia bliskiego w codziennym funkcjonowaniu, ale mogą również oznaczać wielogodzinną lub całodobową opiekę. Często forma i stopień zaangażowania opiekunów zmieniają się w czasie wraz z postępem choroby czy niedołężności. Sprawowanie opieki może trwać tygodnie, miesiące, ale też lata. W zależności od modelu rodziny i relacji emocjonalnych panujących w niej przed wystąpieniem niesamodzielności bliskiego, jej członkowie dzielą się opieką i wzajemnie wspierają lub pozostawiają ten obowiązek jednej osobie. Poprawia się komunikacja między nimi, umacniają więzi rodzinne, wyciszają lub kończą konflikty, albo wręcz przeciwnie – dochodzi do kryzysu, czy nawet rozbicia rodziny. Znaczenie ma także to, kto wymaga opieki i jaką wcześniej odgrywał rolę w rodzinie. W obliczu jego niesamodzielności przejmują ją inni jej członkowie, łącząc jej realizację ze sprawowaniem opieki[13]. Istotne znaczenie mają także okoliczności podjęcia opieki, to czy choroba lub niedołężność bliskiego rozwija się stopniowo i czy rodzina ma jakąkolwiek wiedzę na temat jej formy i prognoz na przyszłość, czy jest czas na uczenie się roli i zadań opiekunów oraz wprowadzanie zmian do codziennego

[12] Tamże, s. 21.

[13] A. Janowicz, *Opiekunowie rodzinni. Wyzwania i możliwości wsparcia*, CeDeWu, Warszawa 2019, s. 111-113.

funkcjonowania – czy też jest to sytuacja nagłego załamania, która zastaje rodzinę nieprzygotowaną na taki kryzys.

I tak na przykład uczestnicy badania dotyczącego obciążenia opiekunów osób chorych zakwalifikowanych do długoterminowej opieki domowej[14] przyznawali, że przejęcie opieki było dla nich sytuacją przymusową, bo nikt inny z rodziny nie mógł lub nie chciał się jej podjąć. Według autorów badania mogło być to spowodowane słabszymi więziami emocjonalnymi, problemami związanymi z miejscem zamieszkania albo słabą kondycją finansową. Pełnienie roli opiekuna dotknęło różnych wymiarów ich życia: było obciążeniem ekonomicznym i czasowym, wpłynęło na ich stan zdrowia, ograniczyło aktywność zawodową i społeczną, w tym przede wszystkim wymusiło rezygnację z pracy zawodowej lub jej ograniczenie oraz rezygnację ze spotkań z przyjaciółmi. W opiece pomagały im pielęgniarki długoterminowej opieki domowej, jednak w opinii badanych częstotliwość ich wizyt nie była wystarczająca i ograniczała się często do udzielania porad[15]. Na negatywne konsekwencje sprawowania opieki wskazywali również członkowie rodzin opiekujący się swoimi bliskimi po udarze mózgu. Dla 73% z nich opieka związana była ze zmianą trybu życia, 60% ograniczyło swoje kontakty towarzyskie, 67% odczuło pogorszenie standardów życia (30% musiało ograniczyć pracę lub z niej zrezygnować). Sprawowanie opieki wpłynęło również na ich stan zdrowia. 47% zaczęło częściej chorować, 60% czuło zmęczenie opieką. 37% opiekunów pełniło swą rolę bez żadnego wsparcia, zarówno ze strony rodziny, jak i instytucji rządowych czy pozarządowych. Brak pomocy lub jej niewystarczający wymiar i rozmijanie się z realnymi potrzebami spowodowały, że około 60% opiekunów stosuje leki nasenne, przeciwdepresyjne lub uspokajające[16].

Przykładem obrazującym rolę opiekunów rodzinnych, jest opieka nad bliskim z chorobą demencyjną. Jest ona sprawowana przede wszystkim w domu, przebywa w nim bowiem 90% podopiecznych, od początku swojej choroby aż do śmierci. Większość opiekunów takich osób to ich współmałżonkowie, średnio w wieku 64 lat[17]. Opieka ta zwykle trwa wiele lat, co w połączeniu z wieloaspektowością schorzenia powoduje, że trudności w jej sprawowaniu rosną wraz z rozwojem i pogłębianiem się choroby. Opiekunowie z dnia na dzień muszą jej poświęcać coraz więcej czasu, wykonując jednocześnie swoje dotychczasowe obowiązki. Wiąże się

[14] M. Kosińska, E. Kułagowska, L. Niebrój, D. Stanisławczyk, *Obciążenia opiekunów osób zakwalifikowanych do opieki długoterminowej domowej*, „Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine" 2(2013).

[15] Tamże, s. 66.

[16] E. Mikołajewska, *Kierunki wsparcia opiekunów pacjentów po przebytym udarze mózgu w opiece domowej*, „Udar Mózgu" 1-2(2011), s. 14-15.

[17] A. Janowicz, P. Krakowiak, K. Kramkowska, *Rzecz o opiekunach rodzinnych w opiece u kresu życia*, w: Człowiek w obliczu kresu życia, B. Antoszewska, S. Przybyliński red., Impuls, Kraków 2017, s. 238-239.

to również z obciążeniem emocjonalnym, koniecznością podejmowania trudnych decyzji i poczuciem odpowiedzialności, któremu towarzyszy niepewność i lęk. Może się także pojawić poczucie braku skuteczności opieki, która mimo zaangażowania emocjonalnego i fizycznego nie daje pożądanych efektów. Badania dotyczące opiekunów bliskich z chorobą Alzheimera pokazały, że ponad połowa badanych zajmuje się chorym przez 7 dni w tygodniu[18]. Ze względu na postępujący charakter choroby, pełnienie roli opiekuna jest wyzwaniem bardzo wyczerpującym, często przekraczającym możliwości nie tylko jednej osoby, ale nawet całej rodziny. U niektórych opiekunów dochodzi do obniżenia odporności immunologicznej i rozwoju różnych schorzeń. Odczuwają wzmożone napięcie emocjonalne, niepokój i zmienność nastroju. Zdarza się, że zachowują się w sposób impulsywny, a nawet agresywny w stosunku do podopiecznego i otoczenia. Jednocześnie odczuwają osamotnienie i bezradność, co wpływa z kolei na obniżenie ich samooceny. Poczucie obciążenia może stać się źródłem niechęci wobec chorującego bliskiego. Całodobowa opieka, brak snu i nadmiar obowiązków sprzyjają zmęczeniu, a jeśli brakuje wsparcia, mogą prowadzić do depresji i innych chorób[19].

Chociaż każda historia rodziny, opiekuna i jego podopiecznego jest niepowtarzalna, wiele doświadczeń opiekunów często się powtarza. W różnym stopniu dotyczą tych samych sfer życia: fizycznej, psychicznej, duchowej i społecznej. Szczególnie opieka trwająca przez długi czas odciska swoje piętno w obrębie każdej z tych sfer. Konieczność przeorganizowania codziennego życia, ograniczenia z pewnych jego obszarów i planów lub całkowitej z nich rezygnacji, koncentracja na podopiecznym i poświęcenie mu większości czasu, często zwykle kosztem spraw własnych i innych członków rodziny, to niektóre z obciążeń związanych z opieką sprawowaną w domu. Brak wsparcia może doprowadzić do pogłębiania się negatywnych konsekwencji przeciążenia opieką.

U takich osób może wystąpić zespół objawów fizycznych (np. dolegliwości bólowe, zmęczenie), psychosomatycznych (np. problemy ze snem, apetytem) i psychospołecznych (np. uczucie pustki, osamotnienia, izolacji), które nazywane są zespołem opiekuna. Potęguje je przewlekłe zmęczenie i zaniedbywanie własnych potrzeb[20]. Na stan obciążenia opiekuna mają wpływ zdarzenia związane ze stanem podopiecznego oraz uczucie przeciążenia, zmniejszonej kontroli nad sytuacją, niższego poczucia

[18] M. Basińska, P. Lewandowska, A. Kasprzak, *Wsparcie społeczne a zmęczenie życiem codziennym u opiekunów osób chorych na Alzheimera*, „Psychogeriatria Polska" 2(2013), s. 50.

[19] Tamże, s. 51.

[20] Por. B. Grochmal-Bach, *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimera: podejście terapeutyczne*, WAM, Kraków 2007.

własnej wartości i kompetencji. Zagrożeniem, które powinno zwrócić uwagę otoczenia, są objawy depresji. Rozwijają się one powoli, równolegle z negatywnymi zmianami stanu zdrowia podopiecznego. Opiekun doświadcza smutku, uczucia pustki, czuje zmęczenie i odpływ energii, co powoduje brak zainteresowania dotychczas wykonywanymi czynnościami. Pogarsza się zdolność myślenia, koncentracji uwagi, zdarza się brak apetytu i zaburzenia snu. Niektórzy opiekunowie, wyczerpani długą opieką, a także własnymi chorobami i gorszą sprawnością fizyczną, miewają myśli samobójcze[21]. Objawem zespołu opiekuna jest także złość na podopiecznego i na całą sytuację. Nawet drobne niepowodzenie może wywołać gniew i rozdrażnienie. Jednocześnie wielu opiekunów, mimo zmęczenia i zniechęcenia, zmusza się do dalszego wysiłku, opierając się na przekonaniu, że nikt nie zrobi tego tak dobrze jak oni. Nieufnie przyjmują pomoc i odrzucają propozycje zastępstwa w opiece[22].

Gdy analizuje się problemy i obciążenia opiekunów rodzinnych, nasuwa się analogia do teorii bólu totalnego (wszechogarniającego) – jednej z podstaw filozofii opieki paliatywno-hospicyjnej. Dotyczy ona chorych u kresu życia, cierpiących z powodu bólu fizycznego, socjalnego, psychicznego i duchowego. Wydaje się jednak, że uzasadnione jest także odniesienie teorii bólu totalnego do opiekunów. Wielu z nich mówi o dolegliwościach fizycznych, które utrudniają sprawowanie opieki nad chorym, a jednocześnie są jej konsekwencją. Sprawowanie opieki ma wpływ na aktywność zawodową opiekuna, jego relacje międzyludzkie, realizację planów czy pasji. Bywa przyczyną kłopotów finansowych wynikających z kosztów opieki i zmian w uzyskiwanych świadczeniach. Opiekunom towarzyszy wiele emocji i ogromne obciążenie psychiczne. Lista tych czynników może być długa, a w przypadku wielu opiekunów, zwłaszcza tych pozostawionych samym sobie, jest bardzo podobna. Trudności związane ze sprawowaniem opieki wpływają też na sferę duchową. Opiekunowie zadają sobie pytania o sens życia, cierpienia, czują zwątpienie, rozczarowanie, poczucie niesprawiedliwości itp. Stają w obliczu dylematów etycznych, decyzji dotyczących podopiecznego, a czasami także innych członków rodziny[23].

Niezwykle ważne jest, by nie dopuścić do skrajnej sytuacji, do wyczerpania opiekuna. Odpowiedzialnością systemów opiekuńczych państwa oraz pozostałych opiekunów nieformalnych, powinno być poznanie problemów i potrzeb opiekuna rodzinnego na każdym etapie opieki i we właściwy sposób oraz w odpowiednim czasie na nie odpowiadać.

---

[21] Tamże, s. 224-227.

[22] T. Szwed, *Zespół opiekuna*: http://spiaczka.psychologia-procesu.net/zespol-opiekuna/108-zespo-opiekuna.html (dostęp: 06.10.2019).

[23] A. Janowicz, *Opiekunowie rodzinni*..., dz. cyt., s. 217-218.

3. Potrzeby opiekunów rodzinnych i możliwości wsparcia

Niepewni na początku sprawowania opieki członkowie rodzin, z czasem, poprzez codzienne jej realizowanie i współpracę z profesjonalistami, stają się ekspertami opieki. Autorzy artykułu prezentującego wyniki badania Eurofamcare, we wnioskach końcowych zwracają uwagę, że opiekunowie rodzinni są sprzymierzeńcami systemu opiekuńczego państwa i pełnią rolę podstawowej „instytucji" opiekuńczej w Europie. Ponieważ ponoszą główny ciężar opieki, ich potrzeby powinny być systemowo badane, a problemy rozwiązywane w pierwszej kolejności[24].

Badań, analiz i rekomendacji, które dotyczą sytuacji i potrzeb opiekunów rodzinnych przygotowanych przez badaczy na różnych poziomach, od międzynarodowych po lokalne, istnieje już wiele. Wśród potrzeb, które najczęściej wskazują opiekunowie rodzinni, można wyróżnić 6 kategorii:

a) potrzeby edukacyjne – w tym możliwość uzyskania informacji oraz praktycznej wiedzy i umiejętności dotyczących opieki,
b) potrzebę pomocy w codziennym sprawowaniu opieki oraz potrzebę opieki wytchnieniowej,
c) potrzeby psychiczne, bycia wysłuchanym i zrozumianym,
d) potrzebę wsparcia społecznego,
e) potrzeby wsparcia finansowego i materialnego,
f) potrzeby duchowe[25].

Potrzeby opiekunów wynikają w dużej mierze z rodzaju i stopnia zaawansowania niesamodzielności czy choroby podopiecznego. Na początku sprawowania opieki cenna jest możliwość poznania praktycznych sposobów obsługi podopiecznego, szczególnie obłożnie chorego (czynności takie, jak zmiana pościeli, karmienie, higiena osobista itp.), a na każdym etapie znajomość zasad udzielania pierwszej pomocy w sytuacjach kryzysowych. Opiekunowie muszą mieć także umiejętność wykonywania prostych zabiegów medycznych, rehabilitacyjnych i masaży, pomiaru ciśnienia i opatrywania ran, administrowania lekami czy oklepywania zapobiegającego odleżynom[26].

[24] B. Bień, Z.B. Wojszel, H. Doroszkiewicz w imieniu grupy Eurofamcare, *Poziom niesprawności osób w starszym wieku jako wskazanie do wspierania opiekunów rodzinnych*, „Gerontologia Polska" 16 (2008), s. 31.

[25] A. Janowicz, *Opiekunowie rodzinni*..., dz. cyt., s. 124-125.

[26] Por. www.opiekunrodzinny.pl (dostęp: 08.10.2019).

Bardzo ważne jest wsparcie psychologiczne dające opiekunom zdolność do utrzymania właściwych relacji z podopiecznym, zapobiegające depresji i wypaleniu. Potrzebą, o której często wspominają, jest chęć bycia wysłuchanym, docenionym, a także rozmowa o sprawowanej opiece, problemach i radościach z niej płynących lub po prostu będąca odskocznią od codziennych trosk. Pomoc w tym zakresie może w pewnym stopniu opierać się na „sieci wsparcia" ze strony rodziny, krewnych, przyjaciół czy sąsiadów, ale również opiekunów formalnych, np. opiekunek medycznych. O znaczeniu wsparcia społecznego mówili np. opiekunowie rodzinni osób z chorobą Alzheimera. Według nich zmniejsza ono odczuwanie zmęczenia życiem codziennym, szczególnie zmęczenia fizycznego, korzystnie oddziałuje na ich funkcjonowanie, opiekunowie bardziej pozytywnie oceniają swój stan, a to przyczynia się do podniesienia jakości ich życia[27]. Wśród potrzeb psychicznych rodzin doświadczonych ciężką chorobą bliskiego jest również usunięcie dyskomfortu wynikającego z niepewności lub braku informacji co do dalszych objawów choroby i sytuacji kryzysowych[28].

Należy także pamiętać o potrzebach duchowych. W sytuacji kryzysu kwestie duchowe stają się ważne i dla podopiecznego i dla jego opiekuna. Niesamodzielność, choroba i związane z nimi trudności mogą zakłócać poczucie sensu, wyznawanych dotąd wartości, a nawet wiarę. Skupienie się na potrzebach duchowych i wsparcie w ramach tej sfery życia może pomóc uporać się z tymi problemami i otworzyć na możliwość umocnienia i duchowego wzrostu. Pomaga zaakceptować sytuację, a nawet znaleźć pozytywne aspekty roli opiekuna[29].

Jedną z potrzeb opiekunów rodzinnych są przerwy w sprawowaniu opieki – na kilka godzin w ciągu dnia, na dzień lub kilka tygodni w roku – potrzebuje tego wielu opiekunów. Mówi się w tym kontekście o opiece wytchnieniowej (*respite care*), polegającej na czasowym zastąpieniu opiekuna. Może ona być realizowana w domu chorego albo poprzez zapewnienie czasowej opieki instytucjonalnej, na przykład w ośrodku pobytu dziennego. Dłuższe okresy opieki wytchnieniowej dają opiekunom możliwość urlopu, zadbania o siebie[30].

---

[27] M.A. Basińska, P.N. Lewandowska, A. Kasprzak, *Wsparcie społeczne*, dz. cyt., s. 49.

[28] M. Janecki, J. Pyszkowska, J. Janecka, *Potrzeby rodziny chorego w okresie terminalnym*, w: Rodzina: opieka nad chorym, L. Niebrój, M. Kosińska red., Wydawnictwo ŚAM, Katowice 2003, s. 148.

[29] Por. P. Krakowiak, *Opieka nad przewlekle chorymi, starszymi i niesamodzielnymi w parafiach, jako sposób realizacji hasła roku duszpasterskiego „Kościół naszym domem"*, w: Kościół naszym domem. Program duszpasterski Kościoła w Polsce na lata 20120-2013, Sz. Sułkowski red., Wydawnictwo Święty Wojciech, Poznań 2011.

[30] Por. A. Janowicz, *Opiekunowie rodzinni...*, dz. cyt., s. 189-192.

Na każdym etapie opieki, a szczególnie na jej początku, pojawia się potrzeba uzyskania informacji – o opiece, dostępnych formach pomocy, możliwości wypożyczenia sprzętu, świadczeniach itp. Uczestniczka jednego z badań zwróciła uwagę na rozwiązanie pomocowe, polegające na wyznaczeniu w szpitalu osoby, której zadaniem byłoby , informowanie i szkolenie przyszłych opiekunów w zakresie organizacji opieki nad chorym w domu[31]. Gdy opieka jest długotrwała i wymaga rezygnacji z pracy zarobkowej lub jej ograniczenia, szczególnie istotna jest też informacja o dostępnej pomocy rzeczowej czy finansowej. Koszty leków i innych środków niezbędnych do pielęgnacji, rehabilitacja itp. są dla wielu rodzin dużym obciążeniem.

W przypadku każdej rodziny, każdego opiekuna rodzinnego, poszczególne kategorie potrzeb mogą pojawiać się w różnym czasie, mieć różną rangę i znaczenie. Zawsze jednak, by odpowiedź na potrzeby opiekunów była możliwa, muszą być oni gotowi na jej przyjęcie. Zdarza się, że tej otwartości na nią nie ma, że opiekun nie chce przyjąć pomocy, bo skupia się przede wszystkim na podopiecznym i nie daje sobie prawa do otrzymania wsparcia[32]. Autorzy raportu dotyczącego potrzeb opiekunów i budowania systemu wsparcia, podkreślają niejednorodność tej grupy społecznej. Tworzą ją w większości kobiety, osoby o różnym stopniu zamożności, w różnym wieku, sytuacji zawodowej, z różnym nastawieniem do swojej sytuacji opiekuna i związanych z nią obowiązków i zmian[33]. Niemniej jednak, pamiętając o wspomnianym wcześniej znaczeniu opiekunów rodzinnych, należy zadbać o to, by ich potrzeby osiągały rangę równie ważną, jak potrzeby podopiecznych. Podstawą do podjęcia działań na ich rzecz jest właściwe odczytanie ich potrzeb, oddzielenie swoich wyobrażeń o pomaganiu od tego, czego rzeczywiście potrzebuje rodzina[34].

Zakończenie: opiekun rodzinny nie musi i nie może być sam

Realizacja roli opiekuna rodzinnego osoby starszej, chorej czy niedołężnej jest doświadczeniem trudnym, a jednocześnie coraz bardziej powszechnym. Wiąże się

[31] M. Kosińska, E. Kułakowska, L. Niebrój, D. Stanisławczyk, *Obciążenia opiekunów*, dz. cyt., s. 66-67.

[32] KI. Stajduhar, *Burdens of Family Caregiving at the End of Life*, "Clinical & Investigative Medicine" 3(2013), s. 122.

[33] *Listen to Carers. Report on a Nation-wide Carer Consultation*, The Carers Association in Partnership with Caring for Carers Ireland and Care Alliance Ireland, January 2008, s. V: http://familycarers.ie/wp-content/uploads/2016/01/Listening-to-Carers-2008.pdf (dostęp: 07.10.2019).

[34] B. Winch, *Problemy psychologiczne osób chorych*, w: Medycyna Paliatywna, K. de Walden-Gałuszko, A. Ciałkowska-Rysz red., PZWL, Warszawa 2015, s. 392.

z wieloma obciążeniami i wyzwaniami, dlatego opiekunowie potrzebują pomocy, szczególnie w przypadku opieki sprawowanej w domu i przez długi czas. W Polsce to rodzina stanowi najważniejsze i często jedyne źródło wsparcia niesamodzielnych osób starszych. Jednak problemem jest to, że nie jest ona w pełni wydolna opiekuńczo i potrzebuje zewnętrznego wsparcia w realizowaniu tej funkcji na dużo większą skalę niż do tej pory[35]. Oznacza to konieczność podjęcia działań, których efektem będzie: rozbudowa systemu świadczeń opiekuńczych udzielanych w miejscu zamieszkania, identyfikacja osób i rodzin wymagających wsparcia w sprawowaniu opieki (wprowadzenie systemu wzajemnego informowania się pracowników pomocy społecznej i ochrony zdrowia), zapewnienie wsparcia rodzinie sprawującej opiekę (np. pomoc w uzyskaniu sprzętu, szkolenia, częściowa pomoc w sprawowaniu opieki w godzinach pracy opiekunów rodzinnych, dopłaty do składek na ubezpieczenie społeczne, opieka wytchnieniowa), ułatwienie sprawowania opieki przez wzmocnienie systemu opieki nad dzieckiem, rozbudowa systemu opieki półinstytucjonalnej poprzez zwiększenie dostępności placówek dziennego pobytu[36]. Konieczne jest również opracowanie i wdrożenie narzędzi do oceny i monitorowania potrzeb opiekunów – przeważa bowiem koncentracja uwagi na podopiecznych bardziej niż na ich opiekunach, brakuje też współpracy odpowiednich podmiotów z osobami odpowiedzialnymi za troskę o los osób starszych niesamodzielnych, szczególnie w warunkach domowych.

Nie ma w Polsce także badań pokazujących skalę problemu na poziomie całego kraju: ilu jest opiekunów rodzinnych, w jakiej są sytuacji, jaka jest wartość ich pracy, ilu stara się łączyć opiekę z pracą zawodową, ilu rezygnuje z pracy i co z tego wynika itp. Dane takie zostały zebrane w Wielkiej Brytanii. Dostarczają one różnego rodzaju argumentów potwierdzających konieczność systemowego wsparcia opiekunów i pokazujących korzyści, które z takiego wsparcia wynikają dla podopiecznych, ich opiekunów rodzinnych, lokalnych społeczności, firm czy w końcu państwa i jego budżetu. I tak na przykład obliczono, że w Wielkiej Brytanii jest ok. 8,8 miliona opiekunów rodzinnych, każdego roku ponad 2,1 miliona dorosłych staje się opiekunami i prawie tyle samo osób kończy obowiązki związane z pełnieniem tej roli. Opieka przez nich świadczona ma wartość 132 miliardów funtów rocznie – znacznie więcej niż łączne wydatki na NHS[37] (National Health Service). Pokazuje to

[35] P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, Z. Szweda-Lewandowska, P. Kubicki, *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012, s. 63-64.

[36] Tamże, s. 65-66.

[37] *Facts about carers 2019*, Policy briefing August 2019, s. 2-4: https://www.carersuk.org/for-professionals/policy/policy-library/facts-about-carers-2019 (dostęp: 08.10.2019).

olbrzymią wartość opiekunów rodzinnych, nieoszacowaną i niedocenianą w Polsce, gdzie z pewnością jest równie wysoka. Inne badanie z 2019 roku pokazuje, że 2,6 miliona Brytyjczyków zrezygnowało z pracy, aby opiekować się bliskim, niesamodzielnym ze względu na wiek, niepełnosprawność lub poważną chorobę. Prawie 5 milionów pracowników stara się łączyć pracę zawodową z opieką. Badania uświadomiły dramatyczny wzrost w tym zakresie w porównaniu do 3 milionów w 2011 roku[38]. Można założyć, że w Polsce sytuacja jest podobna.

Uzyskane dane stanowią punkt wyjścia do opracowywania i wdrażania rozwiązań, których celem jest wsparcie opiekunów rodzinnych. To na przykład działania Carers UK, obejmujące kampanie społeczne, dzięki którym coraz więcej osób ma świadomość problemu i możliwości uzyskania pomocy. To także szkolenia dla opiekunów, sieć wolontariatu, infolinia i grupy wsparcia. Carers UK prowadzi również badania, monitoruje działania legislacyjne i ich praktyczny wymiar, organizuje spotkania z politykami na różnych szczeblach itp[39]. W Polsce kampanie społeczne na temat opiekunów rodzinnych prowadzi od trzech lat Fundacja Hospicyjna, organizując w ich ramach między innymi Dzień Opiekuna (w tym samym terminie, w którym odbywa się on w Wielkiej Brytanii) i promując prawa opiekunów rodzinnych[40], które zwykle są pomijane. Postuluje, że należy zapewnić im możliwość korzystania z praw do uznania i wyrażania własnych potrzeb; lepszego dostępu do informacji; otrzymywania praktycznych wskazówek przydatnych w wypełnianiu zadań opiekuńczych i wsparcia w tym zakresie; uzyskiwania umiejętności opiekuńczych; otrzymywania pomocy usługowej; wsparcia emocjonalnego i społecznego; czasu na wytchnienie i wypoczynek (np. dostęp do dziennych oddziałów opieki itp.); do otrzymywania od władz publicznych i samorządowych wykazu usług wspierających opiekuna; do prezentowania środowiska na wszystkich poziomach polityki i planowania oraz współdecydowania o kluczowych dla nich sprawach[41].

Fundacja Hospicyjna prowadzi również szkolenia dla opiekunów, grupę wsparcia, opiekę wytchnieniową (*respite care*) w domach i portal z informacjami na temat opieki[42]. Podobnych aktywności przybywa, ale pomału i zdecydowanie w niewystarczającym stopniu.

---

[38] *Juggling work and unpaid care. A growing issue*, Carers UK 2019: https://www.employersforcarers.org/resources/research/item/1460-juggling-work-and-unpaid-care-a-growing-issue (dostęp: 08.10.2019).

[39] https://www.carersuk.org/home (dostęp: 08.10.2019).

[40] http://www.opiekunrodzinny.pl/ (dostęp: 08.10.2019).

[41] Por. B. Bień, Z.B. Wojsztel, J. Wilmańska, J. Sienkiewicz, *Starość pod ochroną*, Text, Białystok 2001, s. 15-16; www.opiekunrodzinny.pl (dostęp: 09.10.2019).

[42] http://www.opiekunrodzinny.pl/ (dostęp: 09.10.2019).

Stworzenie systemu wsparcia i opieki wytchnieniowej dla opiekunów rodzinnych powinno być efektem współpracy instytucji ochrony zdrowia, pomocy społecznej, organizacji wyznaniowych i pozarządowych. Zarówno w praktyce, jak i w literaturze przedmiotu wskazywane są powszechne braki w organizacji i koordynacji opieki nad osobami niesamodzielnymi ze względu na chorobę czy wiek. Wzorem do naśladowania i dobrą praktyką są działania zespołów zintegrowanej opieki paliatywno-hospicyjnej[43]. Niedoceniane również jest wciąż zaangażowanie wolontariatu, odpowiednio zorganizowanego i prowadzonego, który od lat stanowi część tej formy opieki i pełni niezwykle istotną rolę[44].

Należy mieć nadzieję, że uwaga społeczna, ale przede wszystkim instytucji odpowiedzialnych za politykę społeczną, środowisk naukowych i innych, mających wpływ na tworzenie i wdrażanie systemów opiekuńczych w różnych wymiarach, będzie skoncentrowana nie tylko na podopiecznych, ale obejmie także opiekunów nieformalnych, w tym rodzinnych, na których w dużym stopniu spoczywa zapewnienie opieki rosnącej liczbie osób starszych i niesamodzielnych. Oszacowanie ich liczby, zbadanie potrzeb i odpowiedź na nie stanowi pilne zadanie i wyzwanie. Tym bardziej, że istnieją opracowane badania, rekomendacje i wskazówki dotyczące wsparcia opiekunów rodzinnych, a także dobre praktyki, które można wykorzystać. A potrzeby w tym zakresie rosną.

Bibliografia

Basińska M., Lewandowska P., Kasprzak A., *Wsparcie społeczne a zmęczenie życiem codziennym u opiekunów osób chorych na Alzheimera*, „Psychogeriatria Polska" 2(2013).

Bień B., Wojszel Z.B., Doroszkiewicz H. w imieniu grupy Eurofamcare, *Poziom niesprawności osób w starszym wieku jako wskazanie do wspierania opiekunów rodzinnych*, „Gerontologia Polska" 16(2008).

Bień B., Wojszel Z.B., Wilmańska J., Sienkiewicz J., *Starość pod ochroną*, Text, Białystok 2001.

[43] Por. P. Krakowiak, *Wolontariat w opiece u kresu życia*, Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń 2012, s. 84.

[44] A. Janowicz, D. Krzyżanowski, *Rola wolontariuszy we wsparciu rodzin*, w: Opieka paliatywna. Poradnik dla lekarzy i pielęgniarek rodzinnych oraz rodzin pacjentów, E. Krajewska-Kułak, T. Dzierżanowski, D. Krzyżanowski, M. Cybulski red., Difin, Warszawa 2018, s. 176-177.

Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012.

Bogusławski W., Drat-Gzubicka J., *Przewlekłe i postępujące choroby neurologiczne*, w: Przewlekle chory w domu, P. Krakowiak, D. Krzyżanowski, A. Modlińska red., Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2010.

Czekanowski P., *Proces starzenia się społeczeństw a sytuacja rodzinna ludzi starych*, „Przegląd Socjologiczny" 2(2013).

Długofalowa Polityka Senioralna w Polsce na lata 2014-2020 w zarysie, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej: https://das.mpips.gov.pl/source/Dlugofalowa%20Polityka%20Senioralna%20w%20Polsce%20na%20lata%202014-2020%20w%20zarysie.pdf (dostęp: 04.10.2019).

Facts about carers 2019, Policy briefing, August 2019: https://www.carersuk.org/for-professionals/policy/policy-library/facts-about-carers-2019 (dostęp: 08.10.2019).

Grochmal-Bach B., *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimera: podejście terapeutyczne*, WAM, Kraków 2007.

Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa, wrzesień 2018.

Janecki M., Pyszkowska J., Janecka J., *Potrzeby rodziny chorego w okresie terminalnym*, w: Rodzina: Opieka nad chorym, L. Niebrój, M. Kosińska red., Wydawnictwo ŚAM, Katowice 2003.

Janowicz A., *Opiekunowie rodzinni. Wyzwania i możliwości wsparcia*, CeDeWu, Warszawa 2019.

Janowicz A., Krakowiak P., Kramkowska K., *Rzecz o opiekunach rodzinnych w opiece u kresu życia*, w: Człowiek w obliczu kresu życia, B. Antoszewska, S. Przybyliński red., Impuls, Kraków 2017.

Janowicz A., Krzyżanowski D., *Rola wolontariuszy we wsparciu rodzin*, w: Opieka paliatywna. Poradnik dla lekarzy i pielęgniarek rodzinnych

oraz rodzin pacjentów, E. Krajewska-Kułak, T. Dzierżanowski, D. Krzyżanowski, M. Cybulski red., Difin, Warszawa 2018.

Juggling work and unpaid care. A growing issue, Carers UK 2019: https://www.employersforcarers.org/resources/research/item/1460-juggling-work-and-unpaid-care-a-growing-issue (dostęp: 08.10.2019).

Kosińska M., Kułagowska E., Niebrój L., Stanisławczyk D., *Obciążenia opiekunów osób zakwalifikowanych do opieki długoterminowej domowej*, „Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine" 2(2013).

Krakowiak P., *Opieka nad przewlekle chorymi, starszymi i niesamodzielnymi w parafiach, jako sposób realizacji hasła roku duszpasterskiego „Kościół naszym domem"*, w: Kościół naszym domem. Program duszpasterski Kościoła w Polsce na lata 2012-2013, Sz. Sułkowski red., Wydawnictwo Święty Wojciech, Poznań 2011.

Krakowiak P., *Wolontariat w opiece u kresu życia*, Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń 2012.

Listen to Carers. Report on a Nation-wide Carer Consultation, The Carers Association in Partnership with Caring for Carers Ireland and Care Alliance Ireland, January 2008: http://familycarers.ie/wp-content/uploads/2016/01/Listening-to-Carers-2008.pdf (dostęp: 07.10.2019).

Mikołajewska E., *Kierunki wsparcia opiekunów pacjentów po przebytym udarze mózgu w opiece domowej*, „Udar Mózgu" 1-2(2011).

Pikuła N., *Etos starości w aspekcie społec*znym, WAM, Kraków 2011.

Skalska A., *Niesprawność i zagrożenie upadkami w podeszłym wieku*, w: Przewlekle chory w domu, P. Krakowiak, D. Krzyżanowski, A. Modlińska red., Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2010.

Stajduhar KI., *Burdens of Family Caregiving at the End of Life*, "Clinical & Investigative Medicine" 3(2013).

Szwed T., *Zespół opiekuna*: http://spiaczka.psychologia-procesu.net/zespol-opiekuna/108-zespo-opiekuna.html (dostęp: 06.10.2019).

Szymborski J., Iwińska K., Przewoźniak K., Błaszczyk K., Troszyński M., Szylar A., *Interdyscyplinarna szkoła promocji zdrowia seniorów*, Collegium Civitas, Klub Myśli Społecznej Inicjatywy, Warszawa 2014.

Winch B., *Problemy psychologiczne osób chorych*, w: Medycyna Paliatywna, K. de Walden-Gałuszko, A. Ciałkowska-Rysz red., PZWL, Warszawa 2015.

www.carersuk.org/home (dostęp: 08.10.2019).

www.opiekunrodzinny.pl (dostęp: 08.10.2019).

Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020, Monitor Polski, Warszawa, dnia 4 lutego 2014 r., Poz. 118 Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020: isip.sejm.gov.pl/Download?id=WMP20140000118&type=2 (dostęp: 04.10.2019).

Barbara Sordyl-Lipnicka*

Jakość życia rodzin z niepełnosprawnym dzieckiem a perspektywa rozwoju usług asystenckich

(Quality of Life of Families with a Disabled Child and the Perspective of Development of Assistant Services)

Streszczenie

Jakość życia rodzin wychowujących niepełnosprawne dziecko na przestrzeni ostatnich trzydziestu lat ulegała ciągłym przeobrażeniom. Główne zmiany dokonały się w obszarze postrzegania roli rodzicielskiej oraz w zakresie rozwoju form wsparcia oferowanych rodzinom osób niepełnosprawnych. Przyjęcie społecznego modelu niepełnosprawności w sferze polityki społecznej umożliwiło dokonanie wielu zmian w sytuacji życiowej osób z niepełnosprawnościami, które wpłynęły przede wszystkim na osłabienie rozmaitych barier o charakterze społeczno-kulturowym. Usługi asystenckie okazały się efektywną formą wsparcia osób niepełnosprawnych istniejącą w systemie wsparcia środowiskowego rodzin wychowujących niepełnosprawne dziecko.

Celem artykułu jest próba ukazania specyfiki funkcjonowania rodzin wychowujących niepełnosprawne dziecko i zwrócenie uwagi na obszar usług asystenckich jako usług społecznych sprzyjających poprawie jakości życia wielu rodzin.

* Barbara Sordyl-Lipnicka – dr; Katedra Etyki Pracy Socjalnej, Wydział Nauk Społecznych Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, asystent osoby niepełnosprawnej, asystent rodziny, polityka społeczna

Summary

The quality of life of families raising a disabled child has changed constantly over the past thirty years. The main changes took place in the area of perception of parental role and in the development of forms of support offered to families raising a disabled child. The adoption of the social model of disability in the sphere of social policy has made it possible to make many changes in the life situation of people with disabilities, which primarily affected the weakening of various socio-cultural barriers. Assistant services have proved to be an effective form of support for disabled people existing in the system of environmental support for families raising a disabled child.

The purpose of the article is an attempt to show the specificity of families raising a disabled child and to draw attention to the area of assistant services as social services that improve the quality of life of many families.

Keywords: disability, disabled person's assistant, family assistant, social policy

Wstęp

Problematyka jakości życia rodzin wychowujących niepełnosprawne dziecko na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat ulega znaczącym przeobrażaniom. Główne zmiany dokonały się w obszarze postrzegania roli rodzicielskiej do dziecka niepełnosprawnego. Rodzice, którzy w początkach lat 90. ubiegłego stulecia nie mieli większego wpływu na proces leczenia i rehabilitacji własnego dziecka, często postrzegani byli jako osoby zmarginalizowane. Obecnie większość z nich to aktywni uczestnicy procesu inkluzji społecznej rodzin osób niepełnosprawnych.

Poprawa jakości życia rodzin zajmujących się osobami niepełnosprawnymi w dużej mierze wynikła z wielu zmian, jakie miały miejsce w polityce społecznej. Struktura podmiotów polityki społecznej oraz wachlarz stosowanych przez nią instrumentów ulegały na przestrzeni lat ciągłym przeobrażeniom. Aktualnie więk-

szość przedstawicieli instytucji państwowych oraz organizacji pozarządowych łączy wysiłki w celu rozwoju inicjatyw oddolnych, które służą zaspokajaniu potrzeb obywateli oraz łagodzeniu i eliminowaniu problemów społecznych.

W konsekwencji przeobrażeń, jakie zaszły w podejściu do niepełnosprawności, w wielu dyskursach publicznych zrezygnowano ze stosowania tradycyjnego modelu polityki wobec osób niepełnosprawnych, zwracając uwagę na społeczny model niepełnosprawności. Wdrażanie strategii opartych na tym modelu, w przypadku rodzin wychowujących niepełnosprawne dziecko, wymagało uznania istoty rodzicielskich doświadczeń, nie tylko w kontekście indywidualnych relacji z dzieckiem niepełnosprawnym, ale przede wszystkim w kontekście społecznych uwarunkowań nadających niepełnosprawności określone znaczenie[1]. Przyjęcie w polityce społecznej nowej perspektywy spojrzenia na niepełnosprawność zakłada nastawienie na aktywizację, samosterowność i samodzielność życiową odbiorców. Pozwala to na budowanie efektywnej strategii działań pomocowych. Założenie, że to nie osoby niepełnosprawne mają się zmienić i dostosować do rzeczywistości, lecz warunki ich życia muszą zostać zmodyfikowane i dopasowane do ich potrzeb – prowadzi do realnej poprawy jakości życia tych osób[2].

1. Rodzicielskie doświadczenia wynikające z wychowywania dziecka niepełnosprawnego

Niepełnosprawność lub długotrwała choroba dziecka są tymi czynnikami, które powodują zmiany w funkcjonowaniu całego systemu rodzinnego. Z perspektywy życia rodzinnego, niepełnosprawność nie jest problemem wyłącznie samego dziecka. W wyniku wzajemnych powiązań tworzy się sytuacja, w której „cała rodzina jest uwikłana w problem niepełnej sprawności i dotknięta jest nią we wszystkich swych funkcjach, we wszystkich wymiarach swej egzystencji i w codziennym życiu"[3].

Pełnienie roli rodzicielskiej to jeden z długotrwałych procesów życiowych człowieka, obejmujący przede wszystkim działania związane z utrzymywaniem

[1] S. Green, *We're tired, not sad: Benefits and burdens of mothering a child with a disability*, „Social Science and Medicine" 64(2007), s. 150-163.

[2] M. Oliver, *Understanding Disability. From Theory to Practice. Second Edition*, Palgrave Macmillan, Basingstoke, Hampshire 2009.

[3] Z. Kawczyńska-Butrym, *Rodziny osób niepełnosprawnych. Problemy wspierania rodzin z osobami niepełnosprawnymi*, w: Badania nad niepełnosprawnością w Polsce 1993, A. Ostrowska red., IFiS PAN, Warszawa 1994, s. 34.

dziecka, opiekowaniem się i kierowaniem nim, ale także czynności, które są powiązane z działaniami uzyskania przez dzieco wsparcia w zakresie rozwijania siebie i swoich umiejętności[4].

Realizacja roli rodzicielskiej przez rodziców wychowujących niepełnosprawne dziecko jest zdecydowanie trudniejsza niż wychowujących dziecko zdrowe. Rodzice doświadczający niepełnosprawności dziecka, poza typowymi dla wszystkich rodziców zadań, muszą posiadać dodatkową wiedzę i kompetencje. Zobowiązani są oni do stosowania specyficznych form oddziaływania, by tym samym przeciwdziałać szkodliwym czynnikom zagrażającym funkcjonowaniu niepełnosprawnych członków rodzin. Dbałość o właściwy rozwój i zdrowie dziecka niepełnosprawngo stawia przed rodzicami konieczność spojrzenia na jego osobę w sposób racjonalny. Takie podejście zakłada uwzględnienie nie tylko jego ograniczeń, wynikających z niepełnosprawnosci, ale przede wszystkim wykorzystanie tych zasobów rodziny, które mogą ochronić dziecko przed negatywnymi doświadczeniami życiowymi[5].

Zmiany zachodzące w rodzinie pod wpływem choroby i wynikającej z niej niepełnosprawności dziecka, dotyczą wielu obszarów życia. W rodzinach wychowujących niepełnosprawne dziecko dokonują się przede wszystkim przeobrażenia w zakresie:

- podziału ról,
- trybu życia,
- sytuacji finansowej,
- krótko- i długoterminowych planów życiowych członków rodzin,
- bliskości fizycznej w małżeństwie,
- adaptacji do choroby dziecka,
- procesów komunikacyjnych[6].

Współczesne badania naukowe prowadzone z udziałem rodziców wychowujących dzieci z niepełnosprawnością zakładają zmienność rodzicielskiego funkcjo-

[4] A. Kwak, M. Wolfe, *Tradycyjny czy partnerski model realizacji ról rodzinnych?* „Rocznik Pedagogiki Rodziny" 2001.

[5] A. Twardowki, *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2014, s. 74.

[6] Poszczególne obszary zmian występujących w rodzinach wychowujących niepełnosprawne dzieci opisane są w następujących publikacjach: K. Walden-Gałuszko, *Problemy psychoonkologiczne rodziny*, w: Psychoonkologia, K. de Walden-Gałuszko red., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; G.D. Bishop, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000; B. Tobiasz-Adamczyk, K. Szafraniec, J. Bajka, *Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta*, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1999.

nowania w zależności od fazy rozwoju dziecka i etapu życia rodziny[7]. Większość z nich koncentruje się głównie na wymiarze emocji, uczuć, myśli czy przekonań rodziców oraz związanych z nimi zachowań. Niektóre z nich opisują również problem wypalenia się sił rodzicielskich spowodowanego niepełnosprawnością potomstwa.

Emocje i uczucia pojawiające się u rodziców, bardzo często zmieniają swoje nasilenie. Wszystko zależy od tego, w jaki sposób strata wymarzonego potomka (zdrowego dziecka) jest przez nich postrzegana. Bywa, że jest ona identyfikowana w kategoriach poczucia żałoby i smutku, a pojawia się w różnych obszarach związanych z funkcjonowaniem rodziny[8]. Tego typu strata może mieć bardzo często także charakter ambiwalentny, wynikający głównie z trudności w uświadomieniu sobie, co utrata oznacza dla samych rodziców i dla ich aktualnego stadium życia[9]. W niektórych rodzinach poczucie straty bywa dodatkowo wzmacniane przez porównywanie dziecka niepełnosprawnego do pełnosprawnych rówieśników czy zdrowego rodzeństwa[10]. Mechanizm porównywania nie musi jednak występować u wszystkich rodziców, szczególnie tych, którzy przyjmują niepełnosprawność dziecka jako pewnego rodzaju wyzwanie życiowe[11].

Negatywne emocje w rodzinach niepełnosprawnych dzieci pojawiają się również w związku z bezradnością rodziców i niemożnością uchronienia dziecka przed negatywną konfrontacją z jego niepełnosprawnością, szczególnie w jej społecznym kontekście[12]. Relacje, jakie zachodzą pomiędzy takimi rodzinami a pozostałymi

---

[7] Badania na temat funkcjonowania rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym można odnaleźć w następujących publikacjach: P.M. Karney, T. Griffin, *Between joy and sorrow: being a parent of a child with developmental disability*, „Journal of Advanced Nursing" 5(2001), s. 585 n.; D.A. Gray, *Ten years on: a longitudinal study of families of children with autism*, „Journal of Intellectual and Developmental Disability" 3(2002), s. 217 n., E.D. Riesz, *Loss and transitions: a 30-year perspective on life with a child who has Down Syndrome*, „Journal of Loss and Trauma" 4(2004), s. 379 n.; M. Sekułowicz, *Wypalenie się sił rodziców dzieci z niepełnosprawnością*, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2013.

[8] K. Whittingham, D. Wee, M.R. Sanders, R. Boyd, *Sorrow, coping and resiliency: parents of children with cerebral palsy share their experiences*, „Disability and Rehabilitation" 17(2013), s. 1449-1450.

[9] M. O'Brien, *Ambiguous loss in families of children with autism spectrum disorders*, „Family Relations" 56(2007), s. 135-137.

[10] A. Patric-Ott, L.D. Ladd, *The blending of Boss's concept of ambiguous loss and Olshansky's concept of chronic sorrow: a case study of a family with a child who has significant disabilities*, „Journal of Creativity in Mental Health" 5(2010), s. 79.

[11] T. O'Connell, M. Halloran, O. Doody, *Raising a child with disability and dealing with life events: A mother's journey*, „Journal of Intellectual Disabilities" 2013, doi: 10.1177/1744629513509794, w: www.researchgate.net/publication/258038709_Raising_a_child_with_disability_and_dealing_with_life_events_A_mother's_journey (dostęp: 22.11.2019).

[12] J.M. Brown, *Recurrent grief in mothering a child with an intellectual disability to adulthood: grieving is the healing*, „Child and Family Social Work" 2013, 10.1111/cfs.12116, s. 119, w: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/cfs.12116 (dostęp: 22.11.2019).

członkami społeczeństwa, mogą być źródłem przekonania o społecznej ich izolacji oraz poczucia podlegania stałej kontroli i ocenie. Doświadczenia takie prowadzą również do wzbudzania rodzicielskiego smutku[13], który z kolei bardzo często wywołuje niechęć do korzystania ze specjalistycznej pomocy.

Obszar dobrostanu emocjonalnego rodziny opiekującej się dzieckiem niepełnosprawnym, jak wskazują badania naukowe, zależny jest od etapów życia rodzinnego. Niektórzy badacze podkreślają, że dobrostan emocjonalny rodziny może się zmieniać wraz z wiekiem niepełnosprawnego dziecka. Rodzice odczuwający silną więź z dzieckiem od momentu jego urodzenia, będą odczuwali zazwyczaj bezwarunkową miłość do potomka. Inne analizy badawcze z kolei obrazują zupełnie odmienną zależność, gdzie obserwuje się wzrost wskaźników dobrostanu rodziców, szczególnie w okresie dojrzewania dziecka, oraz jego wyraźny spadek spowodowany obawą o losy niepełnosprawnego dziecka, gdy rodzice zaczną się starzeć[14]. Rodzina na każdym etapie życia niepełnosprawnego dziecka powinna być wspierana odpowiednimi działaniami określonych instytucji.

Najtrudniejszą sytuacją, z którą mogą zmagać się rodzice niepełnosprawnych dzieci, zdaniem Małgorzata Sekułowicz[15], jest problem wypalenia się sił. Autorka, na podstawie własnych badań nad specyfiką funkcjonowania rodzin z niepełnosprawnym dzieckiem zaznacza, że nie wszystkie osoby są przygotowane do rodzicielstwa, a szczególnie do opieki nad potomstwem niepełnosprawnym. Wypalenie rodzicielskie występuje jako funkcja chronicznego stresu spowodowanego nieustanną konfrontacją z wymaganiami i potrzebami ze strony rodziny. Te nieustające żądania wyczerpują energię i motywację rodziców. Rodzice mogą obarczać się winą za to, co dzieje się w rodzinie, z czym nie radzą sobie z powodu zbyt trudnych obciążeń. Taka sytuacja rodzi frustrację i gniew. W konsekwencji niekorzystnych zdarzeń dochodzi również do powstania poczucia bezradności.

Jedyną szansą niwelowania ryzyka wypalenia się sił rodzicielskich jest uzyskanie odpowiedniego wsparcia społecznego. Członkowie rodzin mogą skorzystać z pomocy psychologicznej oraz środowiskowych form wsparcia, m.in. takich, jak usługi opiekuńcze czy usługi asystentów osobistych lub asystentów rodziny.

---

[13] P.M. Karney, T. Griffin, *Between joy and sorrow: being a parent of a child with developmental disability*, „Journal of Advanced Nursing" 5(2001), s. 586.

[14] C. Carona, M. Pereira, H. Moreira, N. Silva, M.C. Canavarro, *The disability paradox revisited: quality of life and family caregiving in pediatric cerebral palsy*, „Journal of Child and Family Studies" 223(2013), s. 980.

[15] M. Sekułowicz, *Wypalenie się sił rodziców dzieci z niepełnosprawnością*, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2013.

2. Asystentura jako forma wsparcia społecznego rodzin z niepełnosprawnym dzieckiem

Rodzina wychowująca niepełnosprawne dziecko bardzo często doświadcza wielu trudności w podstawowych czynnościach życiowych. Podczas kongresu Papieskiej Rady ds. Rodziny, który obradował w 1999 roku w Watykanie, w swoim przemówieniu Jan Paweł II wielokrotnie zwracał uwagę na trudności pojawiające się w rodzinach, szczególnie tych, w których rodzi się chore dziecko. Święty Jan Paweł II wskazywał na nieocenioną rolę wsparcia społecznego: „ważna jest pomoc okazywana rodzicom, aby umieli otoczyć dziecko szczególną troską, rozwijać głęboki szacunek dla jego godności osobistej oraz z czcią i wielkodusznie służyć jego prawom. Odnosi się to do każdego dziecka, ale szczególnie ważkie staje się wobec dziecka małego, wymagającego opieki całkowitej, wobec dziecka chorego, cierpiącego lub upośledzonego”[16].

Narodziny dziecka z niepełnosprawnością stawiają zarówno przed rodzicami, jak i przed pozostałymi członkami rodziny, nowe wyzwania, które często związane są ze zmieniającymi się potrzebami rodziny. Zdaniem Małgorzaty Kościelskiej wyzwania, którym muszą sprostać rodziny, dotyczą takich obszarów, jak: akceptacja społeczna; odnalezienie właściwego miejsca dla dziecka w systemie służb pomocowych, opiekuńczych, edukacyjnych, czy rewalidacyjnych; dostęp do właściwych informacji; dostęp do specjalistycznej pomocy nakierowanej na dziecko i rodziców; możliwość uzyskania pomocy we wspólnotach działających na rzecz rodziców niepełnosprawnych dzieci[17]. Ważne jest również, aby zapewnić rodzicom możliwość odpoczynku od codziennych obowiązków[18]. Z kolei Beata Szluz zauważa, że dla niepełnosprawnego dziecka i jego rodziny istotna jest również realizacja potrzeby bezpieczeństwa rozumianego jako życzliwe zainteresowanie najbliższego środowiska ich problemami oraz wspólne poszukiwanie rozwiązań pojawiających się problemów lub pomoc w uzyskaniu wsparcia społecznego[19].

Warto podkreślić, że w wyniku odpowiedniego wsparcia społecznego, każda rodzina podnosi swoje zdolności adaptacyjne w związku z uzyskaniem lepszej orien-

[16] Słowa Jana Pawła II wypowiedziane podczas przemówienia do uczestników kongresu Papieskiej Rady ds. Rodziny w dniu 4 grudnia 1999, w: https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/dziecko_niepelnosprawne_04121999.html (dostęp: 22.11.2019).

[17] M. Kościelska, *Oblicza upośledzenia*, PWN, Warszawa 2000, s. 94-95.

[18] E. Pisula, *Potrzeby rodziców dzieci z zaburzeniami w rozwoju*, s. 47, w: https://www.slideshare.net/crisma61/potrzeby-rodzicw-dzieci-z-zaburzeniami-rozwoju-14291560 (dostęp: 20.07.2018).

[19] B. Szluz, *Wsparcie społeczne rodziny osoby niepełnosprawnej*, „Roczniki Teologiczne” 10(2017), s. 201-214.

tacji w swoim położeniu, zmiany zachowania na bardziej efektywne czy obniżenia poziomu napięcia emocjonalnego i redukcji stresu[20]. Zatem nawet w rodzinie wychowującej dziecko niepełnosprawne, która jest spójna wewnętrznie i zintegrowana emocjonalnie, niezbędne jest wsparcie społeczne, które powinno być nie tylko zindywidualizowane, lecz także trafne ilościowo i jakościowo.

Jedną z form wsparcia społecznego realizowanego na rzecz rodzin osób niepełnosprawnych w Polsce są usługi asystenta osobistego. Są one świadczone przez publiczne instytucje pomocowe, np. ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, a także organizacje pozarządowe wspierające osoby niepełnosprawne. Działania realizowane przez asystentów osobistych obejmują przede wszystkim wzmocnienie poczucia niezależności osób niepełnosprawnych oraz ich rodzin w zakresie funkcjonowania społecznego. Asystentura osobista jest szczególną formą wsparcia, dlatego że relacje między asystentem osobistym a osobą z niepełnosprawnością i członkami jej rodziny, nigdy nie pozostają w pełni bezosobowe. Asystent jest instrumentem w ręku rodziny, który wskazuje na jej podmiotowość i elastyczność, gwarantując zarazem możliwość wzmocnienia rodziny zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz.

Asystentura osobista świadczona osobom niepełnosprawnym nie jest formą pomocy o charakterze socjalnym, lecz skutecznym narzędziem aktywizacji społecznej tych osób. Z całą pewnością umożliwia ona realizację ich podstawowych praw obywatelskich (m.in. prawa do edukacji, pracy, udziału w życiu publicznym) oraz wpływa na poprawę jakości życia wielu rodzin.

W polskim ustawodawstwie istnieje również obszar wsparcia społecznego koncentrujący się na asystenturze rodzinnej. Zgodnie z Ustawą z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, asystentowi rodziny przypada funkcja koordynatora w zakresie kompleksowego wsparcia kobiet w ciąży i ich rodzin, ze szczególnym uwzględnieniem:

- kobiet w ciąży powikłanej,
- kobiet w sytuacji niepowodzeń położniczych,
- rodzin dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie, nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, która powstała w prenatalnym okresie ich rozwoju lub w czasie porodu.

Realizacja nowego zakresu zadań asystentów rodzin została określona w Ustawie z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem".

[20] T. Biernat, J. Przeperski, *Zintegrowane wsparcie rodziny w środowisku lokalnym: centrum dla rodzin*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2015, s. 14.

Asystent przyznany rodzinie w związku z realizacją działań wynikających z niniejszej ustawy pracuje z rodziną nad przystosowaniem jej do nowej sytuacji (opieki nad chorym dzieckiem lub opieki nad matką, której ciąża jest zagrożona) pojawiającej się w rodzinie. Pomaga w wyborze placówki, w której rodzina może uzyskać pomoc i informacje na temat lekarzy, przychodni, położnych czy pielęgniarek. Wspomaga też rodzinę, koordynując wizyty psychologiczne, psychiatryczne i u innych specjalistów. Pomoc oferowana przez asystenta rodziny jest dostosowana do indywidualnych potrzeb rodziny oraz odpowiednio zaplanowana.

Zakończenie

Asystencja wykonywana zarówno w wymiarze osobistym, jak i rodzinnym, ściśle związana jest z koncepcją niezależnego życia wspieranej jednostki. W Polsce ten rodzaj wsparcia osób niepełnosprawnych i ich rodzin wciąż się rozwija. Doświadczenia wielu praktyków z dziedziny pomocy społecznej wskazują, że najlepsze efekty pracy socjalnej można osiągnąć poprzez bezpośredni kontakt asystenta z podopiecznym. Warto podkreślić, że dotychczasowe rodzaje świadczeń i usług społecznych dla osób niepełnosprawnych, zakładające wykorzystanie potencjału asystentów, mogą stworzyć kompleksowy zakres wsparcia w naturalnym środowisku życia osoby niepełnosprawnej.

Wyzwaniem stojącym zatem przed służbami pomocowymi jest stworzenie takich praktyk społecznych, które będą sprzyjać pełniejszemu funkcjonowaniu społecznemu osób niepełnosprawnych i ich rodzin, tak aby ich aktywność stała się normą, a nie nietypowym precedensem.

Bibliografia

Biernat T., Przeperski J., *Zintegrowane wsparcie rodziny w środowisku lokalnym: centrum dla rodzin*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2015.

Bishop G.D., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.

Brown J.M., *Recurrent grief in mothering a child with an intellectual disability to adulthood: grieving is the healing*, „Child and Family

Social Work" 2013 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/cfs.12116 (dostęp: 22.11.2019).

Carona C., Pereira M., Moreira H., Silva N., Canavarro M.C., *The disability paradox revisited: quality of life and family caregiving in pediatric cerebral palsy*, „Journal of Child and Family Studies" 223(2013).

Green S., *We're tired, not sad: Benefits and burdens of mothering a child with a disability*, „Social Science and Medicine" 64(2007).

Gray D.A., *Ten years on: a longitudinal study of families of children with autism*, „Journal of Intellectual and Developmental Disability" 3(2002).

Kawczyńska-Butrym Z., *Rodziny osób niepełnosprawnych. Problemy wspierania rodzin z osobami niepełnosprawnymi*, w: Badania nad niepełnosprawnością w Polsce 1993, A. Ostrowska red., IFiS PAN, Warszawa 1994.

Karney P.M., Griffin T., *Between joy and sorrow: being a parent of a child with developmental disability*, „Journal of Advanced Nursing" 5(2001).

Kościelska M., *Oblicza upośledzenia*, PWN, Warszawa 2000.

Kwak A., Wolfe M., *Tradycyjny czy partnerski model realizacji ról rodzinnych?*, „Rocznik Pedagogika Rodziny – Studia i Rozprawy" 2001.

O'Brien M., *Ambiguous loss in families of children with autism spectrum disorders*, „Family Relations" 56(2007).

O'Connell T., Halloran M., Doody O., *Raising a child with disability and dealing with life events: A mother's journey*, „Journal of Intellectual Disabilities" 2013.

Oliver M., *Understanding Disability. From Theory to Practice*, Second Edition, Palgrave Macmillan, Basingstoke, Hampshire 2009.

Ott P., Ladd L.D., *The blending of Boss's concept of ambiguous loss and Olshansky's concept of chronic sorrow: a case study of a family with*

a child who has significant disabilities, „Journal of Creativity in Mental Health" 5(2010).

Pisula E., *Potrzeby rodziców dzieci z zaburzeniami w rozwoju*, 2018 https://www.slideshare.net/crisma61/potrzeby-rodzicw-dzieci-z-zaburzeniami-rozwoju-14291560 (dostęp: 20.07.2018).

Riesz E.D., *Loss and transitions: a 30-year perspective on life with a child who has Down Syndrome*, „Journal of Loss and Trauma" 4(2009).

Sekułowicz M., *Wypalenie się sił rodziców dzieci z niepełnosprawnością*, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2013.

Szluz B., *Wsparcie społeczne rodziny osoby niepełnosprawnej*, „Roczniki Teologiczne" 10(2017).

Tobiasz-Adamczyk B., Szafraniec K., Bajka J., *Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta*, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1999.

Twarkowski A., *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2014.

Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

Ustawa z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem".

Walden-Gałuszko K., *Problemy psychoonkologiczne rodziny*, w: Psychoonkologia, K. Walden-Gałuszko. red., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.

Whittingham K., Wee D., Sanders M.R., Boyd R., *Sorrow, coping and resiliency: parents of children with cerebral palsy share their experiences*, „Disability and Rehabilitation" 17(2013).

Mária Šmidová*

Včasná intervencia – aktuálna potreba rodín s deťmi so špecifickými potrebami**

(Early Intervention – Actual Need for Children's Families with Specific Needs)

Abstrakt

Príspevok je koncipovaný v dvoch rovinách – teoretickej a empirickej. V teoretickej časti autorka spracováva problematiku včasnej intervencie, ktorá je typickým príkladom aktívnej sociálnej pomoci štátu rodinám s dieťaťom s postihnutím. Včasná intervencia je odôvodnenou službou a jej rozvoj a rozšírenie je cestou k napĺňaniu požiadavky rešpektovania dôstojnosti každého človeka a priamej starostlivosti spoločnosti o svojich občanov. V empirickej časti predkladáme empirický výskum, ktorý bol zameraný na kvalitu života rodín s dieťaťom s postihnutím. Jedným z cieľov analýz bol zistiť, aké sú názory týchto rodín týkajúce sa pomoci zo strany profesionálnych pracovníkov pri starostlivosti o dieťa so špecifickými potrebami, určiť oblasti takejto pomoci a jej zacielenosti, ako aj jej frekvenciu podľa veku dieťaťa (detí) so špecifickými potrebami.

Klúčová slová: včasná intervencia, potreby rodiny, dieťa so špecifickými potrebami

* Mária Šmidová – Prof. Doc. PhDr., PhD; Teologická fakulta, Trnavská univerzita v Trnave

** Publikácia vyšla v rámci projektu APVV-15-0189 s názvom „Vybrané faktory pro-rodinnej stratégie a podpora stabilnej rodiny v multikulturálnom prostredí"

Summary

The paper is conceived in two levels – theoretical and empirical. In the theoretic part, the author deals with the issue of early intervention, which is a typical example of active social assistance to state families with children with disabilities. Early intervention is a justified service and its development and expansion is the way to fulfill the requirement of respect for the dignity of every person and the direct care of society for its citizens. In the empirical part, we present empirical research that focused on the quality of life of families with children with disabilities. One of the aims of the analyzes was to find out what the views of these families are about helping professionals care for a child with specific needs, identifying areas of assistance and targeting as well as their age-specific frequency.

Keywords: early intervention, family needs, child with specific need

1. Úvod do problematiky

Sociálne dimenzie zdravia, spoločenské dôsledky choroby, jej dopad na život jedincov, ich cieľov, ašpirácií, či ich rodiny, taktiež skúmanie súvislostí kultúrnych a hodnotových faktorov so zdravím, ako aj zisťovanie podmienenosti socio-ekonomických ukazovateľov so spôsobom života a životným štýlom, prístup jednotlivca, rodiny i spoločnosti k zdraviu, resp. chorobe, systém zdravotnej starostlivosti a jej dostupnosť, či inštitucionalizácia, vzťah medzi profesionálnymi pracovníkmi a „laikmi", resp. užívateľmi zdravotníckej starostlivosti, ako aj ďalšie skutočnosti a problémy sú dlhodobo skúmané a reflektované mnohými vednými odbormi, špecialistami ako aj výskumníkmi. Rodina je prostredie, v ktorom si jedinec osvojuje stereotypné hygienické, ako aj stravovacie návyky, nadobúda postoj k svojmu telesnému vzhľadu, získava istý životný štýl, aktiež si osvojuje poznatky a spôsoby ako predchádzať chorobe, resp. posilňovať svoje zdravie a učí sa byť zaň zodpovedný.

Pri zameraní sa na rodiny s postihnutým dieťaťom je nesporné, že ide o špecifickú situáciu a skúsenosť (často veľmi traumatickú), ktorá ovplyvňuje všetky aspekty rodiny. Na jednej strane – berúc do úvahy pozitíva – môže takáto skúsenosť rozšíriť obzory, zvýšiť povedomie rodinných príslušníkov napr. o ich vnútornej sile, alebo prispieť k väčšej súdržnosti rodín, vytvoriť a následne podporiť prepojenie s komunitnými skupinami, dobrovoľnými organizáciami či náboženskými inštitúciami.

Nepochybne však, na strane druhej, výchova a starostlivosť o dieťa so zdravotným postihnutím prináša i množstvo negatív – značné finančné, ako aj časové náklady, zvýšené emocionálne, psychické, ako aj fyzické nároky, hľadanie logistických možností, informácií, finančných prostriedkov, vyhľadávanie sociálnej podpory, ako aj pocitu pochopenia, spolupatričnosti či inej potrebnej pomoci. Tieto negatívne vplyvy pravdepodobne závisia od typu a závažnosti zdravotného postihnutia dieťaťa, ako aj od fyzických, citových a finančných prostriedkov rodiny a dostupných zdrojov[1].

Zehner, Ourada a Walker nám pripomínajú, že starostlivosť o rodinu v USA nie je iba „rodinným problémom", a to aj napriek veľkým výhodám pre členov rodiny so zdravotným postihnutím, ktoré americká spoločnosť odvodzuje z dôvery v rodinnú starostlivosť[2]. Ukazuje sa, že existuje silná súvislosť medzi vnímanými rodinnými požiadavkami a zdravotnými podmienkami rodinných príslušníkov. Predovšetkým rodičia starajúci sa o dieťa so zdravotným postihnutím uvádzali negatívne dôsledky na ich zdravie, a to v závislosti od dĺžky poskytovania takejto starostlivosti a ani silná sociálna podpora nezmiernila ich zhoršujúci sa zdravotný stav. A práve s týmto súvisí, ako zdôrazňujú autorky, potreba pochopiť nevyhnutnosť, náklady, prínosy a kontextualizovaný charakter poskytovania starostlivosti v rodinách, a tiež potrebu tzv. podporných programov a prácu profesionálnych pracovníkov pre rodiny takýchto detí[3]. Z preštudovanej odbornej spoločensko-vednej literatúry je preukázateľné, že rodiny starajúce sa o dieťa so zdravotným postihnutím majú v porovnaní s inými rodinami špecifické životné podmienky, a to tak po materiálno-ekonomickej, ako aj psychicko-emocionálnej stránke.

[1] Por. N.E. Reichman, H. Corman, K. Noonan, *Impact of Child Disability on the Family*, v: „Matern Child Health Journal" 6(2008), pp. 679-683. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1007/s10995-007-0307-z (12.11.2019).

[2] A.F. Farrell, G.L. Krahn, *Family Life Goes On: Disability in Contemporary Families*, v: *Family Relations*. 1(2014), pp. 1-6. Dostupné na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4501905/ (12.11.2019).

[3] E.B. Lara, C.C. de los Pinos, *Families with a disabled member: impact and family education*. 7th International Conference on Intercultural Education „Education, Health and ICT for a Transcultural World", EDUHEM, 15-17 June 2016, Almeria, Spain, v: Procedia – Social and Behavioral Sciences 237, pp. 418- 425. Dostupné na: https://ac.els-cdn.com/S1877042817300848/1-s2.0-S1877042817300848-main.pdf?_tid=3d9009a8-5b4f-4880-a084-6aa27b1469d8&acdnat=1533042655_960000ef19f0569f7598183df75ff3b9 (12.11.2019).

2. Metódy výskumu

Kvantitatívny sociologický výskum skúmajúci osobitú problematiku potrieb rodín s dieťaťom/deťmi so špecifickými potrebami sa uskutočnil prostredníctvom štruktúrovaného dotazníka pozostávajúceho z 27 otázok (pričom 6 z nich predstavovali batérie). Zber primárnych empirických dát sa realizoval online v rámci formátu google forms a prebiehal od 19. februára do 2. mája 2018.

Vzhľadom na špecifickosť predmetnej problematiky bol pri výbere respondentov použitý (nepravdepodobnostný) cielený výber, a to technikou (nabaľovania) snehovej gule. Po vyčistení obsahovala databáza údaje získané od 153 respondentov, ktoré sa analyzovali a vyhodnocovali prostredníctvom štatistického programu SPSS, 20.0 verzie a programu Microsoft Excel. Vykonali sa triedenia 1., 2. a 3. stupňa, počítal sa kontingenčný koeficient (Cramer V), korelačné koeficienty (Spearman rho a Pearson r), analýza rozptylu a bola použitá i znamienková schéma. Pri prezentácii výsledkov výskumu boli vytvorené frekvenčné a krížové tabuľky a grafy.

Súbor respondentov podľa pohlavia tvorí 7,2% mužov a 92,8% žien. Vo vekovej kategórii 18 až 34 rokov je 14,4% respondentov, 69,9% ich tvorí vekovú kategóriu 35 až 49 rokov a kategória 50 a viac je zastúpená 15,7% respondentov. V Bratislavskom kraji žije 15,7% respondentov, v Trnavskom 20,3%, v Trenčianskom kraji 13,1%, v Nitrianskom 12,4%, v Žilinskom 10,5%, 9,2% v Banskobystrickom kraji, 11,8% žije v Prešovskom a 7,2% v Košickom kraji. Čo sa týka veľkosti sídla, v obciach s menej ako 500 obyvateľmi žije 8,5% respondentov, v kategórii od 500 do 1 999 obyvateľov býva 26,1%, 18,3% žije v kategórií od 2 000 do 4 999 obyvateľov, v sídle s veľkosťou 5 000 až 19 999 obyvateľov býva 13,1%, v sídlach od 20 000 do 49 999 obyvateľov býva 13,7%, v mestách od 50 000 do 100 000 obyvateľov žije 10,5% respondentov a v Bratislave a Košiciach 9,8%. Distribúcia odpovedí týkajúca sa vzdelania je nasledovná: 3,3% respondentov uviedlo základné vzdelanie, 10,5% stredoškolské vzdelanie bez maturity, 35,9% respondentov stredoškolské s maturitou a 50,3% vysokoškolské vzdelanie.

Objektom výskumu boli rodičia starajúci sa o dieťaťa/deti so špecifickými potrebami. Ciele analýz výskumu boli postavené a realizované v širšom kontexte. V našom príspevku sa budeme venovať analýze, ktorej cieľom bolo preskúmať názory respondentov (a rozdiely medzi nimi) týkajúce sa pomoci zo strany profesionálnych pracovníkov pri starostlivosti o dieťa so špecifickými potrebami, určiť oblasti takejto pomoci a jej zacielenosti, ako aj jej frekvenciu podľa veku dieťaťa (detí) so špecifickými potrebami.

3. Výsledky sociologického výskumu

3.1. Pomoc od profesionálneho pracovníka a jej frekvencia v starostlivosti o dieťa so zdravotným postihnutím

Zaujímalo nás, či v závislosti od veku dieťaťa so zdravotným postihnutím existujú diferencie ohľadom pomoci od profesionálneho pracovníka a jej frekvencie. Za týmto účelom sme vek dieťaťa rekódovali do dvoch vekových kategórií, a to od 4 do 15 rokov (n = 93, čo predstavuje 66,7%) a od 16 do 18 rokov (n = 47, t. j. 33,3%).

Údaje sme najprv získali z odpovedí na otázku, či im pri práci s dieťaťom pomáha profesionálny pracovník a ako áno, ako často – prezentujeme ich v tabuľke č. 1. Viac ako polovica opýtaných s mladšími deťmi (vo veku 4 až 15 rokov) uviedla variant *nikdy*, nasleduje variant *menej často* (16,1%) a variant *približne raz za mesiac* uviedlo 11,8%. Aj v odpovediach rodičov starších detí (16 až 18 rokov) boli tieto varianty v tomto poradí tiež najpočetnejšie: *nikdy* uviedli 2/3 rodičov takýchto detí (68,1%), 17% *menej často* a 6,4% *približne raz za mesiac*.

Tabuľka č. 1: Frekvencia navštevovania a pomoci profesionálneho pracovníka s dieťaťom so zdravotným postihnutím %

Frekvencia navštevovania a pomoci profesionálnym pracovníkom	4 až 15 rokov	16 až 18 rokov
Takmer každý deň	5,4	0
Asi tak raz za týždeň	6,5	4,3
Asi tak raz za dva týždne	3,2	4,3
Približne raz za mesiac	11,8	6,4
Menej často	16,1	17
Nikdy	57	68,1
Spolu	**100**	**100**

Rodičov sme sa následne pýtali, či by privítali, aby ich domácnosť navštevoval profesionálny pracovník, ktorý by im vypomohol s dieťaťom v čase, keď sú doma. Distribúciu odpovedí uvádzame v tabuľke č. 2.

Tabuľka č. 2: Frekvencia vhodnosti navštevovania profesionálnym pracovníkom, ktorý by vypomohol s dieťaťom v čase, keď sú doma v %

Očakávaná frekvencia navštevovania profesionálnym pracovníkom a jeho výpomoc s dieťaťom v čase, keď sú doma	4 až 15 rokov	16 až 18 rokov
Takmer každý deň	9,7	4,3
Asi tak raz za týždeň	32,3	23,4
Asi tak raz za dva týždne	16,1	6,4
Približne raz za mesiac	6,5	19,1
Menej často	11,8	23,4
Nikdy	**23,7**	**23,4**

Zo zistených údajov vyplýva, že takmer 1/3 rodičov mladších detí by privítala takúto výpomoc *asi tak raz za týždeň* (32,3%), o čosi viac ako 1/5 (23,7%) si zvolila variant *nikdy* a tretím najfrekventovanejším variantom bola položka *asi tak raz za dva týždne* (16,1%). Rodičia starších detí najčastejšie uprednostnili v rovnakom skóre (23,4%) tieto tri varianty možností: *asi tak raz za týždeň*, *menej často*, *nikdy*. V tejto súvislosti považujeme za dôležité aj zistenie, že v odpovediach respondentov ohľadom *navštevovania domácnosti profesionálnym pracovníkom, ktorý by vypomáhal rodičom s dieťaťom so zdravotným postihnutím v čase, keď sú doma* sme podľa veku dieťaťa zistili štatisticky významné rozdiely: Cramer V = 0,289, p = 0,040, a teda intenzívnejšiu pomoc od profesionálneho pracovníka by potrebovali rodiny s mladším dieťaťom, t. j. vo vekovej kategórii od 4 do 15 rokov.

Ďalej sme sa respondentov pýtali na oblasti, v ktorých by uvítali pomoc od profesionálneho pracovníka a vytvorili sme poradie dôležitosti pomoci od profesionálneho pracovníka, pričom *bodu 1* zodpovedá najviac potrebná pomoc a *bodu 8* najmenej potrebná pomoc – prehľad odpovedí prezentujeme v tabuľke č. 3.

Tabuľka č. 3: Poradie dôležitosti pomoci od profesionálneho pracovníka v rozličných oblastiach života

Rozličné oblasti života	4 až 15 rokov	16 až 18 rokov
Pri voľnočasových aktivitách s dieťaťom	4	1
Pri výchovných aktivitách zameraných na samostatnosť dieťaťa	1	2
Pri výchovných aktivitách zameraných na začleňovanie dieťaťa do kolektívu	3	3
Poradenské rozhovory pre rodičov zamerané na zvládanie záťažových situácií	2	4
Pri ekonomickej situácii rodiny	5	5
Poradenské rozhovory zamerané na zlepšovanie vzťahov medzi členmi najbližšej rodiny	6	6

Pri duchovných otázkach	7	7
Poradenské rozhovory pre rodičov zamerané na zlepšovanie vzťahov so známymi a priateľmi	8	8

Respondenti mladších detí by v porovnaní so staršími privítali pomoc najmä pri výchovných aktivitách zameraných na samostatnosť dieťaťa (1), ďalej nasledujú poradenské rozhovory pre rodičov zamerané na zvládanie záťažových situácií (2), pri výchovných aktivitách zameraných na začleňovanie dieťaťa do kolektívu (3) a pri voľnočasových aktivitách s dieťaťom (4). Rodičia starších detí by predovšetkým uvítali pomoc pri voľnočasových aktivitách s dieťaťom (1), pri výchovných aktivitách zameraných na samostatnosť dieťaťa (2), nasleduje pomoc pri výchovných aktivitách zameraných na začleňovanie dieťaťa do kolektívu (3) a napokon poradenské rozhovory pre rodičov zamerané na zvládanie záťažových situácií (4).

4. Včasná intervencia

Ukazuje sa, že v kontexte mnohých výziev i hrozieb modernej civilizácie potrebuje rodina čoraz viac podpory a pomoci, ktorá jej pomôže obnoviť sociálne fungovanie a prebudiť nádej na lepší zajtrajšok. V členitosti spoločenského života existuje mnoho inštitúcií pomoci, medzi ktorými je stále viac dôležitá sociálna práca, ktorá sa na rôznych úrovniach snaží pomáhať ľuďom prekonávať problémy v osobnej, rodinnej a sociálnej sfére. Osobitnú úlohu zohráva sociálny pracovník ako odborník v oblasti profesionálnej pomoci pre rodinu. Medzi jeho aktivity patrí poskytovanie poradenstva pre rodiny vo všeobecnosti, poradenstvo pre deti, mladých ľudí a starších ľudí v rodine[4].

V súčasnosti je sociálna podpora stále nejednoznačným pojmom a v literatúre neexistuje jasná definícia, ktorá by uspokojila všetkých výskumníkov zaoberajúcich sa týmito diskutovanými otázkami. U. Bejma sociálnu podporu definuje ako „bytie s inou osobou", prekonávanie ťažkostí s ňou a pomoc pri riešení jej životných problémov prostredníctvom interpersonálnej interakcie. Daná interakcia sa vykonáva formou výmeny emocionálnych a odborných informácií, ktorých základom je altruizmus. Táto výmena môže byť jednostranná, obojstranná, trvalá alebo nepravidelná. Aby však bola táto výmena účinná, je potrebná konzistentnosť potrieb príjemcu a typu

[4] J. Młyński, *Wsparcie rodziny – analiza w aspekcie pracy socjalnej*, „Studia Socialia Cracoviensia" 1(2012), s. 127-142.

poskytovanej podpory[5]. Dôležitosť poskytovania sociálnej podpory je zrejmá nielen u jednotlivca, ale v súčasnosti najmä o celé rodiny, ktoré majú široké spektrum sociálnych problémov. Rodina je sociálna skupina, ktorá uspokojuje vrodené potreby človeka, ktoré sú súčasťou jeho prirodzenosti. Preto by zmena či narušenie rodinného fungovania ako jadra spoločnosti viedla k výraznej kolízii ľudskej prirodzenosti[6].

Pod výrazom včasná intervencia, v odbornej literatúre uvádzanej aj ako včasná starostlivosť, rozumieme relatívne samostatnú oblasť starostlivosti o deti s rôznymi poruchami vývinu, o deti so zdravotným postihnutím, v období prvých rokov ich života do nástupu do predškolského či školského zariadenia a tiež o ich rodiny[7]. Ide sa o interdisciplinárnu starostlivosť, spočívajúcu v diagnostike, rehabilitácii, poradenstve a terapii.

Výraz včasná starostlivosť (intervencia) je medzinárodne (frühförderung, early intervention, rane intervencije, raná péče) používaný pre opatrenia a programy terapeutické, vzdelávacie a socializačné smerované k uvedenej kategórii detí a ich rodinám. Ich cieľom je integrácia rodiny a minimalizovanie dôsledkov postihnutia na vývin dieťaťa. Charakteristické pre včasnú starostlivosť je to, že jej klientom je celá rodina a je poskytovaná prevažne v prirodzenom prostredí a v spolupráci so systémom zdravotnej starostlivosti.

Súhrnná štúdia o včasnej starostlivosti Raná péče hovorí o dôležitosti ekologicko-systémového prístupu, ktorý je v súčasnosti veľmi rozšírený a možno ho považovať za referenčný rámec aj vo včasnej starostlivosti[8]. Od neho sa odvíjajú aj definície, ktoré zdôrazňujú kľúčovú úlohu rodiny ako faktoru, rozhodujúceho o úspešnosti včasnej intervencie. Skupina odborníkov, zainteresovaných v tejto štúdii zdôrazňuje, že účelom včasnej starostlivosti je zaistenie a podpora vývinu dieťaťa, posilnenie kompetencií rodiny a podpora začlenenia rodiny a dieťaťa do spoločnosti, pričom sa služby poskytujú v prirodzenom prostredí dieťaťa, pokiaľ možno na miestnej úrovni a práca prebieha tímovo, viacúrovňovo so zameraním na rodinu.

Tvrdenie, že rodina dieťaťa s postihnutím sa dokáže vyrovnať s problémami spôsobenými postihnutím dieťaťa sa dokáže vyrovnať sama, je príliš optimistická[9].

---

[5] U. Bejma, *Wsparcie społeczne w sytuacjach granicznych. Wybrane zagadnienia*, „Studia nad Rodziną" 38(2016), s. 117-120.

[6] W. Majkowski, *Rodzina między grupą a instytucją*, v: Nauki o rodzinie, J.A. Kłys red., Ottonianum, Szczecin 1995.

[7] M. Horňáková, *Včasná intervencia orientovaná na rodinu*, Univerzita Komenského, Bratislava 2010.

[8] T. Hradilková, et al. *Naše cesta. Metody práce s rodinou v rané péči*, Středisko rané péče SPRP, České Budějovice 2012.

[9] J. Młyński, *Rodzina wobec wybranych problemów społeczno-kulturowych*, v: „Teologia i moralność" 1(2014), s. 7-36.

Vo väčšine krajín Európskej únie nielen uznali potrebu včasnej starostlivosti, ale urobili aj potrebné kroky pre jej zabezpečovanie vybudovaním podporného súboru služieb pre jej fungovanie. V niektorých krajinách Európy sú služby spojené so starostlivosťou o dieťa s postihnutím a jeho rodinu financuje štát a poskytujú sa terénnou aj ambulantnou formou v centrách včasnej intervencie od narodenia dieťaťa. Interdisciplinárny tím v týchto centrách je tvorený poväčšine zdravotníkom, psychológom, sociálnym pracovníkom, pedagógom a zabezpečuje dobrú výmenu informácií medzi odborníkmi.

V Českej republike dôležitosť včasnej intervencie ako sociálnej služby pre rodinu bola potvrdená zákonom pred siedmymi rokmi a neskoršia novela jej aj vymedzuje miesto poskytovania: „raná péče" ako terénna služba, doplnená ambulantnou formou služby pre dieťa a rodičov dieťaťa so zdravotným postihnutím vo veku do 7 rokov na podporu rodiny a podporu vývinu dieťaťa. Program starostlivosti zastrešuje ministerstvo zdravotníctva, sociálnych vecí aj ministerstvo školstva. V mnohých ďalších štátoch Európy si uvedomujú efektívnosť programu včasnej intervencie, ktorá má veľký význam vo všetkých úrovniach prevencie, v primárnej, sekundárnej aj terciárnej[10].

V Slovenskej republike Národný program starostlivosti o deti a mládež na roky 2008-2015 informoval, že na podporu komunitnej starostlivosti o matku a dieťa nebol prijatý osobitný program. Aj keď včasná intervencia je u nás je legislatívne prijatím novely zákona 448/2008 podopretá, nie je systémová a personálne vybudovaná. Zatiaľ sa skôr opiera o systém poradenských centier pri špeciálnych školách a školských zariadeniach. Začínajú vznikať prvé ambulancie pre včasnú diagnostiku a terapiu, pričom je odborne orientovaná prevažne na poškodenia a zaškolenie rodičov do jednotlivých konkrétnych terapeutických techník. V našich zariadeniach chýbajú služby tímov odborníkov a takmer úplne absentujú mobilné formy starostlivosti. Ešte na nižšej úrovni je podpora rodín po stránke psychologickej a duchovnej.

Fungujúce centrá včasnej starostlivosti sú na Slovensku vytvorené len s podporou prevažne neziskových organizácií. V zákone o sociálnych službách nie je začlenená komplexná forma starostlivosti o rodinu s dieťaťom s postihnutím. Na takýto spôsob poskytovania pomoci dieťaťu s postihnutím v jeho prirodzenom prostredí sa v našom systéme sociálnej starostlivosti vzťahuje terénna forma sociálnej služby. Pomocou takejto služby by mohli rodičia získať pomoc už od narodenia dieťaťa. V praxi sa však terénna forma sociálnych služieb pre rodinu s dieťaťom s postihnutím na Slovensku zatiaľ len začína uplatňovať, a to aj prostredníctvom novely ZSS. Mno-

[10] Z. Knezovičová, *Včasná intervencia v EÚ a na Slovensku.* [online]. Infodom. [citované 2013.06.12]. Dostupné na internete: http://www.ozinfodom.info/index.php?page=clanok_detail&id=6741.

hé výskumy, vykonané na území Slovenska odhalili urgentnú potrebu pre takúto službu v rodinách, kde sa narodilo dieťa s postihnutím.

Vytváranie centier včasnej starostlivosti miestnymi alebo obecnými úradmi je jednou z možností pomoci týmto rodinám. Pre dieťa s postihnutím v ranom období jeho vývinu je potrebné, aby čo najviac času trávilo v harmonickom a podnetnom domácom prostredí. Rodine neprospieva, ak trávi množstvo času s dieťaťom dochádzaním na lekárske vyšetrenia, čakaním v ordináciách a zháňaním informácií. Z tohto dôvodu je potrebné, aby dôležitou súčasťou služby včasnej starostlivosti bolo jej poskytovanie v domácom prostredí, prostredí dieťaťa a jej klientom bola celá rodina[11]. Konzultácia v rodine umožňuje individuálny prístup a má význam pre rodičov aj pre dieťa.

V rámci včasnej intervencie má dôležité miesto aj podpora rodiny pri vzniku zdravotného postihnutia v priebehu života, v prípade vážnych ochorení alebo traumatických úrazov s následným postihnutím. V rámci včasnej by bolo nápomocným pre rodičov vytváranie siete odborníkov, ktorí sú ochotní poskytnúť kompetentné informácie a nasmerovania pri starostlivosti o dieťa, následnej rehabilitácie a zmenenému štýlu života[12].

K spoločným rysom služieb včasnej starostlivosti podľa Európskej agentúry pre rozvoj špeciálneho vzdelávania patrí hlavne prístupnosť, aby bola na dosah rodinám, ktoré pomoc potrebujú čo najrýchlejšie aj na vidieku, nielen v mestách. Blízkosť v zmysle poskytovania služby buď v rámci komunity alebo priamo doma a blízkosť v zmysle porozumenia a rešpektovania potrieb rodiny. Finančnú dostupnosť služby rodinám podporuje aj skutočnosť, že vo väčšine krajín je táto činnosť financovaná zo zdrojov ministerstva zdravotníctva, sociálnych vecí a školstva, prípadne poisťovní a neziskových organizácií. Odborníci poskytujúci podporu rodinám pôsobia vo viacerých profesiách a interdisciplinárna práca tak uľahčuje odovzdávanie informácií medzi členmi tímu. Rôznorodosť služieb vyplýva zo zapojenia troch oblastí: zdravotníctva, sociálnych služieb a školstva.

Z výsledkov analýzy uvedenej štúdie, ktorá sa uskutočnila vo viacerých európskych krajinách vychádzajú nasledovné odporúčania:

- Z hľadiska prístupnosti sa odporúča vytvoriť systémovú koncepciu včasnej starostlivosti na miestnej, regionálnej aj národnej úrovni s podporou politických opatrení, zabezpečiť dostupnosť informácií a jasne zadefinovať cieľové skupiny.

[11] M. Horňáková, op. cit.

[12] Por. J. Mašan, S. Golská, *Súčasné techniky hydrokinezioterapie po úrazoch.* XXIV. Sjezd společnosti rehabilitační a fyzikálni medicíny, Sborník abstrakt, Luhačovice 2017, s. 14.

- Pre zaistenie blízkosti služieb je potrebné získanie informácií o podmienkach rodiny a jej sociálneho prostredia priamo v prirodzenom prostredí rodiny a s rešpektom k potrebám rodiny a dieťaťa.
- Finančná dostupnosť bez ohľadu na sociálno-ekonomické pozadie rodiny, čo znamená, že všetky služby včasnej starostlivosti by mali byť financované z verejných zdrojov.
- Má byť zabezpečená spoluprácou odborníkov s rodinou, ktorá je ich hlavným partnerom, pričom by odborníci mali túto spoluprácu iniciovať. Odborníci musia byť schopní spolupracovať v tíme, prenos informácií musí byť funkčný a plynulý, je potrebné organizovanie spoločných nadstavbových výcvikov či vzdelávanie v praxi.
- Na zabezpečenie kvalitných služieb je nutná stabilita členov tímu. Rôznorodosť v sektoroch, ktoré včasnú starostlivosť zaisťujú, by nemala vylučovať určitý podiel zodpovednosti zdravotníctva, sociálnych služieb aj školstva.

Keď sa rodičom dostane informácia o možnosti služby včasnej starostlivosti, v stredisku včasnej starostlivosti im bude pridelený poradca, ktorý bude rodinu sprevádzať, sprostredkovávať kontakt na ďalších odborníkov.

Ďalšou formou je sprevádzanie rodiča k lekárovi alebo do iných inštitúcií a vypracovávanie správ a podporných vyjadrení pre rodinu. Strediská organizujú individuálne konzultácie aj spoločné aktivity, semináre s odborníkmi, stretnutia rodičov, či týždenné kurzy pre rodiny. Môžu zriadiť aj požičovňu špeciálnych hračiek a pomôcok, ktoré si deti môžu vyskúšať, prípadne sa nimi môžu rodičia inšpirovať. Pomôcky, hračky aj literatúru poradca prináša na konzultácie aj do rodiny.

Včasná starostlivosť poskytuje informácie, odbornú pomoc a poradenstvo pri zvládaní starostlivosti o dieťa s postihnutím. Najlepším spôsobom ako pomôcť dieťaťu, je posilniť celú rodinu. Pracovníci zaisťujú potreby tak jednotlivých členov rodiny, ako aj rodiny ako celku. Musia dobre vedieť, ako zapojiť rodičov a pracovať s nimi, plánovať služby, stanoviť a načasovať ciele. Venovať pozornosť obom rodičom aj súrodencom, prípadne iným členom rodiny a vedieť s nimi pracovať. Koordinovať starostlivosť o rodinu s ďalšími inštitúciami alebo službami, sprostredkovať kontakt na iných rodičov s podobnými problémami. pomôcť rodičom získať neformálnu podporu v obci alebo v blízkom okolí. Tu nastáva veľmi vážna výzva pre Cirkev, ktorá v tomto procesu môže zohrať najvážnejšiu úlohu. Až 6% detí predškolského veku v

krajinách EU je postihnutých závažnými ohrozeniami vývinu z dôvodu zdravotného a sociálneho znevýhodnenia[13].

Včasná starostlivosť je dôležitá tak z pohľadu profesionálneho ako z pohľadu spoločenského. Kladie si za cieľ podporovať a posilňovať dieťa, rodinu aj služby, ktoré pomoc sprostredkovávajú. Má podiel na vytváraní otvorenej a súdržnej spoločnosti, ktorá si je vedomá práv detí a ich rodín. Po niekoľkoročnej celospoločenskej diskusii sa podarilo vložiť do zákona o sociálnych službách zmeny, týkajúce sa právnej podpory včasnej intervencie.

Záver

V modernom, dynamickom svete, v ktorom sa za úspech pokladá schopnosť dobre sa uplatniť, efektívne využiť čas, je situácia a spôsob života rodín s postihnutým dieťaťom ťažko predstaviteľná v pozitívnom zmysle. Napriek tomu je to však možne. Veľa reálnych príkladov nás v tom utvrdzuje. Otázky hodnoty ľudskej osoby, prijatia, zmierenia sa so situáciou a zároveň hľadania životných ciest sú mimoriadne zložité. V mnohých rodinách sa tieto otázky „odložia", čim však nestratia na svojej naliehavosti. Ich odkladanie však situáciu nezľahčí, naopak. Preto sa z radov takých rodín ozývajú hlasy po odbornej podpore. Rodiny, ktoré túto podporu zažili dosvedčujú jej význam. Takáto rodina, ktorá zvládla svoje prvotné obdobie dobre, je schopná byť zdrojom sily a pokoja pre ďalšie rodiny. Samotne dieťa sa stáva sprostredkovateľom týchto darov.

Štatistické zistenia vykonaného výskumu číselne opisujú životnú realitu, ktorá je v skúmaných rodinách. Poukazujú na silný potenciál týchto rodín, ktoré ak správne dokážu prijať náročnú situáciu, prežívajú život plnohodnotne a sú v tomto inšpiráciou aj pre svoje okolie. Štúdia poukazuje predovšetkým na potrebu podpory takýchto rodín hneď na začiatku, kedy sa dieťa narodí, a to formou sociálneho sprevádzania. Táto podpora sa rozvíja na Slovensku dobrovoľníckou formou, kedy rodiny s podobnou životnou situáciou sprevádzajú rodiny, ktoré sa práve ocitli v nepoznanej situácii. Ukazuje sa potreba etablovať sociálne sprevádzanie aj na profesionálnej úrovni. Skúsenosti zo zahraničia, kde sociálne sprevádzanie rodín je už bežnou formou pomoci, toto potvrdzujú. V krajinách západnej Európy a v Amerike

[13] ECI 2.0, *Európska Iniciatíva za Kompetentnosť vo Včasnej Intervencii. Tréning zručností na podporu pedagógov, zdravotníckych odborníkov a sociálnych pracovníkov.* [online]. [citované: 2013-07-07]. Dostupné na: http://www.earlyintervention.eu/index.php?menupos=4 (12.11.2019).

je sprevádzanie jednou z odskúšaných a efektívnych foriem pomoci ľuďom v rôznych náročných životných situáciách.

Oblasť sociálnych služieb, ktorou je včasná intervencia, je typickým príkladom aktívnej sociálnej pomoci štátu. Je to cesta na vyrovnávania príležitostí a tým naplnenia princípu spravodlivosti. Včasná intervencia je odôvodnenou službou a jej rozvoj a rozšírenie je cestou k napĺňaniu požiadavky rešpektovania dôstojnosti každého človeka a priamej starostlivosti spoločnosti o svojich občanov.

Použitá literatura

Bejma U., *Wsparcie społeczne w sytuacjach granicznych. Wybrane zagadnienia*, „Studia nad Rodziną" 38(2016), s. 117-120.

ECI 2.0, *Európska Iniciatíva za Kompetentnosť vo Včasnej Intervencii. Tréning zručností na podporu pedagógov, zdravotníckych odborníkov a sociálnych pracovníkov.* [online]. [citované: 2013-07-07]. Dostupné na: http://www.earlyintervention.eu/index.php?menupos=4 (12.11.2019 r.).

Farrell A.E., Krahn G.L., *Family Life Goes On: Disability in Contemporary Families*, „Family Relations" 1(2014), pp. 1-6. Dostupné na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4501905/ (12.11.2019).

Horňáková M., *Včasná intervencia orientovaná na rodinu*, Univerzita Komenského, Bratislava 2010.

Hradilková T., et al. *Naše cesta. Metody práce s rodinou v rané péči*, Středisko rané péče SPRP, České Budějovice 2012.

Knezovičová Z., *Včasná intervencia v EÚ a na Slovensku.* [online]. Infodom. [citované 2013.06.12]. Dostupné na internete: http://www.ozinfodom.info/index.php?page=clanok_detail&id=6741.

Lara E.B., de los Pinos C.C., *Families with a disabled member: impact and family education*. 7th International Conference on Intercultural Education „Education, Health and ICT for a Transcultural World", EDUHEM, 15-17 June 2016, Almeria, Spain, in: *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 237, pp. 418-425. Dostupné na: https://ac.els-

cdn.com/S1877042817300848/1-s2.0-S1877042817300848-main.pdf?_tid=3d9009a8-5b4f-4880-a084-6aa27b1469d8&acdnat=1533042655_960000ef19f0569f7598183df75ff3b9 (12.11.2019).

Majkowski W. , *Rodzina między grupą a instytucją*, in: Nauki o rodzinie, J. A. Kłys red., Ottonianum, Szczecin 1995.

Mašan J., Golská S., *Súčasné techniky hydrokinezioterapie po úrazoch*. XXIV. Sjezd společnosti rehabilitační a fyzikálni medicíny, Sborník abstrakt, Luhačovice 2017, s. 14.

Młyński J., *Wsparcie rodziny – analiza w aspekcie pracy socjalnej*, „Studia Socialia Cracoviensia" 1(2012), s. 127-142.

Młyński J., *Rodzina wobec wybranych problemów społeczno-kulturowych*, „Teologia i moralność" 1(2014), s. 7-36.

Reichman N.E., Corman H., Noonan K., *Impact of Child Disability on the Family*, „Matern Child Health Journal" 6(2008), pp. 679-683. Dostupné na: http://dx.doi.org/10.1007/s10995-007-0307-z (12.11.2019).

Martin Šarkan*

Osobnostné dimenzie manželskej spokojnosti ako faktor resiliencie rodinných systémov s členmi so zdravotným postihnutím**

(Personality Types and Satisfaction with Married Life in the Case of Disabled Persons in the Family)

Abstrakt

Predkladaná štúdia prezentuje jednak analýzu teoretickej konceptuálnej bázy identifikácie osobnostných faktorov manželského vzťahu, jednak empirický výskum, ktorého zámerom bolo overiť predpokladanú koreláciu medzi osobnostným typom manželov a subjektívne prežívanou mierou spokojnosti manželského vzťahu. V prípade identifikácie osobnostných korelátov sa totiž otvára možnosť skúmať takto zachytené promanželské osobnostné vlastnosti skúmať vo vzťahu k resiliencii rodinných systémov čeliacim záťažovým situáciám spojeným so zdravotným postihnutím ich členov.

Kľúčové slová: manželská spokojnosť, promanželské osobnostné faktory, empirický výskum, humanistické teórie

* Martin Šarkan – Mgr., PhD; Katedra Náuky o rodine, Teologická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave

** Štúdaia bol vypracovaná v rámci projektu APVV-15-0189 s názvom „Vybrané faktory pro-rodinnej stratégie a podpora stabilnej rodiny v multikulturálnom prostredí“

osobnosti, aktualizovaná osobnosť, rodinná resiliencia, zdravotné postihnuté osoby

Summary

Firstly, study is presenting analysis of theoretical and conceptual basis for identification of personality factors in marital relationship. Secondly, study presents empirical research aiming to test hypothetical correlation between personality type of husbands and subjectively experienced satisfaction with marital relationship. In the case of successful identification of personality correlates there is opening of following research possibilities to study promarital personality traits in relationship with resilience of family systems in confrontation with stressful situation resulting from different types and degree of disabilities of their members.

Keywords: marital satisfaction, promarital factors of personality, empirical research, humanistic theories of personality, actualized personality, family resilience, persons with disabilities

1. Osobnostné aspekty manželskej dynamiky – základné východiská empirického výskumu

Niektoré výskumy z posledných dekád, ktoré svojimi výsledkami a interpretačnými rozvinutiami tvoria východiskovú bázu výskumu, ktorý bude prezentovaný v nasledujúcej štúdii naznačujú, že vyššia miera manželského súladu je jedným z kľúčových faktorov funkčnosti rodinného systému. Z toho prirodzene vyplýva zvýšený záujem o dynamiku samotného manželského vzťahu. Ak funkčnosť či nefunkčnosť rodinných systémov závisí od kvality manželského vzťahu, je snaha odkryť príčiny a podmienky, ktoré rast manželského súladu facilitujú prirodzene zabudovaná do celkového smerovania výskumnej línie zameranej na problematiku rodiny. Vychádzajúc z tohoto širšieho výskumného rámca je zámerom prezentovaného výskumu preveriť súvis určitých osobnostných rysov s mierou manželského súladu. Východisková hypotéza predpokladá pozitívnu koreláciu vlastností rozvinutej osobnosti

jedného alebo oboch manželov s kvalitou ich manželského vzťahu, v stručnej formulácii: čím zrelšie osobnosti manželov *tým vitálnejšie*[3] manželstvo.

Prípadné potvrdenie predpokladanej korelácie by umožnilo pristupovať k určitej skladbe osobnostných vlastností ako k identifikovanému *promaritálnemu* faktoru v kontexte dynamiky manželského vzťahu samotného ako aj v kontexte dynamiky rodinného systému v širších súvislostiach.

2. Zrelosť osobnosti ako *promaritálny* faktor?

Každý človek je osobou, osobnosťou sa však iba postupne stáva – táto téza je v oblasti psychológie osobnosti prijímaná konsenzuálne natoľko, že sa dá hovoriť o priam axiomatickom východisku. Je v nej zachytený dynamický a procesuálny rozmer personality. Osobu možno chápať ako ontologickú bázu, štruktúru, východisko a zároveň plán či smerovanie – osoba ako celok zahŕňa potencialitu ľudskej bytosti. Osobnosť je aktualizácia tejto potenciality v konkrétnej histórii sebavymedzovania, sebatvorby jedinca. Osobnosť je dynamikou rozvíjania, realizácie osoby.

Psychológia osobnosti pracuje s pojmami ako rozvinutá, aktualizovaná osobnosť. Hlavnými znakmi rozvinutej osobnosti je vnútorná diferencovanosť a integrita. V postupnosti životných udalostí sa u jedinca vynárajú a rozvíjajú rôzne aspekty jeho charakteru do čoraz zložitejšej pestrosti rysov a vlastností. Povaha indivídua je čoraz rozrôznenejšia (diferencovaná), často priam rozporuplná – pôvodne predpokladaná jednota vnútra sa triešti v konfrontácii s komplexnosťou zdedeného a získaného psychična. Aby sme mohli hovoriť o osobnosti je nevyhnutné naplnenie ďalšej podmienky, ktorou je vyvážená usporiadanosť intrapsychickej mnohosti, súlad častí. Postupne sa teda konštituuje dynamická celostnosť v podobe integrovanej osobnosti.

V súvislosti s konceptom plne aktualizovanej osobnosti často je diskutovaná osobnostná zrelosť. Na základe načrtnutia zložitej dynamiky a procesuálnosti aktualizácie osobnosti sa biologický resp. botanický koncept rastu a zrelosti prirodzene ponúka ako priliehavý obraz pre vystihnutie komplexnosti tohoto procesu. Pojem zrelosti referuje k pomerne širokému spektru významov. Je možné tematizovať zre-

[3] Úmyselne tu bol zvolený pojem *vitality* manželského vzťahu v zmysle živosti či životaschopnosti. Cieľom tejto terminologickej voľby je zdôraznenie dynamickej, komplexnej a rastovej povahy manželského vzťahu v porovnaní s tradične užívanými pojmami ako *stabilita* či *udržateľnosť* vzťahu. Manželstvo môže byť totiž z formálneho hľadiska stabilné z hľadiska vzťahovej dynamiky však mŕtve.

losť legálnu, sociálnu, politickú, sexuálnu, ekonomickú, religióznu či psychologickú. Ukazuje sa tu, že zrelosť, ako realizácia personality, takpovediac prestupuje všetkými existenciálnymi vrstvami človeka. Otázkou, ktorá je podstatná najmä z hľadiska metodologickej uchopiteľnosti, ostáva problematika *rozpoznateľných znakov zrelosti*, otázka ako sa zrelosť prejavuje.

S pomedzi charakteristických znakov poukazujúcich na mieru zrelosti, ktoré sa pokúsime v stručnosti identifikovať, je možné ako esenciálnu črtu patriacu k zrelosti akcentovať autonómiu osobnosti. Pojmu autonómie možno hlbšie porozumieť v súvislosti s príslušným komplementárnym pojmom heteronómie, ktorý ako protipól dotvára sémantickú dichotómiu. Spojenie gréckych slov *heteros* (druhý) a *nomoi* (zákony) hovorí o externej, druhými uloženej, zákonnosti resp. normativite. Naproti tomu spojenie významov *auto* (Ja) a *nomoi* referuje k situácii existenciálneho *seba-uzákonenia*, *svojzákonnosti*, či (v slovenčine zaužívanejšie) *svojprávnosti*. Je zrejmé, že v súvislosti s autonómiou prioritne hovoríme o personálnom sebavymedzení, sebaurčení s dôrazom na normatívno-hodnotový aspekt v udalosti aktualizácie slobodného Ja[4].

Diferenciácia a integrita v úspešnom procese sebavymedzenia sa autonómnej bytosti sa však nevzťahujú iba k intrapersonálnemu rozmeru existencie jednotlivca v jeho individualite ako by sa na prvý pohľad mohlo zdať. Naopak, úspešná sebaaktualizácia v podobe odlíšenia sa v zmysle jedinečnosti a neopakovateľnosti každej osoby je nevyhnutnou podmienkou *autentickej relacionality a sociability*.

V súvislosti s naznačenou komplexnosťou personality poukazuje C.G. Jung vo svojej koncepcii *Pravého Ja* (*das Selbst*)[5] na komplementaritu nevedomých a vedomých oblastí psyché, na integráciu nevedomých individuačných a numinóznych[6] impulzov vo vedomí, ktorá je podmienkou vnútornej celistvosti aktualizujúcej sa osobnosti. To sú základné charakteristiky *procesu individuácie*[7], ktorého výsledkom je plne aktualizovaný jednotlivec. Medzi hlavné znaky individuovaného človeka patrí popri osobitosti, nonkonformity a nonuniformity masovej kolektivity, neútočná či nedefenzívna sociálna kooperatívnosť. Až individuovaná osobnosť je podľa Junga schopná vytvárať autentické *psychologické vzťahy* – pričom pojem *psychologického vzťahu* kladie do protikladu k sociálnej interakcii uvádzanej do pohybu zväčša ne-

[4] Porov. C.G. Jung, Výbor z díla IV, Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno 2001, s. 225.

[5] C.G. Jung, *Výbor z díla III*, Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno 1998, s. 25.

[6] K numinozite nevedomého dynamizmu pozri. C.G. Jung, *Výbor z díla IV*, op. cit., s. 14.

[7] Porov. J. Jacobi, *Psychologie C.G. Junga*, Psychoanalytické nakladatelství, Praha 1992, s. 57-58; Ďalej porov. C.G. Jung, *Výbor z díla I*, Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno 1996, s. 23.

vedomými, pudovo ladenými potrebami či motívmi alebo na druhej strane podprahovými kolektívnymi mechanizmami sociálnej masy.

Tematike aktualizácie osobnosti sa prednostne venoval aj A. Maslow[8]. Vo svojej koncepcii metamotívov rozoznáva úroveň túžby realizovať hodnoty, tzv. beta úroveň, na ktorej sa jednotlivec rozvíja k existenciálnej plnosti aktualizáciou kognitívnych, estetických, etických, sociálnych a spirituálnych orientácií. Znakmi takejto osobnosti sú: schopnosť odpúšťať, schopnosť žasnúť, zlepšená vzťahovosť, autonómia – užívanie si a potreba samoty, originalita a nonkonformnosť, etická zodpovednosť, schopnosť humoru, zvýšená kreativita, ústup neurotických (resp. patologických) symptómov.

V.E. Frankl prispel do diskurzu o povahe personalizácie dôrazom na ústrednú úlohu spirituality v procese utvárania osobnosti. Osoba sa musí aktualizovať vo všetkých troch konštitučných dimenziách svojho bytia: v bio-sfére, v psycho-socio-sfére ako aj v noo-sfére, kde sa *noo* odvodzuje z gréckeho slova *noésis*, poznanie, poukazujúc na vôľu k zmyslu, podľa Frankla primárneho zdroja existenciálnej vitality, t. j. na centrálnu tendenciu k poznaniu svojho životného povolania, poznaniu svojho miesta v štruktúre a usporiadaní sociálnej reality, k aktívnemu odkrývaniu Logu. Tento existenciálny projekt je možný iba ako *zodpovedné bytie*[9], bytie zodpovedajúce sa druhým osobám spolutvárajúcim sociálnu štruktúru bytia. Podľa Frankla sú prejavmi aktualizovanej osobnosti: autonómia (sociálna, emocionálna, morálna), vzájomnosť a relacionálnosť, spiritualita.

Ako vidno všetci uvedení autori sa zhodujú na tom, že v prípade plne aktualizovanej a zrelej osobnosti dochádza k rozvinutiu a expresii presonálnych rysov, ktoré sú esenciálne pre kvalitu vzťahovosti. Schopnosť odpúšťať, schopnosť prežívať úžas a slávnostnosť, prehĺbená empatia, schopnosť humoru možno považovať za manželstvo facilitujúci personálny klaster. A podobne aj rysy, ktoré na prvý pohľad prinášajú skôr individuálny benefit, ako napr. užívanie si a potreba samoty, nonkonformnosť, originalita a zvýšená kreativita sú podstatne vzťahové. Bez sebavymedzenej a autonómnej osoby nie je možná etická zodpovednosť vo vzťahu v pravom zmysle slova. Zvýšená kreativita na relacionálnej úrovni a zvýšená miera originality v partnerskej interakcii prináša do vzťahu vitálnu dynamiku kontinuálneho obohacovania. Rovnako, ústup neurotických (resp. psychopatologických) symptómov je všeobecne považovaný za *promaritálny* faktor ako naznačujú aj empirické výskumy, ktoré uvádzame nižšie.

[8] Porov. A. Maslow, *Motivation and Personality*, Harper & Brothers, New York 1954.

[9] „Verantwortlichsein", porov. V. Frankl, Neuvedomený, Lúč, Bratislava 2005, s. 17.

3. Analýza metodologického rámca výskumu

Po tom ako sme načrtli teoretické pozadie problematiky, z ktorého vychádza výskum a artikulovali vybrané základné znaky prejavu zrelosti resp. sebaaktualizácie osobnosti, možno pristúpiť k praktickým záležitostiam výskumného projektu. Ak má byť teoretický koncept preverovaný empirickým výskumom je imperatívom veľmi starostlivo vyriešiť otázku adekvátnej metodiky. V tejto fáze projektu bolo preto nevyhnutné podrobiť rešeršnému procesu batériu dostupných metodologických nástrojov, ktoré by boli v relevantnom vzťahu k indikátorom personálnej zrelosti extrahovaných z teoretického materiálu. Pokiaľ ide o charakter dostupných psychologických testov, ktoré by mohli byť potenciálne použiteľné v prezentovanom výskumnom projekte, môžeme vo všeobecnosti rozlíšiť dve kategórie: a) *sebapozudzovacie škály*, b) *projekčné testy*.

Výhodou sebaposudzovacích škál je bezprostrednosť získaných dát. Ich nevýhodou je subjektívny aspekt a zaťaženosť fenoménom tzv. *social desirability bias*[10] čiže prirodzenou tendenciou každého jednotlivca prezentovať sa v sociálnej interakcii v priaznivom svetle. Výhodou projekčných testov je práve eliminácia vplyvu *social desirability bias*. Nevýhodou je odvodenosť získaných dát, ktorá na rozdiel od kontaminácie subjektivitou (v prípade sebaposudzovacích škál), prináša riziko skreslenia vstupujúceho interpretačným procesom vyhodnocovania. Ideálne by bolo rozvíjať výskum po oboch spomínaných líniách, sebaposudzovacej ako aj projekčnej avšak z ekonomicko-organizačných dôvodov sa ukazovalo ako efektívnejšie ísť cestou aplikácie sebaposudovacej metodiky. Navyše, snahám o čo najnižšiu chybovosť výskumu napomáha skutočnosť, že interferencia fenoménu *social desirability bias* bola pomerne extenzívne skúmaná a bolo vytvorených niekoľko nástrojov slúžiacich ku kvantifikácii miery tejto interferencie a tým pádom k zhodnoteniu validity výsledkov.

Pokiaľ ide o samotné jadro výskumu, predpokladom je a) detekcia miery personálnej zrelosti jednotlivých manželov na jednej strane ako aj b) kvantifikácia miery manželského súladu ich vzájomného súžitia. V druhom kroku je potrebné pristúpiť k vyhodnoteniu miery korelácie medzi týmito dvoma množinami údajov.

Jedna z možností je siahnuť po zaužívaných osobnostných škálach a v nich identifikovať zrelostné koreláty. Príkladom môže byť 240 položkový *The Revised*

[10] K problematike *social desiribility* porov. napr. F.M. King, G.C. Bruner, P.J. Hensel, *A Social Desirability Bias: A Neglected Aspect of Validity Testing*, "Psychology&Marketing" 2(2000), pp. 79-104.

NEO[11] *Personality Inventory* (NEO PI-R)[12] z roku 1990, resp. jeho skrátená 60 položková verzia, *The NEO Five-Factor Inventory* (NEO-FFI), poprípade aktualizovaná revízia NEO-FFI z roku 2010.

Všetky varianty uvedeného testu sú štruktúrované podľa tzv. *Big Five* (*veľká päťka*) osobnostných dimenzií, z ktorých každá je ďalej členená na tzv. facety ako vidno v nasledujúcom prehľade[13]:

a) *Neurotizmus* so subškálami: *nepokojnosť – pokojnosť*, *zraniteľnosť – odolnosť*, *neistota – istota*. Neurotická osoba sa prejavuje vyššou mierou anxiety, hostility, depresie, impulzívnosti a zraniteľnosti.
b) *Extraverzia* so subškálami: *samotársky – spoločenský*, *tichý – veľavravný*, *inhibovaný – spontánny*. Extravertná osoba sa prejavuje vyššou mierou láskavosti, družnosti, asertivity, aktivity, vzrušivosti, pozitívnych emócií.
c) *Otvorenosť* so subškálami: *konvenčný – originálny*, *bojácny – odvážny*, *konzervatívny – liberálny*. Osoba s vysokým skóre *otvorenosti* sa prejavuje vyššou mierou otvorenosti v oblasti fantázie, estetiky, pocitov, skutkov, ideí, hodnôt.
d) *Prívetivosť* so subškálami: *popudlivý – srdečný*, *nesúcitný – súcitný*, *sebecký – nesebecký*. Osoba s vysokým skóre *prívetivosti* sa prejavuje vyššou mierou dôvery, priamosti, altruizmu, poddajnosti, skromnosti, súcitnosti.
e) *Svedomitosť* so subškálami: *starostný – opatrný*, *nespoľahlivý – spoľahlivý*, *nedbalý – svedomitý*. Osoba s vysokým skóre *svedomitosti* sa prejavuje vyššou mierou spôsobilosti, poriadku, spoľahlivosti, cieľavedomosti, sebadisciplíny, a rozvážnosti.

Pokiaľ ide o vnútornú konzistenciu NEO-I-R (a jeho variantov), v subsetoch zodpovedajúcich jednotlivým faktorom veľkej päťky boli uvedené hodnoty: N = .92, E = .89, O = .87, A = .86, C = .90.

Napriek tomu, že NEO-I-R je jedným z najúspešnejších a najrozšírenejších osobnostných testov, preložený do mnohých jazykov, bol podrobený kritickej diskusii. Jednou z výhrad je genéza testu, ktorá súvisí konštruktom *Big Five*, t. j. so skupinou osobnostných rysov derivovaných z empirických dát prostredníctvom štatistickej metódy faktorovej analýzy. V podstate ide o fenomenologickú konštatáciu skutoč-

[11] NEO = *Neuroticism*, *Extravesion*, *Openness*.

[12] P.T. Costa, R.R. McCrae et al., *The Revised NEO Personality Inventory*, Psychological Assessment Resources, Odessa 1990.

[13] Jedná sa o pracovný preklad z angličtiny – jednotlivé termíny uvádzané v tabuľke sa nemusia zhodovať s prekladmi v oficiálnej slovenskej verzii testu (porov. slovenské vydanie I. Ruisel, P. Halama, *NEO päťfaktorový osobnostný inventor*, Testcentrum-Hogrefe, Praha 2007).

nosti, že v rámci faktorovej analýzy sa isté deskriptory vzťahujúce sa k osobnostným rysom zoskupujú do trsov (*cluster*). Nakoľko však koncept *Big Five* nie je fundovaný rozpracovaným teoretickým podložím, mnohým sa nepáči možnosť že fenomén klastrovania práve do známych piatich personálnych dimenzií je výsledkom skrytého kauzálneho mechanizmu, v ktorom iné, konceptuálne nezachytené, faktory môžu byť príčinou zoskupovania odkrytého faktorovou analýzou – bez teoretickej bázy je podľa niektorých koncept *Big Five* explanatórne neplodný.

Ďalšou námietkou je poukaz na lexikálne-jazykové zaťaženie *Big Five* – pojmy slúžiace k popisom osobnostných rysov, z ktorými pracuje faktorová analýza sú nevyhnutne poplatné kultúrnemu a historickému jazykovému konsenzu, čo sa negatívne prejavuje v dvoch aspektoch. Jednak je to už spomínaná tendencia k sociálne zatraktívňujúcej sebaprezentácii, ktorá má byť inherentne "vpísaná" do jazyka ako hlavného nástroja sociálnej interakcie.

Kultúrna resp. jazyková podmienenosť má byť potom druhým negatívnym dopadom v podobe kultúrnej neprenosnosti testu, resp. pochybností o efektivite testu ak sa použije v rôznych kultúrach. Niektoré kroskulturálne (*cross-cultural*) štúdie, naozaj naznačujú vynáranie sa šiesteho klastru v rámci faktorovej analýzy a ozývajú sa hlasy o korekciu *Big Five* modelu smerom k tzv. HEXACO[14] variantu.

Uvedené námietky však pre účely predkladaného výskumu nie sú podľa všetkého relevantné. Keďže primárnou ambíciou výskumu nie je prispieť k teórii osobnosti, explanatórny deficit konceptu *Big Five* sa javí ako výhoda v podobe čistoty fenomenologickej deskriptivity, ktorá je pre účely výskumu vítaná. Ku kontaminácii fenoménom *social desirability* sme sa už stručne vyjadrili vyššie a pokiaľ ide o podmienenosť kultúrnym *milieu* nazdávame sa, že realizácia výskumu v kultúrnych súradniciach v ktorých bol koncept *Big Five* ako aj NEO-I-R test vyvinutý, by nemala predstavovať z metodologického hľadiska problém.

Ďalším, ponúkajúcim sa riešením popri osobnostných testoch typu NEO-I bolo využitie testov zameraných na personálnu zrelosť vychádzajúcich z Jungovej koncepcie osobnosti. Možno uviesť *The Pearson-Marr Archetype Indicator (*PMAI*)*[15]. Tento test sa fokusuje na existenciálny zmysel, cieľ života a well-being. Výhodou je v tomto prípade vysoká uvádzaná test-retest reliabilita v hodnote .93 a koeficient vnútornej konzistencie s hodnotou dosahujúcou až .94. Nevýhodou je úzka väzba

[14] HEXACO: Honesty-Humility (H), Emotionality (E), Extraversion (X), Agreeableness (A), Conscientiousness (C), and Openness to Experience (O).

[15] Porov. C.S. Pearson, H.K. Marr, *PMAI manual: A guide to interpreting the Pearson-Marr Archetype Indicator instrument*, FL: Center for Applications of Psychological Type, Gainesville 2003. Ďalej pozri. B. McPeek, *The Pearson-Marr Archetype Indicator and psychological type.*: https://www.researchgate.net/publication/216101940_The_Pearson-Marr_Archetype_Indicator_and_psychological_type.

testov na Jungiánsky teoretický kontext, čo môže viesť k výhradám vychádzajúcim z neakceptácie Jungových teoretických pozícií či s vznesením požiadavky na koncepčnú metapozíciu v zmysle univerzálnejšieho záberu, ktorý by bo nezávislejší na tej-ktorej teoretickej pozícii, nakoľko je známe, že psychológia sa nachádza v štádiu, v ktorom sa zatiaľ nedá konštatovať paradigmatická zhoda uceleného súboru všeobecne prijímaných teoretických východísk.

Popri otázke metodológie merania osobnostnej zrelosti manželov, je ďalšou úlohou, ako už bolo spomínané, detekovať mieru *manželského súladu* resp. *manželskej spokojnosti*. V tomto prípade sme sa zvažovali použitie 15 položkového *Marital adjustment test* (MAT) merajúceho mieru manželského súladu[16]. Alternatívnou možnosťou je 32 položková škála *Revised Dyadic Adjustment Scale* (RDAS, Busby et al., 1995). Zámerom je tu zachytiť výsledok dynamického procesu manželského prispôsobenia pokiaľ ide o mieru rušivých rozdielov v manželskom vzťahu, interpersonálnych napätí a osobnostnej anxiety, spokojnosti manželských partnerov, kohézie manželov, konsenzu vo vzťahu kľúčových záležitostí manželského páru.

Prípravná fáza projektu bola venovaná ďalšiemu zúženiu testovej batérie vychádzajúceho z posudzovania teoreticko-empirickej koherencie jednotlivých kandidátov na finálny metodologický aparát, najmä vo vzťahu k vyhodnotiteľnosti korelácie medzi oboma súbormi výsledkov. Na základe starostlivého zmapovania kritickej diskusie vzťahujúcej sa k exaktnosti jednotlivých textov sme napokon pre účely merania manželského súladu zvolili *Couple Satisfaction Index* (CSI) nakoľko na základe metaštúdie[17] porovnávajúcej výber najčastejšie používaných nástrojov merania vzťahovej spokojnosti CSI vykazuje priemernú reliabilitu .940 čo je výrazne vyššia hodnota ako napr. vyššie spomínaný obľúbený MAT. CSI je najnovšie vyvinutý nástroj merania vzťahovej spokojnosti spomedzi všetkých, ktorý by mal byť schopný zachytiť širšie spektrum vzťahových tipov čím reaguje na vývoj usporiadania vzťahov v novom miléniu.

[16] Porov. H.J. Locke & K.M. Wallace, *Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity*, "Marriage and Family Living" 21(1959), pp. 251-255.

[17] Porov. J.M. Graham, K.J. Diebels, Z.B. Barnow, *The Reliability of Relationship Satisfaction: A Reliability Generalization Meta-Analysis*, "Journal of Family Psychology" 1(2011), pp. 39-48.

4. Osobnostné rysy ako prediktor spokojnosti v romantickom vzťahu – aktuálna situácia v oblasti empirického výskumu[18]

Je nevyhnutné pripomenúť skutočnosť, že výsledky získané prostredníctvom testov budovaných na báze nereferujú k vzťahu sebaaktualizácie osobnosti k manželskej spokojnosti *priamo*. Tieto testy totiž zachytávajú *status quo* momentálneho vzťahu špecifickej skladby osobnostných rysov k spokojnosti v manželskom vzťahu v danom úseku života. Koncept sebaaktualizácie, osobnostného rastu resp. osobnostnej zrelosti je však, ako už bolo ukázané v teoretickej časti, *dynamická* kategória integrálne súvisiaca s *vývinovým* aspektom osobnosti. Predkladaný výskum preto treba chápať ako prvú, empirickú, fázu orientovanú na identifikáciu potenciálnej *promanželskej štruktúry osobnostných rysov*.

Až v nadväzujúcej fáze môže byť skúmaný vzťah takto identifikovaných faktoriálnych vzorcov ku konceptu osobnostnej zrelosti a aktualizácie osobnosti nakoľko výstupy niektorých zahraničných výskumov[19] spomínaných vývinových súvislostí faktorov veľkej päťky poskytujú solídny výskumný materiál pre potrebnú meta-analýzu. Výskum totiž už v 90-tych rokoch 20-teho storočia zviditeľňoval úlohu osobnosti v dynamike a kvalite manželského vzťahu – ukazovalo sa, že osobnosť partnerov môže pôsobiť maladaptívne ako stresor, na druhej strane však môže zohrávať aj úlohu pozitívneho faktoru pri zvládaní záťažových situácií[20].

Výsledky niekoľkých tematicky súvisiacich výskumných projektov, ktoré sa na túto problematiku fokusovali prizmou veľkej päťky, naznačujú prvé korelácie – zdá sa, že osobnostným faktorom, ktorý bol konzistentne indikovaný v negatívnom vzťahu k párovej spokojnosti je *neurotizmus*[21]. Naopak, *extraverzia prívetivosť*, *svedomitosť a*

[18] Porov. R. Weidmann, T. Ledermann, A. Grob, Big Five *traits and relationship satisfaction: The mediating role of self-esteem*, "Journal of Research in Personality" 69(2017), pp. 102-109.

[19] Porov. napr. T.A. Klimstra, W. Bleidorn, et al., *Correlated change of* Big Five *personality traits across the lifespan: A search for determinants*, "Journal of Research in Personality" 47(2013), pp. 768-777.

[20] Porov. B.R. Karney, T.N. Bradbury, *The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods, and research*, "Psychological Bulletin" 118(1995), pp. 3-34.

[21] Porov. P.S. Dyrenforth, D.A. Kashy, M.B. Donnellan, R.E. Lucas, *Predicting relationship and life satisfaction from personality in nationally representative samples from three countries: The relative importance of actor, partner, and similarity effects*, "Journal of Personality and Social Psychology" 99(2010), s. 690-702; B.C. Solomon, J.J. Jackson, *Why do personality traits predict divorce? Multiple pathways through satisfaction*, "Journal of Personality and Social Psychology" 106(2014), pp. 978-996.

vykazujú pozitívne korelácie so vzťahovou satisfakciou[22]. Zdá sa, že partneri s vyšším skóre uvedených faktorov majú tendenciu aktívne rozvíjať adaptívne štýly zvládania záťaže a schopnosť pozitívne prehodnocovať krízové životné situácie.

Pokiaľ ide o úlohu faktoru *otvorenosť skúsenosti*, výsledky zatiaľ neboli jednoznačné[23].

5. Finálna realizácia výskumu

Vychádzajúc z rozboru teoretickej a výskumnej situácie tematizovanej problematiky v rámci prípravnej fázy bol postup realizovaného projektu nastavený nasledovne:

5.1. Participanti

Cieľovú výskumnú vzorku tvorilo 140 manželov. Po vyčistení chybne vyplnených testov sme mohli podrobiť štatistickej analýze výslednú vzorku 98 manželov. Podmienkou participácie vo výskume bola minimálna dĺžka manželstva 3 roky pričom od celkovej dĺžky manželstva sa odhliada. Vzorku tvoria výhradne manželia v prvom manželstve, t. j. takí, ktorí neprešli skúsenosťou rozvodového procesu. Nábor participantov sa realizoval v prostredí aktívnych kresťanských (katolíckych) manželských stretnutí. Získané údaje od respondentov sú naďalej zhromažďované pre potreby ďalších analýz výstupných dát, ktoré prekračujú rámec predkladaného výskumu.

[22] Porov. P.S. Dyrenforth, D.A. Kashy, M.B. Donnellan, R.E. Lucas, *Predicting relationship and life satisfaction from personality in nationally representative samples from three countries: The relative importance of actor, partner, and similarity effects*, "Journal of Personality and Social Psychology" 99(2010), pp. 690-702.; B.C. Solomon, J.J. Jackson, *Why do personality traits predict divorce? Multiple pathways through satisfaction*, "Journal of Personality and Social Psychology" 106(2014), pp. 978-996.

[23] Porov. P.S. Dyrenforth, D.A. Kashy, M.B. Donnellan, R.E. Lucas, *Predicting relationship and life satisfaction from personality in nationally representative samples from three countries: The relative importance of actor, partner, and similarity effects*, "Journal of Personality and Social Psychology" 99(2010), pp. 690-702.; B.C. Solomon, J.J. Jackson, *Why do personality traits predict divorce? Multiple pathways through satisfaction*, "Journal of Personality and Social Psychology" 106(2014), pp. 978–996.

5.2. Použité meracie nástroje

Osobnostný inventár – zvolený bol NEO-FFI na základe argumentácie, ktorá bola uvedená vyššie – participanti vypĺňali elektronizovanú podobu slovenskej lokalizácie NEO-FFI[24] po ústnej informačno-motivačnej prezentácii testu.

Test subjektívne prežívanej spokojnosti s manželským vzťahom – zvolený bol *CSI* (*The Couples Satisfaction Index*)[25]. Participanti vypĺňali elektronizovanú podobu prekladu testu do slovenčiny po ústnej informačno-motivačnej prezentácii testu.

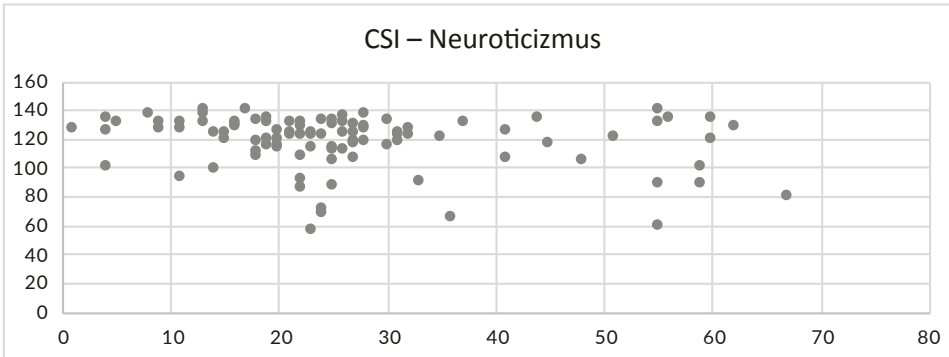
Oba testy boli vypĺňané anonymne a oboma partnermi osve aby sa eliminoval vplyv fenoménu *social desirability*.

5.3. Výsledky

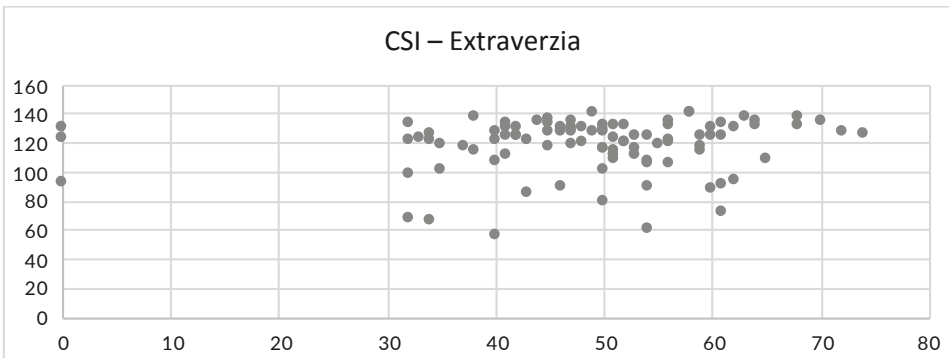
Po spárovaní oboch sád testov (údaje o skóre z osobnostných testov ako aj údaje o skóre z testu manželskej spokojnosti) na základe kódu, ktorí respondenti uviedli v oboch testoch rovnaký a následnej štatistickej analýze sme sa dopracovali k nasledovným hodnotám Pearsnovho korelačného koeficientu:

[24] I. Ruisel, P. Halama, *NEO päťfaktorový osobnostný inventár (podľa NEO Five-Factor Inventory P.T. Costu a R.R. McCraeho)*, Testcentrum – Hogrefe, Praha 2007.

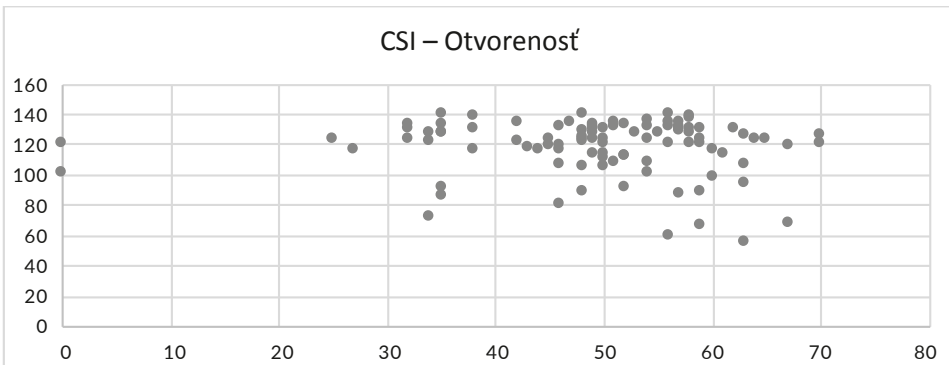
[25] Porov. J.L. Funk, R.D. Rogge, *Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index*, "Journal of Family Psychology" 21(2007), pp. 572-583. Test je určený pre romantické páry v *širšom* zmysle slova – pre zámery nášho výskumu sme však vzorku zúžili na nerozvedené manželské páry (sviatostné ako aj manželské) a nezahrnuli sme iné formy vzťahov ako napr. snúbenci, kohabitujúci partneri, partneri rovnakého pohlavia, rozvedení *či* ovdovení partneri a pod.



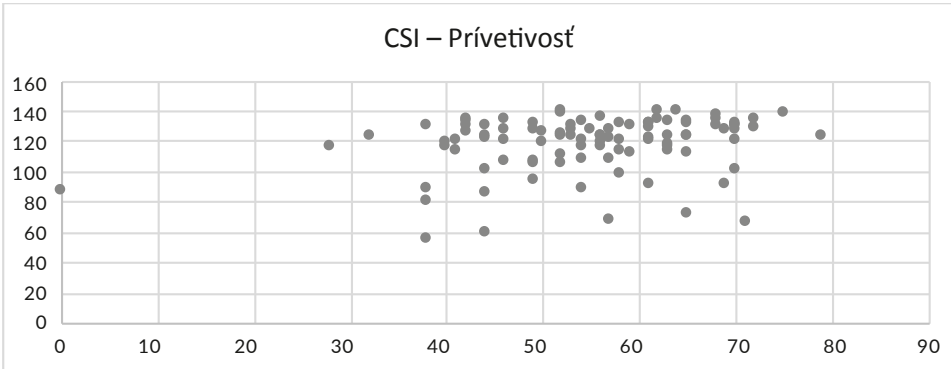
Neurotizmus: r = -0,291577771



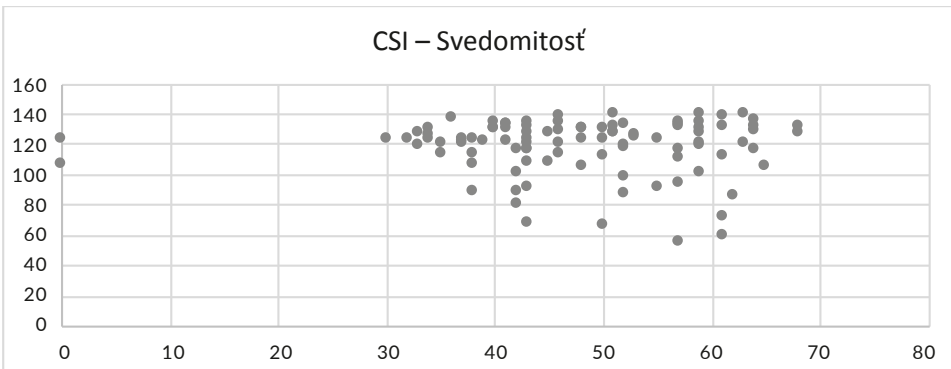
Extraverzia: r = 0,407794638



Otvorenosť: r = 0,267419639



Prívetivosť: r = 0,294196614



6. Interpretácia výsledkov

Na základe vyhodnotených dát teda možno konštatovať, že v súlade s hypotézou sa vo vzťahu k manželskej spokojnosti prejavuje negatívna korelácia miernej tesnosti v prípade *neurotizmu*, pozitívna korelácia miernej tesnosti v prípade *extraverzie*, otvorenosti a *prívetivosti*.

Pokiaľ ide proporciu rozloženia korelačných vzťahov Big Five dimenzií k prežívanej manželskej spokojnosti zdá, že možno konštatovať zhody so zahraničnými výskumami: *neurotizmus* vykazuje negatívny vzťah, *extraverzia*, ktorá vykazuje najsilnejší pozitívny vzťah k spokojnosti manželského vzťahu spomedzi zvyšných dimenzií je nasledovaná *otvorenosťou* a *prívetivosťou*. Zahraničné výskumy popri

najvýznamnejších korelátoch manželskej spokojnosti, *neurotizme* a *extraverzii*, na ktorých sa zhoduje väčšina výskumných záverov, najčastejšie dopĺňajú „podpornú" dimenziu *prívetivosti* čomu sa blíži výsledná hodnota *prívetivosti* aj v našej analýze. V našom výskume, podobne ak v zahraničnom výskume vychádza *svedomitosť* ako korelačne nesignifikantná dimenzia z pohľadu spokojnosti v manželskom vzťahu. Naopak, pokiaľ ide o *otvorenosť*, ktorá sa uvádza v doteraz uskutočnených výskumoch ako výsledkovo rozporuplná vychádza z nášho výskumu korelačne len o niečo málo nižšia ako *prívetivosť*.

Takže sme konfrontovaní so zaujímavým záverom, keď vidíme celkový korelačný vzorec vzťahu *Big Five* k manželskej spokojnosti, ktorý viac menej kopíruje výsledky konštatované zahraničnými výskumami avšak jednotlivé hodnoty akoby boli jemne *stlmené*.

Prvý interpretačný variant, ktorý uvedieme, je možnosť, že personálne rysy zachytiteľné prostredníctvom NEO-FI nemajú signifikantný súvis so subjektívne prežívanou mierou manželskej spokojnosti. To by však nebolo v súlade s výsledkami, ktoré v tejto oblasti už prebehli. Preto sa ponúka umiernenejšia interpretačná hypotéza pôsobenia iných vmedzerených resp. *tlmiacich* faktorov, čo znamená, že súvis *Big Five* profilu s manželskou spokojnosťou nemusí byť priamy ale môže byť súčasťou celého systému vmedzerených faktorov, ktoré môžu mať rôzny efekt v rôznych typoch manželskej dyády. Podobne ako sme to videli v prípade vmedzereného faktoru *rodinného zmyslu pre koherenciu* v úlohe akéhosi nárazníka medzi prežívaním záťažových situácií a subjektívnou skúsenosťou *well-being* v niektorých typoch rodinných systémov, zatiaľ čo v iných typoch rodinných systémov bol tento nárazníkový efekt viac menej irelevantný.

Ďalším interpretačným variantom, je možnosť intervencie zvýšenej miery *social desirability* nami vybranej špecifickej vzorky. Niektoré úvahy a skúsenosti totiž naznačujú, že vysoko kohézne a hodnotovo orientované skupiny, výraznejšie saturované *leadership* dynamikou môžu za istých okolností vykazovať zvýšenú mieru sociálnej uniformity a tým pádom tu fenomén *social desirability bias* môže pôsobiť intenzívnejšie. Elementárnym preliminárnym krokom by tomto prípade bolo testovanie vybratej skupiny s cieľom určiť mieru jej priemernej hodnoty *social desirability* v porovnaní s bežnou populáciou. K tomuto účelu by mohla poslúžiť napr. 33 položková *Marlowe–Crowne Social Desirability Scale* resp. 40 položková *Delroy L. Paulhus Balanced Inventory of Desirable Responding* (*BIDR*). Je však zrejmé, že použitie niektorej z uvedených škál by slúžilo výhradne ako *eliminačný* prostriedok pretriedenia výskumom získaných dát s cieľom zachytiť „kontaminované" sety údajov a vynechať ich zo záverečnej interpretácie výsledkov.

Otvára sa tu však mimoriadne zaujímavá výskumná línia, ktorá by mohla byť zameraná na detekciu miery *social desirability bias* v prípade rôznych druhov hodnotovo-orientovaných skupín so špecifickou skupinovou dynamikou s cieľom skúmať zdieľanú (a z psychologického hľadiska do istej miery a-personálnu, resp. trans-personálnu, kolektívnu) identitu ako eventuálny faktor (či už pozitívny či negatívny) manželského vzťahu či rodinného života v širšom zmysle slova.

A napokon, v neposlednom rade, ďalšou možnou interpretačnou líniou, ktorú nemožno vylúčiť je otázka možnosti intervencie sviatostného aspektu manželstva. Vstupuje sviatostný rozmer do dynamiky manželského vzťahu natoľko, že ho možno považovať za empiricky potenciálne zachytiteľný protektívny faktor, ktorý *tlmí* alebo *transformuje* možné personálne nesúlady natoľko, že redukujú deštrukčný vplyv na prežívanú spokojnosťou s manželským zväzkom? Táto hypotéza je určite zaujímavá ale výskum s ňou spojený si vyžaduje starostlivú konštrukciu viacero na seba nadväzujúcich parciálnych výskumných sond, ktoré by postupne eliminovali všetky latentné faktory, ktoré môžu vytvárať zložitý kauzálny plexus v pozadí manifestných faktoriálnych korelácií.

7. Manželská spokojnosť ako faktor resiliencie rodinných systémov s členom so zdravotným postihnutím

Približne v 80. rokoch 20. storočia sa začali na vedeckej scéne akumulovať štúdie, ktoré mapovali patologické dôsledky psycho-sociálneho stresu na zdravotný stav človeka. V súvislosti s touto témou sa vo vedeckých kruhoch začal objavovať záujem o detekciu faktorov, ktoré účinkom stresu predchádzajú, respektíve ich eliminujú. Túto zmenenú akcentáciu výskumu niektorí hodnotia ako paradigmatický obrat. Opúšťanie patogenickej perspektívy hľadania príčin patológie a obrátenie koncentrácie záujmu na pátranie po príčinách zdravia dostáva označenie salutogenická paradigma. V súlade s touto paradigmou nie je stres chápaný ako ojedinelá, nárazová udalosť, ale ako prirodzený kontext života. To implikuje myšlienku, že potencialita k zorientovaniu sa v záťažovej situácii a k jej efektívnemu spracovaniu patrí ku konštitučnej výbave človeka. Preto sa rozpoznanie zdrojov úspešného zvládania stresu stalo rovnako dôležité ako poznanie príčin patológie. Na označenie týchto predpokladaných zdrojov zvládania stresu sa začal používať pojem resilience.

Literatúra:

Costa P.T., McCrae R.R. et al., *The Revised NEO Personality Inventory*, Psychological Assessment Resources, Odessa 1990.

Dyrenforth P.S., Kashy D.A., Donnellan M.B., Lucas R.E., *Predicting relationship and life satisfaction from personality in nationally representative samples from three countries: The relative importance of actor, partner, and similarity effects*, "Journal of Personality and Social Psychology" 99(2010), pp. 690-702.

Erikson E., *Childhood and Society*, W.W. Norton & Co, New York 1950.

Frankl V.: *Lékařská péče o* duši, Arch, Brno 1995.

Frankl V.: *Neuvedomený Boh*, Lúč, Bratislava 2005.

Frankl V.: *Vůle k smyslu*, Arch, Brno 1997.

Graham J.M., Diebels K.J., Baranow Z.B., *The Reliability of Relationship Satisfaction: A Reliability Generalization Meta-Analysis*, "Journal of Family Psychology" 1(2011), pp. 39-48.

Jacobi J., *Psychologie C.G. Junga*, Psychoanalytické nakladatelství, Praha 1992.

Jung C.G., Člověk a duše, Academia, Praha 1995.

Jung C.G., *Výbor z díla I*, Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno 1996.

Jung C.G., *Výbor z díla II*, Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno 1998.

Jung C.G., *Výbor z díla III*, Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno 1998.

Jung C.G., *Výbor z díla IV*, Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno 2001.

Jung C.G., *Výbor z díla VI*, Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno 2000.

Jung C.G., *Duše moderního člověka*, Atlantis, Brno 1994.

Karney B.R., Bradbury T.N., *The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods, and research* "Psychological Bulletin" 118(1995), pp. 3-34.

King F.M., Bruner G.C., Hensel P.J., *A Social Desirability Bias: A Neglected Aspect of Validity Testing*, "Psychology&Marketing" 2(2000), pp. 79-104.

Klimstra T.A., Bleidorn W., Asendorpf J.B., van Aken M.G., Denissen J.A., *Correlated change of Big Five personality traits across the lifespan: A search for determinants*, "Journal of Research in Personality" 47(2013), pp. 768-777.

Locke H.J. & Wallace K.M., *Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity*, "Marriage and Family Living" 21(1959), pp. 251-255.

Maslow A., *Motivation and Personality*, Harper & Brothers, New York 1954.

Pearson C.S., Marr H.K., *PMAI manual: A guide to interpreting the Pearson-Marr Archetype Indicator instrument*, FL: Center for Applications of Psychological Type, Gainesville, 2003.

Ruisel I., Halama P., *NEO päťfaktorový osobnostný inventár (podľa NEO Five-Factor Inventory P.T. Costu a R.R. McCraeho)*, Testcentrum – Hogrefe, Praha 2007.

Smékal V., *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*, Barrister & Principal, Brno 2004.

Solomon B.C., Jackson J.J., *Why do personality traits predict divorce? Multiple pathways through satisfaction*, "Journal of Personality and Social Psychology" 106(2014), pp. 978-996.

Weidmann R., Ledermann T., Grob A., *Big Five traits and relationship satisfaction: The mediating role of self-esteem*, "Journal of Research in Personality" 69(2017), pp. 102-109.

Michał Poniatowski*

Wolontariat osób niepełnosprawnych na rzecz kościelnych osób prawnych prowadzących działalność pożytku publicznego

(Volunteering of People with Disabilities for Church's Institutions Performing Public Benefit Activities)

Streszczenie

W artykule przedstawiono zagadnienie dotyczące wykonywania wolontariatu osób niepełnosprawnych na rzecz kościelnych osób prawnych prowadzących działalność pożytku publicznego. Podstawowym problemem jest określenie ewentualnych ograniczeń wykonywania wolontariatu przez osoby niepełnosprawne.

W pierwszej kolejności omówiono stronę podmiotową. W tym celu określono pojęcia osoby niepełnosprawnej oraz kościelnej osoby prawnej prowadzącej działalność pożytku publicznego. W ten sposób określono krąg osób tego stosunku prawnego. Następnie dokonano analizy strony przedmiotowej. W tym zakresie przedstawiono ewentualne ograniczenia w zakresie świadczenia wolontariatu. W dalszej kolejności przedstawiono formę wykonywania wolontariatu.

* Michał Poniatowski – dr; Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

W zakończeniu przedstawiono wnioski końcowe, w tym wnioski *de lege lata* i *de lege ferenda*.

Słowa kluczowe: wolontariat, osoby niepełnosprawne, działalność pożytku publicznego, działalność charytatywna, kościelna działalność miłosierdzia

Summary

In this article was presented volunteering of the disabled people for Church's institutions carrying out public benefit activities. The main problem in this matter was concrete limitations on volunteering by disabled people.

In the first part of the article were presented the definitions of disabled persons and Church's institutions performing public benefit activities. Then were presented possible restrictions on volunteering. Next, was presented form of this volunteering.

Main conclusions are presented at the end; included are the *de lege lata* and *de lege ferenda* conclusions.

Keywords: volunteering, disabled people, public benefit activities, charity activities, church charity activities

Wprowadzenie

Pomoc osobom niepełnosprawnym jest często celem statutowym podmiotów prowadzących działalność pożytku publicznego, w tym kościelnych osób prawnych[1]. Niejednokrotnie jednak wolontariuszami są również osoby niepełnosprawne, także te, które otrzymują pomoc. Niewątpliwie taka działalność ma pozytywny wpływ na samych wolontariuszy wykonujących takie świadczenia[2]. Poprzez wykonywanie wolontariatu na rzecz osób prawnych niosą oni zazwyczaj odpowiednią pomoc na rzecz osób potrzebujących, w tym innych osób niepełnosprawnych.

[1] Początki pomocy osobom niepełnosprawnym sięgają starożytności. Takiej pomocy udzielał też m.in. Kościół Katolicki. Por. I. Sierpowska, *Prawo pomocy społecznej*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 13.

[2] Por. także S. Pawlik, *Posługa charytatywna Kościoła w uchwałach polskich synodów po Soborze Watykańskim II. Studium prawo-historyczne*, Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu, Wrocław 2006, s. 147.

Powstaje jednak pytanie, czy wykonywanie czynności przez wolontariuszy będących osobami niepełnosprawnymi ma ograniczony charakter w płaszczyźnie prawnej, w tym w zakresie samej treści porozumienia?

Z uwagi na ramy niniejszego artykułu, przedmiotowe zagadnienie zostanie przedstawione na przykładzie osób prawnych Kościoła Katolickiego prowadzących działalność pożytku publicznego.

1. Strona podmiotowa

Wolontariat jako stosunek prawny wymaga dobrowolnego i bezpłatnego współdziałania wolontariusza oraz korzystającego[3]. Wolontariuszem może być, jak już wspomniano, m.in. osoba niepełnosprawna jako pojedyncza osoba[4]. W pierwszej kolejności warto określić kategorię takich osób. Etymologicznie osoba niepełnosprawna to osoba nie mająca pełnej sprawności. W samej ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie[5] nie zawarto definicji legalnej osób niepełnosprawnych. Osoby takie wymieniono jedynie w kontekście sfer działalności pożytku publicznego[6].

Tym samym, mając na uwadze funkcjonowanie porządku prawnego, należy przeanalizować pojęcie osób niepełnosprawnych zawarte w innych aktach normatywnych.

[3] Zgodnie z wyrokiem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 31 stycznia 2018 r., sygn. akt III SA/Po 808/17, publ. Legalis nr 1715960: „wolontariusz nie jest pracownikiem, bo za wykonywane świadczenia nie pobiera wynagrodzenia. W ewidencji księgowej winny być więc ujęte wyłącznie koszty ponoszone przez organ prowadzący na rzecz wolontariusza, np. koszty dojazdu, koszty szkolenia wolontariusza, ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków. Tylko te koszty mogą podlegać rozliczeniu w ramach dotacji pod warunkiem wszakże, że zostaną one udokumentowane".

[4] W orzecznictwie podkreśla się, że zakazane jest wykonywanie porozumienia przez osoby trzecie. Jak wskazał bowiem Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 2 grudnia 2009 r., sygn. akt I PK 123/09, publ. Legalis nr 303892: „(...) w umowie o wolontariat zawarto klauzulę o możliwości świadczenia pracy przez osobę trzecią. Klauzula taka, jeśliby nawet uznać, że mamy do czynienia *ad casum* z wolontariatem, byłaby sprzeczna z istotą stosunku prawnego wolontariatu (art. 353^1 KC) i przez to nieważna. Innymi słowy, umowa wolontariatu nie może zawierać postanowienia, o upoważnieniu osoby trzeciej do wykonywania pracy w miejsce wolontariusza, gdyż jest to sprzeczne z jej *ratio*".

[5] Tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 688.

[6] Por. art. 4 pkt 7) ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Ustawa zwana dalej u.d.p.p.w.

Na poziomie prawa międzynarodowego warto zwrócić uwagę na art. 1 konwencji o prawach osób niepełnosprawnych z dnia 13 grudnia 2006 r.[7]: „Do osób niepełnosprawnych zalicza się te osoby, które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, psychiczną, intelektualną lub w zakresie zmysłów co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami". Także w prawie wspólnotowym można odnaleźć definicję osoby niepełnosprawnej[8]. Natomiast na poziomie ustaw, przykładowo zgodnie z art. 2 pkt 10) ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych[9] niepełnosprawność oznacza „(...) trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy".

W rozumieniu tej ustawy wyróżnia się trzy stopnie niepełnosprawności:

- znaczny,
- umiarkowany,
- lekki[10].

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych: „Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji"[11]. Nawet taki stopień niepełnosprawności nie wyklucza możliwości bycia wolontariuszem przez daną osobę, która może przecież nawet wykonywać pracę w warunkach pracy chro-

[7] Dz.U. 2012 poz. 1169 z późn. zm.

[8] Przykładowo na podstawie art. 2 lit. a) rozporządzenia (WE) nr 1107/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 lipca 2006 r. w sprawie praw osób niepełnosprawnych oraz osób o ograniczonej sprawności ruchowej podróżujących drogą lotniczą, osoba taka oznacza wg Dz.U. UE.L 2006 Nr 204: „każdą osobę, której możliwość poruszania się jest ograniczona podczas korzystania z transportu na skutek jakiejkolwiek niesprawności fizycznej (zmysłowej lub ruchowej, trwałej lub przejściowej), upośledzenia lub niesprawności umysłowej, lub każdej innej przyczyny niepełnosprawności, lub wieku, i której sytuacja wymaga specjalnej uwagi oraz dostosowania usług dostępnych dla wszystkich pasażerów do szczególnych potrzeb takiej osoby".

[9] Tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1172. Ustawa zwana dalej u.r.z.s.z.o.n.

[10] Por. art. 3 ust. 1 u.r.z.s.z.o.n.

[11] Warto dodać, że niezdolność do samodzielnej egzystencji w rozumieniu art. 4 ust. 4 u.r.z.s.z.o.n. 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".

nionej. Na podstawie art. 4 ust. 2 tej ustawy: „Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych". Katalog ustawowy zamyka jej art. 4 ust. 3, zgodnie z którym: „Do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o 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, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne". Zgodnie z wnioskowaniem *a maiori ad minus* również w przypadku niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub lekkim nie można wykluczyć, że dana osoba niepełnosprawna może być wolontariuszem[12].

Wolontariuszem (oczywiście w odpowiednim zakresie) może zatem zostać niepełnosprawny bez względu na stopień tej niepełnosprawności, o ile nie ma pozaprawnych ograniczeń w tym zakresie (np. aspekty medyczne w postaci pozostawania w śpiączce)[13]. Wykonywanie wolontariatu powinno być bowiem dostosowane do stopnia niepełnosprawności danej osoby. Przykładowo wolontariusz będący osobą

[12] *Per analogiam* należy przytoczyć treść wyroku Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 14 czerwca 2018 r., sygn. akt III AUa 1037/17, Legalis nr 1794177: „(...) lekki czy umiarkowany stopień niepełnoprawności nie jest równoznaczny nie tylko z całkowitą niezdolnością do pracy, ale nawet z częściową. Orzekanie o niezdolności do pracy i niepełnosprawności należy do różnych organów, dokonywane jest na podstawie odmiennych przepisów i stanowi niezbędną przesłankę do ustalenia prawa do innych świadczeń lub uprawnień (renty, emerytury lub świadczenia pomocy społecznej, świadczenia z funduszu alimentacyjnego, zasiłki pielęgnacyjne i inne)".

[13] Analogiczne wnioskowanie można zauważyć w relacji kategorii osób niepełnosprawnych i niezdolnych do pracy przedstawionej w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 2008 r., sygn. akt II UK 138/07, publ. Legalis nr 163746: „Należy także zauważyć, że zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (...), ustala się trzy stopnie niepełnosprawności (znaczny, umiarkowany oraz lekki), które stosuje się do realizacji celów określonych ustawą, przy czym pojęcie to, szersze od niezdolności do pracy w rozumieniu ustawy emerytalnej, obejmuje swym zakresem niezdolność do wykonywania zatrudnienia, co znajduje wyraz w określeniu osoby niepełnosprawnej jako tej, która uzyskała orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, na podstawie odrębnych przepisów. W konsekwencji więc, każda osoba niezdolna do pracy jest osobą niepełnosprawną, choć nie każda osoba niepełnosprawna jest osobą niezdolną do pracy. Na gruncie obowiązującego prawa nie ma podstaw do utożsamiania niepełnosprawności i niezdolności do pracy i negowania istniejących między nimi różnic". Por. także wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 22 marca 2018 r., sygn. akt III AUa 119/17, publ. Legalis nr 1794109. Podobny tok rozumowania można zauważyć w postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 11 stycznia 2008 r., sygn. akt I UK 280/07, publ. Legalis nr 180055: „Orzeczenie o niepełnosprawności może mieć wpływ na ustalenie niezdolności do pracy, ale nie jest to wpływ przesądzający". Por. także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2005 r., sygn. akt I UK 177/04, publ. Legalis nr 70431.

niepełnosprawną może udzielać porad w zakresie pomocy społecznej lub promować wolontariat przez telefon lub elektronicznie. Ponadto wykonywanie wolontariatu nie skutkuje utratą statusu osoby niepełnosprawnej[14].

Powyższe stopnie niepełnosprawności mają charakter jurydyczny, jednakże wolontariuszami mogą być również osoby, które nie kwalifikują się jako lekki stopień niepełnosprawności wyłącznie w rozumieniu powyższej ustawy. Można zatem w tym kontekście wyróżnić osoby niepełnosprawne:

- *sensu strictae*, które kwalifikują się do powyższych stopni niepełnosprawności oraz
- *sensu largo*, które nie kwalifikują się do powyższych stopni niepełnosprawności, ale są obiektywnie niepełnosprawne z uwagi na inne przesłanki.

Drugim podmiotem w przedmiotowym stosunku prawnym są kościelne osoby prawne prowadzące działalność pożytku publicznego. Takimi osobami mogą być kościelne osoby prawne uznawane w prawie świeckim bezpośrednio w danej ustawie, rodzajowo w ustawie z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania[15] lub ustawie z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej[16], bezpośrednio w rozporządzeniach. Dodatkowo Kościół Katolicki może tworzyć osoby prawne, podobnie jak inne podmioty w obrocie prawnym, np. fundacje lub nawet spółki kapitałowe, których przedmiotem działalności może być działalność pożytku publicznego[17].

W niniejszym artykule wskazano na działalność pożytku publicznego, choć trzeba pamiętać, że kościelne osoby prawne prowadzą ze swej natury przede wszystkim działalność miłosierdzia (*diakonia*)[18], zaś w prawie wyznaniowym uznaje się ich prawo do prowadzenia działalności charytatywno-opiekuńczej. Sama zaś katego-

[14] Analogiczne wnioskowanie (dotyczące relacji statusu osoby bezrobotnej i wykonywania wolontariatu) przedstawił Wojewódzki Sąd Administracyjny z w Olsztynie w wyroku z dnia 14 lipca 2016 r., sygn. akt II SA/Ol 641/16, publ. Legalis nr 1544520: „W świetle obowiązującego prawa tej samej osobie nie może bezwzględnie jednocześnie przysługiwać przymiot pracownika i bezrobotnego. Przekonuje co do tego w szczególności treść art. 2 ust. 2 pkt 1 u.p.z. [ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1482 z późn. zm.) – przyp. M. P.], który stanowi, że nie stanowi przeszkody do nabycia oraz posiadania statusu bezrobotnego wykonywanie przez wolontariuszy świadczeń odpowiadających świadczeniu pracy na zasadach określonych w przepisach o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, jeżeli wolontariusz przedstawi właściwemu powiatowemu urzędowi pracy porozumienie z korzystającym".

[15] Tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 1153 z późn. zm. Por. art. 14 tej ustawy.

[16] Tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1347 z późn. zm. Por. art. 13 tej ustawy.

[17] Por. J. Krukowski, *Polskie prawo wyznaniowe*, Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa 2008, s. 114-116.

[18] Por. motu proprio Benedykta XVI, *De Caritate ministranda*, AAS 104(2012) 996-1004.

ria działalności pożytku publicznego została wprowadzona przez ustawę z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Kościelne osoby prawne w rozumieniu tej ustawy mogą prowadzić działalność pożytku publicznego. Jednocześnie są one wymienione w art. 3 ust. 3 pkt 1) powyższej ustawy za organizacjami pozarządowymi zdefiniowanymi w ustępie poprzedzającym. Nie oznacza to jednak możliwości gorszego traktowania kościelnych osób prawnych w stosunku do organizacji pozarządowych, zaś sam zapis ma jedynie na celu uznanie różnic między tymi dwiema kategoriami podmiotów częstokroć prowadzących analogiczną działalność pożytku publicznego. W niektórych ustawach kościelne osoby prawne są *explicite* uznawane za organizacje pozarządowe. Zgodnie z art. 2 pkt 3) u.r.z.s.z.o.p. organizacje pozarządowe oznaczają: „organizacje pozarządowe oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2019 r. poz. 688) [...]". Na podstawie zaś ustawy z dnia 19 lipca 2017 r. o przeciwdziałaniu marnowania żywności[19] określenie organizacja pozarządowa oznacza: „(...) organizację pozarządową oraz podmiot, o których mowa odpowiednio w art. 3 ust. 2 i ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2019 r. poz. 688 i 1570), których celem statutowym jest wykonywanie zadań w sferze zadań publicznych w zakresie: a) pomocy społecznej, w tym pomocy rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej oraz wyrównywania szans tych rodzin i osób, b) wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, c) działalności charytatywnej polegającej w szczególności na przekazywaniu żywności osobom potrzebującym lub prowadzeniu zakładów żywienia zbiorowego dla osób potrzebujących (...)". W pierwszym przypadku ustawodawca nie uzależnia tego statusu od wykonywania konkretnych zadań w sferze zadań publicznych. Odmienne wymogi zawiera druga z cytowanych ustaw.

2. Strona przedmiotowa

Wolontariat osób niepełnosprawnych na rzecz kościelnych osób prawnych prowadzących działalność pożytku publicznego ma szeroki zakres przedmiotowy. Zgodnie z art. 42 ust. 1 pkt 1) u.d.p.p.w.: „Wolontariusze mogą wykonywać, na zasadach określonych w niniejszym rozdziale, świadczenia na rzecz: (...) organizacji

[19] Dz.U. 2019 poz. 1680.

pozarządowych oraz podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 w zakresie ich działalności statutowej, w szczególności w zakresie działalności pożytku publicznego, z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej (...)". Istotne znaczenie ma to, że katalog powyższej działalności statutowej ma charakter otwarty. Jedynym ograniczeniem jest działalność gospodarcza[20].

Kościelne osoby prawne mogą m.in. prowadzić działalność pożytku publicznego, ale nie ma ona w ich przypadku charakteru koniecznego lub wyczerpującego. Tym samym możliwy jest wolontariat osób niepełnosprawnych, chociażby w zakresie kościelnej działalności miłosierdzia czy też działalności charytatywno-opiekuńczej[21].

W zakresie samej działalności pożytku publicznego należy zaznaczyć, że zgodnie z art. 3 ust. 1 u.d.p.p.w.: „Działalnością pożytku publicznego jest działalność społecznie użyteczna, prowadzona przez organizacje pozarządowe w sferze zadań publicznych określonych w ustawie"[22]. Kościelne osoby prawne powinny określić

[20] Por. także J. Blicharz, *Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Ustawa o spółdzielniach socjalnych. Komentarz*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012, s. 185-186. Działalność gospodarcza w kontekście działalności pożytku publicznego może mieć charakter dodatkowy, co ma przykładowo miejsce w przypadku fundacji. Por. J. Dominowska, *Prowadzenie działalności gospodarczej przez fundacje. Studium prawne*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2017, s. 113.

[21] Wykonywanie tych funkcji stanowi istotne zadanie Kościoła. Por. J. Krukowski, *Działalność misyjna i charytatywno-opiekuńcza instytucji kościelnych, zbiórki publiczne*, w: Konkordaty Polskie. Historia i teraźniejszość, J. Krukowski red., Wydawnictwo Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2019, s. 359.

[22] Zgodnie z art. 4 ust. 1 u.d.p.p.w.: ,,Sfera zadań publicznych, o której mowa w art. 3 ust. 1, obejmuje zadania w zakresie: 1) pomocy społecznej, w tym pomocy rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej oraz wyrównywania szans tych rodzin i osób; 1a) wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej; 1b) udzielania nieodpłatnej pomocy prawnej oraz zwiększania świadomości prawnej społeczeństwa; 2) działalności na rzecz integracji i reintegracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym; 3) działalności charytatywnej; 4) podtrzymywania i upowszechniania tradycji narodowej, pielęgnowania polskości oraz rozwoju świadomości narodowej, obywatelskiej i kulturowej; 5) działalności na rzecz mniejszości narodowych i etnicznych oraz języka regionalnego; 5a) działalności na rzecz integracji cudzoziemców; 6) ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219); 7) działalności na rzecz osób niepełnosprawnych; 8) promocji zatrudnienia i aktywizacji zawodowej osób pozostających bez pracy i zagrożonych zwolnieniem z pracy; 9) działalności na rzecz równych praw kobiet i mężczyzn; 10) działalności na rzecz osób w wieku emerytalnym; 11) działalności wspomagającej rozwój gospodarczy, w tym rozwój przedsiębiorczości; 12) działalności wspomagającej rozwój techniki, wynalazczości i innowacyjności oraz rozpowszechnianie i wdrażanie nowych rozwiązań technicznych w praktyce gospodarczej; 13) działalności wspomagającej rozwój wspólnot i społeczności lokalnych; 14) nauki, szkolnictwa wyższego, edukacji, oświaty i wychowania; 15) działalności na rzecz dzieci i młodzieży, w tym wypoczynku dzieci i młodzieży; 16) kultury, sztuki, ochrony dóbr kultury i dziedzictwa narodowego; 17) wspierania i upowszechniania kultury fizycznej; 18) ekologii i ochrony zwierząt oraz ochrony dziedzictwa przyrodniczego; 19) turystyki i krajoznawstwa; 20) porządku i bezpieczeństwa publicznego; 21) obronności państwa i działalności Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej; 22) upowszechniania i ochrony wolności i praw człowieka oraz swobód obywatelskich, a także działań wspomagających rozwój demokracji; 22a) udzielania nieodpłatnego poradnictwa obywatelskiego; 23) ratownictwa i ochrony ludności; 24) pomocy ofiarom katastrof, klęsk żywiołowych, konfliktów zbrojnych i wojen w kraju i za granicą; 25) upowszechniania i ochrony

zakres prowadzonej działalności nieodpłatnej lub odpłatnej pożytku publicznego w ich statucie lub w innym akcie wewnętrznym[23].

Zakres przedmiotowy wolontariatu osób niepełnosprawnych na rzecz kościelnych osób prawnych prowadzących działalność pożytku publicznego może mieć charakter ograniczony ze względu na przesłanki o charakterze prawnym lub pozaprawnym. W pierwszym przypadku przykładem może być zakaz świadczeń wolontariackich na rzecz działalności gospodarczej korzystającego[24]. Ponadto wolontariusz powinien: „posiadać kwalifikacje i spełniać wymagania odpowiednie do rodzaju i zakresu wykonywanych świadczeń, jeżeli obowiązek posiadania takich kwalifikacji i spełniania stosownych wymagań wynika z odrębnych przepisów"[25]. Przykładowo jedną ze sfer zadań publicznych jest działalność lecznicza[26]. Jednocześnie zgodnie z art. 21 ust. 1 tej ustawy: „Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane również w ramach wolontariatu, na zasadach określonych w porozumieniu, o którym mowa w art. 44 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, zawartym z wolontariuszem"[27]. Sama działalność lecznicza ma jednocześnie przeważnie charakter regulowany[28]. Ponadto niektóre świadczenia zdrowotne mogą być wykonywane jedynie w ramach wykonywania zawodu lekarza

praw konsumentów; 26) działalności na rzecz integracji europejskiej oraz rozwijania kontaktów i współpracy między społeczeństwami; 27) promocji i organizacji wolontariatu; 28) pomocy Polonii i Polakom za granicą; 29) działalności na rzecz kombatantów i osób represjonowanych; 29a) działalności na rzecz weteranów i weteranów poszkodowanych w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz.U. z 2018 r. poz. 937 i 2018); 30) promocji Rzeczypospolitej Polskiej za granicą; 31) działalności na rzecz rodziny, macierzyństwa, rodzicielstwa, upowszechniania i ochrony praw dziecka; 32) przeciwdziałania uzależnieniom i patologiom społecznym; 32a) rewitalizacji; 33) działalności na rzecz organizacji pozarządowych oraz podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3, w zakresie określonym w pkt 1-32a". Dodatkowo katalog ten może być rozszerzony w drodze rozporządzenie Rady Ministrów na podstawie art. 4 ust. 2 u.d.p.p.w.

[23] Por. art. 10 ust. 3 u.d.p.p.w. Por. także A. Olejniczak, *Współpraca z organami administracji publicznej*, w: R. Barański, A. Olejniczak, Fundacje i stowarzyszenia. Współpraca organizacji pozarządowych z administracją publiczną, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2012, s. 187.

[24] Por. art. 42 ust. 1 pkt 1) u.d.p.p.w.

[25] Tamże, art. 43.

[26] Por. tamże, art. 4 ust. 1 pkt 6).

[27] Por. także J. Blicharz, dz. cyt., s. 186.

[28] Por. art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalność leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2018 poz. 2190 z późn. zm.). Jednocześnie w kontekście działalności kościelnych osób prawnych prowadzących działalność pożytku publicznego należy dodać, że nie każda działalność lecznicza jest regulowana zgodnie z 16 ust. 1a pkt 2) u.d.l.: „Nie stanowi działalności regulowanej w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców działalność lecznicza: (...) wykonywana jako: a) działalność pożytku publicznego w rozumieniu ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (...), chyba że zachodzą przesłanki określone w art. 9 ust. 1 tej ustawy, b) działalność charytatywno-opiekuńcza, jeżeli przepisy odrębne przewidują prowadzenie takiej działalności".

lub pielęgniarki[29]. W związku z tym sama wola bycia wolontariuszem wykonującym świadczenia zdrowotne nie jest wystarczająca i musi być uzupełniona stosownymi kwalifikacjami zawodowymi. Ograniczenia te mogą również wynikać z bezpiecznych i higienicznych warunków wykonywania świadczeń przez wolontariusza. Natomiast ograniczenia o charakterze pozaprawnym wynikają z ograniczeń związanych m.in. z samą niepełnosprawnością (np. pomagając przy rozdzielaniu żywności, osoba ze sparaliżowanymi kończynami nie może pracować fizycznie, może natomiast udzielać odpowiednich porad osobom potrzebującym) lub konkretną działalnością statutową (np. wymóg poszanowania bliźniego przez wszystkie osoby udzielające pomocy w imieniu kościelnej osoby prawnej[30]).

3. Forma

Świadczenia osób niepełnosprawnych będących wolontariuszami kościelnych osób prawnych prowadzących działalność pożytku publicznego, są wykonywane na podstawie porozumienia[31]. W orzecznictwie jest ono również nazywane umową wolontariacką[32].

Porozumienie to jest specyficzną umową o charakterze cywilnoprawnym, której treść powinna być zgodna z przepisami prawa powszechnie obowiązującego prawa, w tym ustawą o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz ustawą z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny[33]. Ta ostatnia ustawa uznaje fundamentalną dla zobowiązań zasadę swobody umów. Zgodnie z art. 353[1] k.c.: „Strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani

[29] Por. tamże, art. 5 ust. 1 u.d.l.

[30] Por. także R. Barański, *Obszar standaryzacji etycznej*, w: A. Olejniczak, R. Barański, Standardy i procedury w organizacjach pozarządowych. Dokumentacja stanowiąca narzędzie skutecznej i zgodnej z prawem działalności, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2013, s. 248.

[31] Por. art. 44 ust. 1 u.d.p.p.w.

[32] Por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 23 stycznia 2018 r., sygn. akt I OSK 1824/17, publ. Legalis nr 1719719; wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 14 marca 2018 r., sygn. akt II SA/Bd 1293/17, publ. Legalis nr 1761033; wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Kielcach z dnia 12 kwietnia 2017 r., sygn. akt II SA/Ke 127/17, publ. Legalis nr 1633996; wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 29 grudnia 2017 r., sygn. akt VII U 1032/15, publ. Legalis nr 2144951.

[33] Tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1145 z późn. zm. Por. także art. 44 ust. 5 u.d.p.p.w.; J. Kopyra, *Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2005, s. 141.

zasadom współżycia społecznego". Z perspektywy kościelnych osób prawnych prowadzących działalność pożytku publicznego warto odnieść się w porozumieniu również do prawa kanonicznego jako dodatkowego źródła praw i obowiązków stron. W kontekście osób niepełnosprawnych szczególnego znaczenia nabierają zasady współżycia społecznego w zakresie zasady formułowania treści porozumienia. Warto również wziąć pod uwagę m.in. odpowiednie normy kodeksu cywilnego, w tym te dotyczące wad oświadczenia woli, zdolności do czynności prawnych oraz bezskuteczności lub nieważności czynności prawnych[34].

Co istotne, forma tego porozumienia nie musi być pisemna, chyba że świadczenie wolontariusza jest wykonywane przez okres dłuższy niż 30 dni[35]. Możliwe jest zatem zawarcie porozumienia ustnego[36] czy nawet w formie dorozumianej, co w przypadku krótkookresowego wolontariatu może być znaczącym ułatwieniem dla osób niepełnosprawnych, dla których osobiste stawiennictwo w celu podpisania porozumienia mogłoby być problematyczne. Ponadto ustawodawca nie przewidział sankcji nieważności w przypadku braku zawarcia porozumienia w formie pisemnej. Kościelna osoba prawna powinna potwierdzić na piśmie treść porozumienia i wydać w tej samej formie zaświadczenie o wykonywaniu świadczeń przez wolontariusza dopiero na jego żądanie[37]. Nie ma natomiast obowiązku wydawania wyróżnień, w tym w formie certyfikatu[38]. Dodatkowo, osoba ta może na prośbę wolontariusza

[34] Zgodnie z wyrokiem Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi z dnia 19 lutego 2016 r., sygn. akt VIII C 1734/15, publ. Legalis nr 2080439: „Zgodnie z art. 44 ust. 5 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, do porozumień zawieranych między korzystającym a wolontariuszem w zakresie nieuregulowanym niniejszą ustawa stosuje się przepisy ustawy Kodeks cywilny. W myśl art. 58 § 1 KC, czynność prawna sprzeczna z ustawą albo mająca na celu obejście ustawy jest nieważna, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek, w szczególności ten, że na miejsce nieważnych postanowień czynności prawnej wchodzą odpowiednie przepisy ustawy".

[35] Por. art. 44 ust. 4 u.d.p.p.w.

[36] Por. także J. Blicharz, dz. cyt., s. 188.

[37] Por. art. 44 ust. 2 u.d.p.p.w.

[38] Jak słusznie stwierdził Sąd Okręgowy w Krakowie w wyroku z dnia 11 stycznia 2016 r., sygn. akt I C 109/15, publ. Legalis nr 2050274: „Umowa jaka została zawarta pomiędzy stronami opiera się na przepisach ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego (...). Z przepisów tej ustawy wynika jedynie obowiązek wydania wolontariuszowi na jego wniosek potwierdzenia porozumienia o świadczeniach wolontariusza , a pisemnego zaświadczenie o wykonaniu świadczeń w tym o zakresie wykonywanych świadczeń – art. 44 cyt. ustawy). Nie ma natomiast obowiązku wydania certyfikatu. Certyfikat jest formą wyróżnienia wolontariusza, uznania jego pracy i zaangażowania i wydawany jest na zasadach uznaniowości i całkowitej dobrowolności nie wynikającej z żadnego przepisu. Powódka zatem nie może skutecznie domagać się wydania certyfikatu – bo po prostu nie ma takiego roszczenia".

wydać pisemną opinię o wykonaniu przez niego świadczeń[39]. Prośba ta może mieć różną formę.

Porozumienie powinno określać, poza standardowymi elementami umów (m.in. komparycją, podpisami itp.), zakres, sposób i czas (wraz z określeniem możliwości rozwiązania umowy) świadczeń wolontariuszy będących osobami niepełnosprawnymi na rzecz kościelnych osób prawnych prowadzących działalność pożytku publicznego[40], jak również obowiązki i prawa stron[41] z uwzględnieniem statusu osób niepełnosprawnych oraz działalności statutowej kościelnych osób prawnych. Z przyczyn naturalnych (np. przeciwwskazań medycznych) zakres, sposób i czas wykonywania tych świadczeń może być odpowiednio odmienny w stosunku do innych wolontariuszy przy zachowaniu jednak zasady ich równego traktowania w jednakowych okolicznościach.

W porozumieniu można dodatkowo wskazać obowiązki korzystającego – mające szczególne znaczenie w przypadku osób niepełnosprawnych i dotyczące:

1) informowania wolontariusza o ryzyku dla zdrowia i bezpieczeństwa, związanym z wykonywanymi świadczeniami oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami[42] oraz
2) zapewnienia wolontariuszowi, na zasadach określonych w odrębnych przepisach, bezpiecznych i higienicznych warunków wykonywania przez niego świadczeń, w tym – w zależności od rodzaju świadczeń i zagrożeń związanych z ich wykonywaniem – odpowiednich środków ochrony indywidualnej[43]. Z tych obowiązków wolontariusz nie może zwolnić korzystającego. Taka możliwość pojawia się natomiast w przypadku zwolnienia korzystającego z obowiązku pokrywania na zasadach określonych w odrębnych przepisach, koszty podróży służbowych i diet pracowników[44].

Fakultatywny charakter ma możliwość pokrywania innych niezbędnych kosztów ponoszonych przez wolontariusza w związku z wykonywaniem świadczeń na rzecz korzystającego[45] (np. naprawa wózka inwalidzkiego służącego do wykonywa-

[39] Por. art. 44 ust. 3 u.d.p.p.w.

[40] Por. tamże, art. 44 ust. 1.

[41] Por. tamże, art. 44-49.

[42] Warto takie informacje personalizować w konkretnych przypadkach.

[43] Por. art. 45 ust. 1 pkt 1)-2) u.d.p.p.w. W tym kontekście należy ustalić czy osoba niepełnosprawna może bezpiecznie i higienicznie wykonywać dane czynności.

[44] Por. tamże, art. 45 ust. 4.

[45] Por. tamże, art. 45 ust. 2.

nia tych świadczeń) oraz pokrywania szkoleń wolontariusza w związku z wykonywaniem tych świadczeń (np. szkolenie z zakresu ochrony danych osobowych przez wolontariusza w ramach wykonywanych świadczeń).

Dodatkowo w porozumieniu można odnieść się do kwestii związanych z:

1) obowiązkiem korzystającego w zakresie:
   a) zapewnienia ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków w przypadku wykonywania przez wolontariusza świadczenia przez okres nie dłuższy niż 30 dni[46] lub w przypadku delegowania wolontariusza na terytorium innego państwa, na obszarze którego trwa konflikt zbrojny, wystąpiła klęska żywiołowa lub katastrofa naturalna[47],
   b) ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków oraz ubezpieczenie kosztów leczenia podczas pobytu za granicą w przypadku delegowania wolontariusza w innych przypadkach niż w związku z konfliktem zbrojnym, klęską żywiołową lub katastrofą naturalną[48];
2) możliwością korzystającego zapewnienia wolontariuszowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wykonywanych świadczeń[49].

W porozumieniu można również uregulować kwestie związane z przetwarzaniem danych osobowych wolontariusza przez korzystającego, m.in. odpowiednich danych dotyczących jego niepełnosprawności (dane wrażliwe), ewentualnie wizerunku, jak również upoważnienie wolontariusza przez korzystającego do przetwarzania danych osobowych beneficjentów[50]. Kwestie te mogą być również zawarte w oddzielnych dokumentach, jak chociażby oddzielna zgoda na przetwarzanie wizerunku.

W praktyce równie istotne jest uregulowanie ewentualnych praw stron związanych z prawami autorskimi (np. przeniesienia majątkowych praw autorskich wraz z wymienieniem poszczególnych pól eksploatacji czy też udzielenie odpowiedniej licencji)[51].

[46] Por. tamże, art. 46 ust. 3.

[47] Por. tamże, art. 46 ust. 4.

[48] Por. tamże, art. 46 ust. 5.

[49] Por. tamże, art. 46 ust. 6.

[50] Por. także M. Poniatowski, *Przetwarzanie danych osobowych w kościelnych organizacjach pożytku publicznego*, w: Ochrona danych osobowych w Kościele, S. Dziekoński, P. Drobek red., Wydawnictwo Naukowe UKSW, Warszawa 2016, s. 171-191.

[51] Por. art. 41 ust. 2 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1231 z późn. zm.).

Zakończenie

Wykonywanie czynności przez wolontariuszy będących osobami niepełnosprawnymi powinno odbywać się na zasadzie równego traktowania tych osób z innymi osobami działającymi na rzecz kościelnej osoby prawnej prowadzącej działalność pożytku publicznego przy odpowiednim uwzględnieniu naturalnych ograniczeń tych osób o charakterze pozaprawnym związanych z ich konkretną niepełnosprawnością. W związku z tym należy z odpowiednią starannością dostosować treść porozumienia zawieranego między wolontariuszem a korzystającym do takiego stosunku prawnego.

Przedmiotowe świadczenia powyższych wolontariuszy wywierają pozytywny wpływ zarówno na strony tego stosunku prawnego (wymiar wewnętrzny) jak i osoby trzecie, w tym będące beneficjentami (wymiar zewnętrzny).

Obecne uregulowania ustawy o działalności pożytku publicznego nie odnoszą się wprost do takiego wolontariatu, a w szczególności go nie zabraniają ani nie ograniczają. Można je zatem ocenić pozytywnie, albowiem zapewniają odpowiednią swobodę wykonywania tego typu świadczeń.

De lege ferenda, z uwagi na wyjątkową wartość wykonywania wolontariatu przez osoby niepełnosprawne, warto dokonać odpowiednich zmian w przepisach dotyczących pomocy tym osobom, w tym w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, m.in. wprost wskazując na możliwość świadczenia wolontariatu przez takie osoby. Przykładowo warto dodać chociażby pkt 5) w art. 9 ust. 2 tej ustawy w brzmieniu: „zawieranie z osobami niepełnosprawnymi porozumień, o których mowa w art. 44 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie". W tym kontekście warto również wprowadzić odpowiednie wsparcie, w tym finansowe, dla podmiotów zawierających porozumienia z takimi wolontariuszami, co niewątpliwie wpisywałoby się m.in. w zasadę współdziałania Kościoła i państwa na rzecz dobra człowieka i dobra wspólnego[52].

[52] Por. art. 25 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 Nr 78, poz. 483 z późn. zm.) i art. 1 Konkordatu między Stolicą Apostolską i Rzecząpospolitą Polską z dnia 28 lipca 1993 r. (Dz.U. 1998 Nr 51, poz. 318).

Bibliografia

I. Źródła prawa

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskie z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. 1997 Nr 78, poz. 483 z późn. zm.

Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzecząpospolitą Polską z dnia 28 lipca 1993 r., Dz.U. 1998 Nr 51, poz. 318.

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych z dnia 13 grudnia 2006 r., Dz.U. 2012 poz. 1169 z późn. zm.

Rozporządzenie (WE) nr 1107/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 lipca 2006 r. w sprawie praw osób niepełnosprawnych oraz osób o ograniczonej sprawności ruchowej podróżujących drogą lotniczą, Dz.U. UE.L 2006 Nr 204.

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1145 z późn. zm.

Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 1153 z późn. zm.

Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1347 z późn. zm.

Ustawa z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych, tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1231 z późn. zm.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1172.

Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, tekst jedn. 2019 poz. 688.

Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1482 z późn. zm.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tekst jedn. Dz.U. 2018 poz. 2190 z późn. zm.

Ustawa z dnia 19 lipca 2017 r. o przeciwdziałaniu marnowania żywności, Dz.U. 2019 poz. 1680.

II. Źródła prawa kanonicznego

Motu proprio Benedykta XVI, *De Caritate ministranda*, AAS 104(2012) 996-1004.

III. Orzecznictwo

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2005 r., sygn. akt I UK 177/04, publ. Legalis nr 70431.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 2008 r., sygn. akt II UK 138/07, publ. Legalis nr 163746.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 grudnia 2009 r., sygn. akt I PK 123/09, publ. Legalis nr 303892.

Wyrok Sądu Okręgowego w Krakowie z dnia 11 stycznia 2016 r., sygn. akt I C 109/15, publ. Legalis nr 2050274.

Wyrok Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi z dnia 19 lutego 2016 r., sygn. akt VIII C 1734/15, publ. Legalis nr 2080439.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Olsztynie z dnia 14 lipca 2016 r., sygn. akt II SA/Ol 641/16, publ. Legalis nr 1544520.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Kielcach z dnia 12 kwietnia 2017 r., sygn. akt II SA/Ke 127/17, publ. Legalis nr 1633996.

Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 29 grudnia 2017 r., sygn. akt VII U 1032/15, publ. Legalis nr 2144951.

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 23 stycznia 2018 r., sygn. akt I OSK 1824/17, publ. Legalis nr 1719719.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 31 stycznia 2018 r., sygn. akt III SA/Po 808/17, publ. Legalis nr 1715960.

Wyrok Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 14 marca 2018 r., sygn. akt II SA/Bd 1293/17, publ. Legalis nr 1761033.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 22 marca 2018 r., sygn. akt III AUa 119/17, publ. Legalis nr 1794109.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 14 czerwca 2018 r., sygn. akt III AUa 1037/17, Legalis nr 1794177.

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 stycznia 2008 r., sygn. akt I UK 280/07, publ. Legalis nr 180055.

IV. Literatura

Barański R., *Obszar standaryzacji etycznej*, w: Standardy i procedury w organizacjach pozarządowych. Dokumentacja stanowiąca narzędzie skutecznej i zgodnej z prawem działalności, A. Olejniczak., R. Barański red., Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2013, s. 245-273.

Blicharz J., *Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Ustawa o spółdzielniach socjalnych. Komentarz*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012.

Dominowska J., *Prowadzenie działalności gospodarczej przez fundacje. Studium prawne*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2017.

Kopyra J., *Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2005.

Krukowski J., *Działalność misyjna i charytatywno-opiekuńcza instytucji kościelnych, zbiórki publiczne*, w: Konkordaty Polskie. Historia i teraźniejszość, J. Krukowski red., Wydawnictwo Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2019, s. 359-366.

Krukowski J., *Polskie prawo wyznaniowe*, Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa 2008.

Olejniczak A., *Współpraca z organami administracji publicznej*, w: Fundacje i stowarzyszenia. Współpraca organizacji pozarządowych z administracją publiczną, R. Barański, A. Olejniczak red., Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2012, s. 183-276.

Pawlik S., *Posługa charytatywna Kościoła w uchwałach polskich synodów po Soborze Watykańskim II. Studium prawo-historyczne*, Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu, Wrocław 2006.

Poniatowski M., *Przetwarzanie danych osobowych w kościelnych organizacjach pożytku publicznego*, w: Ochrona danych osobowych w Kościele, S. Dziekoński, P. Drobek red., Wydawnictwo Naukowe UKSW, Warszawa 2016, s. 171-191.

Sierpowska I., *Prawo pomocy społecznej*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011.

Andrzej Rogalski*

Sport wyczynowy w kontekście niepełnosprawności

(Professional Sport Activity in the Context of Disability)

Streszczenie

Począwszy od drugiej połowy XX w. zauważa się wzrastające zainteresowanie wyczynowym uprawianiem sportów przez osoby z niepełnosprawnością. Niektóre z nich uprawiają sport z powodów leczniczych, inne dla korzyści psychologicznych czy społecznych. Systematyczne uprawianie sportu przyczynia się do wzmocnienia poczucia wartości osoby niepełnosprawnej i pewności siebie, pomaga pokonywać własne słabości, bariery psychiczne, lęk przed nowymi wyzwaniami oraz myśleć pozytywnie o sobie i swojej sytuacji zdrowotnej. Daje także możliwość nawiązania nowych kontaktów, a więc zapobiega marginalizacji życia.

Słowa kluczowe: niepełnosprawni, paraolimpiady, aktywność sportowa osób z niepełnosprawnością

Summary

Beginning with the second half of the 20th century we can observe a growing interest for professional sport activity of the disabled people. Many of them treat their sport activity as a reason for increasing self-estimation and the sense of personal dignity, to overcome

* Andrzej Rogalski – dr hab. nauk humanistycznych; prof. Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu

own weaknesses, social and psychical barriers. Professional sport activity can also enable themselves to think positively and to protect them from a marginalization of their persons.

Keywords: disabled people, para olympic games, professional sport activity of the disabled people

W dniach 7-8 września 2019 roku w Warszawie odbyły się rozgrywki Amp Futbol Cup 2019. 8 września 2019 r., po emocjonującym finale, reprezentacja Polski pokonała 3:2 reprezentację Rosji i sięgnęła po to cenne trofeum. Nagroda ta przypadła w udziale także piłkarzom mającym amputowaną kończynę, którzy na boisku przemieszczali się o kulach!

Potocznie uważa się, że osoby niepełnosprawne nie mogą zajmować się sportem wyczynowym. Wszystko wskazuje jednak, że aktywność sportowa może być uznawana za funkcjonalne usprawnianie pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu. W drugiej połowie XX wieku aktywność ruchowa osób niepełnosprawnych przeobraziła się w sport wyczynowy, a w jego ramach, w sport paraolimpijski. Obecnie sport wyczynowy stanowi najpełniej ukształtowaną formę aktywności fizycznej podejmowaną przez osoby niepełnosprawne. Osoby te, dzięki rozwojowi nowoczesnego sprzętu, są w stanie aktywnie spędzać wolny czas, zarówno w porze letniej, jak i zimowej[1].

1. Problem definicji sportu osób niepełnosprawnych

Konwencja ONZ z 13 grudnia 2006 roku o prawach osób niepełnosprawnych nie definiuje niepełnosprawności jako takiej. Definiuje natomiast osoby niepełnosprawne jako takie, „które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową i intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym na zasadzie

[1] Znanym przykładem jest południowoafrykański sprinter Oscar Pistorius (ur. 22.11.1986 r. w Johannesburgu), zdobywca sześciu złotych medali paraolimpijskich w biegach na 100, 200 i 400 metrów, który w wieku 11 miesięcy, na skutek wrodzonych wad, stracił obie nogi. 15.07.2007 r. na mitingu IAAF (International Association of Athletics Federations), biegnąc na specjalnych protezach wykonanych z włókna węglowego, wystąpił jako niepełnosprawny biegacz, rywalizując w sprincie z pełnosprawnymi zawodnikami.

równości z innymi uczestnikami”[2]. Konwencja ONZ przedstawia niepełnosprawność jako pojęcie stale ewoluujące, którego definicja jest zazwyczaj zależna od interakcji pomiędzy osobami a społeczeństwem oraz barierami wynikającymi z postaw ludzkich i środowiskowych, które uniemożliwiają osobom niepełnosprawnym sprawne i prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie. W polskim ustawodawstwie przez dłuższy czas zamiast słowem „niepełnosprawność” posługiwano się słowem „inwalidztwo”, co w konsekwencji oznaczało osobę bezsilną, chorą. W aktualnym stanie prawnym zgodnie z art. 2 pkt. 10 Ustawy o rehabilitacji i zatrudnieniu osób niepełnosprawnych: „niepełnosprawność oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy”. Początkiem niepełnosprawności jest uszkodzenie, które powoduje całkowitą lub częściową stratę lub wadę psychiczną, fizjologiczną lub anatomiczną struktury organizmu. Uszkodzenie, o którym mowa, może mieć różny zakres, głębokość i trwałość, może być wrodzone lub nabyte, ale także ustabilizowane lub progresywne[3].

Najczęściej używaną w Polsce klasyfikacją niepełnosprawności jest klasyfikacja zaproponowana przez WHO, wedle której niepełnosprawni to: (1) osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich; (2) osoby mające trudności z samodzielnym poruszaniem się bez potrzeby użycia urządzeń wspomagających; (3) osoby starsze (powyżej 60. roku życia); (4) osoby małoletnie (poniżej 5. roku życia); (5) osoby cierpiące na artretyzm, astmę lub inne choroby sercowe; (6) osoby z dysfunkcją wzroku; (7) osoby z dysfunkcją słuchu; (8) osoby z zaburzeniami typu delirium, amnezją; (9) kobiety w ciąży; (10) osoby cierpiące na częściową lub całkowitą utratę głosu; (11) osoby współczesnej generacji i potencjalnie przyszłe pokolenia narażone na niepełnosprawność z powodu zanieczyszczenia środowiska i/lub z powodu nieodpowiedzialnych działań człowieka w odniesieniu do środowiska i społeczności; oraz (12) osoby łatwo wpadające w panikę, w wyniku np. pożaru lub alarmu, osoby które ucierpiały podczas pożaru, wskutek zatrucia substancjami toksycznymi i/lub wysokiej temperatury.

W związku z powyższym również definicja sportu osób niepełnosprawnych jest trudna do jednoznacznego zdefiniowania. Niektórzy definiują aktywność sportową osób niepełnosprawnych w następujący sposób: „forma uczestnictwa w kulturze fizycznej, której głównym celem jest utrzymanie i rozwój sprawności funkcjonalnej

[2] A. Bodnar, A. Śledzińska-Simon, *O potrzebie ratyfikacji Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych*, „Europejski Przegląd Sądowy” 5(2012), s. 3-10.

[3] J. Grabowski, M. Milewska, A. Stasiak, *Vademecum organizatora turystyki niepełnosprawnych*, Wydawnictwo WSTH, Łódź 2007.

odzyskanej w procesie rehabilitacji leczniczej, a w przypadku osób wyrażających potrzebę współzawodnictwa, dążenie do osiągnięcia jak najlepszych rezultatów”[4]. W sporcie wyczynowym bowiem, dominującym czynnikiem jest uzyskanie przez osoby biorące w nim udział, jak najlepszego wyniku sportowego na zawodach sportowych. „Sport wyczynowy przybiera postać widowiska, którego uczestnikami są jednostki o nieprzeciętnych zdolnościach ruchowych i możliwościach psychofizycznych, poddające się intensywnemu treningowi i rygorom życia osobistego”. Zaznacza się, iż uczestnicy związani ze sportem wyczynowym muszą działać w ramach formalnie istniejących organizacji, których działanie oparte jest na normach publiczno-prawnych i społeczno-organizacyjnych[5].

Sport wyczynowy jest regulowany przepisami, które mają zapewnić uczestnikom równe szanse w rywalizacji sportowej. Regulacje prawne mają na celu m.in.: zniwelowanie nierównych okoliczności zewnętrznych środowiska fizycznego, w tym sprzętu, którym posługują się zawodnicy; eliminowanie czynników wrodzonych, które w pewien sposób mogłyby przyczynić się do uprzywilejowanej pozycji jednostki pod względem osiągnięcia sukcesu; pełną dostępność udziału w paraolimpiadzie dla wszystkich chętnych, bez względu na różnice kulturowe, wiek, płeć czy inne czynniki[6].

Osoby niepełnosprawne można uznać za czynnie biorące udział w sportach wyczynowych, jeśli podejmują aktywność sportową na podstawie następujących kryteriów: (1) uprawianie sportu przynajmniej od roku, co jest związane z przynależnością do klubu lub organizacji; (2) systematyczne uczęszczanie na treningi wybranej dla siebie dyscypliny sportowej; oraz (3) udział przynajmniej w jednych zawodach sportowych[7]. Warto w tym kontekście podkreślić trud i ciężką pracę, jaką osoby niesprawne fizycznie i intelektualnie muszą wykonać, aby, pomimo swoich ograniczeń, osiągnąć dobre wyniki. W czasie swojej kariery sportowej zawodnicy niepełnosprawni wielokrotnie przezwyciężają samych siebie i swoje słabości, udowadniając tym samym, że niepełnosprawność nie jest w stanie zmusić ich do rezygnacji z aktywności sportowej i samorozwoju.

[4] M. Koper, T. Tasiemski, *Miejsce sportu w procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych fizycznie*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 3(2013), s. 111-133.

[5] Tamże.

[6] Z. Dziubiński red., *Sport na przełomie tysiącleci: szanse i nadzieje*, Salezjańska Organizacja Sportowa RP, Warszawa 2010.

[7] Por. M. Koper, T. Tasiemski, *Miejsce*..., art. cyt., s. 111-133.

2. Paraolimpiady

Początki paraolimpiad sięgają roku 1948, w którym brytyjski neurochirurg Ludwig Guttmann (1899-1980) wprowadził aktywność fizyczną do programu rehabilitacji pacjentów z uszkodzonym rdzeniem kręgowym. Rywalizacja sportowa była pewną formą rehabilitacji ruchowej w procesie usprawniania. Duże zainteresowanie tą formą aktywności sportowej oraz rywalizacją współzawodników spowodowała, iż 28 lipca 1948 roku Guttmann zorganizował na terenie Stoke Mandeville Hospital pierwsze zawody sportowe dla osób niepełnosprawnych (głównie weteranów II wojny światowej) w łucznictwie. To wydarzenie zostało uznane za początek światowego uprawiania sportu przez osoby niepełnosprawne. W 1952 roku Guttmann założył Międzynarodowy Komitet Organizacyjny Igrzysk Paraplegików, z jego inicjatywy powstały też Letnie Igrzyska Paraolimpijskie, w których udział wzięło łącznie 400 uczestników z 23 krajów. Od tamtego czasu regularnie odbywały się one w cyklu czteroletnim, 2-3 tygodnie po zakończeniu Igrzysk Olimpijskich[8]. W początkowym okresie rywalizacja sportowa dotyczyła głównie osób z urazem rdzenia kręgowego, w następnych latach do rywalizacji dołączały się osoby z innymi rodzajami dysfunkcji. Z biegiem lat powstawały międzynarodowe organizacje zrzeszające różne grupy sportowców. W 1989 roku powstał Międzynarodowy Komitet Paraolimpijski. Zadaniem Komitetu jest rozwój sportu na świecie i koordynowanie wszelkich działań z tym związanych, m.in.: (1) ścisła współpraca z Międzynarodowym Komitetem Olimpijskim w celu integracji ze środowiskiem sprawnych sportowców; (2) poszerzanie listy nowych dyscyplin do programu Igrzysk Paraolimpijskich; (3) zapewnianie warunków uczciwej rywalizacji; (4) walka z dopingiem; oraz (5) dążenie do profesjonalizacji poprzez bezpieczne korzystanie z nowoczesnego sprzętu specjalistycznego, właściwe przygotowanie programów treningowych oraz profilaktyka przeciążeń i kontuzji[9]. Współpraca Międzynarodowego Komitetu Olimpijskiego przyczynia się do tego, że Igrzyska Paraolimpijskie są organizowane w tych samych obiektach sportowych, co Igrzyska Olimpijskie. Warto również podkreślić fakt, iż Letnie Igrzyska Paraolimpijskie od 2004 roku przygotowuje ten sam komitet organizacyjny. Nawiązanie współpracy pomiędzy paraolimpijczykami i olimpijczykami pozwoliło na zbliżenie się obu środowisk, spopularyzowało rywalizację sportową wśród osób niepełnosprawnych oraz umożliwiło włączenie się osób niepełnospraw-

[8] J. Ślężyński, *Sport szansą życia niepełnosprawnych*, Wydawnictwo PSON, Kraków 2005.

[9] S. Kowalik red., *Dostosowana aktywność ruchowa. Kultura fizyczna osób niepełnosprawnych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2009.

nych w normalne życie. W ostatnim czasie powstała myśl stworzenia zawodów integracyjnych, podczas których na tych samych obiektach sportowych i przed tą samą publicznością będą rywalizować osoby w pełni sprawne i niepełnosprawne[10]. Europejska Karta Sportu dla Wszystkich zakłada, iż sport dla osób niepełnosprawnych powinien być promowany i rozpowszechniany, ponieważ osoby niepełnosprawne mają takie samo prawo do niego, jak osoby zdrowe[11].

3. Specyfika sportu wyczynowego osób niepełnosprawnych

W ustalaniu reguł i przepisów sportowych dla niepełnosprawnych uwzględniane są ich możliwości funkcjonalne różnego rodzaju i różne stopnie dysfunkcji. Niezwykle istotne są reguły dotyczące współzawodnictwa, rozbudowany system klasyfikacji oraz proces treningowy, który uwzględnia potrzeby osób niepełnosprawnych. Dodatkowo charakterystycznym elementem regulującym współzawodnictwo sportowe tych osób jest rozbudowany system klasyfikacji związany z rodzajem i zakresem dysfunkcji w obrębie narządu ruchu. Dla każdej dyscypliny sportu jest ustanowiona odpowiednia klasyfikacja, która zapewnia uczciwe współzawodnictwo na wszystkich poziomach rywalizacji, z uwzględnieniem możliwości funkcjonalnych poszczególnych zawodników (patrz: tabela). Specyfika sportu osób niepełnosprawnych wiąże się także z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu sportowego przez uczestników Igrzysk Paraolimpijskich. Rozwój nowoczesnej technologii umożliwił osobom z różnymi dysfunkcjami narządu ruchu brać udział w różnych dziedzinach sportu, takich jak np. narciarstwo w pozycji siedzącej (fot. 1). Prowadzone są liczne badania naukowe mające na celu przeciwdziałanie przeciążeniom i urazom sportowców. Badania dotyczą wpływu rodzaju treningu na organizm osób niepełnosprawnych, a także występowania u nich urazów. W ostatnim czasie da się zauważyć, że osoby niepełnosprawne osiągają w sporcie coraz lepsze wyniki. Z tego powodu powstała Komisja Antydopingowa prowadząca kampanię i programy uświadamiające negatywne skutki stosowania dopingu. Analizując specyfikę sportu osób niepełnosprawnych, warto zaznaczyć, iż brakuje krajowych uwarunkowań uprawiania różnych dyscyplin, zwłaszcza w Polsce. W ostatnich latach obserwuje

[10] M. Florek-Łuszczki, S. Lachowski, *Działania instytucjonalne na rzecz osób niepełnosprawnych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" 4(2013), s. 480-484.

[11] M. Dalecka, *Sport osób z niepełnosprawnością – przełamywanie barier*, „Rocznik Lubuski" 2(2014), s. 227-234.

się jednak wzrost zainteresowania sportem osób niepełnosprawnych oraz poprawę możliwości i zdolności paraolimpijczyków[12].

Warto wspomnieć o podziale kategorii olimpijskich w zależności od pory roku. Do konkurencji zimowych należą: biathlon (fot. 2), narciarstwo biegowe i zjazdowe (fot. 3) i alpejskie, curling na wózkach oraz hokej na siedząco (fot. 4). Konkurencje letnie to: łucznictwo, lekkoatletyka, kajakarstwo, kolarstwo (fot. 5, 6), jeździectwo, piłka nożna, judo, podnoszenie ciężarów, wioślarstwo, żeglarstwo, strzelanie, pływanie, tenis stołowy (fot. 7), koszykówka, szermierka, rugby i tenis na wózkach[13].

Tab. Klasyfikacja możliwości funkcjonalnych w sporcie niepełnosprawnych

Kolarstwo	
B	osoby z dysfunkcją narządu wzroku, BVI 1-3 – niewidzący
C4-C5	osoby z porażeniem mózgowym startujące w pozycji siedzącej
H	osoby startujące na handbike'ach
Koszykówka	
ID	osoby z niepełnosprawnością intelektualną
Lekka atletyka	
2-6	osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (URK)
A	osoby po amputacjach kończyn dolnych (A1-A4), górnych (A5-A8), kombinowana (A9)
B, B1-B3	osoby z dysfunkcją wzroku
C1	osoby z porażeniem mózgowym startujące w pozycji siedzącej
C5>8	osoby z URK startujące w pozycji siedzącej
D	jednostronna amputacja uda, D1 – obustronna amputacja uda
E	osoby z jednostronną amputacją poniżej stawu łokciowego, E1 – osoby z obustronną amputacją poniżej stawu łokciowego
F	konkurencje techniczne: F11/12 – osoby z dysfunkcją wzroku; F20 – osoby z niepełnosprawnością intelektualną; F35/36 – osoby z porażeniem mózgowym startujące w pozycji stojącej; F37/38 – osoby po amputacji kończyn i grupa Les Autres; F44/46, F56 – osoby z URK i amputacjami kończyn poruszające się na wózku
T	konkurencje biegowe: T11/12 – osoby niewidome, T20 – osoby z niepełnosprawnością intelektualną, T54-56 – osoby z uszkodzeniem narządu ruchu startujące w pozycji siedzącej, T36, T37, T46 – osoby z uszkodzeniem narządu ruchu startujące w pozycji stojącej
L6	inne schorzenia narządu ruchu (Les Autres)
J	osoby z amputacją, kombinowana
P11	pięciobój, niewidomi, P12 – pięciobój, niedowidzący
Łucznictwo	
	osoby z dysfunkcjami narządu ruchu

[12] M. Dalecka, *Sport osób z niepełnosprawnością – przełamywanie barier*, „Rocznik Lubuski" 2(2014), s. 227-234.

[13] A. Wilmowska-Pietruszyńska, D. Bilski, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawnych i Zdrowia*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania" 7(2013), s. 5-14.

Narciarstwo zjazdowe, biegowe i biathlon	
A5A7	osoby po amputacjach kończyn górnych
ID	niepełnosprawność intelektualna
LW1-LW9	osoby startujące w pozycji stojącej (dysfunkcje narządu ruchu)
LW12	osoby startujące w pozycji siedzącej (dysfunkcje narządu ruchu)
Pływanie	
2-6	osoby z URK
A	osoby po amputacjach: kończyny dolne (A1), kończyny górne (A5-A8)
B	osoby z dysfunkcją wzroku
C	osoby z porażeniem mózgowym startujące w pozycji siedzącej (C1), startujące w pozycji stojącej (C5)
1A-1C	osoby z URK w odcinku szyjnym startujące w pozycji siedzącej
D	osoby z jednostronną amputacją powyżej stawu kolanowego, D1 – z obustronną amputacją powyżej
E	osoby z jednostronną amputacją poniżej stawu łokciowego, E1 – z obustronną poniżej stawu łokciowego
L4	osoby z innymi schorzeniami narządu ruchu (Les Autres)
S1-S10	osoby z dysfunkcją narządu ruchu startujące w stylu dowolnym i grzbietowym
S12	osoby z dysfunkcją wzroku startujące w stylu dowolnym i grzbietowym
S14	osoby z niepełnosprawnością intelektualną startujące w stylu dowolnym i grzbietowym
SB4-SB8	osoby z dysfunkcją narządu ruchu, startujące w stylu klasycznym, SB12 – osoby z dysfunkcją wzroku startujące w stylu klasycznym
SM5	osoby z dysfunkcją narządu ruchu startujące w stylu zmiennym
SM14	osoby z niepełnosprawnością intelektualną startujące w stylu zmiennym
Powerlifting	
	osoby z dysfuncją narządu ruchu podzieleni na kategorie wagowe
Siatkówka na stojąco	
Klasa A, B, C	osoby z dysfuncjami narządu ruchu podzieleni na kategorie wagowe
Szermierka na wózkach	
Klasa A, B, C	Uczestniczą osoby z dysfunkcją narządu ruchu: klasa A – najsprawniejsi, np. jednostronna amputacja poniżej stawu kolanowego, klasa B – URK w odcinku lędźwiowym oraz klasa C – osoby z uszkodzeniem czterokończynowym: klasa A – najsprawniejsi, np. amputacja kończyn dolnych, B – uszkodzenie rdzenia kręgowego
Tenis stołowy	
Klasy 6-10	osoby z uszkodzeniem narządu ruchu grające w pozycji stojącej, klasa 11 – osoby z niepełnosprawnością intelektualną

Źródło: J. Niedbalski, Sport osób niepełnosprawnych..., art. cyt., s. 145-147.

Fot. 1 Anna Komorowska – narciarstwo w pozycji siedzącej

Źródło: http://gazetabaltycka.pl/wydarzenia/paraolimpiada-anna-komorowska (dostęp: 22.11.2019).

Fot. 2 Michał Kłos – trening biathlonistów

Źródło: http://www.radiomaryja.pl/sport/paraolimpiada-soczi-2014 (dostęp: 22.11.2019).

Fot. 3 Jan Kołodziej – narciarstwo zjazdowe

Źródło: http://www.niepelnosprawni.pl/ledge /x/61592 (dostęp: 22.11.2019).

Fot. 4 Hokej w pozycji siedzącej – Paraolimpiada w Szwecji

Źródło: https://www.portel.pl/sport/atak-piaty (dostęp: 22.11.2019).

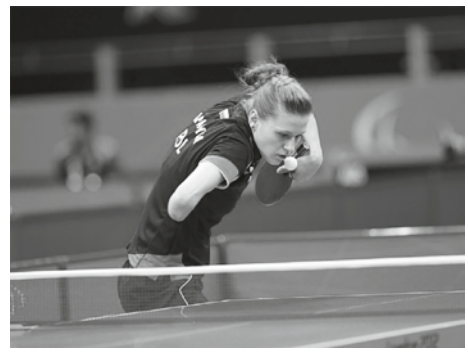
Fot. 5 Rafał Wilk – kolarstwo szosowe

Źródło: http://sport.tvp.pl/igrzyska-paraolimpijskie -rio (dostęp: 22.11.2019).

Fot. 6 Kolarstwo szosowe – Paraolimpiada w Rio

Źródło: http://sport.tvp.pl/igrzyska-paraolimpijskie-rio (dostęp: 22.11.2019).

Fot. 7 Natalia Partyka – tenis stołowy



Źródło: http://sport.tvp.pl/igrzyska-paraolimpijskie-rio (dostęp: 22.11.2019).

Sport uprawiany przez osoby niepełnosprawne przynosi wiele korzyści. Bez wątpienia do najważniejszych należy zaliczyć walory lecznicze, korzyści psychologiczne i społeczne. Systematycznie uprawiany sport umożliwia też zagospodarowywanie czasu. Wzrasta poczucie wartości osoby niepełnosprawnej, które rośnie wprost proporcjonalnie do liczby odniesionych sukcesów. Wzrasta pewność siebie, co przekłada się na inne dziedziny życia. Regularne uprawianie sportu, pokonywanie własnych słabości, barier psychicznych, lęku przed nowymi wyzwaniami oraz wiara w efekty własnych działań, pozwalają osobom niepełnosprawnym myśleć pozytywnie o sobie i swojej sytuacji zdrowotnej. Daje także możliwość nawiązywania nowych kontaktów i zawiązywanie przyjaźni. Osoby niepełnosprawne, dzięki treningom, uczestniczą w życiu społecznym, pracują dla grupy, czują się potrzebne, a uprawianie sportów zapobiega marginalizacji ich życia[14].

[14] J. Grabowski, M. Milewska, A. Stasiak, *Vademecum organizatora turystyki niepełnosprawnych*, Wydawnictwo WSTH, Łódź 2007.

Bibliografia

Bodnar A., Śledzińska-Simon A., *O potrzebie ratyfikacji Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych*, „Europejski Przegląd Sądowy" 5(2012), s. 3-10.

Dalecka M., *Sport osób z niepełnosprawnością – przełamywanie barier*, „Rocznik Lubuski" 2(2014), s. 227-234.

Dziubiński Z. red., *Sport na przełomie tysiącleci: szanse i nadzieje*, Salezjańska Organizacja Sportowa RP, Warszawa 2010.

Florek-Łuszczki M., Lachowski S., *Działania instytucjonalne na rzecz osób niepełnosprawnych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" 4(2013), s. 480-484.

Grabowski J., Milewska M., Stasiak A., *Vademecum organizatora turystyki niepełnosprawnych*, Wydawnictwo WSTH, Łódź 2007.

Koper M., Tasiemski T., *Miejsce sportu w procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych fizycznie*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania" 3(2013), s. 111-133.

Kowalik S. red., *Dostosowana aktywność ruchowa. Kultura fizyczna osób niepełnosprawnych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2009.

Niedbalski J., *Sport osób niepełnosprawnych w przekazie i dyskursie medialnym w Polsce*, „Przegląd Socjologii Jakościowej" 2(2015), s. 130-159.

Ślężyński J., *Sport szansą życia niepełnosprawnych*, Wydawnictwo PSON, Kraków 2005.

Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D., *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawnych i Zdrowia*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania" 7(2013), s. 5-14.

Marek Šmid*

Stredoeurópske princípy hodnotenia kvality v oblasti dlhodobej starostlivosti

(Central European Quality Assessment Principles in Long-Term Care)

Abstrakt

Porovnanie koncepcie SZO, prístupu EÚ a stredoeurópskych skúseností týkajúcich sa práce v zariadeniach dlhodobej starostlivosti sa môže zdôrazniť ako základ pre hodnotenie kritérií z pohľadu slovenských skúseností v tejto oblasti. Integrálna dlhodobá starostlivosť zameraná na človeka korešponduje s ostatnými aspektmi života staršieho alebo chorého klienta. Je potrebné upozorniť na možné existenčné frustrácie a túžbu po sebarealizácii klienta. Zdá sa, že tieto aspekty sú hlavnými predpokladmi kvality života. Práve tento prístup je typický pre myslenie na Slovensku a v Strednej Európe a mohol by byť zreteľným prínosom aj pre vyššie uvedené koncepcie.

Kľúčové slová: dlhodobá starostlivosť, kvalita, starší ľudia, orientácia na ľudí, integrovaná, sebaúcta

Summary

The comparison of WHO concept, EU approach and Central European experiences concerning the work in long-term care facilities can be highlighted as the basis for the criteria evaluation from the point of

* Marek Šmid - Dr.h.c., Prof. Doc. JUDr. PhD.; Právnická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave

view of Slovak experiences in this field. An integral and person – centred long-term care correspondent with the other aspects of life of an older or sick client. There should be drawn the attention to possible existential frustration and desire for self-realization of a client. These aspects seem to be the main assumptions for the quality of life. It is this approach that is typical of thinking in Slovakia and Central Europe and could be a clear benefit to the above concepts.

Keywords: long-term care, quality, elderly, people centred, integrated, self-esteem

Úvod

Ľudia žijú podstatne dlhšie než v minulosti. Táto skutočnosť nie je konštatovaním o istom druhu víťazstva človeka, ale skôr jeho úvahou o tom, aký je zmysel života, či je život skutočne tak fatálne limitovaný bez možnosti zmeniť to, čo sa zdá nemeniteľné a aký je to vo všeobecnosti vlastne život. Veda a čísla nie sú v tomto ohľade zdrojom presných a hlavne uspokojivých odpovedí. Je však možné usilovať sa o uistenie, že kvalita života starších ľudí môže byť uspokojivejšia. Ide o vážny a nevyriešený problém. Preto sme najmä v tomto historickom čase konfrontovaní s otázkami týkajúcimi sa dlhodobej starostlivosti o starších ľudí. Ich potreba prijímať dlhodobú starostlivosť a požiadavka dostávať účinnú pomoc narastá stále viac.

V poslednom desaťročí sa starnutie populácie stalo pre členské štáty EÚ kľúčovou výzvou. Väčšina starších ľudí žije doma. Situácia v týchto rodinách je však zo známych dôvodov často veľmi ťažko zvládnuteľná. O menšinu starších ľudí sa v zariadeniach rezidenčnej starostlivosti starajú prevažne osoby bez príslušnej kvalifikácie, čo spôsobuje nielen obavy ich rodín, ale aj skutočné chyby a problémy, či už zdravotnej povahy alebo psychologického charakteru.

Niekoľko čísel týkajúcich sa perspektívy. Ľudia vo veku 65 rokov a viac budú do roku 2060 tvoriť 29,5% obyvateľov EÚ-27 (v porovnaní so 17,4% v roku 2010). Priemerné verejné výdavky na dlhodobú starostlivosť predstavovali v roku 2008 v krajinách OECD v priemere 1,2% HDP. Očakáva sa, že do roku 2050 sa tieto výdavky aspoň zdvojnásobia a prípadne vzrastú až tri krát. Zdá sa, že jasnou nevyhnutnosťou bude premena tejto pasívnej dlhšej dĺžky života na dlhšie aktívne a zdravé roky života. Naše starnúce obyvateľstvo by malo dostať starostlivosť a pomoc, ktorú potrebuje, aby starlo v skutočnej ľudskej dôstojnosti.

1. Koncept Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO)

Koncept WHO, týkajúci sa kvality života starších ľudí ako klientov v zariadeniach dlhodobej starostlivosti možno úspešne odvodiť z uznesenia č. A/RES/70/1 prijatého Valným zhromaždením WHO 25. septembra 2015 s názvom *Transformácia nášho sveta: Agenda 2030 pre trvalo udržateľný rozvoj*. Platí to najmä pre cieľ 3 – „zabezpečiť zdravý život a podporovať blahobyt pre všetkých vo všetkých vekových skupinách a cieľ 3.8 – dosiahnuť univerzálne zdravotné poistenie vrátane ochrany finančných rizík, prístupu ku kvalitným základným službám zdravotnej starostlivosti a prístupu k bezpečným, účinným, kvalitným a cenovo dostupným základným liekom a vakcínam pre všetkých“[1].

Kľúčové ciele trvalo udržateľného rozvoja sa vo všeobecnosti zameriavajú najmä na najnaliehavejšie otázky chudoby, hladu, základných zdravotných problémov, vzdelávania, rovnosti, prístupu k pitnej vode, rodovej rovnosti, energie, hospodárskeho rastu, infraštruktúry, znižovania nerovnosti, bezpečných miest, spotreby, klimatických zmien, zdrojov oceánov, ekosystémov a biodiverzity, na prístup k spravodlivosti pre všetkých a prostredie globálneho partnerstva v týchto oblastiach. Ciele trvalo udržateľného rozvoja sa teda vo všeobecnosti týkajú veľmi naliehavých záležitostí sveta a dlhodobá starostlivosť o starších ľudí sa pravdepodobne nepovažuje za hlavný predmet pozornosti tejto témy.

Predsa však – použitý výraz „v každom veku“ by sa mal vo všeobecnosti stále jasne zdôrazňovať v súvislosti s dlhodobou starostlivosťou o starších ľudí. Treba vziať do úvahy, že implementácia cieľa 3 sa výslovne sústreďuje na také otázky, akými sú úmrtnosť matiek, úmrtia novorodencov a detí, epidémie, duševné zdravie, predčasná úmrtnosť spôsobená neprenosnými chorobami, zneužívanie návykových látok vrátane zneužívania omamných látok a škodlivého požívania alkoholu, celosvetové úmrtia a zranenia pri dopravných nehodách, prístup k službám zdravotnej starost-

[1] *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*, 2015. The WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, číslo WHO/HIS/SDS/2015.6, prístupné na webovom sídle WHO alebo na adrese http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf;jsessionid=8F4DB236BE854E21E27952AA52F49862?sequence=1 (12.11.2019 r.). A publikácia je tiež k dispozícii na adrese: WHO Press, *World Health Organization*, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland. Táto publikácia sa považuje za základný študijný materiál, ktorý bol neskôr doplnený a zmenený sériou neskorších dokumentov WHO prijatých v rámci tejto témy, napríklad známou správou zo 69. Valného zhromaždenia WHO, WHA69.39 z 15. apríla 2016 – *Framework on Integrated*, *People Centred Health Services* alebo WHA69.24, z 28. mája 2016 – *Strengthening integrated*, *people centred health services*. Obsahujú dôležité usmernenia pokiaľ ide o terminológiu, princípy a system zdravotníckych prvkov v súvislosti so všetkými podobnými iniciatívami.

livosti v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia, prístup k bezpečným, efektívnym, kvalitným a cenovo dostupným základným zdravotníckym službám, liekom a vakcínam pre všetkých, všeobecné zdravotné poistenie vrátane ochrany finančných rizík, úmrtia a choroby z nebezpečných chemikálií a znečistenia a kontaminácie vzduchu, vody a pôdy, posilnenie vykonávania Rámcového dohovoru Svetovej zdravotníckej organizácie o kontrole tabaku vo všetkých krajinách, výskum a vývoj vakcín a liekov proti prenosným a neprenosným chorobám, ktoré ovplyvňujú predovšetkým vývoj krajín, zvýšenie financovania zdravotníctva a nábor nových síl, rozvoj poskytovania odbornej prípravy, odborná príprava a udržanie pracovnej sily v zdravotníctve v rozvojových krajinách a posilnenie kapacít všetkých, najmä rozvojových, krajín, na včasné varovanie, zníženie rizika alebo riadenie vnútroštátnych a globálnych zdravotných rizík. V spojení s rozvojovým programom OSN sa zdá, že politika Svetovej zdravotníckej organizácie je s ním v súlade.

Konkrétnejšie, možno konštatovať, že najnovšie požiadavky tejto organizácie OSN sú pre dlhodobú starostlivosť o starších ľudí vhodné aj z hľadiska stredoeurópskeho pohľadu. Tieto globálne stratégie WHO sa zaoberajú sociálnymi determinantami zdravia. Toto je dôležitý fakt pre budovanie dlhodobých zdravotníckych služieb. Ich integrovaná povaha a ich zameranie na individualitu ľudí sú dvomi hlavnými podmienkami dobrej dlhodobej starostlivosti do budúcnosti. Samozrejme, v tejto oblasti ešte neexistuje presný a jednotný model. Podmienky boli spravidla implementované v rôznych kontextoch krajiny a podporujú komunitnú starostlivosť. Cieľom je zvýšiť schopnosť systémov zdravotnej starostlivosti poskytovať univerzálnu, spravodlivú, kvalitnú a finančne udržateľnú starostlivosť.

Princíp zdravotníckych služieb zameraný na ľudí je prístupom k starostlivosti, ktorý vedome prijíma perspektívy. Perspektívy jednotlivcov, rodín i komunít. Považuje ich za účastníkov a príjemcov dôveryhodných systémov zdravotnej starostlivosti. Humánnym a holistickým spôsobom reaguje na ich potreby a preferencie. Tento prístup však vyžaduje, aby ľudia mali vzdelanie a podporu, ktorú potrebujú na prijímanie rozhodnutí, ako aj účasť na samotnej starostlivosti. Tá sa organizuje viac podľa zdravotných potrieb a očakávaní ľudí, než podľa z celku vyňatej zdravotnej diagnostiky.

Integrované zdravotnícke služby sú zdravotníckymi službami riadenými a poskytovanými spôsobom, ktorý zabezpečuje, aby ľudia dostávali kontinuum podpory zdravia, prevencie chorôb, diagnostiky, liečby, manažmentu chorôb, rehabilitácie a paliatívnej starostlivosti na rôznych úrovniach a miestach starostlivosti v rámci zdravotného systému, teda podľa ich potrieb a počas celého života.

Koncept pozná päť vzájomne prepojených stratégií, ktoré pomáhajú kumulatívne budovať účinnejšie zdravotnícke služby: (1) posilňovanie postavenia a zapojenia

ľudí a komunít; (2) posilnenie správy a zodpovednosti; (3) preorientovanie modelu starostlivosti; (4) koordináciu služieb v rámci a naprieč odvetviami; a (5) vytvorenie priaznivého prostredia[2].

Aby sa dosiahol obraz o požiadavkách na služby dlhodobej starostlivosti, je potrebné zohľadniť niekoľko kľúčových podmienok WHO pre integrované zdravotnícke služby zamerané na ľudí. Starostlivosť by sa mala poskytovať komplexne a mala by byť spravodlivá, udržateľná, koordinovaná, nepretržitá počas celého života, holistická – so zameraním na fyzickú, sociálno-ekonomickú, duševnú a emocionálnu pohodu, prevenciu a riešenie sociálnych determinantov, podporu ľudí pri riadení a prijímaní zodpovednosti za svoje zdravie. Mala by byť ďalej cieľovo orientovaná, rešpektujúca dôstojnosť ľudí, sociálne okolnosti a kultúrnu citlivosť, kolaboratívna, vybavená rešpektom k právam a povinnostiam, riadená spoločnou zodpovednosťou, informovaná na základe dôkazov, vedená komplexným systémovým myslením a mala by mať samozrejme aj etický rozmer. Všetko musí sprevádzať výchova k zdraviu, aby sa zlepšili vedomosti ľudí a pozitívne ovplyvnili ich postoje. Koncepcia WHO zohľadňuje taktiež aj nedostatky dlhodobej starostlivosti. Sú nimi najmä zlý prístup ku kvalitným a bezpečným službám a nedostatok primeraného financovania v chronických, dlhodobých a životných podmienkach, ale aj slabá koordinácia s ostatnými poskytovateľmi starostlivosti vrátane domácej starostlivosti a absencia reálnej zodpovednosti za výsledky.

Za silné stránky možno považovať skutočnosť, že zariadenia dlhodobej starostlivosti sa rozširujú a začínajú tvoriť neoddeliteľnú súčasť siete poskytovania zdravotníckych služieb. Ďalej, starostlivosť je koordinovaná, tak, aby sa zabezpečila kontinuita starostlivosti o pacientov, jej kvalita a bezpečnosť. Výsledky práce sa pravidelne monitorujú a vykazujú. V najlepšom prípade by sa dlhodobá starostlivosť mohla postupne transformovať na vysoko kvalitnú starostlivosť, ktorá je bezpečná, účinná, zameraná na ľudí, včasná, efektívna, spravodlivá, integrovaná a holistická. Posledný výraz znamená starostlivosť o „celého človeka", kde sa zvažujú skôr psychologické, sociálne a environmentálne faktory, nielen príznaky choroby alebo zlého zdravia.

[2] Perspektívy ďalšieho vývoja v tejto oblasti možno nájsť v: The Universal Health Coverage Forum 2017, *Tokyo Declaration on Universal Health Coverage: All Together to Accelerate Progress towards UHC*. Deklarácia je publikovaná na adrese: http://www.who.int/universal_health_coverage/tokyo-decleration-uhc.pdf (Dostupné 12.11.2019 r.).

2. Prístup Európskej únie

Princípy EÚ sa mierne odlišujú od prístupu WHO v oblasti dlhodobej starostlivosti. Oba prístupy však možno považovať za pokus priblížiť sa čo najviac k ideálnej vízii starostlivosti, v centre ktorej je človek[3].

Na tomto mieste sa vyžaduje zdôrazniť základné európske zásady, na ktorých je postavená služba dlhodobej starostlivosti. Pohľad EÚ je všeobecnejší než WHO a zameriava sa viac na ľudské práva a dôstojnosť. Ide o dodržiavanie základných práv a slobôd starších ľudí, ich rodín a opatrovateľov, ako sa uvádza v národných, európskych a medzinárodných nástrojoch v oblasti ľudských práv. Dlhodobá starostlivosť by mala byť viac zameraná na človeka, flexibilná, individuálna a plne rešpektujúca jeho osobnú integritu; mala byť klásť dôraz na preventívne a rehabilitačné obnovenie zdravia a schopnosti starších ľudí žiť nezávisle. Starostlivosť by mala byť k dispozícii ako primeraná odpoveď na potreby starších ľudí a prípadne ich rodiny a opatrovateľov; dôležitá je jej reálna prístupnosť, a teda ľahká dostupnosť pre starších ľudí a ich rodiny. Dôležitou otázkou je samozrejme aj ich cenová dostupnosť: poskytovať ju za prijateľnú cenu bez toho, aby to neprimerane zhoršovalo kvalitu života starších ľudí[4], ale aj dôstojnosť a slobodu voľby starostlivosti. Ďalšou vlastnosťou by mala byť komplexnosť služieb a ich integrálnosť, ktorá odráža potreby a preferencie staršej osoby a prípadne ich rodín; nepretržitosť podľa životného cyklu. Malo by ísť o nepretržitú škálu služieb od včasných zásahov po paliatívnu starostlivosť. Starostlivosť by mala byť orientovaná na výsledky a založená na dôkazoch, zameraná na zlepšenie zdravia, pohody a nezávislosti osoby a jej rodín. Mala by byť transparentná, mala by poskytovať jasné a komplexné informácie a rady, a to aj v

[3] Viac v dokumente: *European Quality Framework for long-term care services: Principles and guidelines for the wellbeing and dignity of older people in need of care and assistance*, 2012. Možno ho nájsť na webovej adrese: http://wedo.tttp.eu/system/files/24171_WEDO_brochure_A4_48p_EN_WEB.pdf (12.11.2019 r.). WEDO je európskym projektom (2010-2012) spolufinancovaným Európskou komisiou. Na jeho čele bola riadiaca skupina zložená z 18 partnerov z 12 členských štátov Európskej únie (EÚ), ktorí majú záujem spolupracovať na zlepšení kvality života starších ľudí. Cieľom projektu bolo vytvoriť trvalé a otvorené európske partnerstvo európskych, národných a regionálnych / miestnych zainteresovaných strán, ktoré sa zaviazali zlepšovať kvalitu služieb pre starších ľudí a bojovať proti zneužívaniu a týraniu starších. Projekt sa skončil v decembri 2012 spustením tohto európskeho rámca kvality pre služby dlhodobej starostlivosti. Viac informácií vrátane príkladov implementácie rámca kvality EÚ pre služby dlhodobej starostlivosti je k dispozícii na webovej stránke projektu WEDO www.wedo-partnership.eu. (Dostupné 12.11.2019 r.).

[4] Viac ekonomických údajov týkajúcich sa poskytovania sociálnych služieb možno nájsť v: R. Bednárik, M. Tumpach, *Nákladovosť v sociálnych službách: prieskum nákladov vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb (Costs in Social Services: Cost Survey in Selected Social Services Facilities)*, Vydal: Inštitút pre výskum práce, sociálnych vecí a rodiny, Bratislava 2016.

oblasti citlivých otázok týkajúcich sa pohlavia a kultúry. Mala by sa venovať náležitá pozornosť rodu a kultúre[5].

V rámci práce Európskej komisie v tejto oblasti majú významné miesto aj kresťanské cirkvi. Jedným zo zaujímavých príkladov môže byť aktuálny nadnárodný európsky projekt realizovaný v rokoch 2017-2019 pod názvom Q Europe – systémy manažérstva kvality a meranie dopadu pri poskytovaní služieb dlhodobej starostlivosti[6], ktorý je zameraný na posilňovanie budovania kapacít medzi manažérmi, sociálnymi pracovníkmi a inými subjektmi pôsobiacimi v dlhodobých službách pre starších ľudí. Tento projekt podporuje tzv. vedomostný trojuholník (vzdelávanie, výskum a inovácie) spojený so zapojením ďalších sociálnych partnerov (český, holandský, taliansky a rakúsky diakonát), výskumných partnerov (Trnavská univerzita, Slovensko) a Európska strešná sociálna organizácia (Eurodiaconia; Európska sieť cirkví a kresťanských mimovládnych organizácií poskytujúcich sociálne a zdravotné služby a obhajujúcich sociálnu spravodlivosť) pri určovaní opatrení a metód ich zavádzania do systémov kvality a merania vplyvu v dlhodobej starostlivosti. Slovensko v tejto oblasti nastavuje nové legislatívne podmienky[7]. Na Slovensku sa pripravoval zákon o dlhodobej starostlivosti; ktorý by mal riešiť synergiu rezortov práce a zdravotníctva[8]. Tento zákon však prijatý v tomto funkčnom období vlády pravdepodobne však nebude a legislatíva rieši tento problém čiastkovým spôsobom, teda novelizovaním súvisiaceho zákona[9].

---

[5] Viac informácií týkajúcich sa dlhodobej starostlivosti v európskych krajinách možno nájsť v: R. Dandi, et al., *Long-term care quality assurance policies in European countries*. ENEPRI research report No. 111, work package 5, LUISS, Slovakia2012, pp. 59-61. Možno použiť webovú stránku CEPS (www.ceps.eu) and stránku ANCIEN (http://www.ancien-longtermcare.eu/). Táto správa sa zameriava na budúcnosť poskytovania dlhodobej starostlivosti pre starších ľudí v Európe, v súvislosti s projektom Európskej komisie v rámci 7. rámcového programu (FP 7 Health-2007-3.2.2, Grant no. 223483).

[6] Projekt ERAZMUS+ 2017: *Q Europe – quality management systems and impact measuring in providing long term care (LTC) services*, realizovaný 2017-2019, *Slezská diakonie*, ČR, KA2 – Cooperation for Innovation and the Exchange of Good Practices, KA204 – Strategic Partnerships for adult education, No. 2017-1-CZ01-KA204-035566.

[7] *Zákon o sociálnej ekonomike a sociálnych podnikoch*, publikovaný pod č. 112/2018 Z. z.

[8] *Návrh konceptu a zákona o dlhodobej starostlivosti*, marec 2018, Ministerstvo zdravotníctva SR. Z informácie MZ SR: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky v spolupráci s Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky pripravilo návrh zákona o dlhodobej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorého základným je ustanoviť prepojenie sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti pre osoby indikované na dlhodobú starostlivosť.

[9] *Vládny návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve* a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony. Tlač NR SR č. 1694.

3. Diskusia

Zásady WHO a EÚ týkajúce sa starších ľudí v dlhodobej starostlivosti sú podľa môjho názoru múdre a pozitívne bez akýchkoľvek pochybností. Tieto princípy sa berú do úvahy napríklad aj na Slovensku[10].

Chcel by som pripomenúť ešte ďalšie dva princípy alebo výzvy týkajúce sa prístupu ku klientom v zariadeniach dlhodobej starostlivosti. Obidve súvisia so skutočnou kvalitou života klientov v týchto zariadeniach. V obidvoch prípadoch tu však nie je vôľa ich riešiť, dokonca niekedy o nich ani len hovoriť. Tieto princípy zvyknú chýbať v našich koncepciách, ako aj pri kritériách hodnotenia kvality dlhodobej starostlivosti v určených zariadeniach. Na základe svojich vedomostí a životných skúseností by som však chcel povedať, že pre klientov sú odpovede na tieto otázky kľúčovým faktorom ich stavu. Toto je obzvlášť dôležité pre mentalitu nášho regiónu. Obidve zásady sú v súlade s usmerneniami WHO a EÚ o dlhodobej starostlivosti, najmä so zásadami integrovanej zdravotnej starostlivosti zameranej na osoby.

Podľa môjho názoru je prvou výzvou existenčná frustrácia alebo absencia jasnej odpovede na základné otázky významu života s jeho časovým obmedzením. Túto otázku môžeme obísť alebo neobísť a hľadať odpovede v metaforách a filozofických koncepciách alebo v rôznych materialistických názoroch. Na konci však vždy zostane otvorenou otázka o význame života konkrétnej osoby a to, či smrť ukončí jej život, to znamená, či je ľudský život skutočne obmedzený časom medzi narodením a smrťou. Zdá sa, že neexistuje iná účinná odpoveď na existenčnú frustráciu, než tá, ktorá presahuje napriek smrti hranice ľudského života a dáva jej odpoveď alebo aspoň východiskový bod. Účelom tejto práce nie je poukázať na konkrétnu odpoveď, ale zdôrazniť jej nevyhnutnosť. To je zrejme jediná cesta pri hľadaní a vysvetlení dôvodov kvality života osoby, ktorá je klientom v zariadení dlhodobej starostlivosti. Ide o riešenie oblastí, ktoré súvisia s tým, čo ľudstvo zdôrazňuje, čo súvisí s gréckym výrazom *anthropos*, osobou hľadajúcou, pýtajúcou sa na zmysel života, zaoberajúc sa otázkami starnutia a smrti. Je potrebné poznamenať, že splnenie kritérií WHO a EÚ na riešenie existenčnej frustrácie jednoducho nestačí.

[10] M. Cangár, M. Machajdíková, *Dlhodobá starostlivosť v Slovenskej republike: potreba systémovej zmeny*, vydal: Rada pre sociálnu prácu, Bratislava 2017; M. Cangár, S. Krupa, T. Palanová, *Kvalita a dlhodobá starostlivosť: štúdia o aspektoch kvality v dlhodobej starostlivosti*, vydal: Rada pre sociálnu prácu, Bratislava 2017; M. Cangár, S. Krupa, *Význam podmienok kvality sociálnych služieb v procese transformácie deinštitucionalizácie: podmienky kvality sociálnych služieb v komunite*, vydal: Implementačná agentúra MPSVaR SR, Bratislava 2015.

Druhou výzvou je možnosť sebarealizácie klienta a vlastné presvedčenie sa o jeho užitočnosti. Prílišné jednostranné zameranie sa na dodržiavanie merateľných štandardov môže znížiť pozornosť zameranú na prirodzené, mimoriadne dôležité a základné aspekty života klienta. Zameriavame sa napríklad na to, či zabezpečíme všetky požiadavky klienta. Klienta sme však takto vnímali len ako príjemcu služieb a zariadenie dlhodobej starostlivosti ako darcu, ktorý mu poskytuje podmienky pre život. Jednou zo základných požiadaviek staršej osoby je však kontinuita vlastnej užitočnosti, sebarealizácia. Osoba v akomkoľvek veku alebo situácii trpí najmä vtedy, ak sa od nej už nič neočakáva.

Okrem toho, že človek chce byť prijatý a bezpodmienečne milovaný, každý chce byť pre ostatných dôležitý, mať svoj vlastný svet dôstojnosti a nezávislosti. Starší ľudia majú napríklad obmedzenú schopnosť vyjadriť sa. Na druhej strane majú schopnosť a túžbu zdieľať vlastné znalosti a skúsenosti s inými. V staršom veku sa človek ocitne v ťažkej a protirečivej situácii. Dlhodobo dával a prijímal počas predchádzajúceho štádia života. Zvyčajne poskytoval niečo svojej rodine, deťom, kolegom, možno aby si zarobil a bol živiteľom rodiny. To bola jeho dôstojnosť. Teraz je to veľmi odlišné. Byť príjemcom všetkej starostlivosti v zariadení, dostávať jedlo, lieky, všetku podporu nie je jednoduché. A jasne pociťovať vlastné každodenné očakávania, týkajúce sa osobného zabezpečenia a starostlivosti o ostatných okolo neho jeho mentalite nezodpovedá. Zabezpečuje sa mylne jeho úplná spokojnosť a vyhýbanie sa problémom. Človek sa však vo vnútri nemení. Subjekt sa nestáva objektom v starobe.

Ak chce zariadenie poskytovať skutočne kvalitnú a na klienta orientovanú službu, musí tieto skutočnosti zohľadniť a s veľkou tvorivosťou hľadať spôsoby, ako zlepšiť jeho život v skutočnej životnej situácii. Brať do úvahy skutočnosť, že starší muž alebo žena môžu chcieť počúvať a zdieľať sa, rozprávať sa s druhými. Je dôležité hľadať a komunikovať so starým mužom alebo ženou a nájsť s nimi cestu ako využiť ich potenciál. Pýtať sa, či nebol v minulosti žiadny z klientov učiteľom... Nemohli by sme dnes nájsť dvoch alebo troch ďalších klientov, ktorí by sa stali jeho novými študentmi?

Záver

Skúsenosti v tejto oblasti, vrátane zásad integrálnej a dlhodobej starostlivosti najvyššej kvality zameranej na človeka, by sa mali opierať o hĺbku koncepcie duchovného pohľadu na človeka, ktorý je v centre zariadení dlhodobej starostlivosti...

"Človek je povolaný k plnosti života, ktorý presahuje rozmery jeho pozemskej existencie, pretože spočíva v účasti na samom živote Boha. Vznešenosť tohto nadprirodzeného povolania ukazuje veľkosť a nesmiernu hodnotu ľudského života aj v jeho pozemskej fáze. Život v čase je totiž základnou podmienkou, počiatočnou etapou a integrálnou časťou celkového jednotného procesu ľudskej existencie. Tento proces neočakávane a bez akejkoľvek zásluhy človeka prežaruje prísľub a obnovuje dar Božieho života, ktorý sa v plnosti uskutoční vo večnosti..."[11].

"Musíme opäť získať správnu perspektívu, z ktorej život vidíme ako celok. Správnou perspektívou je večnosť, a život v každej svojej etape je na ňu dôležitou prípravou. I staroba má svoju úlohu v pokračujúcom procese dozrievania človeka na ceste k večnosti. Z tohto dozrievania má ťažiť aj sociálna skupina, ku ktorej patria starší ľudia. Ľudia v pokročilom veku nám pomáhajú pozerať na svetské záležitosti s väčšou múdrosťou, lebo v priebehu života získali skúsenosti a dozreli. Sú strážcami kolektívnej pamäti a v dôsledku toho privilegovanými interpretmi toho súhrnu spoločenských ideálov a hodnôt, ktoré usmerňujú a chránia spolužitie v spoločnosti. Vylúčiť starších ľudí v mene modernosti bez pamäti by znamenalo odmietnuť minulosť, v ktorej sú zakotvené korene prítomnosti. Vďaka svojim zrelým skúsenostiam môžu seniori dávať rady a cenné poučenia mladým. Znaky ľudskej krehkosti, ktoré sa najzreteľnejšie prejavujú v starobe, v tomto svetle sa stávajú volaním po vzájomnej závislosti a potrebnej solidarite, ktorá spája generácie medzi sebou. Každý človek potrebuje druhého a stáva sa bohatším vďaka darom a charizmám ostatných"[12].

Použitá literatura

Bednárik R., M. Tumpach, *Nákladovosť v sociálnych službách: prieskum nákladov vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb (Costs in Social Services: Cost Survey in Selected Social Services Facilities)*, Vydal: Inštitút pre výskum práce, sociálnych vecí a rodiny, Bratislava 2016..

Cangár M., Machajdíková M., *Dlhodobá starostlivosť v Slovenskej republike: potreba systémovej zmeny*, vydal: Rada pre sociálnu prácu,

[11] *Encyclical letter* Evangelium Vitae, *to the Bishops, Priests and Deacons, Men and Women, religious lay Faithful and all People of Good Will on the Value and Inviolability of Human Life*, Vatican, March 25, 1995, part 2: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.pdf (Dostupné 12.11.2019 r.).

[12] *Letter of His Holiness Pope John Paul II to the Elderly*, Vatican, October 1, 1999, part 10: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/letters/1999/documents/hf_jp-ii_let_01101999_elderly.p. (Dostupné 12.11.2019 r.).

Bratislava 2017; M. Cangár, S. Krupa, T. Palanová, *Kvalita a dlhodobá starostlivosť: štúdia o aspektoch kvality v dlhodobej starostlivosti*, vydal: Rada pre sociálnu prácu, Bratislava 2017; M. Cangár, S. Krupa, *Význam podmienok kvality sociálnych služieb v procese transformácie deinštitucionalizácie: podmienky kvality sociálnych služieb v komunite*, vydal: Implementačná agentúra MPSVaR SR, Bratislava 2015.

Dandi R. et al. *Long-term care quality assurance policies in European countries*. ENEPRI research report No. 111, work package 5, LUISS, Slovakia 2012, pp. 58-61.

Encyclical letter Evangelium Vitae, *to the Bishops*, *Priests and Deacons*, *Men and Women*, *religious lay Faithful and all People of Good Will on the Value and Inviolability of Human Life*, Vatican, March 25, 1995, part 2: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.pdf (Dostupné 12.11.2019 r.).

European Quality Framework for long-term care services: Principles and guidelines for the wellbeing and dignity of older people in need of care and assistance, 2012. Možno ho nájsť na webovej adrese: http://wedo.tttp.eu/system/files/24171_WEDO_brochure_A4_48p_EN_WEB.pdf (Dostupné 12.11.2019 r.).

FP 7 Health-2007-3.2.2, Grant no. 223483.

Návrh konceptu a zákona o dlhodobej starostlivosti, marec 2018, Ministerstvo zdravotníctva SR.

Projekt ERAZMUS+ 2017: *Q Europe – quality management systems and impact measuring in providing long term care (LTC) services*, realizovaný 2017-2019, *Slezská diakonie*, ČR, KA2 – Cooperation for Innovation and the Exchange of Good Practices, KA204 – Strategic Partnerships for adult education, No. 2017-1-CZ01-KA204-035566.

WHO global strategy on people-centred and integrated health services, The WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland 2015, číslo WHO/HIS/SDS/2015.6, prístupné na webovom sídle WHO alebo na adrese: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.

pdf;jsessionid=8F4DB236BE854E21E27952AA52F49862?sequence=1 (Dostupné 12.11.2019 r.).

WHO, WHA69.39 z 15. apríla 2016 – *Framework on Integrated, People Centred Health Services* alebo WHA69.24, z 28. mája 2016 – *Strengthening integrated, people centred health services*.

The Universal Health Coverage Forum 2017, *Tokyo Declaration on Universal Health Coverage: All Together to Accelerate Progress towards UHC*. Deklarácia je publikovaná na adrese: http://www.who.int/universal_health_coverage/tokyo-decleration-uhc.pdf (Dostupné 12.11.2019 r.).

Tlač NR SR č. 1694.

www.ancien-longtermcare.eu

www.ceps.eu

www.wedo-partnership.eu (Dostupné 12.11.2019 r.).

Janusz Mierzwa*
Renata Niezbecka**

Ból i cierpienie człowieka chorego na nowotwór. Postawy wobec śmierci

(Pain and Suffering of a Man Sick with Cancer. Attitudes towards Death)

Streszczenie

Umieraniu towarzyszy wiele różnych emocji, a spośród nich najintensywniej uwidacznia się nadzieja, powiązana z poczuciem sensu życia. Informacja o ciężkiej, a przede wszystkim o nieuleczalnej chorobie, m.in. nowotworowej, jest zaskoczeniem dla osoby zdiagnozowanej. Jeżeli prognoza życia nie pozostawia pacjentowi wiele czasu, to wówczas jeszcze trudniej jest znaleźć jakieś rozwiązanie. Ze strony rodziny dość często pojawia się nie tylko niedowierzanie, lęk i zaprzeczanie, lecz także motywacja do walki z chorobą, wywieranie presji – musisz żyć.

Słowa kluczowe: umieranie, śmierć, człowiek, życie, ból

Summary

Dying is accompanied by a lot of different emotions, and among them the most intensively reveals the hope associated with a sense of meaning of life. Information about a serious and, above all, incurable disease, among others cancer, is a devastating news for the diagnosed

* Janusz Mierzwa – dr hab. nauk społecznych, prof. UPJG w Sanoku
* Renata Niezbecka – mgr teologii, doktorantka w Instytucie Nauk o Rodzinie UPJPII w Krakowie

person. If the predictable life forecast does not leave much time for the patient, then it is more difficult to find a strengthening perspecive. From the family there are often not only disbelief, fear, denial, but also motivation to fight the disease, exerting pressure – you must live.

Keywords: dying, death, man, life, ache

Wstęp

Informacja o ciężkiej, a przede wszystkim o nieuleczalnej chorobie, m.in. nowotworowej, jest bardzo dużym ciosem dla osoby zdiagnozowanej. Jeżeli rokowania nie pozostawiają pacjentowi wiele czasu, to wówczas jest jeszcze trudniej znaleźć jakieś rozwiązanie. Ze strony rodziny dość często pojawia się nie tylko niedowierzanie, lęk, zaprzeczanie, lecz także motywacja do walki z chorobą, wywieranie presji – musisz żyć. Zaskoczenie wywołane wystąpieniem nieuleczalnej choroby wraz z jej konsekwencjami jest tak mocne, że narusza równowagę w funkcjonowaniu całego systemu rodzinnego i jego poszczególnych członków. Nie wszyscy bowiem potrafią sprostać nowemu wyzwaniu, jakim jest choroba osoby najbliższej.

1. Współczesne rozumienie pojęć – ból, cierpienie

Czasy współczesne promują ideał tzw. wiecznej młodości i siły. Środki masowego przekazu natomiast koncentrują się na ukazywaniu tego, co jest sprawne i użyteczne, co można jak najlepiej sprzedać, czyli w skrócie – młodość. Ten, już można powiedzieć, kult młodości jest związany z lękiem przed chorobą i cierpieniem, a nade wszystko śmiercią. Współczesny człowiek niezbyt łatwo przyjmuje do wiadomości, że będzie musiał odejść z tego świata. Jednak wśród problemów społecznych dotyczących naszego ziemskiego bytowania rodzą się pytania o sens lub bezsens ludzkiego cierpienia, o chorobę. Są to pytania skierowane do specjalistów w dziedzinie: medycyny, psychologii, filozofii czy etyki.

Poszukując odpowiedzi na pytanie o sens przemijania[1] i cierpienia, św. Jan Paweł II w Liście Apostolskim *Salvifici doloris*[2] zwraca uwagę na Krzyż Chrystusa. Dla ludzi wierzących – „jest to sens cierpienia równocześnie na wskroś nadprzyrodzony i na wskroś ludzki. Jest nadprzyrodzony, ponieważ zakorzenia się w Boskiej tajemnicy Odkupienia świata. Jest równocześnie głęboko ludzki, ponieważ człowiek odnajduje w nim siebie, swoje człowieczeństwo, swoją godność, swoje posłannictwo. Cierpienie z pewnością należy do tajemnicy człowieka. Może nie tak jak on otoczone jest tą tajemnicą – tajemnicą szczególnie nieprzenikniona"[3].

Ludzie, którzy są doświadczeni bólem i cierpieniem, wymagają nie tylko leczenia bólu fizycznego, lecz także wsparcia, nade wszystko duchowego. W tym rozumieniu należy ukształtować postawy akceptujące ból i cierpienie, jako zjawiska nierozłącznie związane z istotą życia człowieka. Człowiek cierpi. Jedna trzeba zapytać, co zrobi z tym cierpieniem i jaką przyjmie postawę. Owa postawa jest uzależniona od niego samego, czy będzie się bronił, czy buntował, czy zaakceptuje. Religia nie może być traktowana jako jeden ze środków uśmierzających ból, ale może zaproponować drogę dostrzegania sensu cierpienia w kontekście wolności człowieka[4].

Pomimo wielkich postępów w nauce i medycynie, z życia człowieka nie da się wyeliminować choroby, bólu i związanego z nimi cierpienia. Człowiek, który cierpi, bezustannie stawia pytania, przede wszystkim to najważniejsze: dlaczego na świecie istnieje zło w postaci choroby. Cierpienie jest rzeczywistością trudną do uchwycenia, a jeszcze trudniejszą, do zrozumienia[5]. Ból i cierpienie są to zjawiska nierozłącznie związane z życiem człowieka. Pojęcia – „ból", „cierpienie" – w języku potocznym używane są dość często zamiennie, ale w analizach naukowych znajdują swoje rozróżnienie.

---

[1] Przemijanie w poetycki i obrazowy sposób opisał św. Jan Paweł II w *Tryptyku rzymskim* – „Był samotny z tym swoim zdumieniem pośród istot, które się nie zdumiewały – wystarczyło im istnieć i przemijać. Człowiek przemijał wraz z nimi na fali zdumień. Zdumiewając się, wciąż się wyłaniał z tej fali, która go unosiła, jakby mówiąc wszystkiemu wokoło: «zatrzymaj się! – masz we mnie przystań» «we mnie jest miejsce spotkania z Przedwiecznym Słowem» — «zatrzymaj się, to przemijanie ma sens» «ma sens... ma sens... ma sens!»". Jan Paweł II, *Tryptyk rzymski (Medytacje)*, 1. Zdumienie, Wydawnictwo św. Stanisława, Kraków 2003.

[2] List Apostolski *Salvifici doloris* Ojca Świętego Jana Pawła II do biskupów, kapłanów, rodzin zakonnych i wiernych kościoła katolickiego o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia, Watykan 1984.

[3] Tamże, VIII, 31.

[4] *List* Salvifici doloris *jako chrześcijańska definicja cierpienia. Miłość i cierpienie. Misterium Boga i nadzieja człowieka*, J. Malski, I. Rutkowska red., Cisi Pracownicy Krzyża, Głogów 2010.

[5] J. Tarnawa, *Katecheza o cierpieniu i umieraniu w nauczaniu Jana Pawła II*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2002; J.B. Brantschen, *Dlaczego istnieje cierpienie?*, Homo Dei, Kraków 2010.

W definicji systemowej cierpienia, wziętej ze słowników języka polskiego, czytamy, że jest to dolegliwość, przykrość, męczarnia, męka, ból, choroba, dolegliwość fizyczna; wielki ból fizyczny lub moralny[6]. Oprócz znaczenia przedmiotowego, każdy wyraz posiada także znaczenie asocjacyjne, które obejmuje różne cechy dodatkowe, nienależące do ścisłej definicji danego słowa.

W terminologii medycznej najczęściej stosowane jest pojęcie bólu, natomiast w naukach humanistycznych – pojęcie cierpienia. Encyklopedia bioetyki przytacza uznawaną powszechnie definicję bólu, opublikowaną przez Międzynarodową Organizację Badania Bólu, która określa zjawisko jako: „nieprzyjemne doświadczenie czuciowe i emocjonalne, związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywane jako takie uszkodzenie"[7]. Definicja ta podkreśla zarówno fizyczny, jak i psychiczny aspekt doznania bólowego. Wynika z niej również spostrzeżenie, że odczucie bólu jest doznaniem czysto osobistym, a przez to nader subiektywnym. Jednakże ból opisywany przez pacjenta jest wskazaniem do postawienia diagnozy lekarskiej. Z uwagi na stopień natężenia odczuwanego bólu i czas jego utrzymywania się – wymieniane są jego dwa rodzaje, tj. ból ostry i ból przewlekły[8]. „Ból ostry jest doznaniem czuciowym związanym zarówno z działaniem bodźca bólowego (nocyceptywnego), jak i spostrzeżeniem powstającym na podstawie psychicznej interpretacji zjawisk, zmodyfikowanym przez wcześniejsze doświadczenia i uwarunkowania psychosomatyczne"[9]. Ból przewlekły z kolei to doznanie czuciowe, które jest rozciągnięte w czasie i powoduje utrwalenie się doznania bólowego[10]. W aspekcie fizycznym ból pełni u człowieka istotne funkcje zdrowotne, takie jak: ostrzegawczą, obronną i ochronną[11].

W Encyklopedii katolickiej przeczytamy: „stan psychiczny wywołany bólem fizycznym lub psychicznym, spowodowany np. niedomaganiem organizmu (choroba) niemożnością zrealizowania wytkniętego sobie celu lub przeżyciem doznanej przykrości"[12]. Cierpienie jest uwarunkowane wieloma czynnikami i jest również „ak-

[6] *Słownik języka polskiego*, W. Doroszewski red., PWN, Warszawa 1967; *Uniwersalny słownik języka polskiego PWN*, S. Dubisz red., PWN, Warszawa 2006.

[7] R. Szulc, Z.N. Brzózy, *Ból* w: Encyklopedia bioetyki, A. Muszala red., POLWEN, Radom 2005, s. 75.

[8] E. Kowalski, *Osoba i bioetyka*, Homo Dei, Kraków 2009, s. 204-205.

[9] R. Szulc, Z.N. Brzózy, *Ból*, dz. cyt., s. 75.

[10] Tamże, s. 76.

[11] Tamże. Por. E. Kowalski, dz. cyt., s. 204.

[12] F. Bujak, *Cierpienie*, w: Encyklopedia katolicka, t. 3, KUL, Lublin 1985, s. 476-477.

tem złożonym; stanowi mieszaninę przeżyć nazywanych smutkiem, zmartwieniem, przykrością, bólem psychicznym, żalem itp."[13].

Jak zachować się wobec bólu i cierpienia? Takie pytania pojawiają się wówczas, gdy człowiek musi zmierzyć się z tymi dwoma czynnikami. Należy mieć świadomość, że cierpienie jest wpisane w życie człowieka. Wobec tajemnicy cierpienia dobrze jest okazać współczucie. Jednak we współczesnym świecie cierpienie doprowadza wielu ludzi do utraty sensu życia, lęków, stanów depresyjnych, nerwic. Osoby wierzące mogą zaufać Bogu i powierzyć Jemu swoje cierpienie razem z niepewnością[14], co pomaga przezwyciężyć lęk i strach przed ciężką chorobą (m.in. nowotworową) i śmiercią. Cierpienie przyjęte i ofiarowane za innych można łatwiej przeżywać. Należy jednak zaznaczyć, że religia nie może być stawiana na równi ze środkami uśmierzającymi ból. Proponuje ona jedynie drogę dostrzegania sensu cierpienia w kontekście wolności człowieka. Cierpię, ale co zrobię z tym cierpieniem i jaką postawę wobec tej tajemnicy przyjmę, zależy ode mnie i od mojej dojrzałości religijnej. Czasami uwolnienie od przytłaczającej funkcji cierpienia może nastąpić wskutek wyjścia poza krąg własnych problemów i dostrzeżenie innych, którzy niejednokrotnie cierpią bardziej.

2. Postawy współczesnego człowieka wobec choroby nowotworowej

Współcześnie choroba nowotworowa jest drugą co do liczby przyczyną zgonów, więc stanowi złożoną i skomplikowaną pod względem etiologii, epidemiologii i histopatologii jednostkę chorobową. Należy zwrócić uwagę, że u podstaw powstawania nowotworów leżą nieprawidłowości w informacji genetycznej, w wyniku czego komórki organizmu dzielą się w sposób niekontrolowany, natomiast nowo powstałe komórki nowotworowe nie spełniają odpowiednich funkcji. W konsekwencji tego procesu w organizmie pojawiają się struktury organiczne będące zagrożeniem dla jego prawidłowego funkcjonowania i uruchamiające wiele reakcji. Nowotwór jest

[13] Tamże.

[14] Na temat roli Kościoła zob. D. Mikuła-Wesołowska, *Chrześcijański wymiar cierpienia w kształtowaniu osobowości lekarza*, „Studia nad Rodziną" 30-31(2012), s. 327-344; H. Kołodziejczyk, *Współczesne spojrzenie na tajemnicę cierpienia*, Wydawnictwo Diecezjalne, Sandomierz 2003, s. 143-160; Jan Paweł II, *O cierpieniu. Wypowiedzi Ojca Świętego do chorych i pracowników służby zdrowia (1978–1981)*, cz. 1, wybór M. Kloss, Wydawnictwo Ojców Franciszkanów, Niepokalanów 1988.

chorobą, która dotyka całego człowieka, powodując nieodwracalne zmiany fizyczne i psychiczne[15].

Choroba nowotworowa pojawia się często nagle, bez wcześniejszych symptomów, które można byłoby zauważyć i podjąć odpowiednie działanie. Komórki nowotworowe, przed wystąpieniem wyraźnych objawów, rozwijają się w organizmie przez wiele miesięcy w niedostrzegalny sposób. Zanim zostanie zdiagnozowana choroba, przeprowadzane są specjalistyczne badania medyczne, które nie zawsze stosuje się w praktyce lekarza pierwszego kontaktu. W pierwszych fazach choroby wyniki badań bywają niejednoznaczne i mogą wskazywać na wiele innych chorób. Dlatego na początku pacjent nie jest świadomy wystąpienia stresora, jakim jest choroba[16]. Jednak po usłyszeniu diagnozy najczęściej pojawia się niedowierzanie, następnie strach, potrzeba uporządkowania spraw życiowych, ale także gotowość do walki.

Podsumowując, nowotwór symbolicznie przez większość chorych postrzegany jest jako „zabójca", a ci, którzy są nim dotknięci – jako „ofiary". Takie myślenie przekłada się na widzenie choroby nowotworowej, w której bardzo mocno obecne są stereotypy i przesądy. To nasze myślenie o chorobie nowotworowej powoduje, że osoba chora odczuwa lęk, gdyż w jej wyobraźni pojawiają się straszne obrazy tej choroby, tworzone z fragmentów rozmów, filmów czy książek. W wielu kulturach słowo „rak" wywołuje negatywne skojarzenia ze śmiercią, cierpieniem, brakiem nadziei i porażką[17].

Pewna lekarka chirurg opowiada następującą historię: „Kilkanaście lat temu leczyłam młodego człowieka, 25-letniego Marcina. Zgłosił się, bo zauważył, że przebarwienie, które miał od urodzenia w okolicy lewego barku zaczęło boleć, poszerzać się, krwawić. Wstępna lekarska diagnoza była już bardzo poważna. Po weryfikacji histopatologicznej była pewność: czerniak. Właściwe postępowanie lekarskie z kilkoma następującymi po sobie operacjami przyniosło sukces. Pacjent odzyskał zdrowie. Marcin, mimo zalecanych kontroli, nie zgłaszał się systematycznie. Zatarł się w pamięci jako medyczny przypadek. Po trzech latach telefon. Prosi o wizytę. Przepracował się przy budowie domu, przeziębił, kaszle, nie ma siły, leki nie pomagają. Po wstępnych badaniach wniosek: rozsiew nowotworowy. Przerzuty w węzłach chłonnych, płucach, wątrobie. Wykonano wszelkie konsultacje, przeprowadzono po kolei wszystkie metody terapii – poprawy nie będzie. Stan zdrowia pogarszał się z dnia na dzień. Najbliższa rodzina Marcina to młodziutka żona

[15] D. Krok, *W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2017, s. 15.

[16] Tamże, s. 42.

[17] Tamże, s. 51.

i trzyletnia córeczka. Jest jeszcze mama – dzielna, poważna, doświadczona przez los (sama po ciężkiej chorobie). Ojciec jest, ale go nie ma, bo od kilku lat mieszka w Stanach i tam niby zarabia, ale zapomniał, że jest mężem i ojcem. Jest w nowym związku. Ciężar tragicznej informacji o stanie zdrowia syna przyjmuje matka. Zadziwia jej postawa i dojrzałość przeżywania nieszczęścia – spokój, powaga, zrozumienie niemocy medycyny. Ale Marcin nie jest nieprzytomny, umysł ma bystry, inteligentnie kojarzy fakty i zna prawdę. To nie ja, ale on mówi, że jest śmiertelnie chory. Po kątach, gdy nikt nie widzi, płacze żona i matka, ale nie on. W rozmowie dziękuje za wszystko i pociesza mnie, wie, że lekarze niewiele już mogą dla niego zrobić. Jest wdzięczny, cieszy się przeżytym życiem i małą córeczką. Prosi o powiadomienie ojca o sytuacji. Marcin to jedyne dziecko tego małżeństwa. Do czasu przyjazdu ojca udało się zatrzymać pacjenta na oddziale. Stan Marcina ciężki, ale stabilny. Świadomość pełna. Przyjazd ojca rozjaśnił jego twarz, oczy zaiskrzyły się, popłynęły łzy. Rodzina, poza krótkimi momentami, nie wychodziła z pokoju pacjenta. Wyjaśniali sobie wiele spraw taktownie, w ciszy i spokoju. Przy kolejnej mojej wizycie Marcin chwycił mnie za rękę i szeptem powiedział: to nic, że ze mną nie jest dobrze, ale wczoraj widziałem, jak ojciec przytulił mamę i ją pocałował, a ona go pogłaskała. Myśleli, że śpię. Mówiąc te słowa, Marcin się uśmiechnął, ale po twarzy płynęły mu łzy. Następne dni przyniosły pogorszenie. Rodzice trwali przy synu. Marcin szepnął mi, że ojciec zostaje w Polsce i będzie z mamą, a to go bardzo cieszy, chociaż sam nie nacieszy się ojcem, bo odchodzi. I dodał: widzi pani, pani doktor, nie wszystko stracone. Martwiłem się, ale będzie miał kto opiekować się mamą. Gdyby nie moja choroba, ojciec pewnie by nie wrócił. Było wczesne popołudnie. Chłopak umierał. Przy śmierci była cała rodzina: żona, córeczka, mama i ojciec. Były łzy, ale ciche, bez szlochu. Marcin umierał przytomnie, uśmiechając się do bliskich, trzymając w ręku różaniec i przytulając żonę. Po twarzy spłynęły mu dwie ogromne łzy. Kiedy przestał oddychać, weszłam stwierdzić jego odejście. Było niezwykle spokojnie i jakoś uroczyście i słychać było, daję słowo, jak Bóg zstępuje na brzeg ciszy”[18].

3. Umieranie

Umieranie nieuleczalnie chorego, a takimi są chorzy na nowotwór, jest powolnym procesem. Towarzyszenie umierającemu, np. dziecku, stanowi jedno z najtrud-

[18] Prezentacja postaw ludzkich wobec cierpienia opiera się na świadectwach wybranych osób, które zechciały udzielić wywiadu na ten temat. Wywiad z D. K. przeprowadzony 14.02.2012.

niejszych zadań w opiece paliatywnej. Najważniejszym działaniem, które ma szansę zmniejszyć ból, może być wzbudzenie w umierającym przekonania, że jest bezwarunkowo kochany przez swoją rodzinę, bliskich, przyjaciół i Boga[19].

„W ostatnich miesiącach życia przede wszystkim zmniejsza się zainteresowanie światem zewnętrznym. Chory rozmyśla nad swoim życiem, wspomina i ocenia jak żył, czego żałuje, a z czego jest dumny. Stara się też doprowadzić do końca niepozałatwiane sprawy"[20]. Lekarze zwracają uwagę na objawy fizjologiczne chorego, takie jak: zmniejszony apetyt, chudnięcie, zmęczenie i osłabienie oraz częstsze i dłuższe przysypianie. Chory może wtedy prosić o eutanazję, gdyż boi się bólu, ale może też obawiać się utraty godności, z czego nie zawsze zdają sobie sprawę najbliżsi. W ostatnich tygodniach życia terminalnie chory coraz mniej mówi i coraz dłużej śpi. Pojawia się świadomość bliskości śmierci, halucynacje i dezorientacja oraz widzenie zmarłych bliskich osób. Spada temperatura ciała (o jeden stopień lub więcej), zmniejsza się ciśnienie tętnicze krwi, występuje bladość i sinica oraz większa potliwość. Oddech staje nieregularny, słychać rzężenie i kaszel. W ostatnich dniach życia chory jest bardzo osłabiony i wyłącznie leży. Nie może jeść, ma coraz większe problemy z połykaniem, pije małymi łykami i nie chce przyjmować tabletek. Przesypia większość czasu, a kontakt z nim jest coraz trudniejszy. Postępują zmiany fizjologiczne. Tętno jest słabo wyczuwalne, oddech płytki i wolniejszy. Skóra jest zimniejsza i bardziej lepka, pojawia się sinica na kończynach i wokół ust. Zakłócona zostaje kontrola zwieraczy, czego skutkiem jest nietrzymanie stolca i moczu. W tym okresie u chorego zaskakująco może się pojawić przypływ energii. Chce wstać z łóżka, choć wcześniej nie było to możliwe, wykazuje większą ochotę do rozmowy i większy apetyt, ale często jest to mylące. W ostatnich godzinach życia człowiek traci stopniowo przytomność. Może mieć oczy otwarte, ale nie widzi tego, co się dookoła niego dzieje. Wydaje się, że słyszy, lecz nie reaguje na otoczenie. Gałki oczne ma zapadnięte i nie domyka powiek. A na twarzy widać rozluźnienie[21].

Agonia w chorobie nowotworowej jest końcową fazą umierania – to ostatnie 48 godzin w życiu chorej osoby. Najczęstszy objaw agonii: głośny oddech, nazywany „rzężeniem przedśmiertnym" – jest typowy w procesie umierania i dotyczy 90%

[19] J. Szymołon, *Rola rozwoju moralnego i religijnego procesie wychowania*, „Studia nad Rodziną" 22-23(2008), s. 240.

[20] Ekspert: można i należy przewidzieć ostatnie chwile życia umierającego, http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,391532,ekspert-mozna-i-nalezy-przewidziec-ostatnie-chwile-zycia-umierajacego.html (dostęp: 10.12.2019).

[21] Ekspert: można i należy przewidzieć ostatnie chwile życia umierającego, http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,391532,ekspert-mozna-i-nalezy-przewidziec-ostatnie-chwile-zycia-umierajacego.html (dostęp: 10.12.2019).

umierających. Oddech ten jest spowodowany osłabieniem siły mięśniowej mięśni gardła, krtani i tchawicy oraz zaleganiem wydzieliny. Mają też miejsce: wyostrzenie rysów twarzy, woskowa cera, brunatne zabarwienie skóry, zaburzenia w oddawaniu moczu, nasilony ból nowotworowy związany z odleżynami, ból kostny…[22].

Każda rodzina na swój sposób przeżywa czas po śmierci swojego bliskiego, np. dziecka. Powinien w tej sytuacji zapanować spokój i cisza, ponieważ rozpacz, krzyk i płacz mogą unicestwić szansę na pożegnanie. Tym chwilom może towarzyszyć modlitwa, która nadaje im szczególny wymiar i sens umierania. Ostatnie chwile życia są ważne w przeżywaniu żałoby, ale należy podkreślić, że decydujący wpływ mają momenty następujące tuż po śmierci. Jest to czas pożegnania przez bliskich[23].

Po śmierci ukochanej osoby członkowie rodziny mogą zadawać pytania, których tematyka wiąże się ze śmiercią. Są one najczęściej konkretne, choć z punktu widzenia profesjonalistów niekiedy banalne, ale osoby wspierające rodzinę powinny znaleźć czas, by wysłuchać pojawiających się wątpliwości i wyczerpująco na nie odpowiedzieć.

4. Opieka nad chorym jako posługa

Osoba, która decyduje się na opiekę nad chorym, szczególnie umierającym, a ujmując precyzyjniej – posługę mu, powinna umieć nawiązać dobry kontakt z cierpiącym oraz jego rodziną[24]. Choroba i zbliżająca się śmierć, to nie muszą być jedyne tematy rozmów. Dlatego Kościół, jako wspólnota, jest wezwany do czułej opieki nad chorymi i cierpiącymi. Nieodzowna jest współpraca między duszpasterzami posługującymi chorym a personelem medycznym, a także wolontariuszami. Zaangażowanie do niesienia pomocy chorym i cierpiącym, czyli typowa opieka zdrowotna, pomoc socjalna, szeroko rozumiana działalność humanitarna, duszpasterska, to działania, które trzeba traktować jako powołanie[25].

---

[22] https://www.zwrotnikraka.pl/objawy-smierci-agonia/; https://www.doz.pl/zdrowie (dostęp: 10.12.2019).

[23] P. Krakowiak i in., *Sztuka komunikacji z osobami u kresu życia. Poradnik dla profesjonalistów i opiekunów nieformalnych – rodzin i wolontariuszy*, Fundacja Hospicyjna Lubię Pomagać, Gdańsk 2013, s. 105.

[24] U. Bejma, *Wsparcie społeczne w sytuacjach granicznych – wybrane zagadnienia*, „Studia nad Rodziną" 38(2016), s. 115-124.

[25] P. Krakowiak, *Duchowo-religijna troska o ciężko i przewlekle chorą osobę*, w: Przewlekle chory w domu. Poradnik dla rodzin i opiekunów, P. Krakowiak, D. Krzyżanowski, A. Modlińska red., Fundacja Hospicyjna Lubię pomagać, Gdańsk 2010, s. 339-347.

Osoby, które prowadzą katechezę dla młodzieży również powinny zachęcać swoich wychowanków, by angażowali się w wolontariat, czyli służbę na rzecz osób będących w potrzebie. W ten sposób wśród młodych ludzi wyrabia się cechy bezinteresowności i systematyczności w pomocy bliźnim, które są bardzo przydatne w dorosłym życiu[26].

5. Zakończenie

We współczesnym świecie problematyka choroby i umierania nieczęsto jest obecna w rozważaniach dotyczących egzystencji człowieka. Można nawet powiedzieć, że choć choroba i śmierć są wpisane w naturę człowieka, to jako tematy trudne i niewygodne są nadal traktowane jako społeczne *taboo*.

Tymczasem zarówno człowiek chory, jak i osoby mu towarzyszące, oprócz wsparcia informacyjnego dotyczącego możliwości terapeutycznych i rokowań, jakie daje podjęte leczenie, potrzebują wsparcia emocjonalnego i duchowego, które pozwoli zrozumieć i przeżyć szczególnie trudny czas, który stał się ich udziałem.

Bibliografia

Bejma U., *Wsparcie społeczne w sytuacjach granicznych – wybrane zagadnienia*, „Studia nad Rodziną" 38(2016).

Brantschen J.B., *Dlaczego istnieje cierpienie?*, Homo Dei, Kraków 2010.

Bujak F., *Cierpienie*, w: Encyklopedia katolicka, t. 3, KUL, Lublin 1985.

Jan Paweł II, *O cierpieniu. Wypowiedzi Ojca Świętego do chorych i pracowników służby zdrowia* (1978-1981), cz. 1, wybór M. Kloss, Wydawnictwo Ojców Franciszkanów, Niepokalanów 1988.

Jan Paweł II, *Tryptyk rzymski (Medytacje)*, 1. Zdumienie, Wydawnictwo św. Stanisława, Kraków 2003.

[26] A. Mikucki, *Wychowanie w Szkolnych Kołach Caritas*, w: By nie zabrakło miłości. Piętnaście lat Szkolnych Kół Caritas, Z. Sobolewski, A. Sochal red., Fundacja Pro Caritate, Warszawa 2011, s. 64-66.

Kołodziejczyk H., *Współczesne spojrzenie na tajemnicę cierpienia*, Wydawnictwo Diecezjalne, Sandomierz 2003.

Kowalski E., *Osoba i bioetyka*, Homo Dei, Kraków 2009.

Krakowiak P. i in., *Sztuka komunikacji z osobami u kresu życia. Poradnik dla profesjonalistów i opiekunów „nieformalnych – rodzin i wolontariuszy*, Fundacja Hospicyjna Lubię Pomagać, Gdańsk 2013.

Krakowiak P., *Duchowo-religijna troska o ciężko i przewlekle chorą osobę* w: Przewlekle chory w domu. Poradnik dla rodzin i opiekunów, P. Krakowiak, D. Krzyżanowski, A. Modlińska red., Fundacja Hospicyjna Lubię Pomagać, Gdańsk 2010.

Krok D., *W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2017.

List Apostolski *Salvifici doloris* Ojca Świętego Jana Pawła II do biskupów, kapłanów, rodzin zakonnych i wiernych kościoła katolickiego o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia, Watykan 1984.

Malski J., Rutkowska I. red., *List* Salvifici doloris *jako chrześcijańska definicja cierpienia. Miłość i cierpienie. Misterium Boga i nadzieja człowieka*, Cisi Pracownicy Krzyża, Głogów 2010.

Mikucki A., *Wychowanie w Szkolnych Kołach Caritas*, w: By nie zabrakło miłości. Piętnaście lat Szkolnych Kół Caritas, Z. Sobolewski, A. Sochal red., Fundacja Pro Caritate, Warszawa 2011.

Mikuła-Wesołowska D., *Chrześcijański wymiar cierpienia w kształtowaniu osobowości lekarza*, „Studia nad Rodziną" 30-31(2012).

Słownik języka polskiego, W. Doroszewski red., PWN, Warszawa 1967.

Szulc R., Brzózy Z.N., *Ból*, w: Encyklopedia bioetyki, A. Muszala red., Polwen, Radom 2005.

Szymołon J., *Rola rozwoju moralnego i religijnego w procesie wychowania*, „Studia nad Rodziną" 22-23(2008).

Tarnawa J., *Katecheza o cierpieniu i umieraniu w nauczaniu Jana Pawła II*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2002.

Uniwersalny słownik języka polskiego PWN, S. Dubisz red., PWN,Warszawa 2006.

Witek S., *Cierpienie*, w: Encyklopedia katolicka, t. 3, KUL, Lublin 1985.

http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,391532,ekspert-mozna-i-nalezy-przewidziec-ostatnie-chwile-zycia-umierajacego.html (dostęp: 10.12.2019).

https://www.doz.pl/zdrowie (dostęp: 10.12.2019).

https://www.zwrotnikraka.pl/objawy-smierci-agonia (dostęp: 10.12.2019).

Mária Dávideková*

Vzťah sociálnych služieb a sociálnej práce

(Relationship between Social Services and Social Work)

Abstrakt

Sociálne služby sa stali súčasťou sociálneho zabezpečenia , majú svoje miesto v sociálnej politike nášho štátu, samospráve a neštátnych subjektoch, pomáhajú preklenúť nepriaznivú sociálnu situácia klienta .

Zákon o sociálnych službách stanovuje legislatívne právo každej fyzickej osobe na poskytnutie sociálnej služby ako základné ľudské právo, ktoré mu napomáha zachovať ľudský dôstojný život.

Sociálne služby v súčasnosti predstavujú veľmi širokú oblasť pomoci klientom v rôznych nepriaznivých životných situáciách . Stávajú sa ústredným pojmom sociálnej politiky na Slovensku. Sociálne služby a ich kodifikovaná komplexná úprava tvoria súčasť systému sociálnej pomoci a patria medzi základné piliere sociálnej ochrany.

Kľúčové slová: sociálne služby, sociálna práca, inštitucionalizácia, prijímateľ

Summary

Social services have become part of social security and have place in the social policy of our country, government and non-state actors helping to overcome the social situation of the people. Social Services Act provides the legislative right of every natural person for the provision of social services as a fundamental human right that it helps to maintain a dignified human life. Social services currently represent a

* Mária Dávideková - Doc. PhDr., PhD; Fakulta sociálnych vied, Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave

very wide range of assistance to clients in a variety of adverse situations. They become a central concept of social policy in Slovakia. Social services and their codified comprehensive revision are part of the social assistance system and are fundamental pillars of social protection.

Keywords: social services, social work, institutionalization, recipient

Úvod do problematiky

Z historického kontextu predstavujú sociálne služby najstaršiu súčasť sociálnej práce. Z uvedeného dôvodu sa venujeme problematike vzťahu sociálnych služieb a sociálnej práce.

Riešenie problémov jednotlivcov, rodín alebo skupín občanov ovplyvňuje klímu celej spoločnosti, a preto sociálne služby majú svoje miesto v sociálnej politike štátu, samosprávy a neštátnych subjektov. Význam sociálnych služieb nie je dôležitý len vzhľadom na množstvo klientov, ktorí ich potrebujú, ale hlavne preto, že bez ich pôsobenia by časť klientov nemala možnosť podieľať sa na spoločenskom živote, nebolo by možné uplatnenie ich ľudských a občianskych práv a dochádzalo by k ich sociálnemu vylúčeniu. Sociálne služby sú poskytované ľuďom spoločensky znevýhodneným, a to s cieľom zlepšiť kvalitu ich života, prípadne ich v maximálnej možnej miere do spoločnosti začleniť. Sociálne služby zohľadňujú tak osobu prijímateľa, jeho rodinu, skupinu do ktorej patria.

S organizovanou formou sociálnej služby sa môžeme stretnúť už napr. pri zakladaní prvých inštitúcií pre handicapovaných jednotlivcov, ktorých najväčší rozvoj nastal koncom 18. a začiatkom 19. storočia.

V poslednom období sa aj na Slovensku postupne upúšťa od priamej viazanosti sociálnych služieb na sociálno-demografické ale aj iné charakteristiky človeka a vychádza sa pri ich tvorbe z definície uznanej nepriaznivej životnej alebo sociálnej situácie. Podstatne najdôležitejšou hlavnou charakteristikou nepriaznivej životnej sociálnej situácie človeka je odkázanosť na pomoc inej osoby, ktorá môže byť podmienená buď vyšším vekom, ale aj zdravotným postihnutím, alebo inými závažnými dôvodmi. V konečnom dôsledku sociálne služby predstavujú, právnu formu sociálnej ochrany jednotlivca, skupiny, komunity i spoločnosti, ktorá vychádza z princípov bezpečia a zabezpečenia ohrozených skupín obyvateľstva.

Z historického pohľadu ide o najstaršiu súčasť sociálnej práce. Záujem o sociálne služby, ich profesionalizáciu, miesto v spoločnosti bol markantný najmä na

začiatku 20. storočia. Podrobnejšie sa historickému kontextu vo vývoji sociálnej práce a sociálnych služieb venujeme v nasledujúcom texte.

1. Humanizácia sociálnych služieb v historickom kontexte vývoja

Vo viacerých krajinách po roku 1970 sa začala realizovať samotná špecializácia, humanizácia a normalizácia sociálnych inštitúcií, avšak svojim charakterom stále sú to veľkokapacitné sociálne zariadenia, postupne prebieha ich špecializácia podľa jednotlivých sociálnych udalostí, problémov cieľových skupín užívateľov služieb a zmeny, ktorých cieľom bola *humanizácia* sociálnych služieb v inštitúciách a *normalizácia***.** Všetky uvedené procesy boli previazané a nadväzovali na humanisticky orientovanú filozofiu, psychológiu, etiku, ktorá do centra pozornosti spoločnosti znovu postavila človeka a jeho dôstojnosť. Samotný humanizmus ako významná etapa v dejinách vývoja sociálnych služieb požadoval od sociálnych pracovníkov, zdravotníkov, psychológov, manažérov, aby podmienky v ktorých sú sociálne služby poskytované zodpovedali, dôstojnosti a rešpektu k osobnosti človeka. Normalizácia ako reformný proces sociálnych služieb, si kládla za cieľ vyrovnať podmienky kvality života bežných občanov v spoločnosti s podmienkami života prijímateľov sociálnych služieb v inštitúciách. Uvedené procesy humanizácie a normalizácie, mali zásadný význam predovšetkým pre život občanov s postihnutím, nakoľko viedli k ich postupnej sociálnej integrácii a inklúzii. Tieto zásadne zmeny boli spojené s ďalším významným sociálnym procesom, bez ktorého by sociálna integrácia a inklúzia bola nemožná a to s procesom transformácie sociálnych služieb, ktorá je v Európe označovaná aj ako proces deinštitucionalizácie. Dôležitou silou transformácie, resp. deinštitucionalizácie sociálnych služieb je rešpektovanie základnej ľudskej potreby človeka, žiť a existovať v každodenných, prirodzených, rodinných, rovesníckych a komunitných sociálnych vzťahov sociálnych vzťahoch. Je dôležité uviesť, že transformácia, resp. deinštitucionalizácia systému sociálnych služieb je radikálna, dlhotrvajúca zmena inštitucionalizovaného systému, ktorá umožní občanovi so špeciálnymi potrebami žiť čo najviac v prirodzenej sociálne sieti vzťahov.

1.1. Historický pohľad – inštitucionalizované služby

Prvé cirkevné sociálne služby začali poskytovať kláštory a neskôr jednotlivé farnosti. Farnosti sa neskôr stali prvými subjektmi, ktorým panovníci prostredníctvom právnych noriem zverili starostlivosť o chudobných. Vznik prvých inštitucionalizovaných služieb v stredoeurópskom priestore v mestách môžeme sledovať v 13. storočí n. l., kedy končí pustovnícky život (žobravých) mníchov v mníšskych rádoch a vznikajú v mestách prvé kláštory[1]. V samotných kláštoroch boli poskytované služby pre ľudí núdznych, kde sa im dostalo stravy, ošatenia niekedy aj nocľahu. Kláštory sa stali centrami poznania predovšetkým v oblasti zdravotnej starostlivosti. Začali vznikať aj strediská charity, ktorých úlohou bolo udržať regionálnu rovnováhu. Jedným z hlavných prostriedkov starostlivosti o chudobných boli špitály, vznikajú od 11.storočia tiež aj na území terajšieho Slovenska charitatívne, sociálne, zdravotné ústavy, ale aj uvádzané tzv. lazarety tiež špitále, známe sú napr. Špitál svätej Alžbety (14.storočie), Špitál sv. Ladislava v Bratislave (1095) špitál v Prahe – Špitál sv. Lazara (13.storočie). Boli to osobitné charitatívne, sociálne a zdravotnícke zariadenia, ktoré zriaďovali biskupi, farári a neskôr aj samotné mestá. V 14.storočí ovplyvňoval starostlivosť o postihnutých ľudí zákon „o domovskom práve", ktorý určil obciam poskytovať prirodzené podmienky. Podľa O. Matouška, tento zákon vydal Ferdinand I. v r. 1552[2].

1.2. Vznik prvých inštitúcii a inštitucionalizácia v povojnovom Československu

Veľkokapacitné sociálne zariadenia nachádzajúce svoje miesto v bývalom Československu (po roku 1945) slúžia a sú svojím zameraním pre rôzne postihnutých občanov (telesne postihnutí, duševne postihnutí). Takáto situácia bola v celej západnej Európe. Postupná selekcia, špecializácia zariadení sociálnych služieb pokračuje až do roku 1950. Deti a mládež s mentálnym, telesným alebo kombinovaným postihnutím absolvovali vzdelanie na školách, pričom vzdelávanie bolo súčasťou ďalších služieb spojených s výchovou, sociálnou a zdravotnou starostlivosťou, je potrebné

[1] O. Matoušek, *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánovaní, hodnocení*, Portál, Praha 2007, s. 13.

[2] O. Matoušek, *Ústavní péče*, Portál, Praha 1995.

zdôrazniť, že po roku 1945 pri ústavoch boli zriaďované štátne ústavne školy. Ako príklad uvádzame, že pri Štátnom detskom liečebnom ústave Šrobárovom v Dolnom Smokovci bola zriadená Štátna ústavná škola. Liečebný ústav zabezpečoval a poskytoval zdravotnú starostlivosť pre deti a mládež s „zhybovou a kostnou tuberkulózou" a po ukončení 8-ročného vzdelávania malo byť doplnené v „pokračovanej škole" s možnosťou vyučovania v košikárstve, krajčírstve, knihárstve, modelárstve a pod. (Návrh štatútu Štátnej ústavne školy pri Štátnom detskom liečebnom ústave Šrobárovom v Dolnom Smokovci, Dolný Smokovec, z 10. decembra 1945).

Ako ďalšiu významnú inštitúciu je potrebné uviesť, v Slávnici bol zriadený Domov slovenských mrzáčkov. Podľa Organizačného štatútu Domova slovenských mrzáčkov v Slávnici (vydaného 25. februára 1940) bolo cieľom domova „zmrzačeným deťom nahradiť rodičovský domov a vychovať z nich riadnym sebestačným občanov, ktorí sú schopní bez cudzej pomoci založiť si svoju existenciu, podať im potrebného školského vzdelania takého, ako dáva ľudová škola. Nadanejším deťom je potrebné pomôcť k ďalšiemu štúdiu, vyučiť ich podľa ich schopnosti remeslu pre samostatné životné povolanie". Uvedený domov mal aj internátnu časť, školu a dielne (košikárska, kobercovňa, strojnícka, záhradníctvo). Ústav bol financovaný zo zisku z vlastného hospodárenia, zo zisku záhradníctva a poľnohospodárstva, zo zisku vlastných dielni, subvencií, podpôr a darov súkromného rázu, príspevkov rodičov, chovancov, obcí. Podľa organizačného poriadku neboli do domova prijímané „deti blbé alebo s ťažkou duševnou nemocou". Domov v Slávnici zabezpečoval pre každé dieťa šatstvo, obuv, bielizeň. Rodičia nemali právo zasahovať do výchovy alebo výučby. Mali však možnosť informovať sa a presvedčiť sa o prospechu a chovaní svojich detí. Zriaďovateľom domova bol zemský spolok pre zmrzačených v Bratislave. Pri domove bola zriadená Špeciálna ústavná škola. Napriek tomu, že bol domov klasickou, tradičnou inštitúciou, z hľadiska obsahu poskytovaných služieb bol zameraný na výchovu osobnosti, rozvíjanie osobnostných vlôh a prípravu na praktický život. Domov mal niekoľko častí: výchovnú, vyučovaciu, hospodársku, administratívnu. Zabezpečovanie sociálnych služieb v internátnej časti mali na starosti ošetrovateľky. Pracovnou náplňou bolo zabezpečenie dozoru nad deťmi a mládežou v čase mimo vyučovania. Ošetrovatelia zodpovedali za výchovnú, zdravotnú a sociálnu starostlivosť. Medzi profesiami, ktoré patrili k obslužnému personálu boli kočiš, slúžky, strojník. Je pozoruhodné, že k úlohám, ktoré domov v Slávnici plnil patrila aj „staroslivosť o svojich prepustených chovancov i naďalej tak, že vedú o nich evidenciu".

V období rokov 1950-1970 je pre Európu charakteristické udržiavaním a budovaním veľkokapacitných zariadení nielen v Československu ale aj krajinách východného bloku. Inštitucionalizácia a inštitúcie popri rodine a škole plnia dôležitú a významnú funkciu aj v samotnom v systéme sociálnych služieb. V týchto krajinách

sa aj po roku 1970 rozširuje rozsiahla sieť inštitucionálnej starostlivosti. Tento proces má svoje regionálne špecifiká, ktoré súvisia s demokratizáciou, razantnosťou reforiem, decentralizáciou, pluralitou poskytovateľov služieb.

Dejiny vývoja sociálnych služieb považujeme za objektívne dôvody realizácie reforiem, transformácie resp. deinštitucionalizácie. Transformácia je zložitý proces a všetci, ktorí sa podieľajú na jej realizácii nevyhnutne potrebujú na profesionálnej úrovni tieto procesy poznať, interpretovať, vysvetľovať a následne precízne viesť, pretože sa dotýkajú jedinečných ľudských životov.

Transformácia v sociálnej sfére neobišla ani našu spoločnosť, je to proces zložitý, náročný, ale zároveň aj nevyhnutný, tento proces nie je stále ukončený.

2. Význam transformácie sociálnych služieb na Slovensku

Zákonom č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov (od 1.1.2009) sa zmenila dovtedajšia filozofia v poskytovaní sociálnych služieb na Slovensku.

Nová filozofia v poskytovaní sociálnych služieb priniesla väčšiu ponuku – variabilitu sociálnych služieb, klienti si tak môžu vybrať z niekoľkých druhov a foriem sociálnych služieb.

Transformácia zariadení sociálnych služieb je jednou, špeciálnou časťou transformačného procesu spoločnosti. Proces transformácie zariadení sociálnych služieb je podmienený a možný za predpokladu realizácie celospoločenských transformačných zmien a to predovšetkým transformácie sociálnej politiky, ale aj sociálnej sféry. Žijeme v 21.storočí a v mnohom sme si podobní s tými občanmi, ktorí žili pred nami. V jednom sa však od ich určite odlišujeme, máme jedinečnú možnosť zhodnocovať skúsenosti ľudstva z minulých tisícročí a storočí. Táto skúsenosť nás často prekvapí v tom, že zdanlivo nové veci, zmeny, transformácie, nie sú v skutočnosti nové, ale sú len znovu objavovaním základných predpokladov pre život, ktoré sme z nejakých príčin zanedbali[3].

V súčasnosti na Slovensku ešte stále sa realizuje transformácia sociálnych služieb, ktorá sa bezprostredne dotýka poskytovania sociálnych služieb pre jednotlivých klientov. Konštatujeme, že z uvedeného pohľadu je transformácia sociálnych

[3] S. Krupa, *Kvalitné sociálne služby*, Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, Bratislava 2007.

služieb, len zosúladením podmienok života ľudí s ich potrebami a právami, tak aby mohli žiť dôstojný život[4].

V poslednom období sa v SR niekoľkokrát zmenila rámcová legislatíva určujúca kritéria a podmienky pre poskytovanie sociálnych služieb. Uskutočnila sa decentralizácia sociálnych služieb sprevádzaná značne veľkým presunom kompetencií na samosprávu – obce, mestá, VÚC a neštátne subjekty. Úloha štátu pri poskytovaní sociálnych služieb na Slovensku sa postupne minimalizuje, štát prestáva byť poskytovateľom sociálnych služieb, je skôr akýmsi činiteľom, ktorý zabezpečuje priaznivé prostredie so zvýšenou zodpovednosťou za zabezpečenie spravodlivého poskytovania kvalitných sociálnych služieb pre všetkých[5].

Kladie sa značne veľký dôraz na realizáciu procesov ako demokratizácia a humanizácia, profesionalizácia zamestnancov, modernizácia a inovácia. Značným spôsobom sa rozšírila paleta sociálnych služieb – rôzne druhy, rôzna kvalita, rôzni zriaďovatelia – začal fungovať trh sociálnych služieb. Uplatňujú sa známe trendy v sociálnych službách – podpora rozvoja terénnych a ambulantných sociálnych služieb, či viac zdrojové financovanie. Terénne a ambulantné sociálne služby sú zamerané na individuálnu podporu života klientov v prirodzenom prostredí, na udržiavanie alebo zlepšenie ich sebestačnosti. Naďalej je oveľa väčší je však záujem o pobytovú formu sociálnych služieb.

Sociálne služby v súčasnosti sa prostredníctvom reformy verejnej správy stávajú pre svojich prijímateľov konkrétne, adresné[6]. Sociálne služby zabezpečujú v súčasnosti obce a VÚC sami, resp. prostredníctvom právnickej osoby zriadenej alebo založenej obcou alebo VÚC, alebo u neverejného poskytovateľa sociálnych služieb. Ak má občan záujem o poskytovanie sociálnej služby, musí požiadať o posúdenie odkázanosti na konkrétnu službu. Sociálne služby sú odborné, obslužné ale aj ďalšie činnosti, alebo ich súbor, ktorých cieľom je predovšetkým riešenie nepriaznivej situácie občana, ktorý sa z rôznych dôvodov ocitol v situácií, ktorú nevie, nedokáže, alebo nemôže vyriešiť vlastnými silami[7].

[4] M. Šmidová, *Perspektívy pomoci ľuďom s postihnutím a ich rodinám*, Dobrá kniha, Trnava 2013.

[5] M. Schavel, *Sociálna prevencia*, VŠZaSP sv.Alžbety, Bratislava 2010.

[6] O. Bočáková, *Sociálna politika a sociálne zabezpečenie*, Tribun s.r.o., Brno 2015.

[7] M. Dávideková, *Sociálne služby*, UCM, Fakulta sociálnych vied, Trnava 2014.

3. Sociálne služby – sociálna ochrana – sociálna práca

Systém sociálnej ochrany vychádza z národnej legislatívy a preto je konkrétny a špecifický pre každú krajinu. Systém sociálnej ochrany predstavuje záchrannú sociálnu sieť pre znevýhodnených občanov- pre starších, nezamestnaných, chudobných ale aj ŤZP.

Sociálne služby ako ťažisko sociálnej pomoci pre ľudí v nepriaznivých sociálnych situáciách, sú podriadené systému sociálnej ochrany v krajine. Národné priority rozvoja sociálnych služieb sú reakciou na dôležitú výzvu, ktorej čelí celá Európa, ktorej je aj modernizácia sociálnych služieb. Medzi ciele národných priorít rozvoja sociálnych služieb patrí najmä zabezpečenie práva občanov na sociálne služby, zvýšenie kvality a dostupnosti sociálnych služieb s dôrazom na rozvoj nedostatkových sociálnych služieb, alebo na rozvoj sociálnych služieb, ktoré v jednotlivých samosprávnych krajoch a obciach chýbajú.

Autorky uvádzajú, že pojem *sociálna ochrana* je v podmienkach Slovenska nový, tradíciu má skôr pojem „sociálne zabezpečenie“[8]. Zavedenie tohto pojmu patrí do obdobia, kedy sa Slovensko zapojilo do systematického monitoringu a porovnávania situácie v oblasti sociálneho zabezpečenia medzi rozličnými vybranými európskymi krajinami. V súvislosti s vecným usporiadaním tohto typu monitoringu možno systém sociálnej ochrany na Slovensku rozdeliť na 4 časti:

(1) zdravotná starostlivosť,
(2) systém sociálneho poistenia,
(3) štátna sociálna podpora,
(4) sociálna pomoc.

Uvedené rozdelenie korešponduje so skutočnosťami, ktoré sú obsahom zisťovaní na úrovni EK vo všetkých členských štátoch v oblasti sociálnej ochrany (napr. Eurostatom). Samotný rozsah sociálnej ochrany sa v tomto systéme vymedzuje ako sociálne poistenie, dávkový systém sociálneho zabezpečenia, sústava sociálnych služieb ale aj politika trhu práce. V súčasných európskych krajinách boli v rámci sociálneho štátu (štátu verejných sociálnych služieb) vytvorené aj iné spôsoby sociálnej ochrany znevýhodnených, ako je priame poskytovanie sociálnych služieb. Sociálna ochrana je termín a jeho výklad je veľmi rozsiahly[9].

[8] L. Brichtová, K. Repková, *Sociálne služby: zacielené na kvalitu. (V kontexte zmien zákona o sociálnych službách od roku 2014)*, Inštitút pre výskum práce a rodiny, Bratislava 2014, s. 9.

[9] O. Matoušek, *Sociální služby. Legislatíva, ekonomika, plánovaní, hodnocení*, Portál, Praha 2007.

Autor I. Tomeš charakterizuje sociálnu ochranu širšie, nakoľko okrem pojmov ako sociálne zabezpečenie, sociálna starostlivosť, zdravotná a sociálna prevencia, zaraďuje do nej aj pojem pracovnoprávna ochrana a ochrana prostredia (ekológia). V jeho ponímaní je „sociálna ochrana systematické úsilie verejnoprávneho subjektu o prevenciu a riešenie obtiažnych životných situácií, ktoré vedú k ekonomickej alebo sociálnej núdzi a ktoré občania nie sú schopní riešiť vlastnými silami alebo silami svojej rodiny alebo susedskou výpomocou“[10].

V odbornej literatúre nachádzame rôzne charakteristiky, vymedzenia, definície sociálnej práce, ktoré sú často závislé od toho, z akého aspektu samotní autori naň nahliadajú. Jednou z prvých ucelenejších definícií pre potreby slovenskej teórie a praxe v oblasti sociálnej práce patrila definícia prijatá účastníkmi národnej konferencie „Systém sociálneho školstva na Slovensku“ (1998) konanej pod záštitou MPSVR SR. Sociálna práca sa charakterizovala a vymedzila ako „špecifická odborná činnosť, ktorá smeruje k zlepšovaniu vzájomného prispôsobovania sa jednotlivcov, rodín, skupín a sociálneho prostredia, v ktorom žijú ak rozvíjaniu sebaúcty a vlastnej zodpovednosti jednotlivcov s využitím zdrojov poskytovaných spoločnosťou. Je činnosťou v prospech klienta (jednotlivca, rodiny, skupiny, komunity), ktorú je možné charakterizovať pojmami pomoc, podpora, sprevádzanie“[11].

Nie menej dôležitá je aj definícia sociálnej práce podľa Medzinárodnej federácie sociálnych pracovníkov alebo definícia Matouška v ktorých je zahrnutý jej vedecký aj pragmatický (výkonný, aplikačný) aspekt[12].

Autorka Levická uvádza, že sociálna práca je vo svete v súčasnosti vnímaná ako multidisciplinárna až transdiciplinárna vedná oblasť, ktorá disponuje špeciálnymi metódami práce a teoreticky je zameraná na oblasť starostlivosti o jednotlivca, skupinu, komunitu či spoločnosť, ako aj na prípravu odborníkov do tejto oblasti, pričom dodáva, že sociálna práca je tiež praktická činnosť[13].

V uvedenom zadefinovaní sociálnej práce nachádzame komplexnosť vymedzenie sociálnej práce ako praktickej, vedeckej a edukačnej disciplíny. Autorka Levická, uvádza, že sociálna politika vytvára konkrétne možnosti a formy pomoci (medzi nimi aj sociálne služby) a tieto sa v praxi realizujú prostredníctvom sociálnej práce. Iní autori a autorky však poukazujú na fakt, že sektor starostlivosti pracuje s rozličnými pojmami, ktoré sa často používajú až príliš voľne a ako synonymá.

---

[10] I. Tomeš, *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*, Socioklub, Praha 1996, s. 20.

[11] J. Levická, *Úvod do teórie sociálnej práce*, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity, Trnava 2000, s. 6.

[12] J. Levická, *Sociálna práca*, Oliva, Trnava 2007; O. Matoušek, *Sociální služby*..., op. cit.

[13] J. Levická, *Sociálna*..., op. cit.

Napr. podľa Litske et al., sektor starostlivosti je súborom opatrení, ktoré sa spájajú so sociálnymi službami, sociálnym blahobytom, sociálnou ochranou, sociálnou pomocou, sociálnou starostlivosťou, či sociálnou prácou, pričom samotné pojmy sú často vzájomne zameniteľné a používajú sa rôzne v rozličných krajinách[14]. Je veľmi problematické v európskom kontexte súhlasiť s jednotným vymedzením sociálnej služby a s jej jednoznačným odlíšením od iných pojmov, najmä ak berieme do úvahy fakt, že v rozličných európskych krajinách sa na označenie tej istej záležitosti používajú alternatívne rozličné pomenovania (napr. sociálne služby, sociálna starostlivosť, sociálna ochrana, sociálna práca). Podľa súčasnej platnej legislatívy o sociálnych službách zákon č.448/2008 Z.Z., § 2 odst.5 zákona, sa v podmienkach Slovenska vzťah sociálnych služieb k sociálnej práci vymedzuje spôsobom, že sociálna služba sa vykonáva najmä prostredníctvom sociálnej práce, postupmi zodpovedajúcimi poznatkom spoločenských vied a poznatkom o stave a vývoji poskytovania sociálnych služieb. Zo samotného obsahu definície je podstatné, že sociálne služby sú oblasťou, v ktorej pôsobia nielen sociálni pracovníci ale aj ďalší odborníci z iných oblastí. Napr. zdravotnícki zamestnanci, pedagogickí zamestnanci, ale aj zamestnanci iných profesií – ako napr. právnik, administratívny pracovník, ale aj iní. Sociálne služby aj v súčasnosti slúžia každému občanovi, ktorý sa nachádza v nepriaznivej sociálnej situácií a sú súčasťou sociálnej práce.

Záver

Sociálne služby z filozofického pohľadu považujeme za dôležitý koncentrovaný nástroj uplatňovania koncepcie starostlivosti (starostlivosti v najširšom slova zmysle). Záujem a dopyt po sociálnych službách na našom území v posledných rokoch rapídne stúpa, čo súvisí aj s celkovým demografickým vývojom obyvateľstva.(populácia starne). Problematika súčasných sociálnych služieb je v centre pozornosti nielen odborníkov a poskytovateľov služieb, ale tiež aj samotných prijímateľov, pre ktorých sú sociálne služby určené.

Hlavným poslaním každého z nás je byť človekom zodpovedným vo všetkých rovinách – byť zodpovedný k sebe samému, k okolitému svetu a samozrejme k tým, ktorí potrebujú našu pomoc – ku klientom. Celkom prirodzene sa týchto rovín dotýka každá činnosť v rámci sociálnej práce, sociálnych služieb, ktorá je pomocou,

[14] H. Litske et al., *Employment in social care in Europe. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, Dublin 2006.

podporou, službou a sprevádzaním. Preto si len veľmi ťažko vieme predstaviť túto činnosť s absenciou etických súvislostí. Ten kto chce participovať pri realizácií akejkoľvek formy, druhu sociálnej služby v praxi, je potrebné, aby „s úctou, dôstojnosťou a rešpektom" komunikoval nielen s každým prijímateľom sociálnej služby ale aj s jeho najbližšími.

Použitá literatúra

Bočáková O., *Sociálna politika a sociálne zabezpečenie*, Tribun s.r.o., Brno 2015.

Brichtová L., Repková K., *Sociálne služby: zacielené na kvalitu. (V kontexte zmien zákona o sociálnych službách od roku 2014)*, Inštitút pre výskum práce a rodiny, Bratislava 2014.

Brichtová L., Repková K., *Sociálna ochrana starších osôb a osôb sozdravotným postihnutím*, EPOS, Bratislava 2009.

Dávideková M., *Sociálne služby*, UCM, Fakulta sociálnych vied, Trnava 2014.

Krupa S., *Kvalitné sociálne služby*, Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, Bratislava 2003.

Krupa S., *Kvalitné sociálne služby*, Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, Bratislava 2007.

Krupa S. et. al., *Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej pracovnej integrácie ich obyvateľov*, Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, Bratislava 2006.

Litske H. et al., *Employment in social care in Europe. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, Dublin 2006.

Levická J., *Sociálna práca*, Oliva, Trnava 2007.

Levická J., *Úvod do teórie sociálnej práce*, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity, Trnava 2000.

Matoušek O., *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánovaní, hodnocení*, Portál, Praha 2007.

Matoušek O., *Ústavní péče*, Portál, Praha 1995.

Schavel M., *Sociálna prevencia*, VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava 2010.

Šmidová M., *Perspektívy pomoci ľuďom s postihnutím a ich rodinám*, Dobrá kniha, Trnava 2013.

Tomeš I., *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*, Socioklub, Praha 1996.

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

Miriama Šarišská*
Beáta Balogová**

Mladistvý delikvent ako objekt forenznej sociálnej práce

(Juvenile Delinquent as an Object of Forensic Social Work)

Abstrakt

Prezentovaný príspevok reflektuje teoreticko-praktický rozmer realizácie sociálno-právnych intervencií s mladistvým klientom s delikventným správaním. Úvodná časť ponúka náhľad na semiprofesiu forenzná sociálna práca ktorá je v praktickom rozmere kazuistiky identifikovaná v podobe sociálno-právnych intervencií. Následne je pozornosť orientovaná na kazuistický prípad obsahujúci anamnézu a podrobnejšiu charakteristiku osobnosti a života klienta. V závere sú analyzované oblasti praxe a ponúknutá možnosť pôsobnosti forenzného sociálneho pracovníka.

Kľúčové slová: kazuistika, mladistvý klient, delikvencia, forenzná sociálna práca, sociálno-právne intervencie

Summary

The presented paper reflects the theoretical and practical dimension of social and legal interventions with juvenile clients with delinquent behavior. The introductory part offers an insight into the semiprofession of forensic social work, which is identified in the practical dimen-

* Miriama Šarišská – Mgr; Inštitút edukológie a sociálnej práce, Filozofická fakulta, PU v Prešove
** Beáta Balogová Prof. Doc. PhDr; Inštitút edukológie a sociálnej práce, Filozofická fakulta, PU v Prešove

sion of the case in the form of social-legal interventions. Subsequently, the attention is focused on a case work containing characteristics of the client's personality and life. In conclusion we analyze the areas of practice are the possibility of forensic social worker is offered.

Keywords: Case work, Juvenile client. Delinquent. Forensic Social Work. Social and legal interventions

Úvod

Autorky si v predmetnom príspevku dali za cieľ identifikovať sociálno-právne intervencie realizujúce s mladistvým klientom s delikventným správaním. Uvedené realizované intervencie sú analyzované v slovenskej praxi, a to v kontexte forenznej sociálnej práce. Kazuistický prípad znázorňuje reálny stav delikventného správania, ktoré presahuje až do kriminálnych vzorcov a následne reflektuje reakciu kompetentných subjektov forenznej sociálnej práce. Zámer tohto príspevku spočíva v priblížení práce *Oddelenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately* a ďalších participujúcich subjektov. Teoretický základ pre výkon jednotlivých opatrení ponúka forenzná sociálna práca ako semiprofesia orientujúca sa na otázky trestného ale aj občianskeho práva a prax zameranú na viaceré cieľové skupiny v kontexte sociálno-patologických javov.

1. Rozmer forenznej sociálnej práce v identifikácii delikvencie

Delikvencia je pojmom označujúci poruchu adaptácie na spoločenské podmienky, a to v podobe správania, ktorým daná osoba odporuje v zmysle prijatých sociálnych noriem a je týmto správaním pre spoločnosť nebezpečná Šlosár[1]. Autor dodáva, že determinantom pre vznik delikventného správania je napr. patologické rodinné prostredie, nedbanlivá výchova, zlý príklad morálneho správa, a to zo strany rodičov alebo to môže byť vplyv rovesníckych či iných skupín a pod. Podľa autora

[1] Šlosár D., *Delikvencia*, in: Vademecum sociálnej práce. Terminologický slovní, B. Balogová, E. Žiaková eds., Košice 2017.

sa sociálna práca v oblasti delikvencie zameriava na osoby, ktoré spáchali čin definovaný ako trestný avšak z dôvodu veku nemohli byť trestne stíhané.

Táto identifikácia delikventného správania určuje postavenie danej osoby v spoločnosti, ako nebezpečnej v kontexte jej správania. Nerešpektovanie sociálnych noriem vedúcich k protiprávnym činom dokáže spôsobiť ohrozenie pre samotného klienta ale aj spoločnosť ako takú. Keďže ide o sociálny rozmer vyžadujú sa tu intervencie zo strany sociálnych subjektov, v tomto zmysle z forenznej oblasti. Pre lepšie pochopenie a prepojenie teoreticko-praktického rozmeru pokračujeme prezentáciou teoretických konceptov forenznej sociálnej práce.

Semiprofesia forenzná sociálna práca[2] je oblasťou, ktorá je úzko špecifikovaná aj pre prácu s klientmi s delikventným správaním. Dokazujú to nasledujúce vybrané koncepcie zahraničnej a slovenskej odbornej spisby. Ešte predtým je potrebné ozrejmiť niektoré súvislosti týkajúce sa tejto semiprofesie a jej budovania. „Forenzná sociálna práca je znova objavujúcou sa špecializáciou z dobrého dôvodu. Každý si je vedomý čoraz viac zložitejšej povahy našej spoločnosti, čo sa prejavuje v životoch našich klientov a v prostredí. Chápeme, že každá oblasť má veľké množstvo poznatkov, ktoré nemôžu byť zahrnuté vo vysokoškolskom vzdelávaní. Avšak absolventi potrebujú určité vedomosti o možných oblastiach špecializácie a akademických smeroch, aby sa ujasnili ich kariérne dráhy“ Green, Thorpe a Traupmann[3]. Súhlasiac s autormi, ktorý sa pri otázke vzdelávania fokusujú na zahraničnú prax, považujeme aj v slovenských podmienkach za potrebné rozširovať povedomie o teoretických koncepciách forenznej sociálnej práce, ktoré majú čo ponúknuť v rámci inšpirácie pre doterajšiu prax. Avšak vnímame rozmer slovenskej praxe ako nejasný v smere identifikácie konkrétneho miesta forenzného sociálneho pracovníka o čom dokazuje aj autorka Levická[4] v kontexte neetablácie tejto semiprofesie z rôznych hľadísk. Vo všeobecnej rovine môžeme forenznú sociálnu prácu identifikovať ako „politiku, prax a úlohy sociálnej práce s mladistvými a dospelými páchateľmi a obeťami trestných činov“ Brownell a Roberts[5]. Okrem toho širší pohľadu ponúka medzinárodná

[2] Uvedené poznatky o forenznej sociálnej práci ponúkame v širšom rozpracovaní v monografii s názvom Forenzná sociálna práca – teoretické a praktické východiská.

[3] G. Green, J. Thorpe, M. Traupmann, *The sprawling thicket: Knowledge and specialisation in forensic social work*, “Australian Social Work” 2(2005), s. 142-153.

[4] J. Levická, *Forenzná sociálna práca – nová oblasť sociálnej práce?*, v: Res socialis: sociálna práca v meniacej sa Európe, K. Levická, P. Patayi eds., Trnava 2017, s. 73-80.

[5] Brownell P., Roberts A.R., *A century of social work in criminal justice and correctional settings*, “Journal of Offender Rehabilitation” 2(2002), s. 3.

organizácia *National Organisation of Forensic Social Work*[6], uvádzajúc ďalšie oblasti zaraďujúc ich pod pojem forenzná sociálna práca: náhradná starostlivosť, rozvod, zanedbávanie, oblasť rodičovských práv, zneužívania detí a mládeže, oblasť justície vo vzťahu k mladistvým a dospelým a pod.

Ako už bolo uvedené slovenská prax má v smere definovania forenznej sociálnej práce isté nezrovnalosti v rozmere praxe, avšak teória svedčí o jej vymedzení a potrebe ďalšieho budovania. Pre potreby tohto príspevku uvádzame definíciu forenznej sociálnej práce v podmienkach *Slovenska*, ktorá vystihuje jej charakter zasahujúci do mnohých štruktúr praxe s klientom. „Forenzná sociálna práca je oblasť, ktorá by zachytávala celé spektrum problémového prejavu klienta – od prvých porúch správania v rámci sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately, cez neprípustné správanie mladistvých v medziach od prečinov k trestným činom, ďalej cez narušené správanie duševne chorých (ako klientov klinickej sociálnej práce), až k správaniu súdených, odsúdených a jedincov po výkone trestu. Neopomínajúc celý okruh zúčastnených osôb, ktoré patria do komunity klienta forenznej sociálnej práce“ Balogová[7]. Domnievame sa, že uvedené poznatky dokážu predstaviť forenznú sociálnu prácu ako semiprofesiu vhodnú pre aplikáciu na dané sociálne javy objavujúce sa v spoločnosti a u forenzných klientov.

2. Delikventné správanie a sociálno-právne intervencie

Kazuistický prípad hovorí o klientovi, ktorý žil v spoločnej domácnosti s rodičmi, viacerými súrodencami a starými rodičmi v provizórnom príbytku. Rodičia klienta neboli manželmi a v priebehu niekoľkých rokov žili oddelene. Klientove správania sa začalo zhoršovať prvým trestným činom krádeže. Doposiaľ bol v škole chválený za dobrý prospech, úspešnosť v školských súťažiach. Bol charakterizovaný ako veselé, živé dieťa. Rešpektoval autority rodičov aj učiteľov. Zdravotný stav bol definovaný ako dobrý. Zhoršenie správania sa týka záškoláctva, rebelujúceho správania, neplnenia povinností, útekov z domu a nasledujúcej trestnej činnosti.

[6] National Organisation of Forensic Social Work, 2018, *Forensic social work*, (Dostupné 01.11.2019 z: https://nofsw.org/?page_id=10).

[7] Balogová B., *Rozpätia forenznej sociálnej práce v teórii a praxi*, v: Res socialis: sociálna práca v meniacej sa Európe, K. Levická, P. Patayi eds., Trnava 2017, s. 82.

Charakteristika prípadu spočíva v jednotlivých vymedzených udalostiach, ktoré sa klienta bezprostredne dotýkali a súviseli s jeho správaním a konaním, ktoré bolo označené ako deviantné. Ide o nasledujúce kroky:

- evidencia klienta na *Oddelení sociálnoprávnej ochrany deti a sociálnej kurately* vo veku 12. roku,
- počas nasledujúcich štyroch rokov sa klient dopúšťal opakovane trestnej činnosti krádeže (peniaze, mobilné telefóny, iná elektronika) aj v spolupáchateľstve a dvakrát sa dopustil prečinu pokusu o krádež auta,
- prestal chodiť do školy, túlal sa (záškoláctvo),
- klient bol niekoľkokrát v občiansko-právnom konaní avšak súd odložil jeho trest z dôvodu nízkeho veku,
- klientovi a jeho rodičom bolo udelené výchovné opatrenie – upozornenie,
- klientovi bolo udelené výchovné opatrenie – diagnostický pobyt v reedukačnom centre (6 mesiacov),
- rodičom bol udelený trest odňatia slobody pre prečin ohrozovania mravnej výchovy na 6 a 8 mesiacov s podmienečným odložením na 18 mesiacov,
- klient bol v roku 2018 odsúdený za trestný čin neoprávneného vniknutia do obydlia a krádeže nepodmienečne na 1 rok.

Subjekty, ktoré sa objavujú v tomto prípade ako participujúce na riešení sú realizovali nasledujúce sociálno-právne intervencie:

- **rodina klienta** (spolupráca s *Oddelením sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately*, spolupráca s políciou, dohliadanie na zmenu klienta),
- **oddelenie sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately** (spolupráca s políciou, spolupráca so súdom a ďalšími subjektami, realizovanie šetrení v rodine, zisťovanie pomerov v rodine, zabezpečovanie intervencií pre zmenu klientovho správania, zastupovanie klienta v občiansko-právnom konaní (advokácia), distribúcia klienta, spolupráca s klientom po prepustení z výkonu trestu),
- **oddelenie kriminálnej polície (**spolupráca s SPODaSK a súdom, realizovanie rozhovorov s klientom vždy po spáchaní trestnej činnosť, participácia na zmene správania klienta, zisťovanie pomerov v rodine klienta),
- **reedukačné centrum (**zabezpečovanie diagnostického pobytu klienta – práca na zmene jeho správania mimo rodinné prostredie, spolupráca s ďalšími odborníkmi (pediater, psychológ),
- **súd (**realizovanie občiansko-právnych konaní s klientom a ďalšími subjektami, rozhodovanie o výchovných opatreniach, rozhodovanie o zastavení

trestných stíhaní z dôvodu veku klienta, rozhodnutie o vzatí klienta do väzby nepodmienečne na 1 rok,

- **útvar pre výkon trestu odňatia slobody (**realizácia výkonu trestu odňatia slobody klienta za trestný čin neoprávneného vniknutia do obydlia a opakovanú krádež).

Záver

Uvedené intervencie obsahujú sociálny alebo aj právny rozmer. Analyzujeme, že jednotlivé subjekty podieľajúce sa na tomto prípade pracovali v úzkom prepojení čo dokazujú aj uvedené intervencie. Je zrejmé, že hlavným cieľom bolo odstrániť u klienta delikventné správanie a v tomto kontexte aj konanie. Reflektujúc môžeme konštatovať, že primárne sociálni pracovníci z *Oddelenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately* pracovali s klientom na jeho zmene, a to v hierarchickom postupe, pričom sa orientovali na prácu s ním, potom s jeho rodinou, resp. rodičmi. V prípade neúspechu daných intervencií bola zvolená práca s klientom mimo jeho rodinné prostredie čo prinieslo určité efektívne zmeny u klienta. Po návrate klienta späť do rodinného prostredia sa uňho opäť objavili prvky delikvencie v podobe konajúcej trestnej činnosti. Z dôvodu nízkeho veku nemohol byť klient trestne stíhaný, resp. odsúdený. Avšak v poslednom roku kedy klient dovŕšil plnoletosť podľa súčasne platnej legislatívy *Slovenskej republiky* bol klient odsúdený na jeden rok nepodmienečne.

Analýza predmetnej charakteristiky ukazuje na priamy súvis a prepojenie forenznej teórie a praxe. Obmedzenia efektívneho výkonu forenznej sociálnej práce sa javia v stálom návrate klienta k delikventným javom. Tu vzniká priestor pre forenznú sociálnu prax, v rámci ktorej by forenzný sociálny pracovník mohol realizovať sieťované anamnézy a identifikoval tak skôr možné obmedzenia či bariéry, ktoré môžu počas práce s daným klientom vzniknúť. Aj napriek tomu, že spoluprácu uvedených subjektov vnímame na vysokej úrovni dochádza tu k momentom, ktoré si vyžadujú prácu forenzného sociálneho pracovníka.

Použitá literatura

Balogová B., *Rozpätia forenznej sociálnej práce v teórii a praxi*, in: Res socialis: sociálna práca v meniacej sa Európe, K. Levická, P. Patayi eds., Trnava 2017.

Brownell P., Roberts A.R., *A century of social work in criminal justice and correctional settings*, „Journal of Offender Rehabilitation“ 2(2002), s. 1-17.

Green G., Thorpe J., Traupmann M., *The sprawling thicket: Knowledge and specialisation in forensic social work*, „Australian Social Work“ 2(2005), s. 142-153.

National Organisation of Forensic Social Work, 2018, *Forensic social work*, (Dostupné 01.11.2019 z: https://nofsw.org/?page_id=10).

Šarišská M., Balogová B., *Forenzná sociálna práca – teoretické a praktické východiská*, Prešov 2019.

Šlosár D., *Delikvencia*, v: Vademecum sociálnej práce. Terminologický slovní, B. Balogová, E. Žiaková eds., Košice 2017.

Levická J., *Forenzná sociálna práca – nová oblasť sociálnej práce?*, v: Res socialis: sociálna práca v meniacej sa Európe, K. Levická, P. Patayi eds., Trnava 2017, s. 73-80.

„Autorzy tekstów podejmują niezwykle istotne i różnorodne aspekty indywidualnego, rodzinnego i społecznego funkcjonowania osób zależnych. Analizują nieformalne i formalne sposoby ich wspierania. Wskazują problemy i wyzwania, przed jakimi stoją systemy prawne, instytucje oraz osoby zawodowo zajmujące się pomaganiem. Analizują trudności i wyzwania nieformalnych opiekunów osób zależnych. Istotną wartością niniejszego zbioru tekstów jest jego międzynarodowy charakter. Teksty autorów zagranicznych pozwalają na głębszą, porównawczą analizę podejmowanych w książce problemów. Książka ta jest interesującą propozycją wydawniczą. Jeszcze raz należy szczególnie podkreślić jej wyjątkową aktualność oraz teoretyczny, ale także praktyczny wymiar".

prof. nadzw. dr hab. Andrzej Niesporek

"This monograph has a unique structure and conceptualization approaches towards the issue of disability persons as a social group. A carefully chosen methodological scheme used by the authors in each chapter leads to a successful realization of work objectives i.e.: conceptualization of terms and theoretical bases of social work vis-à-vis people with disabilities; definition of social support and its characteristics in an interdisciplinary context; and descriptions of current models as well as key challenging areas of institutional support related to handicapped persons. Most importantly, the authors offer concrete solutions related to the improvement of social support for different marginalized groups of society. At large, the monograph contributes to the extension of greater knowledge of research on this very particular and neglected social group in many societies around the world".

prof. dr hab. Kamil Kardis

ISBN 978-83-8127-417-3

Wydawnictwo bernardinum

caritas