

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety v Bratislave,
Ústav sociálnych vied a zdravotníctva
bl. P. P. Gojdiča v Prešove
Užhorodská národná univerzita,
Ukrajina OZ Zrkadlenie, Gelnica



KOLOKVIUM KAZUISTÍK

Zborník medzinárodnej konferencie konanej

11. apríla 2019

v Košiciach

Nowy Sącz, Poľsko, 2019

KOLOKVIUM KAZUISTÍK



**Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave,
Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Prešove
Užhorodská národná univerzita, Ukrajina OZ Zrkadlenie, Gelnica**

Kolokvium kazuistík

Zborník medzinárodnej konferencie konanej

11. apríla 2019

Košice

Nowy Sącz, Poľsko

2019

© Editors:

doc. PhDr. Stanislava Hunyadiová, PhD.

doc. PhDr. Nataša Bujdová, PhD.

Title:

Kolokvium kazuistik 2019

Reviewers:

Recenzenti:

prof. PhDr. Vasko Kusin, DRSC.

Univerzita Komenského, Pedagogická fakulta, Bratislava

prof. PaedDr. Pavol Tománek, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

linguistic change

The texts have not undergone language editing. For language and content are the responsibility of the authors.

Publisher: NOVA SANDEC, Nowy Sącz, Poľsko

Year of publication: 2019

Number of pages: 130

Number of pieces: 200

ISBN 978-83-66394-13-1

OBSAH

| | |
|--|-----|
| BUJDA, S. – Misijné dobrovoľníctvo | 7 |
| BUJDOVÁ, N. , ŠIMKOVÁ, B. - Jednorodičovské rodiny - nič výnimočné v našej spoločnosti | 15 |
| ČIČVÁK, V. - Resocializačný program Centra pre deti a rodiny ReSocial, n.o. | 24 |
| HRIDNOVÁ T., TROCHOVÁ J. - Možnosti oštrovateľstva pri znižovaní stigmatizácie v súvislosti s duševným ochorením..... | 56 |
| HUNYADIOVÁ, S., ZEŤÁKOVÁ, A. - Analýza výskytu porúch ekonomickozabezpečovacej funkcie prijímateľov sociálnych služieb | 65 |
| KOLTÁŠ, M. - Intervencie terénneho sociálneho pracovníka v prospech klienta v bdelej kóme..... | 79 |
| LEŠKOVÁ, L. - Transgeneračný prenos chudoby. Mýtus alebo realita?..... | 87 |
| NOVÁ, M. – Česká republika jako nový domov pro lidi z Asie..... | 111 |
| POLHOŠ, M. - Lomnické čháve..... | 120 |
| CSIKÓSOVÁ, T. - Výchova dieťaťa s DMO | 122 |

Predhovor

Štvrtý ročník medzinárodnej konferencie Kolokvium kazuistík nepochybne poukazuje na význam a jej opodstatnenosť, nielen v rámci sociálnej práce ale celého multidisciplinárneho tímu.

Každý nový rok, mesiac, deň prináša so sebou nové príbehy ľudí, ktorí sa častokrát stávajú našimi klientmi. Domnievame sa, že pomáhanie sme dostali do vienka. Inak by sme pracovali v úplne inom sektore. Pomáhať v danej oblasti znamená aj vzdelávať sa. Práve prostredníctvom medzinárodnej konferencie sa máme možnosť vzdelávať v širokom spektre životných situácií našich klientov. Príspevky prezentované jednotlivými účastníkmi, prinášajú pohľad na riešenie z rôznych uhlov pohľadu. Diskusia k daným príspevkom a následne aj diskusia v rámci prestávok, dáva tušiť nesmierny záujem o túto konferenciu. Dovoľujeme si konštatovať, že zborník z medzinárodnej konferencie Kolokvium kazuistík sa stal veľmi dobrým a kvalitným výučbovým materiálom pre študentov sociálnej práce. Nasvedčuje tomu aj skutočnosť, že na akademickej pôde máme možnosť vidieť v záverečných prácach citované zborníky z tejto konferencie. To nás povzbudzuje a zaväzuje k tomu aby sme v tejto práci pokračovali ďalej.

Každý z nás si vo svojom živote praje zdravie, šťastie, lásku. Uvedené klišé je nesmierne vzácne a to vzhľadom k tomu, že nie každému človeku je to dopriate. Na základe uvedeného vám do vašej práce prajeme veľa síl, aby ste aspoň z časti mohli uvedené klišé pomôcť naplniť svojim klientom.

Sme vďačné za každý príspevok, každú otázku v rámci diskusie a aj za každý nepatrný podnet, ktorým sa vzájomne obohacujeme a môžeme preniesť do každodennej práce. Tešíme sa na vás na ďalšej medzinárodnej konferencii Kolokvium Kazuistík, ktorá sa bude konať v roku 2020.

doc. PhDr. Stanislava Hunyadiová, PhD.

doc. PhDr. Nataša Bujdová, PhD.

BUJDA, S. – Misijné dobrovoľníctvo

ABSTRAKT

Dobrovoľníctvo má pôsobenie aj v oblasti zahraničných misií. Organizácie, ktoré vysielajú dobrovoľníkov na misie sú nápomocné vo viacerých oblastiach. Ide o pomoc pre sociálne slabších, pre ľudí postihnutých vojnou, živelnými pohromami a pod. Charakteristikou laických misií je to, že ide prevažne o neplatenú dobrovoľnícku činnosť. Okrem pomoci v pastoračnej starostlivosti sa nezabúda ani na pomoc v oblasti sociálnej práce, či humanitárnej pomoci. Príprava na misie má pripraviť dobrovoľníkov na túto skúsenosť. Väčšinou po misijných skúsenostiach dobrovoľníci sa neraz vracajú do oblastí, v ktorých pôsobili.

Kľúčové slová

Aktivity. Dobrovoľník. Misie.

ÚVOD

Kľúčovým prvkom dobrovoľníctva je, že vychádza z neziskových organizácií, škôl a cirkví. Sú založené na dobrovoľnosti. Dobrovoľníci sú pozvaní k novým skúsenostiam, ako aj k možnostiam spoznať novú krajinu, inú kultúru a mentalitu.

Dobrovoľnícka aktivita by mala spĺňať určité kritéria ako to, že by mala byť neplatená, vykonávaná bez nároku na finančnú odmenu, vykonávaná podľa slobodného rozhodnutia a zo slobodnej vôle, a to najmä v prospech iných ľudí a organizácie. Ide o nezištnú pomoc. Jej odmena sa časom vracia v inej ako vo finančnej podobe. Môže však priniesť nové skúsenosti, ktoré dobrovoľníci môžu neskôr zúročiť vo svojom profesijnom a osobnom živote. „V súvislosti s vymedzením dobrovoľníka a dobrovoľníckej činnosti je potrebné konštatovať, že teórie vysvetľujúce fenomén dobrovoľníctva vychádzajú z rôznych koncepcií od psychologických, sociologických ale aj sociálnych. Dôraz sa kladie na pochopenie motívov konania a správania ľudí, ktorí sa chcú stať dobrovoľníkmi, ako aj na racionalizáciu uvedeného počínania“ (Bujdová, Bujda, Mánya 2014, s. 55).

Pri formálnom dobrovoľníctve sa dobrovoľnícke aktivity vykonávajú v oblastiach ako sú sociálne služby, životné prostredie, umenie, kultúra a mládežnícke organizácie. Nechýba ani najviac známa humanitárna pomoc. V neformálnom dobrovoľníctve môžeme hovoriť o pomoci

v domácnosti, starostlivosť o majetok, zvieratá a dohľad nad deťmi. Do neformálnej dobrovoľníckej aktivity sa zapájali aj dobrovoľníci, ktorí sa starali o chorých ľudí, a ľudí v dôchodkovom veku. (Brozmanová Gregorová a kol., 2012). Schavel (2010, s. 103) popisuje, že „činnosť dobrovoľníckej organizácie je postavená prevažne na dobrovoľníkoch a ich práci.“ Najčastejšie sa jedná o neziskové organizácie, ktoré majú za úlohu presadzovanie práv menších a potreby obyvateľov. Najväčší počet dobrovoľníkov sa zapája do sociálnych, kultúrnych, športových a zdravotných oblastí dobrovoľníckych aktivít. V súčasnosti sa do pozornosti uvádzajú nové misijné aktivity, ktoré ponúkajú cirkvi.

Aktivity a motivácia dobrovoľníkov

Pre vykonávanie dobrovoľníckych aktivít je dôležitá spätná väzba medzi dobrovoľníkom a organizáciou, v ktorej dobrovoľník pôsobí. Aby dobrovoľníci spolupracovali pri vykonávaní dobrovoľníckych aktivít je potrebné v čo najväčšej miere ich podporovať. Dôležité je aj prejav záujmu o dobrovoľníkov. Spoločenstvo, ktoré prijíma dobrovoľníka má ukázať, že ho prijíma ako neodmysliteľnú súčasť tímu. Prijatím, úctou, záujmom dochádza k posilneniu a k utuženiu dobrých vzťahov v rámci organizácií a jednotlivých dobrovoľníckych, či misijných skupín. „Rozličné premeny, ktorými jedinec prechádza v priebehu života sa na prvý pohľad zdajú byť podmienené biologicky – od detstva, cez dospelosť až k smrti. V skutočnosti je potrebné povedať, že celá vec je oveľa zložitejšia. Jednotlivé štádia ľudského života nemajú len biologickú, ale aj sociálnu povahu.“ (Bujdová, 2013) Postavenie dobrovoľníka je málo morálne ocenené. Zvlášť v zahraničných misiách sa dobrovoľníci ešte viac strácajú z očí našej spoločnosti. Dobrovoľníci majú byť uznaní. Má sa im prejavovať úcta a aj to, že sú potrební. Na nich neraz stojí celé úspešné dielo misijnej činnosti.

Platí to vo všetkých oblastiach. Mali by mať vedomie, že niekam patria. Ide tu aj o pocit vlastnej sebarealizácie. Dobrovoľníci by mali mať priestor na výber činnosti, ktorá ich zaujíma. V oblasti misijného dobrovoľníctva, ktoré vychádza z cirkví a ich organizácií sa do úvahy berú aj kresťanské hodnoty. Hodnotová orientácia tu zohráva dôležitú úlohu pri výkone dobrovoľníctva. Spoločné kresťanské hodnoty spájajú dobrovoľníkov pri výkone tejto neľahkej služby.

Ekonomické zabezpečenie hrá dôležitý význam. Neraz však môže dôjsť k nedostatku finančných prostriedkov. Tento problém má byť vždy v záujme riešenia. Pre organizácie, ktoré

sa venujú sociálnym aktivitám je pomoc vo forme 2% alebo 3% z daní príjmu veľkým prínosom pre ich finančný rast. Túto možnosť majú všetci daňovníci, ktorí chcú dobrovoľne prispieť na činnosť a rôzne aktivity dobrovoľníckej organizácií. (Dobrovoľníctvo, 2013) Avšak dobrovoľník má predovšetkým hľadiť na činnosť, ku ktorej bol istým spôsobom motivovaný a uvedomiť si ciele, ku ktorým prišiel.

Cirkvi v rámci svojich kompetencií majú možnosť zakladať vlastné orgány, dobrovoľnícke organizácie a občianske združenia. Občianske združenia môžu byť taktiež financované aj za pomoci 2% čiastky z daní príjmu. Aj ony môžu vďaka vlastným organizáciám rozširovať svoje pole pôsobnosti a dopĺňať neziskový sektor. Ich aktivity môžu podporiť rozvoj a výkon sociálnej práce, humanitárnej pomoci a ďalších prospešných činností.

Aj malá čiastka financií, ako sú dane z príjmu, vie pomôcť organizácií pre jej fungovanie. Zlé zorganizovanie, príprava a kvalita riadenia dobrovoľníctva môže odradiť dobrovoľníkov od vykonávania dobrovoľníckych aktivít. Vo viacerých prípadoch dochádza až k strate dobrovoľníkov a vzniku nedôvery organizácie práce s dobrovoľníkmi. Je potrebné sa venovať dobrovoľníckym aktivitám v čo najväčšej možnej miere. (Müllerová, 2011). Každý potenciálny dobrovoľník má právo si vybrať v akej oblasti bude vykonávať svoju dobrovoľnícku činnosť. Je potrebné poznať širokú oblasť dobrovoľníckych aktivít, ktoré ponúkajú organizácie tretieho sektora. Pri týchto aktivitách je potrebné udržiavanie, získavanie a včasné odstránenie bariér, ktoré bránia vykonávať dobrovoľnícke aktivity. V cirkevných združeniach môžu byť dobrovoľnícke aktivity ponúkané pre dobrovoľníkov. Nechýba ani ich vymedzenie. Právo výberu aktivity dobrovoľníka podľa jeho možností a schopností je vítané a akceptovateľné. Ide o charizmu Cirkvi, ku ktorej dobrovoľník inklinuje a svojím spôsobom ju aj vykonáva. V misijnej oblasti sa do úvahy musia brať aj špecifiká danej krajiny a z toho aj vyplývajúce potreby, do ktorej bude dobrovoľník vyslaný.

Dobrovoľníci sa rozhodujú sami, kde budú pôsobiť. Je to ich vlastné rozhodnutie, ktoré organizácia musí akceptovať, aby aktivity vykonávané v tejto oblasti boli v čo najväčšej miere prospešné, nielen pre dobrovoľníka a organizáciu ale hlavne pre tých, ktorým je pomoc určená. Aktivity dobrovoľníkov sú súmerne závislé aj na čase. Čím dlhšie sa dobrovoľníci venujú vykonávaniu dobrovoľníckych aktivít, tým je ich činnosť intenzívnejšia a prináša pozitívne výsledky. Okrem iného je mimoriadne dôležité ponúkať dobrovoľnícke aktivity aj zo strany jednotlivých organizácií a cirkví. Zvýšenou ponukou sa môže aktivovať záujem u ľudí. Taktiež ponuka môže aktivovať potrebu človeka byť nápomocný a užitočný pre ľudí a spoločnosť.

Aktivácia takýchto potrieb vychádza zo strany organizácií, ktoré poskytujú ponuky a úprimný záujem o dobrovoľníka.

„Sociálna práca je súčasťou každej dobrovoľníckej aktivity, ktorá sa vykonáva z pohľadu pomoci človeku v núdzi. Vzhľadom na získané vedomosti, vykonávaním rozličných dobrovoľníckych aktivít sa dobrovoľníci neboja meniť prostredie, v ktorom pracujú. Táto budujúca sa dobrovoľnícka profesia je dôvodom, prečo sa zlepšujú sociálne, ekonomické, ale aj kultúrne podmienky na svete. Dobrovoľníci chcú pracovať a rozvíjať svoje schopnosti vo všetkých oblastiach dobrovoľníckych aktivít. Keby sa venovali len jednej oblasti, časom by ich to prestalo baviť, a buď by s touto prácou skončili alebo by ich činnosť len stagnovala. Pre svoje pôsobenie a vyvíjanie potrebujú spoznať aj rôzne iné oblasti, ktoré im dobrovoľnícke organizácie ponúkajú. Na svete je ich pomerne dosť. Pozitívne na dobrovoľníckej práci je aj priama konfrontácia s klientom, priamy kontakt a správanie sa po praktickej stránke dobrovoľníckej činnosti. (Brozmanová Gregorová In Matulayová, 2011). Veľký záujem je zo strany študentov dobrovoľníkov, a to najmä z vysokých a stredných škôl. Tým, že sú počas svojej prípravy na povolanie vedení k praktickej činnosti, zvyčajne ich smerovanie vedie k dobrovoľníckym aktivitám. Sú akousi vidinou budúcnosti dobrovoľníctva v odbore sociálnej práce. Prípravu na dobrovoľníctvo poskytujú aj rôzne formačné kurzy. Počas týchto kurzov sa má zvelaďovať aj záujem o dobrovoľníctvo. Úlohou kurzov je pripraviť človeka na túto neľahkú a zaujímavú prácu. Dôležité je upozorňovať aj na náročnosť, či vedľajšie účinky pri výkone dobrovoľníctva. Zároveň je potrebné poukázať aj na prevenciu voči takýmto náročným skúškam, ktoré sa bežne na misiách vyskytujú. Cieľom je pôsobenie na budúcich dobrovoľníkov aby zotrvali pri dobrovoľníctve aj napriek neúspechom či výsledkom, ktoré sa nedostavujú. Formačné kurzy majú byť poskytované aj pre tých, ktorí s misiami majú niekoľkoročné či bohaté skúsenosti. Pre misijnú činnosť sú dôležitým článkom. Motivácia má vychádzať z príkladu a hrdinstva zakladateľa cirkvi Ježiša Krista.

Motivácia misijných dobrovoľníkov

Slovo motivácia má latinský pôvod „movere“, čo v preklade znamená hýbať, pohybovať usudzujeme, že motivácia je pohyb vpred, hýbanie s niečím a v prospech niečoho. Motivácia využíva rôzne zdroje, ako napríklad záujmy, návyky, potreby. (Mydlíková a kol., 2007) Každá motivácia má svoje špecifiká. Cieľom je pomôcť dobrovoľníkom pre budúcu prácu s ľuďmi. Müllerová (2011, s. 24) hovorí, že „každý človek potrebuje aspoň občas uznanie a ocenenie niekoho ďalšieho.“ Práca dobrovoľníka je rozsiahla a zaoberá sa viacerými smermi, ale každá

organizácia pracujúca s dobrovoľníkmi musí podľa svojich možností motivovať svojich dobrovoľníkov. Je už na samotnej organizácii aký typ motivácie si zvolí a hlavne spôsob, akým bude dobrovoľníka motivovať. Medzi novodobými motiváciami dobrovoľníctva je aj náboženská motivácia. Medzi motivačné tézy by sme mohli zaradiť morálnu zodpovednosť. Druhou tézou náboženskej motivácie je motivácia bratstva, ktorá vedie k viere v Boha. Motivácia lásky k blížnemu je prehĺbením medziľudských vzťahov. Poslednou motivačnou tézou je kresťanská motivácia ukotvená v Ježišovom spoločenstve. (Košč In Matulayová, 2011). Človek je takto motivovaný napodobňovať konanie Ježiša Krista z čias staroveku. Je pobádaný naplňať kresťanské ideály a k nim sa aj približovať. Osoba Ježiša Krista inšpirovala nemálo ľudí cez celú históriu nášho letopočtu.

V oblasti misijného dobrovoľníctva je potrebné aj osobné svedectvo skúsených dobrovoľníkov. Teda tých, ktorí misie či už doma alebo v zahraničí absolvovali. Silným svedectvom môžeme docieľiť motiváciu dobrovoľníkov. Osobné svedectvo ponúka často nezapísané ale reálne skúsenosti. Okrem iného svedectvo poukazuje na krásy a „benefity“ ktoré prirodzene prichádzajú z dobrovoľníctva. Vhodné svedectvo dokáže upozorniť aj na vedľajšie účinky misijného dobrovoľníctva. Pritom ponúkajú možnosti ako riešiť a predchádzať týmto problémom. Upozornenia, usmernenia na špecifiká pri výkone misijného dobrovoľníctva sú v rámci osobného svedectva osožné. Svedectvo je jedným z hlavných nástrojov motivácie na misijné dobrovoľníctvo.

Vzdelávanie a príprava misijných dobrovoľníkov

Pri vzdelávaní je možné robiť aj pravidelné vzdelávacie stretnutia. Organizácia prednášok na rôzne témy v oblasti dobrovoľníctva pripravujú a posilňujú dobrovoľníkov pri ďalších výzvach, ktoré z misií vyplývajú. Okrem iného dni vzdelávania umožňujú stretnutie sa s kolegami dobrovoľníkmi, vzájomným vymieňaním skúseností a vypomáhaním si. Vzdelávacie dni sú jedným zo spôsobov potrebnej motivácie.

K motivácii patrí aj proces schopnosti tvorby vzťahov človeka k okolitej skutočnosti. U dobrovoľníka sa musí zhodovať s obsahom jeho presvedčenia, názorov, postojov, jeho vedomostí, schopností a zručností aj vzhľadom k organizácii pre ktorú je dobrovoľníkom. Dobrovoľník má byť oboznámený s normami správania, vedieť, ako tvoriť efektívne vzťahy a dokonca sa správať tak, ako sa to od neho žiada, ale vnútorne je v odpore, svoj vzťah k týmto normám a zásadám generuje na vzťahy k okoliu. Vytvárať pozitívne vzťahy napomáha poznaniu a naplňaniu potrieb aktérov vzťahov. (Hunyadiová, 2013).

Jednou zo vzdelávacích inštitúcií dobrovoľníkov je aj service - learning, ktorý vznikol v Prešove, na základe toho, že dobrovoľníkov a dobrovoľníčok neustále pribúda, a ich edukáciou sa výrazne zlepšuje rozsah práce. Výhodou tejto koncepcie je, že študenti, ktorí sa prihlásia na takýto projekt získajú drahocenné teoretické poznatky, informácie o sociálnych problémoch a ich riešenie. Zároveň získavajú možnosť zapojenia sa do konkrétneho projektu alebo aktivity, ktorú im tento projekt ponúka a tak nadobudnúť široký rozmer skúseností, zručností a vedomostí pre svoje ďalšie pôsobenie v oblasti dobrovoľníctva. (Hanečáková, Skyba, Šoltésová, 2012). Formačné kurzy ponúkajú aj cirkvi, kde pripravujú budúcich laických misionárov a animátorov pre službu cirkvi. Animácia je jedným z prostriedkov dobrovoľníckej činnosti. Svoje uplatnenie nachádza aj pri pomoci v zahraničí. Cieľom je blízkosť animátora a misijného dobrovoľníka k ľuďom.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety ponúka ľuďom študijné odbory „sociálna práca“ i odbor „misijná a charitatívna práca“. Záujemcom tak poskytuje vhodnú prípravu na výkon dobrovoľníctva aj v rámci kresťanských misií. Svojim študentom, doktorandom a zamestnancom ponúka misijné zájazdy do zahraničia. Majú tak možnosť spoznať cudziu krajinu, kultúru a mentalitu tamojších ľudí. Cieľ je však jediný – pomôcť človeku.

Doposiaľ nebolo dobrovoľníctvo vedené ako profesionálne. Aj keď k profesionalite nemá ďaleko. Termín profesionálne dobrovoľníctvo je síce založený na maximálnej podpore a vedeniu profesionálnych mentorov a jeho úlohou je doceliť skvalitnenie vzťahu klienta s dobrovoľníkom. (Brumovská, Seidlová Málková, 2010)

Edukácia dobrovoľníkov by mala byť v budúcnosti na vyššej úrovni. Spomínané študijné odbory v sebe zahŕňajú aj takúto prípravu pre dobrovoľníctvo. Prax však ukazuje, že na misijné dobrovoľníctvo sú vítaní všetci bez rozdielu stupňa vzdelania. Misie vítajú každého ochotného človeka. Cieľom misií je naplnenie Ježišovho odkazu: „Chodte do celého sveta a hlásajte evanjelium všetkému stvoreniu.“ (Mk 16, 15)

Záver

Príprava dobrovoľníkov je veľmi žiaduca. Príprava si vyžaduje intelektuálnu, duchovnú a „srdcovú“ formáciu. Formácia má formovať svedomie a spoločenské cítenie. Vo svete je veľké množstvo oblastí, ktoré víta dobrovoľnícku misijnú činnosť. Táto dobrovoľnícka činnosť v kresťanskom duchu má byť prepojená so sociálnou prácou. Sociálna práca je súčasťou

misijného dobrovoľníctva. Zhoduje sa tu so skutkami telesného a duchovného milosrdenstva: hladných kŕmiť, smädných napájať, pocestných prijať do domu, nahých odievať, chorých navštevovať, väzňov vykupovať, mŕtvych pochovávať. „Pocestný človek, človek bez domova, utečenec, ktorý hľadá bezpečie pred hrozbami vojny, - to je postava, ktorou sa aj naše storočie musí stále zaoberať. Musíme a máme prežívať s ním jeho biedu. Je to však obraz aj našej vlastnej existencie.“ (Bujdová, Dancák, 2011, s. 30).

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

BUJDOVÁ, N. 2013. Emancipácia a rodová rovnosť. In Revue spoločenských a humanitných vied 2013, ročník 1, číslo 3-4. ISSN 1339-259X

BUJDOVÁ, N. – DANCÁK, F. 2011. Služba v láske. VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava, 2011. 69 s. ISBN 97-80-8132-003-3

BUJDOVÁ, N. – BUJDA, S. – MÁNYA, Z. 2014. Dobrovoľníctvo v hospicovej starostlivosti. In HANOBIK, F. et al. Postavenie hospicov v legislatíve Slovenskej republiky. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2014. ISBN 978-80-8132-121-4. s.

BROZMANOVÁ GREGOROVÁ, A. a kol. 2011. Dobrovoľníctvo – keď pomoc baví a zábava pomáha. Bratislava: ŠEVT, 2011. 51 s. ISBN 978-80-8106-049-6

BROZMANOVÁ GREGOROVÁ, A. a kol. 2012. Dobrovoľníctvo na Slovensku – výskumné reflexie. Bratislava: IUVENTA – Slovenský inštitút mládeže, 2012. 208 s. ISBN 978-80-8072-119-0

BRUMOVSKÁ, T. – SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G. 2010. Mentoring. Praha: Portál, 2010. 152 s. ISBN 978-80-7367-772-5

DOBROVOLNÍCTVO. 2013. Denná dávka dobrovoľníctva. [online]. Bratislava: CARDO 2013. [citované 2015-1-7]. Dostupné na internete: <http://www.dobrovolnictvo.sk/menu/1/21/denna-davka-dobrovolnictva>

HANEČÁKOVÁ, M. – SKYBA, M. – ŠOLTÉSOVÁ, D. 2012. Service – learning v Prešove. Prešov: Prešovské dobrovoľnícke centrum, 2012. 72 s. ISBN 978-80-971239-0-1

HUNYADIOVA, S. FERENČÍKOVÁ, I., 2013. Rozvoj osobnosti, zručností, vedomostí, osobitostí, jedinečnosti. VŠZaSP sv. Alžbery.n.o. BEKI desing s.r.o. Bratislava. ISBN 978-80-8132-075-0

MÜLLEROVÁ, M. a kol. 2011. Dobrovolníci pro kulturu. Dobrovolnická činnost v kulturních organizacích. Praha: Česká kancelář programu Culture,2011. 132 s. ISBN 978-80-7008-268-3

MYDLÍKOVÁ, E. 2010. Sociálna práca v neziskovom sektore. Bratislava: Univerzita Komenského,2010. 164 s. ISBN 978-80-223-2745-9

RUŽIČKA, V. 2010 Sociálny pracovník v zariadení pre seniorov. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety. 413 s. ISBN 978-80-89271-89-4.

SCHAVEL, M. a kol. 2010. Sociálna prevencia. 3. vyd. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2010. 266 s. ISBN 978-80-89271-22-1

KONTAKTNÁ ADRESA

Mgr. JUDr. PhDr. Stanislav Bujda, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

stanislav.bujda@gmail.com

BUJDOVÁ, N. , ŠIMKOVÁ, B. - Jednorodičovské rodiny - nič výnimočné v našej spoločnosti

ABSTRAKT

Neúplné rodiny aj v minulosti tvorili významný podiel v rámci rodinných domácností. Vznikali však predovšetkým v dôsledku vysokej intenzity úmrtnosti, ktorá postihla jedného z rodičov a menšou pravdepodobnosťou druhých a ďalších sobášov ovdovelých. V dnešnej spoločnosti neúplné rodiny už nie sú tvorené prirodzeným spôsobom, teda úmrtnosťou. V prevažnej miere ide o rodičov, ktorí sa rozhodli byť jednorodičovskými a manželstvo neuzatvorili ale manželstvo bolo zrušené rozvodom.

Kľúčové slová

Dieťa. Rodina. Sociálna práca.

Úvod

V kontexte dávnejšej minulosti možno hovoriť aj o neúplných rodinách, ktoré vznikali v dôsledku rozvodov. Rozvodovosť v minulosti však nemala ani zďaleka taký masový charakter, ako má v súčasnosti. Neúplná rodina podľa je rodina, ktorú tvorí jeden z rodičov aspoň s jedným dieťaťom bez ohľadu na jeho vek, ale so zohľadnením spoločného hospodárenia. Tento typ rodiny vzniká za nasledujúcich okolností:

- s dieťaťom žije slobodná, nevydatá matka,
- úplná rodina prestáva dočasne alebo trvalo plniť svoju funkciu z dôvodu, keď druhý rodič rodinu opustil alebo žije s iným partnerom, je služobne dlhodobo vzdialený, je vo výkone trestu a podobne,
- úplná rodina zaniká prirodzenou cestou, to znamená smrťou jedného z rodičov alebo zaniká neprirodzenou cestou, rozvodom manželstva, čím prestane plniť svoju funkciu. Z hľadiska čo najpresnejšieho vyjadrenia situácie, kedy je domácnosť vedená iba len jedným rodičom, je vhodný termín osamelý rodič. Osamelosť je chápaná ako stav, keď jeden z rodičov s rodinou nežije v jednej domácnosti a ani sa nepodieľa na jej bežnom zabezpečovaní, hospodárení a každodennej starostlivosti o dieťa alebo deti. Mátejová (2019) uvádza, že prostredníctvom metód sociálnej práce je možné byť nápomocnými aj v takejto náročnej situácii klientom.

Jednorodičovské rodiny

Pre sociálnu prácu je relevantná situácia rodiča, ktorý nežije s partnerom, či už je slobodný, rozvedený, ovdovelý alebo je to rodič, ktorý síce nie je formálne rozvedený, ale v skutočnosti tiež s partnerom nežije. Podľa Vágnerovej (2005, s. 366) „rola osamelého rodiča býva jedným z dôsledkov dysfunkcie partnerského vzťahu. Je to rola, ktorá jednoznačne nezávisí na voľbe človeka, ktorý ju získa.“ Pokiaľ by bola nejaká možnosť výberu, mohlo by v týchto prípadoch ísť len o voľbu medzi dvoma negatívnymi alternatívami: neuspokojivé partnerstvo alebo život osamelého rodiča. Osamelý rodič musí zastávať univerzálnejšiu rolu, do ktorej je treba zahrnúť typické otcovské aj materské správanie. V živote dvoch partnerov nastane situácia, z ktorej nepoznajú východisko a vyriešia ju rozchodom. Ľudia si niekedy myslia, že rozvodom sa vyriešia všetky problémy. Väčšina žien si pravdepodobne hovorí, že bude mať pokoj od muža a tým, že bude platiť výživné na deti je všetko vyriešené. Rozvodom zaniká manželstvo, ale nie rodičovstvo, ktoré trvá po celý život. Rozvod je v našej spoločnosti jedinou spoločensky uznanou formou zániku manželstva počas života manželov. Najčastejším prípadom osamelých rodičov je rozvedená žena žijúca so svojim maloletým dieťaťom alebo deťmi. Vysoký nárast osamelých rodičov sa stáva závažným problémom. Rodiny osamelých matiek Sobotková (2001) rozdeľuje podľa postoja spoločnosti k nim, a to na nasledovné skupiny:

- Vdovy s deťmi – ide o rodiny osamelých matiek s deťmi, ktorým zomrel manžel. Spoločnosť zaujíma voči nim tolerantný a zhovievavý postoj, vo všeobecnosti je to skôr ľútosť, pretože vdovy si svoju pozíciu nezavinili.
- Matky, ktoré majú deti z rozpadnutého vzťahu - rozvodom manželstva alebo rozchodom s nezosobášeným partnerom. Postoj spoločnosti zaujíma voči týmto ženám dve polohy, na jednej strane sú moralizujúce hlasy obviňujúce osamelé matky, že nedokázali udržať manželstvo alebo vzťah, neobetovali sa a nepozerali na deti. Na druhej strane súhlasné názory, ktoré schvaľujú rozhodnutie matky, s názorom, že konfliktný a neuspokojivý vzťah je potrebné ukončiť práve kvôli deťom.
- Slobodné matky – sú zámerne slobodné a deti majú s mužom, s ktorým nikdy nechceli nadviazať trvalý partnerský alebo manželský vzťah. Môžeme sem priradiť aj matky, ktoré nie sú vydaté, ale dieťa si adoptovali alebo prijali do pestúnskej starostlivosti. V zahraničí je ďalšou možnosťou asistovaná reprodukcia, kde slobodná žena sa stáva slobodnou matkou po umelom oplodnení. Pojem, „slobodná matka“, ktorý sa v minulosti spájal s negatívnym vnímaním a

nelichotivým nálepkovaním, v súčasnosti dostáva iný rozmer. Je spájaný so skupinou žien, ktoré materstvo zámerne odkladali. Samotný termín osamelá matka je značne problematický a zavádzajúci. Nieкто ho prirovnáva k termínu slobodná matka, ale to nie je to isté. Slobodná matka sa dnes skôr nahradzuje termínom nevydatá matka a dalo by sa povedať, že ide o jednu kategóriu zo skupiny osamelých matiek. Osamelé matky sú skupinou veľmi rôznorodou, čo sa týka spoločenského postavenia, vzdelania, ekonomickej situácie, veku alebo psychických vlastností. Jediná vec, ktorá ich spája, je výchova dieťaťa a niekedy neutešená ekonomická situácia. Ekonomické zaistenie rodiny, vedenie domácnosti a čas venovaný výchove a starostlivosti o deti je pre osamelú matku veľkou záťažou. V niektorých prípadoch nedokáže naplniť potreby svojich detí tak dobre, ako by si priala, čím sa môže znižovať jej sebadôvera a môže viesť k pocitu beznádeje. Chýbajúcim otcom v rodine prichádzajú deti o potrebný vzor mužskej role. Pravdepodobnejšie je však, že významnejšou príčinou než prítomnosť otca je zlá ekonomická situácia uvedených rodín.

Ďalšou skupinou osamelých rodičov v súčasnosti je aj skupina osamelých otcov s deťmi. Do tejto pozície sa muž dostane vtedy, ak matka detí zomrie alebo opustí rodinu, respektíve v dôsledku vážneho ochorenia je úplne vyradená zo starostlivosti o rodinu, rozvodom. Pre osamelého otca je ťažké prevziať rolu chýbajúcej matky. Môžu mu chýbať skúsenosti ženy, ktoré pramenia z každodenného spolužitia matky a dieťaťa. Muž máva menej skúsenosti so zvládaním domácich prác, akými sú varenie a upratovanie a tiež so starostlivosťou o deti, ako napríklad príprava detí do školy a prehľad o mimoškolských aktivitách. Ale nemusí to byť pravidlom a deti sa v starostlivosti otca môžu cítiť rovnako spokojne a bezpečne ako v starostlivosti matky. V súčasnosti existujú však aj skupiny otcov, ktorým po rozvode manželstva súd zverí dieťa do starostlivosti. Sobotková (2001) špecifikuje pozíciu osamelého otca ako pomerne zložité prevzatie roly absentujúcej matky. Osamelému otcovi v tomto prípade chýbajú skúsenosti ženy, prameniace z blízkeho každodenného spolužitia detí a matky. Muži mávajú menší prehľad o možných variantoch a významoch detských prejavov, majú menšiu prax so zvládaním starostlivosti o domácnosť a výchovou detí. Osamelí otcovia sa stretávajú s takými istými problémami ako matky, najmä so zladením nárokov na prácu a starostlivosťou o deti. Niektorí z osamelých otcov majú v starostlivosti deti preto, že od rodiny matka odišla alebo jej súd odmietol zveriť deti do starostlivosti. Osamelých matiek je neporovnateľne viac ako osamelých otcov. Aj pri súdnych procesoch sa stretávame s tým, že dieťa je len výnimočne zverené do opatery otca. Ale na druhej strane, bývajú prípady, keď matka sa nemôže starať o dieťa a hlavná výchova dieťaťa spočíva na otcovi. Až do sedemdesiatych rokov nebola rola

otca považovaná za dôležitú. V súčasnosti sú muži povzbudzovaní k aktívnejšiemu a senzitívnejšiemu prístupu. Jednou z hlavných nevýhod otca je nedostatok biologického zžitia sa s dieťaťom. Druhou nevýhodou je, že tradičný pohľad spoločnosti je, že opatrovateľskú funkciu lepšie zvládajú ženy. Pre citový a sociálny vývin dieťaťa je potrebné, aby malo vo svojej blízkosti mužské aj ženské vzory životnej roly. Chýbajúcim otcom v rodine prichádza ako chlapec, tak i dievča o potrebný vzor mužskej roly. následne aj zvýšenú delikvenciu 29 mládeže vyrastajúcej v takýchto rodinách. Pravdepodobnejšie však je, že významnejšou príčinou ako neprítomnosť otca (chýbajúca autorita) je zlá ekonomická situácia uvedených rodín.

Osamelé rodičovstvo prináša vážny a niekedy podceňovaný spoločenský problém, ktorý sa v podobe psychickej, prípadne ekonomickej záťaže môže preniesť aj do ďalšej generácie. Osamelí rodičia na rozdiel od úplných rodín sú častejšie ohrození nezamestnanosťou, nedostatočným prístupom k primeranému bývaniu, sociálnou izoláciou, chudobou alebo sociálnym vylúčením. Sociálny a daňový systém dostatočne nemotivuje pracovať za nízku mzdu a u menej vzdelaných skupín samoziviteliek dochádza k dlhodobému obdobiu ekonomickej nečinnosti. Veľa detí narodených mimo manželstva vyrastá v nepriaznivých sociálnych podmienkach, lebo materiálnou depriváciou sú najviac ohrozené práve rodiny nezamestnaných samoziviteliek. Ďalšou záťažou sú pre osamelú matku pocity beznádeje a zníženej sebadôvery plynúce zo skutočnosti, že nedokáže naplniť potreby svojich detí tak, akoby si to priala. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005).

Jednu z najohrozenejších skupín predstavujú na trhu práce osamelé matky, pretože u nich sa kumulujú viaceré znevýhodňujúce faktory. Na trhu práce sú ženy všeobecne znevýhodnené a sú vnímané ako riziková skupina pracujúcich. Obstať na trhu práce nie je len otázka schopností, ale tiež možností každého jedinca, a preto si určité kategórie žien uvedomujú svoje nerovné postavenie a existujúce prekážky, akými sú nižšia flexibilita, nemožnosť práce v neobvyklých hodinách, vyššia chorobnosť a stres. Podľa Pfeiferovej (2010) zamestnávateľa totiž stále preferujú neprerušovaný model kariéry. To znamená neprerušovaný rodinnými udalosťami. Vzhľadom k tomu, že sú to obvykle ženy, ktoré zabezpečujú vo väčšine prípadov starostlivosť o deti a zostávajú na materskej a rodičovskej dovolenke stávajú sa pre niektoré pozície nevhodnými kandidátmi. Prítomnosť malých detí je zamestnávateľom hodnotená ako rizikový faktor, čo je znásobené u osamelých matiek, kde absentuje jeden z partnerov. Zamestnávateľa vo väčšine prípadov rátajú s väčšou pravdepodobnosťou absencie v dôsledku napríklad choroby

dieťaťa. V danej situácii sa ženy často dostávajú do bludného kruhu zladovania súkromnej a pracovnej sféry. Pokiaľ sa im podarí získať časovo vyhovujúce zamestnanie, je častokrát omnoho fyzicky náročnejšie a spája sa s nižším platovým ohodnotením. Často sú tak osamelé matky nútené hľadať si ďalšiu možnosť zárobku. Ďalším problémom osamelých matiek, ale aj matiek z úplných rodín, je návrat na pracovný trh po ukončení materskej a rodičovskej dovolenky. Väčšina zamestnaní neumožňuje ženám zostať v kontakte s ich profesiou alebo zamestnávateľom počas materskej alebo rodičovskej dovolenky. Potreba kombinácie práce a starostlivosti o deti, ako uvádza Dudová (2009), obmedzuje výber zamestnania a osamelé matky patria k jedným z najviac znevýhodnených skupín na trhu práce. Súčasný pracovný trh vyžaduje od jedinca stále väčšiu časovú, aj priestorovú flexibilitu a schopnosť prispôbovať sa potrebám zamestnávateľa. Osamelé matky tak nemôžu konkurovať zamestnancom žijúcim v úplnom rodinnom usporiadaní. Flexibilita matiek samoživiteliek sa odvíja hlavne od rozsahu a dostupnosti služieb inštitúcií zabezpečujúcu dennú starostlivosť o deti. Ak nemá žena takú možnosť k dispozícii, musí sa často uspokojiť s prácou, ktorá nemusí zodpovedať jej kvalifikácii alebo pôvodným kariérnym ambíciám, a tým sa jej horšie darí zaistiť si zamestnanie s dostatočným príjmom. Ženy – matky sa často stretávajú pri účasti na pracovnom trhu s nasledujúcimi problémami: obmedzenia vstupu na pracovný trh, diskriminácia vo výške príjmu, genderove segregované vzdelávanie, obmedzená flexibilita pracovného trhu a možnosť pracovať na neštandardnom pracovnom úväzku, nedostatok formálnych štatutárnych opatrení, umožňujúcich lepšiu rovnováhu medzi rodinným a pracovným životom, napríklad formálna starostlivosť o deti, kultúrne tradície definujúce pozíciu žien vo verejnej sfére, nutnosť pracovať, aj keď by preferovali starostlivosť o svoje deti doma, alebo na druhej strane, sú nútené zostať doma, aj keď by najradšej pracovali. Tradičná delba rodinných rolí, stereotypy v správaní zamestnávateľov a deficity verejnej politiky komplikujú harmonizáciu rodiny a zamestnania, čo vedie k poklesu šancí na zamestnanosť žien, ktoré majú deti. Práve v tomto vidí Lešková (2009) možnosti sociálnej práce. Voľba životných stratégií v snahe obstať na pracovnom trhu a súčasne spojiť rodičovské povinnosti nie je rozhodne slobodná. To, že matky hľadajú riešenie a nachádzajú riešenie, je v prvom rade životná nutnosť. Hnacím motorom žien je pritom snaha zabezpečiť svoje deti napriek chýbajúcemu partnerovi, absencii širšej rodiny, nedostatku kvalifikácie či pochopenia zamestnávateľa. Osamelé matky majú neľahkú úlohu, musia zvládnuť zaistiť celodennú starostlivosť o svoje deti na jednej strane a na strane druhej plniť úlohu žiteľa rodiny. Pre zamestnávateľa je matka samoživiteľka starajúca sa o nezaopatrené deti problematickou pracovnou silou so špecifickými nárokmi na pracovnú dobu a vyššiu pravdepodobnosť častejších absencií pri ošetrovaní člena rodiny. Takéto ženy sú

schopné pristúpiť aj na horšiu pozíciu v zamestnaní, ktorá nezodpovedá jej kvalifikácii a vzdelaniu. Nezamestnanosť, zvlášť trvajúca dlhodobo, predstavuje pre rodinu v čele s osamelou matkou významný sociálny problém. Dochádza k zníženiu životného štandardu, k ohrozeniu chudobou, ktorá je o to významnejšia, že sa týka aj detí.

Časť prieskumu

V našom príspevku uvádzame iba časť prieskumu, ktorý bol realizovaný v mesiaci február – máj 2019. Prieskum bol realizovaný v mestách Prešovského kraja, a to v Bardejove, v Prešove a vo Svidníku. Prieskumnú vzorku tvorilo 96 osamelých rodičov vo veku od 24 rokov až do 47 rokov, minimálne s jedným nezaopatreným dieťaťom. Z hľadiska vzdelania sa z celkového súboru respondentov zaradilo k základnému vzdelaniu 7,29% respondentov, k učňovskému vzdelaniu 16,67% respondentov, k stredoškolskému sa zaradilo 45,83% respondentov a k vysokoškolskému 30,21% respondentov. V rodinách respondentov malo z celkovej vzorky jedno dieťa 40,63% respondentov, dve deti 45,83% respondentov, tri deti 11,46% respondentov a 4 deti a viac 2,08% respondentov.

Z hľadiska vzdelania zo skupiny respondentov základného vzdelania 57,14% respondentov vykázalo starostlivosť o 1 dieťa, 28,57% respondentov vychováva 2 deti a 14,29% respondentov sa stará o 3 deti. Pri respondentoch s učňovským vzdelaním 43,75% respondentov sa stará o 2 deti, 37,50% o 1 dieťa, tri deti vychováva 6,25% respondentov. Z celej skupiny respondentov starostlivosť o 4 deti a viac vykázali respondenti len s učňovským vzdelaním, a to 12,50% respondentov z tejto skupiny. Pri stredoškolskom vzdelaní 54,55% respondentov vychováva 2 deti, 31,82% respondentov sa stará o 1 dieťa a 13,64% má v starostlivosti 3 deti. Zo skupiny respondentov s vysokoškolským vzdelaním najväčší podiel má v starostlivosti 1 dieťa (51,72%), o 2 deti sa stará 37,93% respondentov a 3 deti vychováva 10,34% respondentov. V rámci zisťovania ekonomického a sociálneho statusu jednorodičovských rodín bolo dotazníkom zisťované aj postavenie rodiča. Z celkovej vzorky respondentov bolo zamestnaných rodičov 62,50%, z toho zo skupiny vysokoškolského vzdelania až 79,31% respondentov, 59,09% respondentov zo skupiny so stredoškolským vzdelaním, 56,25% respondentov zo skupiny s učňovským vzdelaním a 28,57% respondentov zo skupiny so základným vzdelaním.

Z celkového realizovaného prieskumu sme vybrali tri pre nás najzaujímavejšie výsledky dokazovaných otázok.

Pre spracovanie prieskumnej otázky bola v dotazníku použitá otázka: „*Museli ste kvôli starostlivosti o deti a rodinu zmeniť zamestnanie?*“. Pri spracovaní údajov tejto otázky bolo zistené, že viac ako polovica respondentov (53,13%) musela zmeniť zamestnanie z dôvodu osamelého rodičovstva, z toho 21,88% respondentov vykonáva prácu, ktorá ich vôbec nebaví a 31,25% napriek tomu, že musela zmeniť prácu, súčasné zamestnanie im vyhovuje. Z hľadiska vzdelanosti respondentov, najviac respondentov, ktorí boli nútení zmeniť zamestnanie, je so stredoškolským vzdelaním (63,64%), potom so základným vzdelaním (57,15%).

Vysokoškolsky vzdelaných muselo zmeniť zamestnanie (48,27%) a najmenší podiel respondentov bolo s učňovským vzdelaním (31,25%). 20,83% respondentov napriek tomu, že nemuselo zmeniť zamestnanie, v súčasnosti začali o tom uvažovať, z toho najväčšie zastúpenie mali respondenti s učňovským vzdelaním (37,50%) a najmenej bolo stredoškolsky vzdelaných (9,09%). Napriek tomu, že zosúladiť pracovný život osamelého rodiča a starostlivosť o rodinu je náročné, 26,04% respondentov nezmenilo zamestnanie z dôvodu jednorodičovstva, z toho najviac respondentov bolo s učňovským vzdelaním (31,25%) a najmenej so základným vzdelaním (14,29%). Z celkového hľadiska respondenti s učňovským vzdelaním majú najstabilnejšie pracovné pozície, oproti respondentom s vyšším vzdelaním. Zároveň môžeme konštatovať, že viac ako polovica respondentov musela zmeniť zamestnanie na úkor starostlivosti o rodinu.

Aké sú dôvody, že si osamelí nezamestnaní rodičia nevedia nájsť zamestnanie? Práca rodiča ovplyvňuje život rodiny, a preto musia pri výbere z ponuky zamestnaní prihliadať aj na sociálne a ekonomické aspekty, ktoré by mohli ovplyvniť starostlivosť o rodinu. V dotazníku sme sa zamerali aj na nezamestnaných osamelých rodičov a zisťovali sme problémy pri hľadaní si zamestnania. Na základe uvedeného bola v dotazníku použitá otázka číslo dvanásť: „*V prípade, že nepracujete, aký je dôvod, že si neviete nájsť zamestnanie?*“. Na uvedenú otázku odpovedalo 29 respondentov, z toho viac ako polovica respondentov (51,72%) odpovedala, že ich profesia nemá uplatnenie na pracovnom trhu. Druhým dôvodom neschopnosti nezamestnaných rodičov nájsť si zamestnanie boli malé deti (24,14%). Iba 1,034% nezamestnaných respondentov odpovedalo, že im nevyhovuje ponúkaná práca. Prekvapujúco 6,90% respondentov uviedlo, že vyžijú z dávok. Zdravotné dôvody uviedlo len 3,45% respondentov a také isté zastúpenie respondentov odpovedalo, že ich nebaví hľadať si zamestnanie. Vzdelanostná štruktúra nezamestnaných respondentov bola v priemere pri všetkých odpovediach primerane rovnaká.

Vzhľadom k tomu, že ide iba o časť realizovaného prieskumu, nie je možné relevantne navrhnúť odporúčania pre prax. Domnievame sa, že zavedenie inštitútu striedavej starostlivosti o dieťa po rozvode môže byť nápomocný uvedenej cieľovej skupine v rámci ekonomického zabezpečenia rodiny. Ako uvádza Hunyadiová (2015) v rámci sociálnej práce je možné poskytnúť sociálne poradenstvo, ktoré má byť nápomocné klientom. Jednorodičovská rodina sa častokrát pre svoju nepriaznivú sociálnu situáciu stáva klientom sociálnej práce.

ZÁVER

Osamelý rodič musí čeliť problémom zladenia pracovného času a rodičovských povinností, pri ktorých veľmi často chýba možnosť slobodného výberu medzi pracovnou kariérou a rodinným životom. Možnosť zosúladenia pracovného života so starostlivosťou o rodinu zohľadňujú ženy s deťmi častejšie. Nároky na vzdialenosť zamestnania a pracovnú dobu sa v tomto prípade obyčajne odvíjajú od prevádzkovej doby inštitúcií starostlivosti o deti, ako sú materské školy, družiny na základných školách alebo iné formy stráženia detí. Dosiagnúť kompatibilitu práce s otváracou dobou zariadenia pre deti sa osamelým matkám darí predovšetkým troma spôsobmi, a to nastavením pracovnej doby, voľbou zamestnania v blízkosti bydliska alebo výberom zamestnávateľa, ktorý umožňuje pracovný režim prispôbovať potrebám rodiny. V súvislosti s uvedeným Nová (2016) poukazuje na trendy vývoja sociálnej práce, ktoré je potrebné uplatňovať v rámci našej spoločnosti.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

DUDOVÁ, R. 2009. Práce jako řešení? Strategie obživy osamělých matek v ČR. Sociologický časopis 45 (4): 753–789. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2009. ročník 45, č. 4, s. 753–789. ISSN 0038-0288

HUNYADIOVÁ, S. 2015. *Sociálne poradenstvo a supervízia v pracovných postupoch sociálneho pracovníka*. Sociálne služby v súčasnosti a budúcnosti, u nás a v Európe. Zborník príspevkov z II. ročníka medzinárodnej vedeckej konferencie. Prešov. ISBN 978-80-971957-2-4

HUNYADIOVÁ, S. 2014. *Sociálne poradenstvo v pracovných postupoch sociálneho pracovníka*, IN: DIA spektrum, č.1/2014, Ročník III. ISSN 1337-592X

LEŠKOVÁ, L. 2009. *Polia sociálnej práce : (vybrané kapitoly I.)*. Košice : Viena, 2009. 97 s. ISBN 978-80-89232-39-0.

MÁTEJOVÁ, A. 2018. *Mediácia v cezhraničných rodinných sporoch*. In: Mediátor ako súčasť interdisciplinárnej spolupráce pri riešení rodinných sporov. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie konanej v dňoch 16.-17.02.2018. Bratislava. VŠZaSP sv. Alžbety, n.o. Bratislava v spolupráci so SIMARS a ARMS.188s. ISBN 978-80-972982-0-3.

MATOUŠEK, O. – KOLÁČKOVÁ, J. – KODYMOVÁ, P. 2005. Sociální práce v praxi. 1. vydanie. Praha: Portal, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

NOVÁ, M. 2016. Sociální práce a nové sociální problémy. In MÁTEL, A. - PAVELKOVÁ, J. - JANECHOVÁ, L. (eds.). Aktuální trendy sociální práce. Recenzovaný sborník z mezinárodní vědecké konference. Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna. 2016. ISBN 978-80-906146-8-0.

PFEIFEROVÁ, Š. 2010. Slad'ování rodinného a pracovního života a (ne)rovné příležitosti matek samoživitelek. [online] 2010 [citované 2019-05-22]. Dostupné na internete: <http://zpravodaj.feminismus.cz/clanek.shtml?x=2255706&als%5Bnm%5D=2255966>

SOBOTKOVÁ, I. 2001. Psychologie rodiny. Praha: Portál. 2001. 173 s. ISBN 80-7178- 559-8.

VÁGNEROVÁ, M. 2005. Vývojová psychologie I. Praha: KAROLINUM, 2005, 467 s. ISBN 80-246-0956-8.

KONTAKTNÁ ADRESA

Doc. PhDr. Nataša Bujdová, PhD.

VŠZ a SP sv. Alžbety, Bratislava

natasabujdova@gmail.com

PhDr. Blanka Šimková

bsimkova@gmail.com

ČIČVÁK, V. - Resocializačný program Centra pre deti a rodiny ReSocia, n.o.

V Centre pre deti a rodiny ReSocia, n.o (ďalej len „RC“ alebo „centrum“) sú resocializačné opatrenia podľa Zákona č. 305/2005 Z.z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej „zákon SPOSK“) nepretržite realizované od prvej akreditácie v r. 2007. Od tejto doby ReSocia, n.o. svojou činnosťou prispieva k riešeniu dlhotrvajúceho problému látkovej a nelátkovej závislosti najmä v Košickom a Prešovskom regióne. Pomáha ľuďom, ktorí sa ocitli na okraji spoločnosti v dôsledku svojej závislosti, po preliečení, plnohodnotne sa vrátiť späť do spoločenského života. Veľké percento pozitívnych príkladov sú motiváciou pre túto prácu. Činnosti na výkon opatrení podľa zákona SPOSK v rámci RC smerujú k úplnej samostatnosti, svojpomoci a predovšetkým opätovnému získavaniu pracovných návykov a zručností. V súlade s § 57 novely zákona SPOSK platnou od r. 2018 centrum vykonáva opatrenia podľa Resocializačného programu (ďalej len „RP“) vypracovaného podľa § 2 Vyhlášky MPSVR SR z marca 2018, ktorou sa vykonávajú niektoré ustanovenia zákona SPOSK.

Miesto vykonávania resocializačného programu Centra pre deti a rodiny ReSocia, n.o.:

1. Resocializačné stredisko (ďalej iba „RS“) Petrovce 2, 072 62 pošta Koromľa, okr.

Sobrance, Košický kraj

Tel. kontakt: 056/6593 100

Počet miest pre vykonávanie RP: **dve skupiny po 15 t.j. spolu 30**

2. RS Repejov 19, 067 04 Repejov, pošta Opka, Prešovský kraj

Tel. kontakt: : 0907 611 098, 0911 384 745

Počet miest na vykonávanie RP: **15**

3. RS Rozhanovce, SNP 2, 044 42 Rozhanovce, Košický kraj

Tel. kontakt: 055/7287 994

Počet miest pre vykonávanie RP: **15**

4. RS Ťahanovce, Na Sihoti 20, 040 13 Ťahanovce, Košický kraj

Tel. kontakt: 0917 222 925

Počet miest na vykonávanie RP: **10**

Spolu je v Centre ReSocia, n.o. k dispozícii **70 miest** pre fyzické osoby („FO“), na zapojenie sa do resocializačného programu.

I. Cieľová skupina

1. V RS Petrovce, Repejov, Rozhanovce tvoria cieľovú skupinu, v súlade § 57 ods. 1 písm.

a) zákona o SPOaSK plnoleté FO v preddôchodkovom veku (19 – 62 r.) bez ohľadu na pohlavie, rasu, vierovyznanie, názory či presvedčenie, ktoré absolvovali pred nástupom do RP dlhodobú liečbu z látkovej a nelátkovej závislosti (najmä závislosti na alkohole, iných psychoaktívnych látkach a patologickom hráčstve).

Do resocializačného programu sú zaradení:

- a) na základe odporúčania lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria,
- b) odporúčania Orgánu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately („OSPOSK“) úradu práce sociálnych vecí a rodiny („ÚPSVaR“) podľa miesta trvalého bydliska FO,
- c) na základe § 57 ods. 6) FO aj bez odporúčania ÚPSVaR ako samoplatcovia,
- d) prednostne FO, ktoré prichádzajú do centra po preliečení dobrovoľne,
- e) FO, ktoré uzatvorili písomnú dohodu (zmluvu) s Centrom ReSocia, n.o. o zaradení do RP a súhlasia s miestom realizácie RP ako aj úhradou za pobyt v RS.

2. V RS Ťahanovce sú cieľovou skupinou fyzické osoby, ktoré **úspešne absolvovali prvé tri fázy** resocializačného programu v niektorom inom resocializačnom stredisku Centra ReSocia, n.o. a splňajú podmienky IV. fázy.

III. Podmienky prijatia do RP

1. RS Petrovce, Repejov, Rozhanovce:

- a) absolvovaná detoxikačná liečba (najmenej 3 – 4 týždne),
- b) odporúčanie lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria,
- c) odporúčanie OSPOaSK ÚPSVaR podľa miesta trvalého bydliska žiadateľa (neplatí pre samoplatcov),
- d) vstup do RS bez prítomnosti psychoaktívnych/návykových látok ako aj bez prebiehajúcich rozvinutých abstinenčných príznakov tesne po odňatí látky,
- e) platné osobné doklady,
- f) potvrdenie o bezinfekčnosti (ak neprichádza priamo zo zdravotníckeho zariadenia) ,
- g) v prípade duálnych diagnóz v stabilizovanom stave (nastavená farmakoterapia, absolvované preliečenie),

- h) písomný súhlas s dohodou o podmienkach realizácie individuálneho resocializačného plánu (ďalej IRP“) a s výškou a spôsobom úhrady za vykonávanie RP v centre.

2. RS Ťahanovce:

- a) úspešné ukončenie tretej fázy resocializačného programu v niektorom inom resocializačnom stredisku centra ReSocia, n.o.,
- b) odporúčanie odborného personálu na prechod do 4. fázy s presunom FO,
- c) dohoda termínu nástupu FO do strediska Ťahanovce.

Zaradenie do resocializačného programu je dobrovoľné, každý klient môže, na základe vlastného rozhodnutia, z neho vystúpiť a odísť z RS centra.

IV. Dôvody vylučujúce vykonávanie RP

Kontraindikáciou pre realizáciu RP sú nasledovné diagnózy (v prípade, ak nie sú ochorenia zvládnuté medikamentóznou liečbou):

- organické duševné poruchy vrátane symptomatických (F00 - F09);
- schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi (F20 - F29) – najmä paranoidná schizofrénia - ak bola u osoby primárnou diagnózou a závislosť sa u nej rozvinula sekundárne;
- depresívne epizódy (F32) – najmä epizóda stredne ťažkej depresie (F32.1), epizóda ťažkej/hlbokej/ depresie bez psychotických príznakov a so psychotickými príznakmi (F32.2 a F32.3);
- v anamnéze osoby vyskytujúce sa opakované suicidálne pokusy (z rôznych príčin);
- emočne nestabilná osobnosť (F60.3) – agresívna osobnosť/porucha impulzívneho typu;
- F63.2 - patologické kradnutie/kleptománia;
- F65 - poruchy voľby sexuálneho objektu (napr. fetišizmus, exhibicionizmus, pedofília atď.);
- duševná zaostalosť – mentálna retardácia (stredná až hlboká: F 71-79);
- neliečené infekčné choroby; neliečené pohlavné choroby (sexuálne prenosné ochorenia);
- fyzické obmedzenia – imobilita; poruchy zmyslovej sústavy – napr. úplná hluchota, slepota;
- zbavenie svojprávnosti alebo spôsobilosti na právne úkony (netýka sa čiastočného napr. pre preberanie a narábanie s finančnými prostriedkami),
- centrum ReSocia, n.o. nemá vytvorené podmienky pre tehotnú ženu a rodiča s maloletým dieťaťom, preto takéto FO neprijíma,

- do RP nemôže byť prijatá FO, ktorá je zbavená svojprávnosti a nesúhlasí so zahájením RP, (nestačí žiadosť opatrovníka).

V. Materiálne podmienky a vybavenie jednotlivých resocializačných stredísk centra

RS Petrovce

sídlí v 2-objpodlažnej budove bývalej materskej školy a bývalého sídla obecného úradu. Kapacita je 30 miest. Budova je rozdelená na ženskú a mužskú časť so samostatnými vstupmi a samostatnými sociálnymi/hygienickými zariadeniami (t.j. WC, sprchy).

Pre 2 skupiny je v budove vyčlenených 8 izieb (troj a štvorlôžkové) nasledovne:

- I. skupina: 3 štvorposteľové izby pre mužov a jedna trojposteľová pre ženy v ženskej časti,
- II. skupina: 3 štvorposteľové izby pre mužov, jedna trojposteľová v ženskej časti pre ženy.

V budove na prízemí – v mužskej časti sú 3 pracovne (1 pre vedenie, 2 pre sociálnych pracovníkov a ďalších zamestnancov). Jedáleň je spoločná pre obe skupiny a je zároveň dočasne aj spoločenskou miestnosťou, spoločná je kuchyňa, komora na suché potraviny, práčka, hygienické zariadenia zvlášť pre mužov, zvlášť pre personál. Na ženskom oddelení sú 2 trojlôžkové izby, 1 pracovňa (spoločná pre odborného garanta a psychológov). Sú tu hygienické zariadenia pre ženy a personál. Na prízemí ženského oddelenia je kotolňa (drevo) a pivničné priestory. Vstup do všetkých miestností je samostatný, žiadne miestnosti nie sú prechodová, čím je zabezpečené súkromie a diskrétno prostredie. Obvyklá vybavenosť izieb: posteľ, skrine (ktoré si môžu zabezpečiť visiacim zámkom), nočné stolíky/komody, poličky na stene, stôl, stoličky. Klienti si môžu doplniť vybavenosť izieb v závislosti od ich aktuálnych potrieb a možností (ak to nebráni napĺňaniu ich cieľov a úloh v rámci RP) – napr. TV, rádio atď. Izby si môžu „zútulniť“ – obrazmi, plagátmi, kobercami, kvetmi atď. – aby sa cítili bezpečne a príjemne (po súhlase spolubývajúcich). Rešpektuje sa súkromie klientov, preto do izieb klientov sa vchádza na zaklopanie a vyzvanie. Klientom sa vyká, oslovujú sa pani/pán plus priezvisko príp. vlastné meno, ak si to klient vyžaduje. Pri vstupe do sprchy sa na dvere dáva tabuľka s nápisom: „Obsadené/nevstupovať“. Pre návštevy klientov (po jej ohlásení), je určená pracovňa na ženskej časti, príp. ktorákoľvek iná pracovňa, ktorá je v aktuálnom čase dostupná. Pri individuálnych rozhovoroch je taktiež zabezpečené súkromie tým, že na dvere kancelárií sa vyvesí nápis „Prosím, nerušiť!“.

Z hľadiska bezpečnosti a udržania stabilizovaného stavu klientov v rámci diagnóz, aby bolo možné, v prípade potreby, podať prvú pomoc (napr. pri suicidálnych pokusoch, epileptických

záchvatoch atď.) sa izby ani hygienické zariadenia nezamykajú. V prípade priepustky všetkých klientov z izby, môžu požiadať o jej uzamknutie.

V areály RS je priestor na relax – sedenie, ohnisko, záhrada na zeleninu, kvetinová záhrada, ovocné stromy a priestory pre dielne, ktoré ponúkajú možnosť zvyšovať svoje manuálne zručnosti a tvorivý potenciál pri rozličných činnostiach, napríklad práca s drevom, oprava pracovných nástrojov, či výroba darčkových predmetov, dekorácií, jednoduchých kusov nábytku, ktorými si môžu skrášľovať svoje prostredie. Farma je cca 150m od RS.

RS Repejov

je prevádzkované v dvojposchodovej budove bývalej málo triednej základnej školy. V suteréne je kotolňa na tuhé palivo. Na prípravu TUV slúžia dva kombinované 120 l bojler. Na prízemí strediska sa nachádza jedáleň/spoločenská miestnosť, miestnosť na prípravu stravy a sklad potravín, oddychová miestnosť, pracovňa psychológa a 1 trojlôžková izba, 2 hygienické zariadenia a dve kúpeľne. Na poschodí je pre klientov 6 dvojlôžkových izieb, 3x hygienické zariadenia, ktoré sú vyčlenené zvlášť pre mužov, pre ženy a pre personál a 2x sprchovací kút zvlášť pre ženy a mužov. WC a kúpeľne sú oddelené. V tejto časti je aj pracovňa pre vedenie a službukonajúcich. Vstup do všetkých miestností je samostatný, žiadna miestnosť nie je prechodová, so spoločným vstupom. Štandardnou vybavenosťou izieb, okrem postelí, sú skrine s úložnými priestormi (ktoré je možné zabezpečiť si, po dohode so sociálnym pracovníkom, zámkom), nočné stolíky, poličky, stoly a stoličky. Zútulnenie izieb (v podobe reprodukcí, vlastných výtvorov, kvetov, ako aj TV, rádia a pod.) je možné po dohode so spolubývajúcimi. Izby a kúpeľne sa štandardne pre bezpečnosť a podanie prvej pomoci nezamykajú. V prípade priepustky klienti o zamknutie izby môžu požiadať. Intimita klientov pri osobnej hygiene je zabezpečená pomocou tabuliek s označením „obsadené“. Podobným spôsobom je zabezpečené súkromie pri individuálnych a skupinových stretnutiach. V prípade návštevy klientom slúži na tieto účely kancelária psychológa, kde je taktiež zabezpečené súkromie.

Exteriér tvorí veľký dvor so záhradou a prenajatý priestor pre chov ošípaných, sliepok, zajacov, oviec resp. kôz. V rámci pracovných aktivít klienti sami obhospodarujú okolie strediska (upravujú priestory na relaxáciu, kosia trávnik, vysádzajú kvety).

RS Rozhanovce

je situované na okraji obce v prenajatých priestoroch bývalého internátu v areáli Strednej odbornej školy poľnohospodárstva a služieb na vidieku. Budova je jednopodlažná (možný bezbariérový vstup). Kapacita je 15 miest z toho sú 3 miesta pre ženy v jednej izbe. Pre mužov

sú k dispozícii 1 štvorposteľová, 1 troj- , 2 dvoj- a 1 jednoposteľová izby. Každá izba má samostatný vstup. K lôžku prislúcha úložný priestor na ošatenie, osobné veci a hygienické potreby. Do izby, po vzájomnej dohode klientov, je možné dať TV a zútlučiť si osobný priestor. K dispozícii sú oddelené mužské a ženské uzamykateľné sprchovacie kúty, umývadlá a toalety, pracovňa a vybavená kuchyňa ako miesto na prípravu stravy. Stredisko disponuje jedálňou a spoločenskou miestnosťou s počítačom, knižnicou, rádiom a televíziou. V spoločenskej miestnosti sa realizujú aj stretnutia skupiny a klient tu môže prijímať návštevy, pričom je zachované súkromie počas stretnutia.

K resocializačnému stredisku prináleží aj bezprostredný okolitý priestor budovy a pracovná dielňa situovaná vo vedľajšej budove areálu. V rámci pracovných aktivít klienti sami obhospodarujú okolie strediska (upravujú priestory na relaxáciu, kosia trávnik, vysádzajú kvety). V exteriéri je upravený priestor na pestovanie zeleniny, ovocia, okrasných rastlín a chov domácich zvierat (napr. zajace, sliepky, pes, mačky).

Aj tu pracovná dielňa strediska ponúka možnosť zvyšovať svoje manuálne zručnosti a tvorivý potenciál pri rozličných činnostiach, napríklad práca s drevom, oprava pracovných nástrojov, či výroba darčkových predmetov, dekorácií, jednoduchých kusov nábytku, ktorými si môžu skrášľovať svoje prostredie.

RS Ťahanovce

je situované pri železničnej stanici Ťahanovce a rieke Hornád, neďaleko od rekreačného parku Anička. Stredisko sídli v prenajatých priestoroch na prvom poschodí rodinného domu.

Kapacita strediska je 10 miest. Interiér strediska pozostáva z troch izieb so samostatnými vstupmi: 1 štvorposteľová, 2 trojposteľové. Ku každému lôžku prislúcha úložný priestor. Svoj osobný priestor si môžu FO zútlučiť, po vzájomnej dohode, podľa vlastných predstáv. V spoločenskej miestnosti je televízia, knižnica, počítač s internetom a balkón pre fajčiarov. Tu je možné prijímať návštevy a zabezpečiť súkromie nápisom „Prosím nevstupovať“. Okrem toho je v priestore RS pracovňa personálu, uzamykateľná kúpeľňa so sprchovým kútom, umývadlom, práčkou, zvlášť toalety a vybavená kuchyňa ako miestnosť určená na prípravu stravy.

VI. Zamestnanci Centra.

Centrum má vytvorených celkom 70 miest pre FO, pre ktoré sa vykonáva RP v 5 skupinách (na 4 miestach realizácie). V štyroch skupinách je po 15 klientov a v jednej 10. Vzhľadom k tomu, že v Petrovcich sú t.č. 2 skupiny v jednej budove a ďalšie 2 skupiny sú v blízkych obciach, sú

niektoré profesie kumulované (napr. vedúci RS v Petrovciach je zodpovedný za prevádzku RS, kde sa vykonáva RP pre dve skupiny, podobne vedúci RS, ktorý je zodpovedný za prevádzku v Rozhanovciach a Ťahanovciach. Takto sa predpokladá aj so zabezpečením zmienosti v týchto RS, kde sa budú striedať pre 2 skupiny 4 zamestnanci).

Počet zamestnancov (v predpokladanej štruktúre) a predpokladanej profesijnej skladbe:

Odborný tím Centra – celkom 10 zamestnancov:

- 1 odborný zástupca pre realizáciu opatrení podľa zákona SPOaSK (na základe akreditácie),
- 1 supervízor/ka (v prípade ak bude interným zamestnancom),
- 3 psychológovia
- 5 sociálni pracovníci

Zamestnanci v skupinách – celkom 25 z toho:

Petrovce skupina I. – 6 zamestnancov

- vedúci RS – VŠ II. stupňa, sociálna práca
- soc. prac.– VŠ II. stupňa, soc. práca
- 4 zam. pre nácvik prac. zručn.**.

Petrovce skupina II. – 4 zamestnanci

- soc. prac - VŠ II. stupňa, soc. práca
- asistent soc. práce - VŠ I. st. soc.práca
- psychológ – VŠ II. st. odbor psychológia
- asistent soc. práce – VŠ I. st., soc. práca

Rozhanovce – 5 zamestnancov

- vedúci RS - VŠ II. stupňa, sociálna práca
- psychológ - VŠ II. st. odbor psychológia
- soc. prac.- VŠ II. stupňa, sociálna práca
- 2 zam. pre nácvik prac. zručn.**

Ťahanovce – 4 zamestnanci

- asistent sociálnej práce VŠ I. st. soc.práca
- sociálny pedagóg – VŠ II.st.
- 2 zam. pre nácvik prac. zručn.** (minimálne 1 bude so vzdelaním VŠ II. st.)

Repejov – 6 zamestnancov

- vedúci RS - VŠ II. stupňa, sociálna práca
- psychológ - VŠ II. st. odbor psychológia
- soc. prac. - VŠ II. stupňa, soc. práca
- asistent sociálnej VŠ I. st. soc.práca
- 2 zam. pre nácvik prac. zručn.**

Vzdelanie a prax

1. Vedúci skupín:

Vysokoškolské vzdelanie II. stupňa a najmenej 3 roky praxe s cieľovou skupinou.

2. Odborný tím:

Psychológ/gička – VŠ II. stupňa v odbore, 3 roky praxe

Sociálna/y pracovník/čka - VŠ II. stupňa v odbore, 3 roky praxe

Asistent/ka sociálnej práce – VŠ I. stupňa v odbore sociálna práca, 3 roky praxe

Supervízor/ka – akreditované vzdelanie a zápis v zozname supervízorov,

Odborný zástupca – najmenej II. stupeň VŠ humanitného zamerania, 5 rokov praxe v sociálnej oblasti, zapísaný v rozhodnutí Akreditačnej komisie MPSVaR o akreditácii.

3. Ostatní zamestnanci:

- nácvik pracovných zručností klientov** : vzdelanie VŠ I. alebo II. stupňa v príslušnom odbore, alebo ÚSO a najmenej 3 roky praxe v príslušnom odbore (vítané je nadstavbové štúdium majster odborného výcviku alebo pedagogické minimum) alebo SOŠ, najmenej 3 roky praxe v príslušnom odbore (vítané je nadstavbové štúdium majster odborného výcviku) a najmenej 2 roky skúseností z práce s cieľovou skupinou.
- zamestnanci skupiny do zmien: úplné VŠ vzdelanie II. stupňa (aj iné ako humanitné zameranie) alebo I. stupeň (v odbore sociálna práca), alebo stredoškolské vzdelanie a skúsenosti v práci s cieľovou skupinou.
-

VII. Priebeh prijatia na vykonávanie resocializačného programu v centre

Pred prijatím do niektorého RS centra pre deti a rodiny ReSocia,n.o. je FO, ktorá/ý je žiadateľ/ka, kontaktovaný/á zástupcom riaditeľa resp. poverenou sociálnou pracovníčkou RS blízko jeho bydliska. Uvedení zamestnanci ho/ju, prípadne aj jej/jeho blízke osoby, podrobne oboznámi s týmto resocializačným programom, ktorý je zverejnený aj na web stránke ReSocia, n.o. Zároveň zistí motiváciu FO pre zaradenie do RP, jeho fyzický a psychický stav a potenciál pre resocializáciu.

Po príchode do RS:

1. vedúci RS dá FO úvodné vecné informácie o RS: dohodne zmluvné podmienky, výšku úhrady, v prípade potreby spíše dohodu o uložení cenností, oboznámi s denným režimom, predstaví priestory, FO, ktoré sú už v programe, zamestnancov,
2. sociálni pracovníci – usmernia pri uložení osobných vecí, hygienických potrieb, preveria osobné doklady, prevezmú od FO prepúšťaciu správu z poslednej hospitalizácie, spracujú rodinnú a sociálnu anamnézu, spíšu dohodu o používaní vlastných elektronických spotrebičov (tablet, TV, mobil, PC a pod.),
3. psychológ spracuje s FO všeobecnú osobnú anamnézu, zorientuje sa v rámci osobnostných predpokladov k zmene – napr. možností, schopností, zdravotného stavu, aktuálnych životných cieľov, túžob, potrieb klienta, urobí analýzu motivácie/motivačných faktorov vstupu klienta do RP, podá bližšie informácie k dennému režimu – metódam práce, manuálu odmien a sankcií/internému bodovaciemu systému, právam a povinnostiam. Pre vytvorenie priaznivej atmosféry zoznámi FO s ostatnými zamestnancami a komunitou klientov atď.

Ak príde klient v sprievode rodinného príslušníka alebo inej blízkej osoby, v prípade záujmu je možná konzultácia s niektorým z členov odborného tímu. Blízke osoby klienta sa môžu vyjadriť k jeho dlhodobým plánom (možnostiam) – po súhlase klienta možná dohoda o spolupráci pri plnení krátkodobých úloh a cieľov do budúcnosti atď.

Ak je FO zbavená spôsobilosti na niektoré úkony, pri zahájení i ukončení RP musí byť prítomný aj súdom stanovený opatrovník, s ktorým sa dohodnú formy a podmienky spolupráce.

Ak pobyt FO, ktorá je zbavená spôsobilosti na niektoré úkony, je na dobrovoľnej báze (vlastná iniciatíva a motivácia), pracuje sa s FO (nie opatrovníkom), preto hlavné slovo má vždy on/a. Ak sa rozhodne ukončiť RP, oznámi sa to opatrovníkovi.

VII. Opis odborných metód práce a činností v RC

Resocializačný program vychádza z poznatkov bio – psycho - sociálneho modelu prístupu k liečbe závislých osôb, pretože nadväzuje priamo na predchádzajúcu zdravotnú starostlivosť poskytnutú v špecializačnom odbore psychiatria a je založený na skupinovom aj individuálnom prístupe pri realizácii metód a postupov sociálnej, psychologickkej a inej odbornej práce, s dôrazom na nácvik resp. udržanie pracovných zručností. V priebehu svojho pobytu prechádza klient postupne štyrmi fázami resocializačného programu, ktoré sú koncipované tak, aby čo

najlepšie prispievajú k osobnostnému rozvoju smerujúcemu k posilneniu motivácie žiť bez drog, závislostí a navrátenie sa do spoločnosti.

V procese resocializácie sú najčastejšie využívané nasledujúce metódy a formy činnosti:

- nácvik pracovných zručností a činnosti na ich udržanie - oboznámenie sa so zásadami práce na farme, v záhrade, na stavbe – pomocné práce pri rekonštrukcii stavieb, stavebné úpravy a opravy, udržiavanie budovy a okolia RS, oboznámenie sa so zásadami práce s materiálom v dielni – výroba drobných predmetov, opravy a úpravy vecí, nábytku a pod., získavanie zručností pri tvorbe jedálneho lístka, získavanie surovín a príprave stravy, rozvoj manuálnych zručností, jemnej motoriky,
- tematické vzdelávacie a diskusné skupiny,
- sociálna práca - sociálne poradenstvo, usmernenie pri vybavovaní úradných záležitostí, sprostredkovanie kontaktu do zariadení sociálnych služieb po ukončení resocializácie, sprostredkovanie práce, rekvalifikačného vzdelávania, ubytovania,
- špeciálne sociálne poradenstvo - osvojovanie a tréning sociálnych zručností, práca s rodinou klienta,
- psychologická starostlivosť – individuálny rozvoj osobnosti, psychologické poradenstvo, skupinové a individuálne metódy psychologického poradenstva, relaxácia, tréning psychosociálnych zručností,
- starostlivosť o zdravotný stav klientov, kontrola abstinencie (orientačné testy), spolupráca s odbornými lekármi a špecialistami,
- utváranie podmienok pre voľnočasové aktivity, kultúrnu a športovú činnosť.

Väčšina vyššie uvedených metód je aplikovaná v rámci spoločného života v komunite vedeného Komunitnou radou klientov (ďalej „KR“). KR zvoláva týždenné stretnutie celej komunity (spravidla v sobotu ráno), na ktorom sa zhodnotí realizácia aktivít predchádzajúceho týždňa s vyjadrením k osobnému prínosu jednotlivých členov komunity, prítomní členovia sú oboznámení s plánom aktivít v nasledujúcom týždni a v rámci diskusie majú možnosť dať návrhy a pripomienky k chodu RS a prípadne sa vyjadriť k prístupu zamestnancov. Zo zasadnutí Komunity je robený zápis, ktorý je zverejnený a v prípade potreby sa k nemu vyjadri vedenie resp. odborní zamestnanci. O prijatých prípadných opatreniach sú členovia informovaní na najbližšom zasadnutí Komunity. Komunitná rada má možnosť sa vyjadriť aj k mesačnému hodnoteniu jednotlivých klientov.

Metódy a postupy práce realizuje tím odborných interných a externých zamestnancov a pracovníkov v zložení: psychológ/ička, sociálne pracovníčky, vedúci pracovných „čiat“

a zamestnanci zabezpečujúci dohľad v smenách, pod vedením akreditovanej odbornej zástupkyne zodpovednej za realizáciu opatrení podľa Zákona č. 305/2005 Z.z. o SPOSK. Centrum ReSocia, n.o. úzko spolupracuje s:

- príslušnými OSPOSK ÚPSVaR podľa miesta trvalého bydliska FO v prípade ak bol klient odporučený pre prijatie touto inštitúciou. Dáva im zároveň spätnú väzbu v prípade problémov, potreby vybavenia úradných záležitostí, spolupráce s rodinou, oznamuje ukončenie RP a pod.
- psychiatrickými liečebňami a nemocnicami pre liečbu drogových a iných závislostí pri realizácii preliečenia v prípade zhoršeného zdravotného stavu resp. pri cravingu alebo porušení abstinencie.

Metódy, postupy, opatrenia a aktivity práce odborného tímu zamestnancov:

Psychológ/gička

- psychologické poradenstvo,
- individuálne alebo v skupine aplikovaný psychologický prístup – metódy a techniky zamerané na zmenu správania – zmena doterajšieho životného štýlu, motivácia a sebamotivácia, nové usporiadanie hodnotového rebríčka a prijatie zodpovednosti za seba samého a za svoje konanie,
- v spolupráci s FO stanovenie individuálnych cieľov v rámci resocializačného programu,
- konzultácie a poradenstvo pre rodinných príslušníkov príp. iným blízkym osobám, klienta,
- konzultácie s odborným personálom pri tvorbe a realizácii individuálneho resocializačného plánu klienta resocializačného strediska,
- podiel na príprave a realizácii projektov v prospech klientov a RS C ReSocia, n. o.

Sociálni/e pracovníci/čky, asistenti/tky sociálnej práce

- pomoc pri riešení individuálnych a vzťahových problémov, individuálne pohovory,
- vstupné anamnézy,
- spolupráca pri stanovovaní cieľov, motivácia klientov,
- zabezpečenie styku s úradmi a inštitúciami, sprevádzanie,
- v prípade potreby sprevádzanie na lekárske vyšetrenie,
- základné a špecializované sociálne poradenstvo,
- sociálno-psychologický výcvik v spolupráci s psychológom/gyčkou,
- spolupráca s rodinou klienta,

- zabezpečenie podmienok pre voľnočasové aktivity - návštevy športových podujatí, turisticko-orientačné vychádzky do prírody, loptové hry (futbal, nohejbal, volejbal), udržiavanie telesnej kondície, návšteva kultúrno - spoločenských akcií mimo RS.
- organizovanie tematickej činnosti v teréne - informačná a vzdelávacia činnosť v oblasti ekoturizmu – využitie mediálneho a propagačného materiálu, podpora ochrany prírody a životného prostredia, exkurzie,
- vytváranie podmienok a organizovanie kultúrno - spoločenských aktivít: súťaže, hra na hudobných nástrojoch, počúvanie rôznych druhov a žánrov hudobnej produkcie, aktívne sociálne učenie programové (ASUP – pravidlá hry...)
- organizácia tematických diskusných skupín a zdravotnícka osveta (napr. charakteristika alkoholika, tolerancia, riešenie modelových situácií, analýza príčin vzniku problému, riešenie problémov a pod),

Popis postupov a metód RP podľa fáz

Realizácia resocializačného programu je rozvrhnutá do 4 fáz. Dĺžka celkového procesu resocializácie podľa resocializačného programu spravidla nemá presiahnuť 24 mesiacov. Dĺžka trvania jednotlivých fáz je štandardne 3 mesiace, ale je upravovaná podľa potrieb jednotlivých klientov, v závislosti od štádia celkovej deštrukcie osobnosti a devastácie organizmu, v akom klient prichádza.

1. fáza

Klient sa adaptuje na prostredie resocializačného strediska, zapája sa do komunity. Prijíma režim a pravidlá a chápe ich zmysluplnosť a opodstatnenosť. Za pomoci okolia (starších klientov i zamestnancov) **buduje motiváciu k liečbe a trvalej abstinencii** - získava verbálny náhľad na závislosť ako chorobu. Buduje si pozitívny vzťah k povinnostiam a práci, mení životný štýl. Kontakt s okolím je spravidla prvé tri mesiace obmedzený.

2. fáza

Klient sa úplne samostatne zapája do procesov v komunite. Je vedený k väčšej zodpovednosti, získava kritický postoj k droge, k závislosti aj k sebe. Prijímaním spätnej väzby a poskytovaním konštruktívnej kritiky **získava produktívny náhľad na svoju životnú situáciu**. Nastáva zmena emocionálnej lability a celkový posun v jednotlivých zložkách osobnosti. Klient

častejšie prijíma návštevy, začína chodiť na krátkodobé priepustky v spoločnosti iného povereného klienta, resp. zamestnanca, kontaktuje sa s vonkajším prostredím.

3. fáza

Klient preberá **zodpovednosť nielen za seba, ale aj za komunitu**. Nastáva **nárast sebakontroly**, zvyšuje sa iniciatíva pri vyhľadávaní aktivít - návrhy a námety na skvalitnenie života v komunite. Zvyšuje sa psychická zaťažiteľnosť, skvalitňuje sa verbálna produkcia. Prácou na hodnotovom systéme si klient **buduje autonómnu abstinentskú životnú filozofiu**. Rozvíja sa záujmová sféra a možnosť vzdelávania. Nastáva širší kontakt s vonkajším aj rodinným prostredím.

4. fáza

Klient mení hodnoty a všetky postoje. Získava **efektívny náhľad na závislosť - abstinenciu prijíma ako čistotu životného štýlu** - to znamená, že nemanipuluje - neklame, nepodvádza, nevyhovára sa, na životné potreby sa učí zarábať serióznou prácou. Učí sa chápať potreby okolia, ktoré môžu byť iné ako jeho vlastné. Zvyšuje sa častosť opustenia RS aj na dlhšiu dobu. Nárastom počtu priepustiek prebieha proces opätovného začleňovania do prirodzeného prostredia. Klient môže absolvovať kurzy, tréningy, dokončovať si vzdelanie. Správaním a vystupovaním sa stáva prirodzeným vzorom pre komunitu. Seriózne si pripravuje a buduje krátkodobé aj dlhodobé ciele a diskutuje o nich. Životný štýl sa stabilizuje a prebieha postupná integrácia do širšieho spoločenstva.

Odborné metódy a prístupy v jednotlivých fázach:

Od príchodu do RP klienti sú zapájaní do aktivít zameraných na **získavanie a udržanie pracovných zručností** - aktivity sa realizujú na farme RS chovom domácich zvierat, pestovaním základných plodín na poli a v záhrade, zveľaďovaním okolia, údržbou a opravou budov, pomocou obci pri udržiavaní zelene, drobnej pomoci obyvateľom obcí a pod. Radíme tu aj výrobu dekoračných a drobných úžitkových predmetov pre potreby resocializačného strediska, prácu s drevom v dielni, pestovateľské práce - kosenie trávy, príprava zásob sena, pomocné práce pri príprave stravy a pod. Od II. fázy majú klienti možnosť získavať zručnosti pri tvorbe jedálneho lístka, získavaní surovín a príprave stravy.

Uvedené činnosti a aktivity, okrem získavania a udržania pracovných zručností a návykov, pomáhajú FO aj pri vytváraní a rozvoji niektorých osobnostných vlastností (zodpovednosť,

empatia, plánovanie, systematický prístup, spolupatričnosť a spolupráca a iné) emocionálnej inteligencie.

Pre klientov zaradených do IV. fázy:

- v RS v Petrovciach sú vytvorené podmienky na samostatné bývanie pre 3 klientov, ktorí majú záujem pracovať na farme,
- v RS Ťahanovce je 10 miest pre tých, ktorí majú záujem zaradiť sa postupne do pracovného procesu, hľadajú si ubytovanie po odchode z RP, majú záujem o rekvalifikáciu a pod. pričom im aktívne pomáhajú odborní zamestnanci RS,
- niektorým bývalým klientom, ktorí ako remeselní odborníci pomáhajú ostatným pri získavaní pracovných zručností (napr. na farme, stolárskej dielni, stavebných úpravách a pod.) alebo ktoré/i absolvovali opatrovateľský kurz, je ponúkaná možnosť zamestnať sa a ubytovať v sociálnych zariadeniach ReSocie, n.o.,
- v rámci RP, podľa záujmu FO je možné od zaradenia do III. fázy RP absolvovať rekvalifikačný kurz ponúkaný ÚPSVaR, alebo niektorou vzdelávacou inštitúciou (opatrovateľský kurz), na absolvovanie ktorého môže centrum prispieť, resp. „požičať“ finančné prostriedky. Dobrá spolupráca je so Strednou odbornou školou obchodu a služieb v Sobranciach, ktorá ponúka rekvalifikačný kurz v odbore kuchár/časník.

Základné sociálne poradenstvo sa realizuje od I. fázy. Ide hlavne o pomoc pri vybavovaní úradných záležitostí, pracuje sa s rodinou klienta, podpora záujmových činností, utvárajú sa podmienky pre voľnočasové aktivity, kultúrnu a športovú činnosť. Od III. fázy sa realizuje pomoc pri pracovnom uplatnení, sprostredkovanie rekvalifikačného vzdelávania, FO pripravuje sa na preberanie zodpovednosti za svoj život. V prípade nepriaznivého zdravotného stavu sa, v spolupráci s klientom príp. rodinným príslušníkom alebo opatrovníkom, sprostredkuje kontakt s obcou resp. VÚC pri posúdení odkázanosti na pomoc inej osoby a podaní žiadosti do zariadenia sociálnych služieb po ukončení resocializácie.

Od II. fázy je poskytované **špeciálne sociálne poradenstvo**, ktoré využíva predovšetkým skupinovú prácu, patricipatívne techniky a prístupy ako hranie rolí, rôzne mentálne cvičenia a je zamerané predovšetkým na posilňovanie a osvojovanie sociálnych zručností, tréning zručnosti, podpora vytvárania nových kontaktov, kvalitu života, duševné zdravie, sociálna integrácia a pod.

V I. a II. fáze sa **psychologická starostlivosť** zameriava na sebazpoznanie, sebavedomie, sebamotiváciu, dôraz sa kladie na individuálny rozvoj osobnosti. Od III. fázy v rámci psychologického poradenstva v skupine aj individuálne sa realizuje tréning psycho - sociálnych zručností, rozvoj jednotlivých „pilierov“ emocionálnej inteligencie a v IV. fáze sa prístup rozšíri o nácvik relaxačných techník, upevnenie hodnotového systému, ambícií a ašpirácií.

Najčastejšie využívané metódy v práci psychológa (niekedy v spolupráci so soc.prac.):

- rozvoj kreativity: výtvarné práce, aktivita s výtvarnými technikami, knihou, hudbou - pri práci s umením sa ľahšie vyjadruje pocit, prejavia sa niektoré osobnostné vlastnosti. Pomáha rozvíjať jemnú motoriku, sebazpoznávanie a facilitáciu interpersonálnych vzťahov. Rozvíja tvorivosť, imagináciu a slúži aj na estetizáciu prostredia. Umenie väčšinou napomáha k celkovej psychickej a kognitívnej stimulácii a zmierňuje úzkostnú a depresívnu symptomatiku, spestruje celkové vnímanie sveta a je bohatým informačným zdrojom,
- kognitívny tréning - je cieleňá metóda na rozvoj, aktivizáciu a stimuláciu mozgových funkcií u osôb, ktoré boli oslabené dôsledkom abúzu. Rozvíja jemnú motoriku, pamäť, pozornosť, myslenie, verbálnu fluenciu a tvorivosť,
- dynamické skupiny - stretnutie celej komunity s odborným tímom. Zamerané sú predovšetkým na riešenie interpersonálnych konfliktov v komunite, hľadání spoločných riešení pri zlepšovaní chodu RS. FO sa tak učí asertívne ventilovať svoje postoje a prijímať názory iných,
- voľná tribúna - na tomto stretnutí ide o zhodnotenie prejavov správania sa jednotlivca, fungovania komunity a spätnej väzby pre personál,
- sociálno - psychologický výcvik - je zameraný predovšetkým na rozvoj asertívnej komunikácie, sebazpoznávanie, finančnej gramotnosti a budovaniu pozitívnych sociálnych vzťahov,
- edukačná činnosť je pripravovaná odborným tímom RS formou prezentácií. Okruh tém je volený priamo na tematiku závislosti. Účastníci majú možnosť vyjadriť záujem aj o iné vhodné témy. Po odprezentovaní témy sa môžu overiť získané znalosti zábavnou formou (napr. súťažný kvíz).
- relaxačné techniky - sú realizované podľa individuálnych potrieb. Psychológ „napasuje“ vhodnú relaxačnú techniku a pod jeho vedením sa osoba učí relaxovať,
- FO okrem skupinových aktivít má právo na individuálne psychologické poradenstvo, kde rieši svoje osobné problémy v bezpečnej atmosfére.

Od I. fázy sa klienti zúčastňujú aj na **diskusných skupinách** lektorovaných internými alebo externými odborníkmi, ktoré sú zamerané napr. na epidemiológiu drogových závislostí, aktuálny pohľad na osobnosť človeka z pohľadu závislostí a pod., do prípravy tém sú podľa záujmu zaradení aj klienti.

Taktiež od I. fázy je zabezpečená **starostlivosť o zdravotný stav** klientov spádovým obvodným a odbornými lekármi, kontrola abstinencie (orientačná dychová skúška), spolupráca so špecialistami z odboru psychiatrie pri cravingu alebo porušení abstinencie a najmä v I. fáze ide aj o vedenie k osobnej hygiene, čistote a poriadku.

Od podpisu dohody, t.j. od I. fázy resocializácie je poskytnuté **ubytovanie**, hygienické zariadenia, možnosť pre udržiavanie bielizne a šatstva, odloženie osobných potrieb, rešpektovanie osobného priestoru a pod.

Prechod FO medzi fázami je procesom, čo znamená, že je možný postup do vyššej fázy, zotrvanie viac ako 3 mesiace, ale aj vrátenie sa späť do nižšej fázy. Súčasťou posudzovania zaradenia do fázy RP sú mesačná hodnotenia plnenia úloh, ktoré súvisia so stanovenými cieľmi IRP klienta pre tú ktorú fázu. Mesačné hodnotenie vykonáva odborný tím v spolupráci s ostatnými zamestnancami a povereným členom komunitnej rady (spravidla predseda). Kritériami pre postup do vyššej fázy je mesačné plnenie prijatých úloh, participácia na živote komunity, aktivita a iniciatíva v osobnom živote. Ak sú úlohy plnené a cieľ fázy dosiahnutý (spravidla po troch mesiacoch, ale podľa toho, či bol cieľ dosiahnutý, termín sa môže skrátiť aj predĺžiť), navrhuje odborný tím klientovi postup do ďalšej fázy. Zaradenie klientov do fáz je zverejnené a je súčasťou hodnotenia a tým motiváciou pre ostatných. Pri neplnení úloh, vyhýbaní sa práci v komunite, porušení abstinencie, agresívne správanie sa voči okoliu, FO nie je preradený do vyššej fázy resp. môže byť, po konzultácii odborného tímu a komunitnej rady, preradený späť do nižšej fázy. Klient sa má možnosť k takémuto preradeniu vyjadriť. V prípade jeho nesúhlasu, dohodne odborný tím a KR ďalšie podmienky, po splnení ktorých môže byť opätovne prehodnotený jeho správanie a postup do ďalšej fázy RP.

Klienti sa riadia denným časovým harmonogramom.

Štandardný denný režim

Pondelok – piatok

06:00 – 06:45 Budíček, osobná hygiena

06:45 – 07:15 Raňajky, výdaj liekov
07:30 – 07:45 Ranná komunita (vrátane rozdelenia do činností)
08:00 – 12:00 Realizácia individuálnych činností podľa rozdelenia v ranej komunite
12:00 – 13:30 Obed, výdaj liekov
13:30 – 16:00 Individuálne a skupinové sedenia a činnosti
16:00 – 18:00 Osobné voľno klientov
18:00 – 18:30 Večera, výdaj liekov
18:30 – 22:00 Osobné voľno klientov. Príprava na večierku, osobná hygiena
22:00 – 06:00 Večierka, nočný kľud

V čase od 08:00 - 12:00 hod a 13:30 – 16:00 hod je obmedzené zdržiavanie sa na izbách (resp. len so súhlasom povereného odborného zamestnanca). V prípade zaradenia do pracovnej činnosti mimo RS, strava z obeda sa na žiadosť FO, odkladá do jeho príchodu.

Sobota – nedeľa – štátne sviatky

07:00 – 07:30 Budíček, osobná hygiena
07:30 – 08:00 Raňajky, výdaj liekov
08:00 – 08:30 Komunita klientov, rozdelenie do činností
08:30 – 12:00 Hospodársky a sanitačný deň, realizácia činností podľa rozdelenia
12:00 – 13:30 Obed, výdaj liekov
13:30 – 18:00 Organizované voľno časové aktivity, realizácia činností podľa rozdelenia
18:00 – 18:30 Večera, výdaj liekov
18:30 – 22:00 Osobné voľno klientov
22:00 – 23:00 Príprava na večierku, osobná hygiena
23:00 – 06:00 Večierka, nočný kľud

Časy uvedené v dennom režime môžu podliehať zmenám v prípade akcií a aktivít organizovaných resocializačným strediskom. Zmeny najneskôr deň vopred oznamujú zamestnanci RS.

Činnosti a aktivity FO variujú v závislosti od potenciálu, záujmov a ich individuálnych cieľov a činnosti v prospech komunity. S klientmi z III. a IV. fázy, ktorí sú zapojení do brigádnických činností alebo sú zamestnaní, sa pracuje prevažne individuálne a z praktických dôvodov sú

ospravedlnení napr. zo skupinových sedení, ak sú v danom čase mimo RS – individuálny režim. Do činnosti v prospech komunity sú zapájaný počas osobného voľna.

Návštevy je možné prijímať počas pracovného týždňa v čase 13:30 do 18:00 v RS alebo mimo neho, po vzájomnej dohode so službukonajúcim personálom. Počas víkendu a štátnych sviatkov je možné venovať čas návštevám počas dňa od 8:30 do 22:00 hod. O návštevách je potrebné informovať aspoň deň vopred aj v súvislosti s prípravou priestorov pre stretnutie. V jednotlivých RS sú vyčlenené priestory pre nerušenú komunikáciu s návštevami (vid časť V. tohto RP).

K základným činnostiam a aktivitám klientov RS patrí:

na farme: príprava, zabezpečovanie a podávanie pokrmov zvieratám a hydine, čistenie priestorov, udržiavanie hygieny a čistoty, ak ide o úžitkové zvieratá - získavanie príp. spracovanie produktov z nich,

pri stavebných prácach: pomocné práce podľa pokynov vedúceho stavby,

pri príprave jedla: podieľanie sa na príprave jedálneho lístka, príprava a spracovanie surovín, pomocné práce v kuchyni, umývanie riadu, udržiavanie hygieny a čistoty, zodpovednosť za dávkovanie jedla, počty odobratého jedla (v prípade potreby zabezpečiť uloženie pre neprítomných),

práce v dielni: navrhovanie a výroba drobných predmetov z dreva, kovu, opravy a úpravy premetov, práca so strojmi a prístrojmi,

záhrada: príprava pôdy, sadenie, okopávanie, odburiňovanie, starostlivosť o kvety, zber plodov, zaváranie,

ostatné činnosti v prospech komunity: kosenie trávy, príprava dreva a sena na zimu, roznášanie stravy pre dôchodcov z obecnej vývarovne, manuálne činnosti v prospech obce,

nácvik a udržanie manuálnych a mnemotechnických zručností - tvorba násteniek, príprava tém skupinových sedení, kvízy, diskusie, tvorba blahoželaní pre ostatných, nácvik počítačových zručností, drobné ručné práce, výroba ozdobných predmetov atď.

VIII. Tvorba a vyhodnocovanie individuálnych resocializačných programov.

Pri príchode klienta do RS sociálny pracovník v spolupráci s psychologičkou a FO vypracujú Individuálny resocializačný program (ďalej „IRP“), v ktorom sa dohodnú na stanovení dlhodobého cieľa (spravidla na 12 mesiacov), z ktorého potom vychádzajú špecifické ciele, stanovené štandardne na tri mesiace a úlohy na prvý mesiac I. fázy resocializácie. Pri

tvorbe IRP sa zohľadňuje zdravotný stav klienta (na základe predloženej prepúšťacej správy z poslednej hospitalizácie), odporúčania a skúseností predchádzajúcich inštitúcií kde sa klient liečil, vyjadrenia a odporúčania príslušného Orgánu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR (ďalej iba „príslušného orgánu“ alebo „ÚPSVaR“), potreby a záujmy FO, jej/jeho schopnosti, potenciál, odborné skúsenosti, dosiahnuté výsledky v osobnom živote, nadanie a predpoklady, možnosti a aspirácie, osobná motivácia, spätná väzba zo strany rodiny na aktuálne správanie klienta (ak sa k nám nezáväzne dostane – nie je to pravidlo).

Základná štruktúra IRP:

1. dlhodobé ciele – najviac 2, stanovené pri prijatí FO do RP spravidla na dobu 12 mesiacov,
2. strednodobé ciele – špecifické, smerujúce k dosiahnutiu dlhodobého cieľa, stanovené postupne pre každú fázu RP (ich plnenie je hodnotené spravidla po 3 mesiacoch spolu s klientom),
3. mesačné stanovenie úloh smerujúcich k dosiahnutiu špecifického cieľa a hodnotenie ich plnenia.

Odborní zamestnanci v spolupráci s ostatnými zamestnancami mesačne stanovujú úlohy pre FO a vyhodnocujú ich plnenie z pohľadu dosiahnutia strednodobého – špecifického cieľa. Po ukončení 3 mesačného obdobia členovia odborného tímu na základe priebežných hodnotení a vyjadrení všetkých zainteresovaných (ostatných zamestnancov, členov komunity) vypracujú podklad pre kvartálne hodnotenie, ktoré realizuje psychologička alebo sociálny pracovník spolu s klientom a navrhnu ciele a úlohy pre ďalší štvrťrok ako aj prípadný postup do vyššej fázy resocializačného programu, alebo zotrvanie v doterajšej príp. presun do nižšej fázy. Súčasťou hodnotenia je tak aj hodnotenie jeho/jej prejavov správania sa v komunite, spätná väzba zo strany klientov a zamestnancov na jednotlivé prejavy správania klienta, klientova subjektívna spätná väzba na vlastné prejavy správania či aktuálne problémy. Súčasne sa môže prehodnotiť stanovený dlhodobý cieľ príp. špecifické ciele. Pri stanovovaní jednotlivých úloh do ďalšieho trojmesačného obdobia určí sa, ak je to možné, termín splnenia úlohy, príp. výber osoby nápomocnej pri plnení cieľa. V prípade záujmu môžu pri plnení cieľov pomôcť aj rodinní príslušníci príp. osoby blízke klientovi, ktoré si vyberie. Stanovené ciele musia byť konkrétne, merateľné, reálne – splniteľné a jednoznačné, aby boli chápané a akceptované FO.

V IRP sa najmä v prvých dvoch fázach kladie dôraz na sebazoznanie, sebarozvoj, sebamotiváciu, a neskôr na prácu v komunite a pre komunitu, ktorá je štruktúrovaná s presne stanovenými morálnymi a etickými hranicami a má na jednotlivcov svoje nároky. Cieľom komunity je určiť a podporovať pozitívne prejavy správania sa a motivovať jednotlivcov v

životnom štýle, ktorý je nezlučiteľný s užívaním psychoaktívnych látok a v prípade nelátkových závislostí s vykonávaním patologickej činnosti. Súčasťou hodnotenia IRP je preto aj hodnotenie členmi komunity, za účasti psychologičky na pravidelnom mesačnom „hodnotení“ správania sa jednotlivcov v prospech komunity a podľa výsledkov štvrťročne sú navrhované odmeny a sankcie ako motivácia pre všetkých členov komunity.

K záverečnému prehodnoteniu pred ukončením pobytu je prizývaný sociálny kurátor príslušného ÚPSVaR. V prípade potreby resp. záujmu FO alebo kurátora, sú sociálni kurátori oboznamovaní s hodnotením FO aj priebežne počas pobytu.

Plnenie cieľov a úloh individuálneho resocializačného programu trvá najmenej 12 mesiacov. Celková dĺžka pobytu v RS pri jeho realizácii závisí od jednotlivca, ako bude postupovať pri plnení úloh a dosahovaní cieľov až do doby ukončenia IV. fázy. Spravidla však by nemal trvať viac ako 24 mesiacov. Vo výnimočných prípadoch je možné predĺžiť maximálne na dobu 30 mesiacov len na základe návrhu odborného tímu, súhlase FO a súhlase riaditeľa Centra ReSocia, n.o., ktorému je návrh predložený.

IX. Podmienky pre aktívne trávenie osobného voľna

RS sú situované v krásnom a tichom prostredí, kde okolitá príroda, lesy ponúkajú možnosti na turistické vychádzky, táborenie, hubárčenie, zber liečivých bylín či lesných plodov. Súčasťou areálu RS je záhrada so stromami, besiedka, kde sa klienti stretávajú, robia „opekačky“, varia guláš a pod.

V Petrovciach možno využiť obecný rybník, obecné ihrisko na šport aj na „opekačky“. Relatívne blízko sa nachádza Zemplínska Šírava, Morské Oko, lom Beňatina, Vinianske jazero a iné. V spolupráci s obcou je v lete možnosť absolvovať výlet do termálnych kúpalísk v Maďarsku, v SO možnosť využiť kúpalisko. Priebežne sa podľa záujmu organizujú návštevy kina.

Obce Ťahanovce a Rozhanovce sú blízko mesta Košice, kde je možnosť kultúrneho, športového vyžitia a realizácie osobných záujmov. RS podľa záujmu organizuje spoločné návštevy podujatí, alebo umožňuje FO aj ich individuálnu návštevu.

RS v Repejove leží v malebnej dedinke uprostred hôr a okolitých lúk. Možnosť kultúrneho a športového vyžitia ponúka RS výletmi do okolitých zaujímavých miest Medzilaborce - Múzeum Andyho Warhola, Stropkov - mini ZOO, vodná nádrž Domaša, Svidník - skanzen, Dukla a pod.)

Každoročne v letných mesiacoch je organizovaný pre 5 – 7 členné skupiny 2 - 3 dňový turistický výlet do Slovenského Raja spojený s pobytom na rekreačnej chate, kde si sami pripravujú stravu a rozhodujú o programe.

Finančný príspevok centra na účasť na uvedených podujatiach je súčasťou motivácie FO v rámci RP (odmeny a sankcie).

Vo všetkých obciach je možnosť aj uspokojenia duchovných potrieb, s kňazmi farnosti je veľmi dobrá spolupráca, sú ústretoví. V spolupráci s personálom priebežne sa organizujú v RS diskusie na rôzne témy, v prípade potreby či záujmu je možnosť svätej spovede a prijatia iných sviatostí.

X. Podmienky pre zdravotnú starostlivosť

Na základe dohody s obvodnými lekármi zdravotných stredísk, v obvode ktorých sú RS, je zabezpečená základná zdravotná starostlivosť o FO. V blízkom okolí RS (cca do 10 km) je zabezpečená aj odborná a špecializovaná zdravotná starostlivosť, ktorá je poskytovaná na základe odporúčania obvodného lekára. V prípade potreby sú na tieto vyšetrenia a ošetrenia FO sprevádzané personálom RS.

Psychiatrická starostlivosť: Centrum spolupracuje s Psychiatrickou klinikou pracovisko UNLP v Košiciach, ktorá, na požiadanie vedenia centra zabezpečuje aj zdravotnú osvetu, v prípade potreby - konzultácie o postupe a pomoci pri preliečení FO v zdravotníckom zariadení resp. hospitalizácii FO.

Klient má možnosť naďalej navštevovať psychiatrickú ambulanciu, v ktorej sa liečil doteraz. Dobrá je spolupráca s psychiatrickými nemocnicami v Michalovciach, Košiciach, Rožňave, psychiatrickou ambulanciou v Humennom a psychiatrickým oddelením nemocnice vo Svidníku a Prešove, ktoré sú, v prípade potreby hospitalizácie pri recidíve resp. cravingu, ústretové.

Do CPLDZ v Košiciach je, po vzájomnej dohode, možné umiestniť FO na dlhodobé preliečenie alebo krátkodobé „posilnenie“ abstinencie. V prípade, ak preliečenie je neefektívne a abstinencia nie je dodržiavaná, je „spustený ťah“, po dohode s FO a rodinnými príslušníkmi je možné klienta hospitalizovať v liečebni na Prednej Hore.

Je však nevyhnutné, aby klienti mali kartu zdravotného poistenca a vyplatené zdravotné poistenie.

V súlade s § 57 ods. 4 a) – c) zákona, ak vznikne podozrenie na požitie alkoholu alebo iných návykových látok FO, počas pracovnej doby, sociálny pracovník, so súhlasom FO, zabezpečí v najbližšej obvodnej ambulancii lekárske vyšetrenie krvi alebo odber biologického materiálu a sprevádza ho na toto vyšetrenie. Po pracovnej dobe, službukonajúci oznámi uvedenú skutočnosť telefonicky sociálnej pracovníčke, ktorá zabezpečí odbery poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a zabezpečí jeho odvoz do zdravotníckeho zariadenia a dovoz späť.

V prípade, že FO je liečená, pretože je infikovaná vírusom ľudskej imunodeficiencie alebo má ochorenie spôsobené týmto vírusom, dohodne sociálny pracovník s ošetrojúcim lekárom spôsob zabezpečenia komplexnej zdravotnej starostlivosti.

XI. Pravidlá v RS Centra

A. Práva FO, pre ktoré sa vykonáva RP v Centre

Práva klientov resocializačného strediska vyplývajú z

- rešpektovania základných ľudských práv zakotvených v Ústave SR,
- Zákona č. 305/2005 Z.z. o SPOSK v znení neskorších predpisov,
- materiálov zverejnených na web stránke ReSocia, n.o. - Etického kódexu zamestnanca ReSocia, n.o., Politiky kvality, Štatútu neziskovej organizácie,
- Zákona č. 18/2018 Z.z. na ochranu osobných údajov.

Okrem práv vyplývajúcich z uvedených dokumentov má FO právo aj:

- na jemu zrozumiteľné a individuálne oboznámenie sa s resocializačným programom centra,
- na možnosť návštevy niektorého RS centra ReSocia, n.o. pred nástupom do RP,
- doniesť si do RS ošatenie, osobné hygienické potreby, športové potreby, knihy, potreby pre realizáciu záujmov, ktoré nie sú v rozpore s RP,
- používať osobné elektrické spotrebiče vrátane mobilných telefónov, PC, tabletov, ktoré nahlási prevádzkovateľovi,
- prijímať návštevy v hodinách a priestoroch na to určených (tak, ako je to definované v tomto RP v časti V. – materiálne podmienky jednotlivých RS a časti VII. pod štandardným denným režimom),
- po postupe do III. fázy chodiť na návštevy rodiny a príbuzných,
- osobne alebo prostredníctvom Komunitnej rady prednášať návrhy na zlepšenie činnosti,

- užívať počítač s internetom v čase osobného voľna (nesmie však svojou činnosťou narúšať dobré mravy),
- v prípade potreby využívať počítač a telefón na hľadanie práce, ubytovania, kontaktu s úradmi a rodinou a blízkymi osobami aj v inom čase s vedomím personálu,
- udržiavať písomný, telefonický a elektronický kontakt s osobami, ktoré určí,
- prijímať a odosielať poštu (prichádzajúca a odoslaná pošta je v stredisku evidovaná zamestnancami v zozname na tom určenom, následne je bezodkladne odovzdaná klientovi),
- prostredníctvom pošty, telefónu a počítača s internetom kontaktovať aj orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, verejného ochrancu práv, súd, prokuratúru, komisára pre osoby so zdravotným postihnutím a pod.,
- písomne alebo ústne sa sťažovať, ak nie je niečo v súlade internými predpismi a normami. Sťažnosť môže dať aj anonymne. Za tým účelom je pripravená skrinka aj kniha sťažností,
- v III. a IV. fáze prijať prácu resp. absolvovať rekvalifikačný kurz,
- požiadať o pomoc pri sprostredkovaní zdravotnej starostlivosti, posúdení odkázanosti na pomoc inej osoby a svojho zdravotného stavu,
- osobné záujmy, ak nie sú v rozpore s internými dokumentami centra a zásadami RP.

B. Povinnosti FO, pre ktoré sa vykonáva RP v Centre

FO **pri** uzatvorení Dohody o podmienkach realizácie resocializačného programu podľa § 57 Zákona SPODSK v Centre ReSocia, n.o. je povinná:

a) predložiť

- odporúčanie OSPODSK ÚPSVR podľa miesta trvalého bydliska (neplatí pre samoplatcu),
- odporúčanie odborného lekára - psychiatra zariadenia, v ktorom prešiel detoxikáciou,
- prepúšťaciu lekársku správu o zdravotnom stave z poslednej hospitalizácie a ak má k dispozícii, tak správy o záveroch psychologického vyšetrenia,
- osobné doklady (občiansky preukaz, kartu poistenca zdravotnej poisťovne),
- resp. upozorniť personál na rozhodnutia súdu (napr. pri zbavení svojprávnosti na niektoré úkony, exekučné príkazy, splácanie dlhov, a pod.),
- rozhodnutie ÚPSVaR o poberaní sociálnych dávok a príspevkov,
- rozhodnutie resp. potvrdenie sociálnej poisťovne o výške poberaného dôchodku.

b) absolvovať

- vstupný pohovor so sociálnym/nou pracovníkom/čkou a psychologičkou RS,
- základnú hygienickú očistu (ak je to potrebné),
- dychovú skúšku na kontrolu prítomnosti alkoholu v dychu, ktorú vykoná s na to určeným certifikovaným „meradlom“ sociálny pracovník (prítomnosť alkoholu v dychu resp. zrakom pozorovateľné prejavy správania upozorňujúce na požitie návykových látok je dôvodom pre nezaradenie FO do RP – vid. Kontraindikácie v tomto RP).

c) oznámiť

- prevádzkovateľovi osobné elektrické spotrebiče (PC, tablet, vrátane mobilných telefónov),
- kontakt na osoby, s ktorými bude RS v styku,
- výšku hotovosti resp. cenností s ktorými do RS prichádza a požiadať o ich uloženie, o čom jej/mu bude vydané potvrdenie (v opačnom prípade centrum za ich stratu neručí),
- všetky ďalšie závažné skutočnosti, ktoré môžu ovplyvniť realizáciu IRP v rámci RP.

Po nástupe do RS je klient/ka povinný/á rešpektovať, že:

- bude plniť resp. zabezpečí plnenie záväzkov vyplývajúcich z Dohody o podmienkach realizácie resocializačného programu podľa § 57 Zákona SPODSK v Centre ReSocia, n.o.,
- v období do úplného uplynutia I. fázy môže opustiť resocializačné stredisko iba v nevyhnutných prípadoch a to iba v sprievode zamestnanca ReSocia, n.o. alebo povereného klienta,
- v II. fáze môže opustiť resocializačné stredisko so súhlasom člena odborného tímu iba v sprievode povereného klienta max. na jeden deň,
- v III. fáze môže spravidla opustiť resocializačné stredisko so súhlasom člena odborného tímu aj samostatne na krátku dobu (max. dva dni),
- v IV fáze môže opustiť resocializačné stredisko samostatne bez ohľadu na účel aj na 4 - 7 dní ale vždy s vedomím odborného zamestnanca,
- každé opustenie RS je povinný hlásiť službukonajúcemu zamestnancovi. Pri odchode plánovanom na viac ako jeden deň, je povinnosťou oboznámiť sociálneho pracovníka aspoň 1 deň vopred a zapísať do knihy odchodov čas odchodu, predpokladaný čas príchodu, telefonický kontakt, miesto, kde sa bude zdržiavať, príp. kontaktnú osobu v prípade zlyhania kontaktu s ním/ňou,
- do ukončenia II. fázy svoje príjmy (akékoľvek) bude ukladať do úschovy RS – na uložené finančné prostriedky dostane písomné potvrdenie. Nevyhnutné osobné výdavky

bude zo svojich fin. prostriedkov hradit' vyzdvihnutím predpokladanej potrebnej sumy najmenej deň vopred. Zároveň sa zaväzuje predložiť k nahliadnutiu výdavkový blok o nákupe,

- sa zaväzuje dodržiavať denný režim resocializačného strediska,
- návštevy sú povolené tomu, komu dá klient/ka súhlas, povinnosťou však je ich vopred ohlásiť (minimálne deň) a rešpektovať denný režim RS. Počas adaptačnej fázy sa všeobecne neodporúčajú návštevy, ale je to na zvážení klienta a jeho blízkych osôb. Návštevy sú zakázané len zo závažných dôvodov – napr. nepriaznivý vplyv na psychický stav klienta. Ak príde návšteva za klientom do RS, jej povinnosťou je sa najprv ohlásiť u zamestnancov.
- návštevy na izbách sú povolené iba so súhlasom spolubývajúcich a to v čase osobného voľna (pod pojmom „návšteva“ rozumieme viac ako 10 minút, ktoré sú strávené v inej než „vlastnej“ izbe),
- PC môže využívať počas osobného voľna. V inom termíne vtedy, ak je súčasťou aktivity z IRP. Prvý mesiac adaptačnej fázy sa odporúča nekomunikovať s vonkajším okolím cez PC,
- v areály RS ani v jeho blízkom okolí nebude prechovávať alkohol (vrátane nealko piva), drogy a nebude hrať hazardné hry,
- nemôže prechovávať lieky na izbách. Všetky lieky odovzdáva do úschovy a poverený zamestnanec mu lieky na užitie bude vydávať podľa lekárskeho predpisu,
- v záujme udržania stabilizovaného zdravotného stavu bude dodržiavať nastavenú farmakoterapiu (zmeny farmakoterapie sú možné len so súhlasom odborného resp. špecializovaného lekára),
- v prípade podozrenia, bude sa podrobovať kontrolám na požitie návykovej látky (dychová skúška na zisťovanie požitia alkoholu; vyšetrenie moču na požitie návykových alebo omamných, príp. iných látok alebo liečiv, ktoré zabezpečí sociálny pracovník v zdravotníckom zariadení). V prípade kladného výsledku vykonaného testu klient uhradí všetky náklady spojené s jeho vykonaním,
- v záujme zachovania bezpečnosti osobných údajov klientov, vstup do kancelárie personálu je povolený len na vyzvanie k vstupu,
- fajčenie je povolené len na vyhradených miestach v areáli RS,

- úradnú poštu a balíky bude otvárať pred službukonajúcim zamestnancom. Zamestnanec je s obsahom listov oboznámený so súhlasom klienta (v prípade úradných dokumentov),
- balíky či nákupy donesené do RS nesmú obsahovať drogy, alkohol, lekármi nepredpísané lieky, potraviny rýchlo podliehajúce skaze a pod.
- v záujme rozvíjania svojich duševných, sociálnych a fyzických daností, sa bude aktívne zúčastňovať na aktivitách a činnostiach (v rámci pracovných činností, individuálnych a skupinových stretnutí, voľnočasových aktivít a pod.) podľa pokynov zamestnancov centra (sociálna pracovníčka, asistent sociálnej práce, psychológ, zamestnancov zodpovedných za nácvik pracovných zručností resp. ich nadriadených). Zmobilizuje všetky svoje schopnosti a možnosti pri plnení prijatých úloh a bude aktívny pri ich prijímaní,
- v IV. fáze je povinný sa zamestnať, ak sa pre neho nájde práca mimo RS,
- bude sa aktívne zúčastňovať na zasadnutiach komunity,
- bude dodržiavať zásady dobrého občianskeho spolunažívania, udržiavať priaznivé susedské vzťahy, budovať a šíriť dobrú povesť centra, správať sa tak, aby všeobecne boli podporované dobré mravy. Vyvolávanie hádok, fyzických aj nefyzických (slovných) útokov a akýchkoľvek sporov bude dôvodom pre ukončenie resocializačného programu,
- bude dodržiavať protipožiarne, bezpečnostné, hygienické zásady a príkazy, ktoré súvisia s jeho bezpečnosťou alebo RP,
- je povinný dbať na hygienu a čistotu osobnú aj okolia.

Pri odchode z RP je FO povinná

- odniesť všetky svoje osobné veci. Ak tak neurobí, budú veci uložené v priestoroch RS a po mesiaci zlikvidované. Prevádzkovateľ neručí za uschované veci a v takomto prípade nenesie zodpovednosť za ich kompletnosť či prípadné poškodenie,
- vyrovnať všetky dlhy voči RS aj ostatným FO, vrátiť požičané predmety a veci.

Dôvody ukončenia RP pred uplynutím termínu

- vzájomná dohoda o ukončení RP,
- výpoveď dohody zo strany klienta,
- výpoveď dohody zo strany Centra, najmä z dôvodu:
 - ak klient hrubo alebo opakovane porušuje Pravidlá RS Centra alebo ak hrubo porušuje dobré mravy, ktoré narúšajú občianske spolužitie, (pozn.: „dobrými mravmi“

sú pravidlá správania sa, ktoré sú v prevažnej miere v spoločnosti uznávané a tvoria základ fundamentálneho hodnotového poriadku - uznesenie Ústavného súdu SR z 24. 2. 2011, č. k. IV. ÚS 55/2011-19)

- nezaplatí dohodnutú úhradu alebo platí len časť dohodnutej úhrady a súhrn dlžných súm presiahne dvojnásobok dohodnutej mesačnej úhrady,
- poškodzuje povesť a oprávnené záujmy centra nemorálnym správaním a konaním v RS a/alebo na verejnosti,
- neprejavuje záujem o osobnú zmenu tým, že opakovane sa vracia k látkovej alebo nelátkovej závislosti (požíva alkohol, drogy, zneužíva lieky, hrá hazardné hry a pod.).

Pravidlá v RS Centra, uvedené v tomto RP, budú vytlačené formou „manuálu“ pre klienta, ktorý dostane pri svojom príchode a zaradení do RP.

XIII. Sankcie za porušenie pravidiel RP centra

Vzhľadom k tomu, že niekedy FO poruší pravidlá vyplývajúce z RP, ale následne však svoje „vybočenie“ oľutuje a svoje správanie pozitívne zmení, alebo naopak, iný/á zase nezmení, „nepracuje na sebe“, bol vypracovaný postup odmienu a sankcií za prejavy správania sa klientov zaradených do RP. V pracovni sociálnych pracovníkov je k dispozícii zošit, do ktorého môže zaznačiť každý zamestnanec Centra, člen komunitnej rady alebo aj FO, pozitívny alebo negatívny prejav v správaní sa niektorej FO. Každý takýto zápis sa mesačne vyhodnotí a boduje od 1 – 8 bodov buď pozitívnych alebo negatívnych. Na konci mesiaca sa (+) aj (–) body spočítajú a zverejnia sa na verejne prístupnom mieste v interiéri RS. Počet dosiahnutých bodov sa vyhodnotí štvrťročne a po pol roku nasledujú odmeny a sankcie.

Druhy sankčných opatrení:

- zverejnenie pokarhania pred komunitou na verejnej tabuli,
- zákaz opustenia RS na dohodnutú dobu (napr. týždeň, mesiac),
- finančná pokuta od 5 – 25 € s možnosťou splátok. (Ide o financie, ktoré má väčšina klientov na „prilepšenie“ od rodiny, z brigádnickej činnosti a pod. Ak financie na pokutu nemá, je poverený prácami, ktoré nerád/nerada robí napr. kosenie trávy, zvoz dreva, sanitárne práce a pod.). Finančná pokuta sa ukladá po vzájomnej dohode s klientom a stáva sa súčasťou „komunitného banku“ (môže byť použitá na organizáciu

spoločenských udalostí, drobné pozornosti pri príležitosti jubileí, narodenín FO a pod. O ich použití je následne informovaná Komunita klientov).

- ak v priebehu pol roka mal 3x najviac negatívnych bodov v komunite, je daný návrh na jeho preliečenie (ak šlo o opakované zlyhania) alebo vylúčenie z RP (k jeho prípadnému návratu po preliečení dá komunita svoje stanovisko riaditeľovi ReSocia, n.o.).

Druhy odmien:

- zverejnenie pochvaly pred komunitou na verejnej tabuli,
- písomná pochvala riaditeľa RS,
- finančný príspevok (financie získané napr. z pokút) na účasť na ním/ňou vybranom kultúrnom alebo športovom podujatí,
- ak klient 3x za polrok dosiahol najvyšší počet pozitívnych bodov, môže mu byť udelený „Žolík“, ktorého môže použiť pri udelení nejakej pracovnej úlohy ako ospravedlnenie, že danú úlohu nemusí splniť. V prípade opätovného získania najviac pozitívnych bodov dostane „Extra žolíka“, na základe ktorého si môže vybrať počas týždňa nejaký deň, počas ktorého bude mať úplné voľno.

Druh polročnej odmeny a sankcie zväži odborný tím, návrh predloží vedúcemu RS a bude súvisieť s počtom dosiahnutých bodov v štvrtroku.

Uvedené hodnotenia (+) aj (-) sú súčasťou hodnotenia plnenia úloh a cieľov IRP, postupu do inej fázy o čom sú klienti informovaní pri individuálnych pohovoroch.

Aby sa však sankcia za hrubé porušenie Pravidiel RS neminula účinkom (nestratila svoj výchovný účinok), udeľuje sa bezprostredne po ich porušení.

Druhy sankcií pri niektorých porušeníach:

Nevrátenie sa včas z priepustky - neospravedlnené meškanie (klient je povinný vrátiť sa max. do 3 dní od uplynutia termínu uvedeného v knihe odchodov). Potom je vylúčený z RP.

Sankcia: okrem negatívnych bodov aj zákaz vychádzok (napr. 2 dni meškania = 2 mesiace zákaz vychádzok).

Neospravedlnenú neúčasť na režimových aktivitách, meškanie

Sankcia: okrem negatívnych bodov aj písomný trest (napr. v podobe 50x napísať: „Mojou povinnosťou je zúčastniť sa na režimovej aktivite. Ak nemôžem, ospravedlím sa, vysvetlím“

a pod.), alebo dostane za úlohu zorganizovať najbližšie skupinové sedenie (zodpovednosť za tému, obsah, techniky – na jeho žiadosť mu môže pomôcť zamestnanec).

Klient odmietne pracovnú povinnosť/úlohu alebo má ľahostajný postoj k jej vykonávaniu

Sankcia: okrem negatívnych bodov dostane danú povinnosť dvojnásobne (kým ju nesplní – kontrola/usmernenie zo strany zamestnanca), alebo celý týždeň bude vykonávať niečo, čo má najmenej rád (napr. rajóny) alebo obmedzenie benefitov (posledný na obed, nedostane koláč navyše, zakáže sa mu na určitú dobu PC a iné).

Pri výraznom konflikte v komunite (vrátane konfliktov so zamestnancami) alebo porušení abstinencie, šikanovanie zo strany viacerých klientov, krádež, ničenie majetku RS

Sankcia: spisuje sa záznam o konflikte za prítomnosti všetkých účastníkov konfliktu, ktorí sa k nemu vyjadria, zaujmú stanovisko a navrhnú sankciu. Na znak súhlasu Záznam podpíšu. Všetky takéto závažné porušenia sa následne analyzujú na najbližšom skupinovom sedení so psychológom, v akútnom prípade psychológ zvolá mimoriadne zasadnutie komunity klientov.

Klienti, po vzájomnej dohode na zasadnutí komunity, môžu predložiť vedeniu kedykoľvek žiadosť na riešenie problému (napr. násilie v komunite, skryté užívanie liekov, drog, alkoholu). Vyžaduje sa však vyjadrenie väčšiny aj s podpismi a prípadne navrhovanými opatreniami (aby sa vyhlo šikanovaniu alebo ohováraniu). V zásadných záležitostiach ukladania sankcií komunita klientov sama o sebe nemá rozhodovaciu právomoc.

Sankcie udeľuje vedúci RS na návrh odborného tímu a členov komunitnej rady za účasti FO, ktorá pravidlo porušila. Pred udelením sankčného opatrenia (ako výchovného prostriedku), sa k porušeniu vyjadrí FO, ktorá sa má následne možnosť aj vyjadriť k navrhutej sankcii. Ak s návrhom nesúhlasí, sankcia nie je udelená a porušením sa zaoberá riaditeľ Centra resp. zodpovedná zástupkyňa. So závermi oboznámi vedúceho RS. O odmenách a sankciách sú vedené záznamy v osobnom spise klienta v rámci IRP. Záznamy o konflikte a sankciách, za závažné porušenia Pravidiel, sú evidované aj u sociálnej pracovníčky.

S rodinnými príslušníkmi komunikujú zamestnanci o sankciách udelených klientovi len v prípade, ak sa ich „byťostne“ nejakým spôsobom dotýkajú (napr. ak klient od nich žiada finančnú pomoc na zaplatenie finančnej pokuty, pri zákaze vychádzok na dlhšiu dobu, vylúčenie z RP, ak sa sami informujú o priebehu IRP klienta....). Všeobecne, za bežných

okolností je na klientovi, aké informácie o sebe a svojom správaní v komunite posunie ďalej. Zamestnanci podávajú bližšie informácie iným osobám len so súhlasom klienta.

Závažné porušenia Pravidiel a druh sankcie uloženej FO, sa oznamuje písomne príslušnému orgánu ÚPSVaR. Hodnotenie klienta/čky, po jeho odsúhlasení s ním/ňou, je zasielané príslušnému orgánu ÚPSVaR po II. fáze a pred ukončením IV. fázy RP a v prípade, ak si príslušný orgán ÚPSVaR hodnotenie vyžaduje.

XIV. Riešenie rizikových situácií

Medzi rizikové radíme život ohrozujúce situácie:

- zdravotný kolaps, úraz
- požiar,
- únik vody resp. plynu,
- neoprávnené vniknutie do areálu RS, krádež, poškodenie majetku
- násilné správanie sa, fyzický útok
- „zmiznutie“, útek

Zdravotný kolaps, úraz – je dôležité poskytnutie prvej pomoci osobou, ktorá je najbližšie k postihnutému a ktorá ovláda zásady prvej pomoci. Následne sa informuje službukonajúci personál, ktorý privolá, v prípade potreby, záchrannú službu. Ak dôjde k hospitalizácii, informujú sa kontaktné osoby, uvedené klientom pri prijatí do RP a príslušný orgán ÚPSVaRu .

Požiar – postupuje sa podľa spracovaného dokumentu schváleného požiarom útvarom. Protipožiarne opatrenia sú súčasťou podmienok prevádzky každého zariadenia.

Únik vody resp. plynu – službukonajúci uzavrie hlavný prívod a volá poruchovú službu. Snaží sa prítomných upokojiť a zabezpečiť ich bezpečie.

Neoprávnené vniknutie do areálu RS – pri zistení, službukonajúci príp. v spolupráci s ďalšou osobou (zamestnanec, klient), vyzve takúto osobu k okamžitému opusteniu areálu. Ak sa tak nestane, privolá ihneď políciu. Ak došlo ku krádeži alebo poškodeniu majetku, službukonajúci privolá políciu.

Násilné správanie sa, fyzický útok, pri ktorom je ohrozené zdravie alebo životy (medzi klientami, osobou mimo RS, voči personálu, zamestnanca) – zabezpečiť bezpečnosť ostatných osôb a ihneď privolať políciu.

Zmiznutie, útek – ak sa do 12 hodín neohlási, kontaktovať príbuzných, známych, prehľadať okolie. Po 24 hodinách nahlásiť zmiznutie osoby polícii a príslušnému orgánu ÚPSVaR.

Z každej takejto situácie, ak sa stala, službukonajúci spíše záznam o priebehu a prijatých opatreniach a skutočnosť hlási vedúcemu RS a riaditeľovi, ktorí, ak to bude potrebné, prijímú okamžité opatrenia na zamedzenie opakovania sa vzniknutej situácie. O opatreniach budú informovaní aj všetci zainteresovaní (personál i klienti).

XV. Následná odborná činnosť po ukončení resocializácie

Centrum pre deti a rodiny ReSocia, n.o. pre klientov, ktorí už z resocializačného programu ukončením IV. fázy odchádzajú, ale majú dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav príp. nepodarilo sa ešte vyriešiť ich bývanie a zamestnanie, ponúka sociálne služby v Zariadení podporovaného bývania v Petrovciach s kapacitou 13 miest a v Rozhanovciach s kapacitou 6 miest, ďalej v Domove na polceste v meste Sobrance s kapacitou 4 miesta. V uvedených zariadeniach sociálnych služieb („ZSS“) registrovaných v Registri KSK, sú na dobu určitú prednostne umiestňovaní bývalí klienti a klientky RS, ktorí sú posúdení ako odkázaní na sociálnu službu, alebo potrebujú ešte dohľad, alebo ktorí sú bez domova a v spolupráci so sociálnymi pracovníčkami tento problém riešia.

FO, po ukončení RP majú možnosť sa zamestnať aj v Zariadení opatrovateľskej služby v Remetských Hámroch a ReSocia, n.o. ponúka možnosť zamestnať sa aj odborne zdatným remeselníkom priamo v RS, kde pomáhajú pri vedení klientov v prácach na farme, stavebných úpravách alebo stolárskej dielni.

Ak mala FO do IRP zahrnutý aj cieľ doplniť si vzdelanie na SOŠ služieb v Sobranciach, resp. cez ÚPSVaR absolvovať rekvalifikačný kurz, Centrum, v rámci dobrej spolupráce, pomôže FO tento cieľ naplniť aj po ukončení RP.

V druhej polovici roka 2014 začala intenzívna spolupráca s obchodnými centrami Galéria, TESCO a Aupark v Košiciach, kde sú FO, ktorí sú v IV. fáze RP, na odporúčenie Centra, prijímaní do pracovného pomeru alebo aspoň na dohodu o pracovnej činnosti.

Ak je záujem, Centrum s fyzickými osobami príp. aj ich blízkymi ostáva v telefonickom resp. písomnom alebo elektronickom kontakte za účelom poskytovania príp.

poradenstva. Pozývajú sú tiež na niektoré aktivity organizované Centrom (Deň otvorených dverí, Vianoce, besedy v školách a pod.).

V záujme udržania motivácie, ale aj ako preventívne opatrenie proti recidíve, Centrum dáva FO, aj po ukončení RP, možnosť krátkodobého pobytu v Domove na pol cesty, ktorý je prevádzkovaný ReSocia, n.o. v rámci sociálnych služieb v meste Sobrance. Uvedenú možnosť ponúka najmä FO, ktoré po odchode z RS odišli pracovať do zahraničia a nemajú kde tráviť čas dovolenky alebo ak pociťujú, že okolie má na nich nepriaznivý vplyv. Pobyt si hradia v plnej výške z vlastných zdrojov.

Okrem toho, v prípade záujmu, sú v mieste bydliska bývalého klienta kontaktované svojpomocné skupiny AA.

Cieľom postresocializačnej starostlivosti je udržanie motivácie, usmernenie, poradenstvo, príp. uspokojenie pocitu spolupatričnosti.

Kontakt:

Ing. Viliam Čičvák

Centrum pre deti a rodiny ReSocia, n.o

Petrovce 2, 072 62 Petrovce

Tel. kontakt: 056/6593 100

e-mail: kontakt@resocia.sk

<http://www.resocia.sk>

HRIDNOVÁ T., TROCHOVÁ J. - Možnosti ošetrovatel'stva pri znižovaní stigmatizácie v súvislosti s duševným ochorením

Abstrakt:

Príspevok sumarizuje poznatky o problematike stigmatizácie a diskriminácie duševne chorých pacientov v komunite. Metódou dotazníka sme zisťovali názory a postoje laickej verejnosti na ľudí s duševným ochorením a ich uplatnenie v živote, ako aj úroveň stigmatizácie a možnosti destigmatizácie. Cieľom nášho výskumu bolo zistiť ako nami oslovení respondenti vnímajú jedincov s duševným ochorením. Na základe zistení môžeme konštatovať, že verejnosť má relatívne uspokojivé poznatky o duševných ochoreniach, no výrazný nedostatok sa prejavil v postojoch voči duševne chorým a možnostiam destigmatizácie.

Kľúčové slová: Stigmatizácia. Destigmatizácia. Duševná porucha. Ošetrovatel'stvo.

Summary:

The paper summarizes the knowledge of stigmatization and discrimination of mentally ill patients in the community. Using the questionnaire method, we surveyed the views and attitudes of the general public on people with mental illness and their application in life, as well as the level of stigmatization and the possibility of destigmatization. The aim of our research was to find out how respondents approached us perceive individuals with mental illness. Based on the findings, we can conclude that the public has relatively satisfactory knowledge of mental illness, but a significant deficiency has been manifested in attitudes towards the mentally ill and the possibilities of destigmatization.

Keywords: Stigmatization. Destigmatization. Mental disorder. Nursing.

Úvod

Stigmatizácia duševne chorých predstavuje celosvetový problém, ktorý výrazne a negatívne ovplyvňuje život týchto jedincov. Duševne chorých v mnohých prípadoch média prezentujú ako zábavných, humoristických, no zároveň nevypočítateľných či nebezpečných pre spoločnosť. Väčšinu spáchaných trestných činov pripisujú duševne chorým ľuďom. Napriek vyššej miere informovanosti verejnosti o duševných chorobách, spoločnosť nie je ochotná medzi sebou akceptovať jedincov postihnutých týmto ochorením. Mnoho výskumov, ktoré sa

orientovali na skúmanie problematiky stigmatizácie poukazuje na odmietavý, nevyhovujúci postoj voči jedincom s duševným ochorením (Ocisková, Praško, et al, 2015). Negatívna súvislosť v spojitosti so stigmatizáciou a diskrimináciou sa u duševne chorých jedincov prejavuje narušením medzil'udských vzťahov, stratou sebaistoty, či kompletnou stratou spoločenského postavenia a následnej diskriminácie (Poluchová, Heretik, 2009). Stigma - predstavuje pojem, ktorý môžeme v mnohých prípadoch chápať ako určitú vlastnosť, akýsi znak či stopu, ktorá daného jedinca či skupinu odlišuje od väčšiny jedincov. Stigmatizácia je charakteristická označovaním a zároveň aj separovaním nielen ľudí postihnutých touto poruchou, ale aj ich rodiny či blízkych, či dokonca profesionálov, ktorí sa o túto skupinu jedincov starajú. Stigmatizácia môže zničiť aj poslednú nádej psychicky chorým jedincom na zlepšenie ich duševného stavu a môže viesť až k ich diskriminácií (Ocisková, Praško, 2015).

V súčasnosti chýbajú v SR štúdie mapujúce epidemiologickú situáciu chorobnosti v oblasti duševného zdravia. WHO poskytuje údaje o tom, že v súčasnosti sa s duševnou poruchou stretne s veľkou pravdepodobnosťou každý štvrtý občan v Európe. Kým približne pred necelými tridsiatimi rokmi trpelo depesiou 3 až 4 % populácie, dnes tento počet jedincov výrazne stúpol. Môžeme hovoriť až o 13 až 16 % častosti postihu. Odhaduje sa, že minimálne 28% jedincov prekonalo aspoň jednu formu duševnej poruchy počas jedného roka. Vzhľadom na to, ako sa doba mení a život v nej je z roka na rok náročnejší, ľudia nemajú čas na oddych, nemajú čas venovať sa sami sebe, relaxovať - duševné poruchy pripisujú ťažkým a komplikovaným životným podmienkam a z toho vyplývajú podceňujú toto ochorenie (Kleňová, 2011). Pre získanie pozitívnej spoločenskej zmeny v súvislosti s prežívaním stigmaty voči duševne chorým jedincom je potrebné tejto problematike venovať väčšiu pozornosť. Ide však o časovo dlhý a nadmieru zaťažujúci proces, ktorý si vyžaduje maximálnu pripravenosť a orientovanosť v tejto oblasti (Praško a kol., 2011). Z tohto dôvodu sme sa rozhodli realizovať výskum, ktorého úlohou bolo preskúmať názory verejnej mienky spoločnosti, zmapovať vedomosti a postoje laickej verejnosti k osobám s duševným ochorením.

Metodika

Na realizáciu výskumu sme využili metódu dotazníka vlastnej konštrukcie. Dotazníky boli distribuované prostredníctvom programu survio.com, Výskum prebiehal v období od septembra až do decembra 2017. Rozposlaných bolo celkovo 300 dotazníkov, ich návratnosť bola 100% - ná. Výskumnú vzorku tvorili respondenti laickej verejnosti, 73,26% (220) žien, 26,64% (80) mužov, vo vekovej hranici 20-29 rokov 21,65% (65) respondentov, vo vekovej hranici 30-39 rokov 52,95% (159) respondentov, 40-49 rokov 15,98% (48) respondentov a 50 a

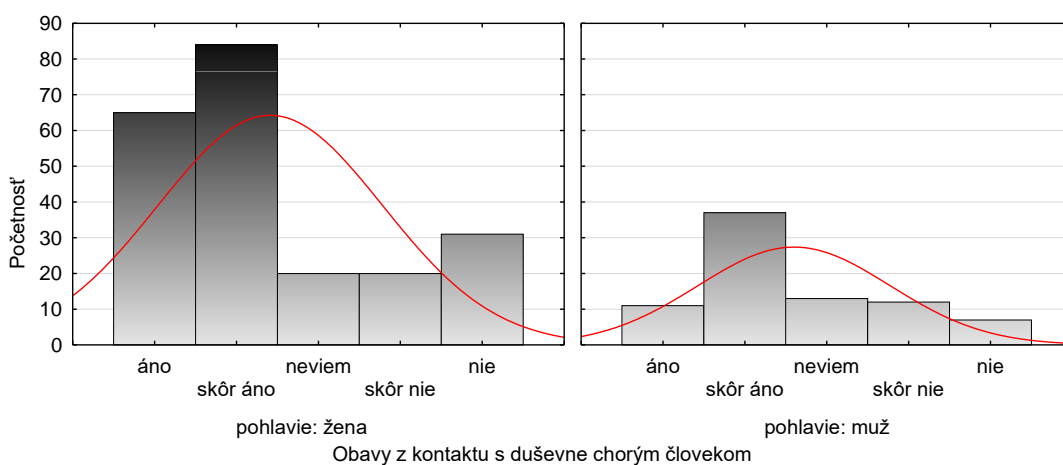
viac rokov 9,32% (28) odpovedajúcich. Najvyššie dosiahnuté vzdelanie respondentov v stredoškolskom s maturitou 39,29% (68) ľudí, vyššie odborné štúdium 11,32% (34), pomaturitné špecializačné štúdium 10%(30) respondentov, vysokoškolské vzdelanie I. stupňa 16,65%(50) a vysokoškolské vzdelanie II. stupňa dosiahlo 22,64% (118).

Výskumný problém sme formulovali otázkou: Ako poňímajú nami oslovení respondenti v spoločnosti jedincov s duševným ochorením? Pre hlbšiu analýzu výskumom získaných údajov sme použili štatistickú analýzu položiek dotazníka a zároveň štatistické spracovanie hypotéz. Na testovanie všetkých stanovených hypotéz sme použili neparametrické testy z dôvodu, že sledované premenné nevykazujú normálne rozdelenie, čo nám potvrdili výsledky testu normality, konkrétne Shapiro- Wilksovo W- testu (na hladine $\alpha = 5\%$).

Výsledky

Spojitosť medzi výskytom agresie a duševne chorým je jedným z najčastejšie prezentovaných postojov verejnosti. Pýtali sme sa respondentov, či súhlasia s názorom, že človek trpiaci duševným ochorením má sklony k agresívnemu správaniu. Respondenti na Likarovej škále označili odpoveď nasledovne: skôr áno 36,3% respondentov, áno 20% opýtaných, neviem 14,65%, nie odpovedalo 12,32% ľudí a skôr nie 16,65% respondentov.

Na základe odpovedí respondentov sme si stanovili predpoklad, že ženy majú z kontaktu s duševne chorým človekom väčšie obavy ako muži. Na testovanie predpokladu sme použili Mann-Whitney U-test (na hladine $\alpha = 0,05$), pomocou ktorého sme zisťovali, či sú obavy a diskomfort súvisiaci z kontaktu s duševne chorými ľuďmi väčšie u žien ($n = 220$) ako u mužov ($n = 80$).

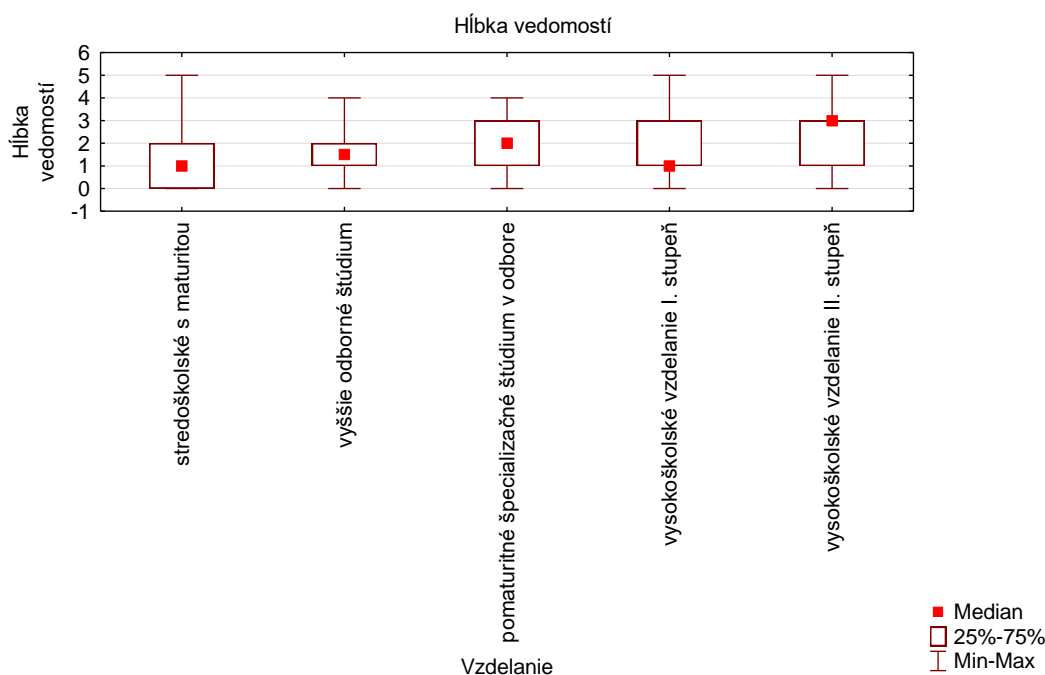


Po dôkladnom testovaní sme zistili, že výsledky U-testu preukázali, že obavy z kontaktu s duševne chorými ľuďmi sú rovnaké ako u žien, tak aj u mužov ($Z = -1,75$, $p = 0,08$

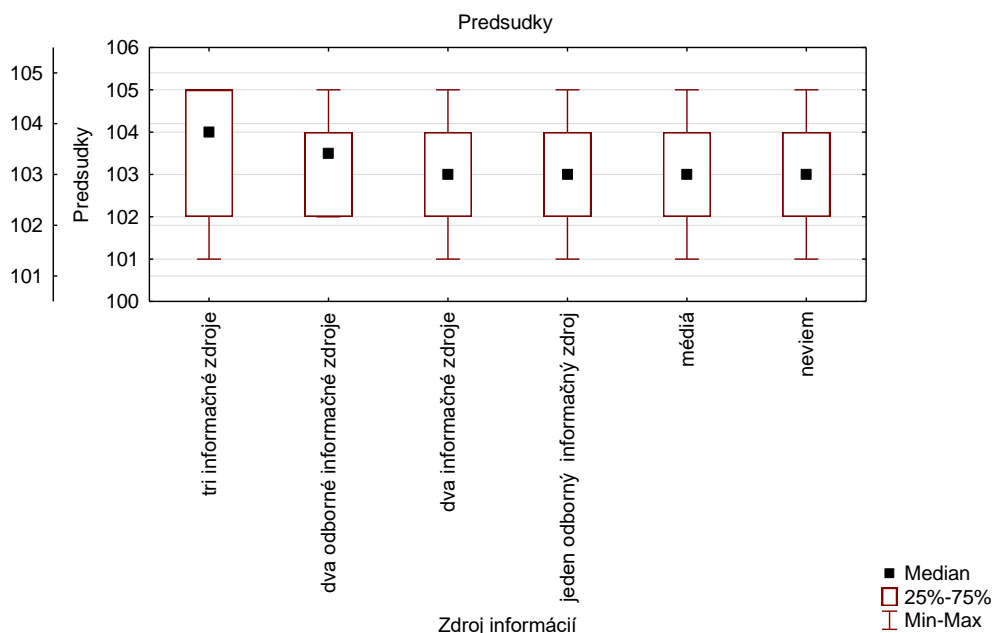
> 0,05) , U-test nepotvrdil štatisticky významné rozdiely v postojoch a obavách z kontaktu s psychicky chorými ľuďmi u respondentov rozdielných pohlaví. Predsudky, ktoré sa spájajú s existenciou rôznych negatívnych vlastností psychicky chorých osôb, je zrejmý, evidujeme značný sociálny odstup respondentov od tejto skupiny ľudí. Sú prítomné aj obavy z kontaktu a určitý diskomfort pri kontakte s týmito jedincami, popisuje to aspoň polovica opýtaných žien aj mužov. Každodenne zaužívané, opakujúce sa nereálne vnímanie duševnej choroby spoločnosťou, zvyk, či tradícia - práve to vyvoláva potrebu dištancovať sa od jedincov trpiacich týmto ochorením. Výskum Sabolčákovej a Magurovej (2011) zameraný na postavenie duševne chorých v spoločnosti poukazuje na skutočnosť, že informácie, ktoré laická verejnosť o danej problematike získava z generácie na generáciu, či už vo forme zvykov či stereotypu, ich vedie k ponímaniu duševne chorých, ako menejcenných, čím zastávajú presvedčenie, že duševne chorí by nemali byť začlenení k majorite, respektíve nemali by byť súčasťou spoločnosti. S danou skutočnosťou sa zhodujú aj výsledky nášho výskum, ktorý poukazuje na vplyv ustáleného, stereotypného spôsobu odovzdávania si informácií z pokolenia na pokolenie, čo má výrazne negatívny vplyv v oblasti stigmatizácie na skupinu jedincov postihnutých duševnou poruchou. Pretrvávanie stereotypných postojov verejnosti, prispievajúcich k diskriminácii duševne chorých nás viedlo k preskúmaniu ďalšieho predpokladu. Predpokladali sme, že stereotyp stigmatizácie psychicky chorých jedincov a s tým spojená diskriminácia sa v spoločnosti odovzdáva z generácie na generáciu. Testovaním položiek sme dospeli k záverom, že postoje i stereotypy, s ktorými je spojená následná diskriminácia vedúca k odmietnutiu stigmatizovaného jedinca v rôznych sférach života sú odovzdávané zo staršej generácie na generáciu mladšiu. Výsledky H-testu poukázali na skutočnosť, že vek respondentov zásadným spôsobom neovplyvňuje diskriminačné postoje verejnosti - v názoroch respondentov rôznych vekových kategórií sa štatisticky významné rozdiely nepotvrdili ($H=7,77$; $p=0,051$). Ďalej sme zistili, že najmenej diskriminačné postoje má skupina respondentov vo vekovom rozmedzí 30 - 39 rokov, je zrejmé, že aspoň u troch štvrtín respondentov tejto vekovej skupiny prevláda nediskriminačný postoj k duševne chorým ľuďom, presne ide o 81,1% respondentov tejto skupiny. V prípade respondentov z ostatných vekových skupín prevláda nediskriminačný postoj v skupine respondentov do 29 rokov u 72,3%, v skupine respondentov 40 - 49 rokov 70,8% a v skupine 50 a viac 57,1%. Naopak najviac negatívny postoj spojený s diskrimináciou duševne chorých vyslovili najmladší respondenti vo veku do 29 rokov (15,3%). Diskriminácia duševne chorých ľudí sa pravdepodobne šíri aj politickými vplyvmi, sú silne preferované extrémistické skupiny, ktoré odsudzujú inakosť. Nevraživé názory na tabuizované témy sa šíria po sociálnych sieťach, ktoré mladá generácia často využíva a práve v tomto duchu si vysvetľujeme aj postoj

mladých ľudí k stigmatizácii duševne chorých ľudí. Nie sú schopní a ochotní tolerovať a akceptovať rôznorodosť.

Spoločnosť tvoria rôzne skupiny ľudí, s rozdielnym intelektom a vzdelaním. Realizuje sa mnoho štúdií, ktoré pravidelne potvrdzujú pravidlo dôležitosti učenia sa a vzdelávania. Úroveň dosiahnutého vzdelania nám dáva náskok pred ostatnými, máme viac odborných informácií a preto sa dokážeme odlišiť minimálne názorom i postojom od ľudí s nižším vzdelaním (Vančíková, 2011). Z tohto dôvodu ďalšou oblasťou, ktorú sme chceli v našom výskume overiť bol predpoklad, že výška dosiahnutého vzdelania ovplyvňuje hĺbku vedomostí verejnosti na problematiku stigmatizácie duševne chorých ľudí. Výsledky testu Kruskal-Wallis H-test na hladine 0,05. Poukázali na skutočnosť, že výška dosiahnutého vzdelania vplýva na rozsah vedomostí respondentov na problematiku stigmatizácie ($H=43,795$; $p=0,000 < 0,05$), čiže medzi skupinami respondentov s rozdielnym najvyšším dosiahnutým vzdelaním sa potvrdili signifikantné rozdiely v hĺbke vedomostí súvisiacich s problematikou „nálepkovania“ duševne chorých. Viacnásobným porovnaním p-hodnôt sme ďalej zistili, že najväčšie rozdiely sa prejavili medzi skupinou respondentov s vysokoškolským vzdelaním II. stupňa ($n=88$) a skupinami respondentov so stredoškolským vzdelaním ($n=118$; $p=0,000$), skupinou respondentov s vyšším odborným vzdelaním ($n = 34$; $p=0,002$) a skupinou respondentov s vysokoškolským vzdelaním I. stupňa ($n=40$; $p=0,034$). Najväčší prehľad o problematike stigmatizácie duševne chorých majú respondenti s VŠ II. stupňa (medián bodového skóre = 3).



Nedostatočná informovanosť verejnosti a deficit vedomostí v danej problematike vytvára vo verejnosti subjektívny pocit úzkosti či strachu. Strach následne vedie k prikláňaniu sa k pochybným názorom respektíve predsudkom, ktoré predstavujú základnú a podstatnú pohnútku stigmatizácie a z nej vyplývajúcej diskriminácie nielenže u jedincov postihnutých duševným ochorením, ale aj ich príbuzných. Halušková (2009) vo svojej štúdií popisuje, že aj v dnešnej dobe napriek dosiahnutiu výrazných zmien v ponímaní duševne chorých ľudí sú títo jedinci majoritnou komunitou neakceptovateľní. Vzhľadom k ich psychiatrickej diagnóze by osoby s touto poruchou nemali byť uzatvorení v ústavných či nemocničných pracoviskách pre psychicky chorých, ale mali by dostať rovnakú šancu pre plnohodnotný život, ako aj pre vhodné pracovné podmienky. Psychická choroba a ťažkosti súvisiace s ňou sú aj v dnešnej dobe mimoriadne tabuizovaná témou, v dôsledku čoho sú jedinci postihnutí týmto ochorením vylúčení zo society.



Zdroje pre získavanie informácií o duševných ochoreniach je ďalšou oblasťou, ktorou sme sa zaoberali v našom výskume. Stanovili sme predpoklad, že zdroje, z ktorých verejnosť získava poznatky o duševne chorých jedincoch, ovplyvňujú ich názory, postoje a predsudky na týchto ľudí. Z odpovedí respondentov vyplynulo, že najdôležitejším zdrojom informácií o duševných chorobách a jedincoch trpiacich duševným ochorením pre verejnosť sú médiá. Na spojitosť medzi negatívnym mediálnym obrazom osôb s psychickými poruchami a negatívnymi postojmi verejnosti poukázalo už niekoľko štúdií. Chceli sme teda overiť, či zdroje, z ktorých respondenti čerpajú informácie o duševne chorých, ovplyvňujú názory verejnosti týkajúce sa predsudkov voči ľuďom s psychickou poruchou predovšetkým očakávaného nebezpečného a

agresívneho správania, ktoré vyvoláva obavy a následne aj dištanc „normálnych“ ľudí od týchto ľudí.

Kód premennej „Predsudky“: 101 - áno, 102 - skôr áno, 103 - neviem, 104 - skôr nie, 105 - nie.

Výsledky H-testu (na hladine 0,05) však štatisticky významné rozdiely v postojoch respondentov nepreukázali ($H=3,03$; $p=0,69$), teda informačné zdroje prípadne ich počet a rôznorodosť signifikantne neovplyvňujú predsudky verejnosti na duševne chorých jedincov. Ako však ďalej ukazujú výsledky isté rozdiely v názoroch tam sú. Respondenti, ktorí získavajú informácie o duševne chorých z viacerých informačných zdrojov a využívajú pritom aj odborné zdroje, vyslovili najmenšie obavy, najmenej negatívne postoje voči týmto ľuďom. V skupine respondentov, ktorí získavajú informácie z troch rôznych informačných zdrojov aspoň polovica respondentov nemá eventuálne, skôr nemá predsudky voči psychicky chorým. Naopak najviac negatívne postoje deklarovali respondenti, ktorí nemajú informácie o duševne chorých ako aj respondenti, ktorí čerpajú informácie iba z médií, alebo z jedného informačného zdroja. Podpora a posilňovanie duševného zdravia, ktoré následne zvyšuje aj úroveň sebavedomia, sú súčasťou svojpomoci, podstatou ktorej je udržať duševne chorého pacienta nezávislého v každodennej činnosti (Zrubcová, 2011).

Zámerom destigmatizácie je dosiahnuť pozitívnu zmenu v ponímaní duševne chorého jedinca, docieľať zmenu stereotypu tak, aby nebol osamelý v dôsledku svojho ochorenia, prípadne, aby nebol vyčleňovaný spoločnosťou na okraj komunity. Základom destigmatizácie je redukcia, respektíve úplná eliminácia izolovanosti duševne chorých zo spoločnosti. Spôsob, ako uplatňovať destigmatizáciu, je oboznamovať spoločnosť s príznakmi duševného ochorenia až do takej miery, kým ich prestane vnímať ako akýsi „údiv“, či „senzáciu“, ktorý vyvoláva rozruch v ich ponímaní (Ocisková, Praško, 2015). Náležitou destigmatizačnou aktivitou pre pomoc stigmatizovaných jedincov a ich príbuzných je sústreďovať pozornosť na vytváranie vhodných formálnych vzdelávacích akcií či už hromadných alebo pre individuálnu skupinu, zameraných na nevyhnutnosť v oblasti prijatia kultúrnej či etnickej rozličnosti ako aj citlivého akceptovania nerovnosti či rozdielnosti jedincov žijúcich v majoritnej komunite. Nízka úroveň informácií verejnosti o destigmatizačných programoch sa potvrdila aj naším zistením. Na položku či respondenti poznajú destigmatizačné programy odpovedalo možnosťou áno 7,99% odpovedajúcich a možnosťou nie 91,91% respondentov. Na základe našich zistení vyjadrujeme presvedčenie, že sestry by sa mali aktívne zapájať do aktivít smerujúcich k znižovaniu stigmatizácie duševne chorých a zvyšovaniu informovanosti verejnosti o otázkach duševného

zdravia a prejavov duševných ochorení. Vyplýva to z ich profesijných rolí, ktoré zdôrazňujú širokospektrálne uplatnenie ošetrovateľstva zvlášť v komunitných a preventívnych programoch. Na základe zistení z nášho výskumu odporúčame pre zlepšenie starostlivosti o duševné zdravie jedincov v komunite a zvýšenie informovanosti verejnosti:

- uplatňovať preventívne a edukačné programy s tematikou duševného zdravia zamerané na deti a mládež. Dosiahnuť informovanosť a uvedomenie si významu duševného zdravia vo verejnosti. Poučiť verejnosť o dôležitosti duševnej hygieny pre udržanie psychickej pohody, ako prevenciu pred faktormi, ktoré negatívne ovplyvňujú duševné zdravie,
- za pomoci osvetovej činnosti ako aj informačného hromadného - masového šírenia formou rozhlasu, televízií, časopisov, brožúrok, letákov, novin prezentovať informácie o pomoci a podpore jedincov s narušeným duševným zdravím,
- realizovať aktivity prospešné pre rozvoj preventívnych opatrení v oblasti duševného zdravia
- zvýšiť úroveň a možnosti destigmatizačných aktivít na školách, zaviesť povinný predmet, kde sa budú preberať „tabuizované témy“ o príčinách a prejavoch duševných ochorení
- priama komunikácia v rodinách, užšia kooperácia sestier a terénnych sociálnych pracovníkov s rodinami,
- motivovať duševne chorých k potrebe zúčastňovania sa pri zakladaní rôznych edukačných programov, prípadne na dobrovoľnej účasti v rámci pomoci v organizáciách pre ich potreby,
- realizovať stretnutia v rámci pomoci psychicky chorým pacientom v boji so stigmatizáciou či diskrimináciou.

Použitá literatúra:

OCISKOVÁ, M. - PRAŠKO, J. et al. 2015. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických porúch. Praha : Grada, 2015. 374 s. ISBN 978-80-247-5199-3.

POLUCHOVÁ, A. - HERETIK Jr., A. 2009. Stigma duševných porúch z pohľadu ľudí s diagnózou schizofrénia. In: Psychiatria - Psychoterapia - Psychosomatika. ISSN 1335-423X, 2009, roč. 16, č. 1, s. 2 - 10.

KLEŇOVÁ, M. 2011. Duševné choroby - strašiak v minulosti i dnes. [online] 2011, [cit. 2017-09-14]. Dostupné na: <http://dia.hnonline.sk/zdravie/504040-strasiak-menom-dusevna-choroba>.

PRAŠKO, J. a kol. 2011. Obecná psychiatrie. 1. Vydanie. Olomouc : Univerzita Palackého, 2011. 527 s. ISBN 978-802-4425-702.

SABOLČÁKOVÁ, T. - MAGUROVÁ, D. 2011. Postavenie duševne chorého v spoločnosti. Prešov : Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníckych odborov, 2011. 112-116 s. ISBN 978-80-555-0507-7.

VANČÍKOVÁ, K. 2011. Výchova a spoločnosť. Kapitoly zo sociológie výchovy. 1. Vydanie. Pedagogická fakulta, Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2011. 164 s. ISBN 978-80-557-0185-1.

HALUŠKOVÁ E. 2009. Dlhodobá nezamestnanosť a jej vplyv na rodinu. In Spoločnosti a vzdelávania. Medzinárodný vestník spoločenských a humanitných štúdií. ISSN 1898-0171. 2009, roč. 1, 254 s.

ZRUBCOVÁ, Dana. 2011. Podpora duševného zdravia v kontexte ošetrovateľstva. In: Výchova ke zdraví : česko-slovenské zkušenosti. Brno : Masarykova univerzita, 2011. 48-71 s. [online] 2011. [citované 2018-01-21]. Dostupné na internete: http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/41/texty/c-s_mono_final_c.pdf.

Kontakt na autora:

PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.

VŠ Za SP sv. Alžbety

detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi

Rožňava

hrindova.tatiana@gmail.com

HUNYADIOVÁ, S., ZETÁKOVÁ, A. - Analýza výskytu porúch ekonomickozabezpečovacej funkcie prijímateľov sociálnych služieb

Abstrakt:

Faktory, ktoré ovplyvňujú kvalitu zabezpečenia ekonomickej funkcie v rodinách dlhodobo odkázaných na podporný systém. Primárnou funkciou smerovania sociálnej politiky štátu je ochrana obyvateľstva pred chudobou a sociálnym vylúčením. Individualizácia prístupu k osobnému a rodinnému životu ohrozených jedincov môže vytvárať tlak na posun vo vývoji nových sociálnych programov tak, aby umožňovali čo najširšie pole individuálnych volieb pre sociálnych pracovníkov. Kvalitatívny výskum výskytu porúch ohrozených rodín spracovaný do šiestich kauzistických správ. Pretrvávanie nízkych príjmov v dôsledku dlhodobej nezamestnanosti rodičov a slabá kvalita napĺňania ekonomickej funkcie rodiny má silné dopady predovšetkým na jej detských členov. Predisponujúcim faktorom sociálneho vylúčenia v dospelosti týchto detí okrem aktuálneho nedostatku a dlhodobej materiálnej deprivácie spojenej s problémom uspokojovania ich základných potrieb je málo motivačné prostredie, čo ich s veľkou pravdepodobnosťou odsudzuje na život v chudobe aj v dospelom veku.

Kľúčové slová:

Rodina. Ekonomická funkcia. Indikátory merania. Chudoba. Sociálne vylúčenie.

Factors which affects the quality of economic security functions on the part of families relying for a longstanding period on the state support system. Primary function of the social politics of state and its development is protection of population against poverty and social exclusion. Individualization of approach toward personal and family life of vulnerable individuals may increase a pressure to move forward in development of new social programs in a way that they would allow the broadest possible field for individual choices of social workers. Practical part focuses on qualitative research of occurrences of defects on the part of vulnerable families provided by six causative reports. The persistence of low income as a result of long-term unemployment of parents and weak quality of securing the economic function of family has particularly strong impact of child members of family. Predisposing factor of a social exclusion in adulthood of these children, besides an actual shortage and longstanding material deprivation on the part of basic needs, is nonmotivational environment, leading most likely to a life in poverty extending to future.

Key words: Family. Economic function. Indicators of measurement. Poverty. Social exclusion.

Úvod

Sociálna práca zameraná na pomoc rodinám vytvára špecifický priestor pre identifikáciu potrieb všetkých jej členov. „Rodina je unikátna a nenahraditeľná inštitúcia spoločnosti, pretože spája osobné záujmy dospelých na prospech partnerov i detí s univerzálnym záujmom spoločnosti na stabilizovanom spolužití muža a ženy a na socializácii členov rodiny.“ (Bujdová, 2015, s. 11)

Michel' (In Vansač, Chovanec, Andrejiová, 2014, s. 246) uvádza, že „rodina človeka vychováva vo všetkých dimenziách k plnosti jeho dôstojnosti. Je najvhodnejším prostredím na odovzdávanie sociálnych, duchovných a náboženských hodnôt, ktoré sú podstatné pre rozvoj a blaho tak samotných členov rodiny, ako aj celej spoločnosti.“

Rodina, to nie je len obyčajný súčet ľudí, ale je to samostatná entita s identifikovateľnými vlastnosťami. Rodinné fungovanie je jav nesmierne zložitý a je charakteristický spôsobom ako rodina dokáže plniť svoje funkcie. Zdravé rodinné súžitie alebo fungovanie je závislé nielen od procesov, ktoré v rodine prebiehajú, ale aj od toho, ako prebiehajú. Bez účinnej pomoci a podpory z vonku si mnohokrát rodičia neuvedomujú svoje zlyhanie a nechcú pripustiť potrebu zmeny v nefungujúcom rodinnom systéme. Nízka kvalita plnenia ekonomickej funkcie rodiny má vplyv nielen na zlyhávanie rodiny ako celku, ale zároveň je aj najlepším ukazovateľom rizika spojeného so zanedbávaním detí v rodine. Prejavom dlhodobej chudoby alebo ohrozenia chudobou a sociálnym vylúčením je sociálna závislosť od pomoci zvonka, bez ochoty a schopnosti jednotlivcov aktivizovať vlastné sily a zdroje. Veľmi často je sprevádzaná apatiou, pasivitou a agresivitou voči slabším a závislým členom v takýchto rodinách.

Samotné sociálne vylúčenie je procesom, ktorým sú jednotlivci i celé skupiny osôb zbavované prístupu k zdrojom nevyhnutným pre zapojenie sa do sociálnych, ekonomických a politických aktivít spoločnosti ako celku. Je primárne dôsledkom chudoby a nízkych príjmov, ale prispievajú k nemu aj také ďalšie faktory, ako je diskriminácia, nízke vzdelanie či zlé životné podmienky (Lešková, 2009).

Cieľom realizovaného výskumu je analýza výskytu porúch ekonomicko zabezpečovacej funkcie a ich vplyv na celkový deficit a dysfunkčnosť rodiny u prijímateľov sociálnych služieb v Centre pre obnovu rodiny Dorka v Košiciach.

VO1: Aké determinujúce faktory ovplyvňujú výskyt porúch ekonomicko zabezpečovacej funkcie sledovaných rodín?

VO2: Existuje významná súvislosť medzi ekonomickým týraním ženy a počtom detí v rodine?

VO3: Aké sú perspektívy respondentov vzhľadom k budúcnosti po opustení zariadenia.

Metódy zberu dát, priebeh a vyhodnocovanie

Kvalitatívne orientovaná metóda pre štúdium istého prípadu, označovaná ako case study alebo kazuistika sa nám ukázala ako najvhodnejšia metóda pre náš výskum, nakoľko je zameraná na podrobné skúmanie reprezentatívnych jedincov. Z výstupov z tohto skúmania je potom možné urobiť záver z pozorovaných zistení. Štruktúra správy jednotlivých prípadov sa nám postupne vyvíjala podľa potrieb a podľa získaných informácií.

Podľa Vančovej (In Hučík, Hučíková, 2010) kazuistická metóda v sebe zahŕňa využitie viacerých metód, zbiera všetky dostupné informácie o prípade, tieto údaje triedi, analyzuje, porovnáva a hľadá vzťahy, súvislosti, charakter a podstatu vzťahov, znakov či vlastností. Na získanie potrebných informácií a zber dát sme použili metódy štúdium dokumentov alebo obsahová analýza produktov, naratívne interview, neformálny rozhovor a pozorovanie. Metóda obsahová analýza čiže štúdium dokumentov patrí k štandardnej aktivite pri kvalitatívnom výskume. Subjektívny prístup výskumníka síce zohráva rolu pri spôsobe výberu skúmaných dokumentov, ale nie v informáciách, ktoré sú obsiahnuté v nich. Pri výskume dokumentov ide o nereaktívny spôsob zberu dát. (Hendl, 2005).

Cieľom nášho naratívneho interview bolo prostredníctvom otázok tvárou v tvár sledovanej respondentky zistiť fakty, jej presvedčenia a sociálne vzťahy a získať informácie o názoroch a postojoch v konkrétnom čase a konkrétnom prostredí. Vzhľadom k charakteru nášho výskumu sme si zvolili polo štruktúrované interview, pričom sme mali vopred pripravený obsahový rámec kladených otázok viazaných na sledovanú tému a okruhy otázok, ktoré sa prispôbujú tak, ako sa odvíja rozhovor s respondentkou. Kvalitatívne dáta nemajú štruktúrovanú podobu, preto je ich vyhodnocovanie komplikovanejšie. Spracovanie údajov zmysluplným spôsobom umožňuje kvalitatívna analýza, pomocou ktorej je možné nájsť odpoveď na položenú výskumnú otázku. Najdôležitejšou úlohou výskumníka je dať zmysel zhromaždeným údajom z prípadových štúdií. Holistická analýza kvalitatívnych údajov hľadá závery ich posúdením ako celku. Analýza pomocou kódovania pristupuje k údajom tak, že ich systematicky prehľadáva s

cieľom nájsť pravidelnosti a klasifikovať ich jednotlivé časti. Na túto fázu potom nadväzuje snaha o interpretáciu výsledkov.

Centrum pre obnovu rodiny Dorka je nezisková organizácia so sídlom na Hemerkovej 28 v Košiciach, ktorá bola založená dňa 16.05.2006. Zariadenie núdzového bývania, a útulok boli otvorené 1. decembra 2007 po prvej etape rekonštrukcie budovy bývalej materskej škôlky, pričom jeho činnosť je v súčasnosti už preukázateľne efektívna. Prvotnou hlavnou myšlienkou, ktorá iniciovala vznik tohto centra bolo poskytnúť rodine, čiže manželom s deťmi útočisko v čase krízy a spoločne pracovať na vyriešení ich situácie počas pobytu v zariadení tak, aby sa aj po odchode zo zariadenia mohli znovu začleniť do spoločnosti. Do tohto dátumu nebolo možné ubytovať v zariadení sociálnych služieb obidvoch manželov, čo v mnohých prípadoch malo za následok rozpad rodiny, nakoľko manžel si musel hľadať ubytovanie mimo zariadenia. Dňa 1.5.2008 bola spustená aj časť Krízové stredisko a od 18.12.2009 je k dispozícii ďalšia zrekonštruovaná časť budovy. Domov na pol ceste bol zriadený 01.01.2010. Zariadenie núdzového bývania bolo dňa 1.4.2014 pretransformované na útulok pre rodiny s deťmi. Hlavným poslaním tohto unikátneho zariadenia je to, že pod jednou strechou poskytuje odbornú pomoc a bývanie deťom, mladým dospelým a rodinám, ktoré sa ocitli v krízovej životnej situácii. Cieľom je upriamiť pozornosť na aktuálnu potrebu poskytovania sociálnych služieb cieľovým skupinám. (Skarupová, 2013).

Výber vzorky reprezentatívnych jedincov bol zameraný na také rodiny, ktoré sú dlhodobo odkázané na pomoc a sú poberateľmi sociálnych služieb. Ideálnym miestom pre zber informácií a dát o takýchto rodinách je uskutočniť ho v ich prirodzenom prostredí. Pobyt rodín v zariadeniach núdzového bývania alebo v útulku pre rodiny poskytuje neutrálne územie, ktoré je akceptovateľné aj pre skúmaných jedincov. Vzhľadom ku skutočnosti, že som pracovala niekoľko rokov ako ekonóm v centre pre obnovu rodiny Dorka v Košiciach mi bolo láskavo umožnené mať prístup k informáciám a ku klientom tohto zariadenia. Po dôkladnom zvážení sme vybrali šesť rodín a ich príbehy sme spracovali do kauzistických správ.

Tabuľka 1: Kazuistika č. 1 - zistené skutočnosti:

Vyhodnotenie VO 1: Aké determinujúce faktory ovplyvňujú výskyt porúch ekonomicko-zabezpečovacej funkcie sledovaných rodín?

| | |
|---|-----|
| Domácnosť jednotlivca s menej ako 3 deťmi | Nie |
| Domácnosť jednotlivca s viac ako 3 deťmi | Nie |
| Domácnosť dvoch dospelých s menej ako 3 deťmi | Nie |
| Domácnosť dvoch dospelých s viac ako 3 deťmi | Áno |
| Domácnosť dosahuje mesačný príjem nad hranicou 707 Eur/mes. | Nie |
| Domácnosť má pravidelné príjmy plynúce z pracovnej činnosti | Áno |
| Domácnosť má neuhradené exekúcie a dlžoby | Áno |

Zdroj: Tvorca práce.

Vyhodnotenie VO 2: Existuje významná súvislosť medzi ekonomickým týraním ženy a počtom detí v rodine?

Zistené skutočnosti: Áno. Manžel pani Daniely nie je schopný z dlhodobého hľadiska zabezpečiť žiadny príjem do rodiny, rodina vrátane manžela žije prevažne z dávok a z rodičovského príspevku, spolu vychovávajú už sedem detí.

Vyhodnotenie VO 3: Aké sú perspektívy respondentov vzhľadom k budúcnosti po opustení zariadenia?

Zistené skutočnosti: Manželia bývajú vo vlastnom dvojizbovom dome s kúrením na tuhé palivo, v súčasnosti bez elektriny, vypnutej pre neplatenie zálohových platieb a vody zo studne nachádzajúcej sa na pozemku. Rodinný dom je situovaný v malej dedinke pri Trebišove s malou možnosťou zamestnania. Manžel pani Daniely bez pomoci a podpory sociálnych pracovníkov nie je schopný dochádzať do zamestnania mimo svojho bydliska. Príjmy v rodine tvoria len dávky, príspevky a prídavky na deti. Pani Daniela vzhľadom na zhoršujúci sa psychický a fyzický stav aj vzhľadom k veľkému počtu detí nie je schopná v súčasnosti pracovať a ani iným spôsobom zvýšiť príjem do domácnosti.

Tabuľka 2: Kazuistika č. 2 - zistené skutočnosti:

Vyhodnotenie VO 1: Aké determinujúce faktory ovplyvňujú výskyt porúch ekonomicko-zabezpečovacej funkcie sledovaných rodín?

| | |
|---|-----|
| Domácnosť jednotlivca s menej ako 3 deťmi | Nie |
| Domácnosť jednotlivca s viac ako 3 deťmi | Áno |
| Domácnosť dvoch dospelých s menej ako 3 deťmi | Nie |
| Domácnosť dvoch dospelých s viac ako 3 deťmi | Nie |
| Domácnosť dosahuje mesačný príjem nad hranicou 707 Eur/mes. | Nie |
| Domácnosť má pravidelné príjmy plynúce z pracovnej činnosti | Nie |
| Domácnosť má neuhradené exekúcie a dlžoby | Nie |

Zdroj: Tvorca práce

Vyhodnotenie VO 2: Existuje významná súvislosť medzi ekonomickým týraním ženy a počtom detí v rodine?

Zistené skutočnosti: Áno. Manžel pani Viery kým žil ju fyzicky týral a znásilňoval. Pani Viera mu v krátkom časovom slede porodila štyri deti a rodina žila prevažne z príspevkov a dávok, ktoré poberala pani Viera na rodičovskej dovolenke. Manžel nikde nepracoval a neprispieval do rodinného rozpočtu.

Vyhodnotenie VO 3: Aké sú perspektívy respondentov vzhľadom k budúcnosti po opustení zariadenia?

Zistené skutočnosti: Pani Viera v súčasnosti nejaví o svojej deti žiadny záujem, po smrti svojho manžela sa rodina úplne rozpadla, nakoľko deti boli zverené do ústavnej starostlivosti na jej žiadosť.

Tabuľka 3: Kazuistika č. 3 - zistené skutočnosti:

Vyhodnotenie VO 1: Aké determinujúce faktory ovplyvňujú výskyt porúch ekonomicko-zabezpečovacej funkcie sledovaných rodín?

| | |
|---|-----|
| Domácnosť jednotlivca s menej ako 3 deťmi | Nie |
| Domácnosť jednotlivca s viac ako 3 deťmi | Áno |
| Domácnosť dvoch dospelých s menej ako 3 deťmi | Nie |
| Domácnosť dvoch dospelých s viac ako 3 deťmi | Nie |
| Domácnosť dosahuje mesačný príjem nad hranicou 707 Eur/mes. | Nie |
| Domácnosť má pravidelné príjmy plynúce z pracovnej činnosti | Nie |
| Domácnosť má neuhradené exekúcie a dlžoby | Nie |

Zdroj: Tvorca práce

Vyhodnotenie VO 2: Existuje významná súvislosť medzi ekonomickým týraním ženy a počtom detí v rodine?

Zistené skutočnosti: Áno. Druh pani Ivety ju fyzicky týral a bil. Keďže je útlej postavy, nedokázala sa mu ubrániť, všetky peniaze jej násilím vzal a následne prehral na automatoch. Nikde nepracoval a ani nijakým spôsobom neprispieval na výživu svojich detí.

Vyhodnotenie VO 3: Aké sú perspektívy respondentov vzhľadom k budúcnosti po opustení zariadenia?

Zistené skutočnosti: Pani Iveta v súčasnosti žije aj so svojimi štyrmi deťmi v inom zariadení sociálnych služieb, naďalej je bez riadneho zamestnania, pracuje len brigádne a krátkodobo. Bývanie hradené z vlastných zdrojov zatiaľ nie je schopná si zabezpečiť.

Tabuľka 4: Kazuistika č. 4 - zistené skutočnosti:

Vyhodnotenie VO 1: Aké determinujúce faktory ovplyvňujú výskyt porúch ekonomicko-zabezpečovacej funkcie sledovaných rodín?

| | |
|---|-----|
| Domácnosť jednotlivca s menej ako 3 deťmi | Nie |
| Domácnosť jednotlivca s viac ako 3 deťmi | Nie |
| Domácnosť dvoch dospelých s menej ako 3 deťmi | Nie |
| Domácnosť dvoch dospelých s viac ako 3 deťmi | Áno |
| Domácnosť dosahuje mesačný príjem nad hranicou 707 Eur/mes. | Nie |
| Domácnosť má pravidelné príjmy plynúce z pracovnej činnosti | Áno |
| Domácnosť má neuhradené exekúcie a dlžoby | Áno |

Zdroj: Tvorca práce

Vyhodnotenie VO 2: Existuje významná súvislosť medzi ekonomickým týraním ženy a počtom detí v rodine?

Zistené skutočnosti: Áno. Manžel pani Silvie nikde nepracuje. Rodina vrátane manžela žije prevažne z príjmov, ktoré zabezpečí pani Silvia a to z dvoch zdrojov, pravidelné príjmy zo svojho zamestnania a z príspevkov na deti.

Vyhodnotenie VO 3: Aké sú perspektívy respondentov vzhľadom k budúcnosti po opustení zariadenia?

Zistené skutočnosti: Rodina v súčasnosti býva v sociálnom byte, má nedoplatky spojené s bývaním a spláca aj exekúcie. Manžel pani Silvie nepracuje a ani si prácu nehľadá pre svoj zlý zdravotný stav.

Vyhodnotenie VO 1: Aké determinujúce faktory ovplyvňujú výskyt porúch ekonomicko-zabezpečovacej funkcie sledovaných rodín?

Tabuľka 5: Kazuistika č. 5 - zistené skutočnosti:

Vyhodnotenie VO 1: Aké determinujúce faktory ovplyvňujú výskyt porúch ekonomicko-zabezpečovacej funkcie sledovaných rodín?

| | |
|---|-----|
| Domácnosť jednotlivca s menej ako 3 deťmi | Nie |
| Domácnosť jednotlivca s viac ako 3 deťmi | Nie |
| Domácnosť dvoch dospelých s menej ako 3 deťmi | Áno |
| Domácnosť dvoch dospelých s viac ako 3 deťmi | Nie |
| Domácnosť dosahuje mesačný príjem nad hranicou 707 Eur/mes. | Nie |
| Domácnosť má pravidelné príjmy plynúce z pracovnej činnosti | Áno |
| Domácnosť má neuhradené exekúcie a dlžoby | Áno |

Zdroj: Tvorca práce

Vyhodnotenie VO 2: Existuje významná súvislosť medzi ekonomickým týraním ženy a počtom detí v rodine?

Zistené skutočnosti: Nie. Manžel pani Evy sa snaží podieľať na zabezpečení svojej rodiny prijímaním aspoň sezónnych prác alebo slabo platených brigád. Aktívne si hľadá riadne zamestnanie vo svojom odbore, v ktorom je vyučený.

Vyhodnotenie VO 3: Aké sú perspektívy respondentov vzhľadom k budúcnosti po opustení zariadenia?

Zistené skutočnosti: Rodina v súčasnosti býva stále v Útulku pre rodiny. Aktuálne pracujú na splácaní svojich dlžôb a snažia sa získať obe deti do svojej starostlivosti. Zapojením sa pani Evy tiež do pracovného procesu je možné zvýšiť príjem rodiny tak, aby boli schopní zabezpečiť si bývanie hradené z vlastných zdrojov.

Tabuľka 6: Kazuistika č. 6 - zistené skutočnosti:

Vyhodnotenie VO 1: Aké determinujúce faktory ovplyvňujú výskyt porúch ekonomicko-zabezpečovacej funkcie sledovaných rodín?

| | |
|---|-----|
| Domácnosť jednotlivca s menej ako 3 deťmi | Nie |
| Domácnosť jednotlivca s viac ako 3 deťmi | Áno |
| Domácnosť dvoch dospelých s menej ako 3 deťmi | Nie |
| Domácnosť dvoch dospelých s viac ako 3 deťmi | Nie |
| Domácnosť dosahuje mesačný príjem nad hranicou 707 Eur/mes. | Nie |
| Domácnosť má pravidelné príjmy plynúce z pracovnej činnosti | Nie |
| Domácnosť má neuhradené exekúcie a dlžoby | Nie |

Zdroj: Tvorca práce

Vyhodnotenie VO 2: Existuje významná súvislosť medzi ekonomickým týraním ženy a počtom detí v rodine?

Zistené skutočnosti: Nie. Druh pani Jany ju síce fyzicky aj psychicky týral, ale nemáme dostatok informácií o ňom, aby sa dalo jednoznačne potvrdiť aj ekonomické týranie pani Jany vzhľadom aj ku skutočnosti, že sa neustále spolieha na jeho pomoc a on jej ju aj sľubuje. Dnes už bývalý druh nežije s pani Janou v jednej domácnosti ale sa ani významne nepodieľa na výžive a výchove svojich detí.

Vyhodnotenie VO 3: Aké sú perspektívy respondentov vzhľadom k budúcnosti po opustení zariadenia?

Zistené skutočnosti: Rodina v súčasnosti býva stále v Útulku pre rodiny. Vzhľadom ku skutočnosti, že pani Jana nedávno porodila dvojčatá a v súčasnosti má štyri malé deti o ktoré sa sama stará, je len málo pravdepodobné, že sa v krátkom čase bude schopná osamostatniť a postarať sa o svoje deti bez cudzej pomoci.

Diskusia

Zo šiestich sledovaných prípadov boli tri rodiny také, kde aj v súčasnosti partner alebo manžel respondentky naďalej žije v jednej domácnosti so svojou rodinou, ale len v jednom prípade sa podieľa aj na výchove a výžive svojich detí. V dvoch rodinách je manžel skôr príťažou pre manželku, ktorá zabezpečuje nielen príjmy a starostlivosť pre svoje deti, ale živí aj neschopného partnera. V ďalších dvoch prípadoch je klientka a matka osamelá pri zabezpečovaní svojej

rodiny, ale ani spolužitie s partnerom alebo druhom nebolo iné. Práve naopak, pre násilie v rodine bolo nevyhnutné partnera opustiť a začať sa spoliehať len na seba. V jednom prípade ide o vdovu, avšak nebyť predčasnej a tragickej smrti jej manžela, zrejme by naďalej zostávala v roli zneužívanej ženy. Domácnosti so závislými deťmi sú z pohľadu miery rizika chudoby najviac ohrozenou skupinou. Podľa štatistického zisťovania EU SILC sa miera rizika chudoby v % najviac týka domácností s tromi a viac deťmi. Nášho výskumu sa zúčastnilo šesť respondentiek, z toho len v jednom prípade išlo o domácnosť s menej ako tromi deťmi. Vzhľadom na nízky vek pani Evy a jej manžela sa nedá jednoznačne predpokladať, že viac detí už mať nebudú. V jednom prípade u pani Daniely napriek zdravotným komplikáciám a už veku nad 40 rokov aj napriek vysokému počtu detí sa ani do budúcnosti nedá vylúčiť ďalšie tehotenstvo. U pani Jany sa pre nezodpovednosť pri počatí všetkých jej detí dá len ťažko predpokladať, že sa to už v budúcnosti určite nezopakuje. Práve naopak, vo svojich očakávaniach o budúcnosti spomína nového lepšieho partnera pre seba, čo môže znamenať, že ďalšie tehotenstvo môže nasledovať v krátkom čase. Pri vyhodnotení výskytu miery rizika chudoby v členení podľa počtu detských členov v domácnosti sa nám všetci respondenti ukázali ako vysoko ohrození jedinci.

V tejto súvislosti si dovoľíme odporúčať pri sociálnej práci s klientkami pôsobiť preventívne a sústrediť pozornosť na plánovanie počatia, resp. zabezpečiť dostatočný a včasný prístup informácií o možnostiach ako účinne zabrániť nechcenému počatiu, prípadne zamerať svoje úsilie na znevýhodňujúce podmienky súvisiace s vyšším počtom detí v rodine. Závaž je predovšetkým na matke, ktorá môže v dôsledku vysokej nielen fyzickej ale najmä psychickej záťaže trpieť depresiami a frustráciou z jej pohľadu už bezvýhodiskovej situácie. Hranica rizika chudoby ako ďalší sledovaný indikátor chudoby a sociálneho vylúčenia je stanovená ako 60% mediánu národného ekvivalentného disponibilného príjmu. Hodnota tejto hranice vyjadrená pre ilustratívny typ domácnosti s 2 dospelými členmi a 2 deťmi uvádza Štatistický úrad SR pre rok 2013 vo výške 707 eur na mesiac. Ani jeden zo sledovaných respondentov túto hranicu nedosahuje, pričom počet detí v rodine je vyšší ako v sledovanom ilustratívnom type domácnosti. V dvoch prípadoch sú príjmy do domácnosti zabezpečované aj zo zamestnania aspoň jedného dospelého člena, napriek tomu rodina nie je schopná takýto príjem zabezpečiť. Ďalším znevýhodňujúcim faktorom je domácnosť s jedným dospelým členom zabezpečujúcim starostlivosť pre viac detí.

Výsledkom nášho výskumu je, že všetky sledované rodiny resp. matky s deťmi sú príjmovovo dlhodobo pod hranicou rizika chudoby. S týmto indikátorom chudoby je úzko prepojená materiálna deprivácia takýchto rodín, čo má za následok okrem vyššie spomínaného sociálneho vylúčenia aj oneskorený vývin detí v dôsledku slabej výživy, ďalej zanedbávanie zdravotnej a preventívnej starostlivosti o deti a zanedbávanie školských povinností. Nezamestnanosť predstavuje v dnešnej dobe vážny sociálno-ekonomický problém, ktorý má vzrastajúcu tendenciu a veľmi úzko súvisí aj so schopnosťou jedinca nielen vykonávať nejakú prácu, ale z dlhodobého hľadiska si ju aj udržať.

Vývoj výrobných technológií alebo automatizácia výrobných procesov má za následok veľký úbytok pracovných príležitostí pre pracovnú silu s nízkym stupňom vzdelania alebo pre jednotlivcov s obmedzenými pracovnými schopnosťami. Zo sledovaných šiestich prípadov mali len dve respondentky alebo ich partneri ukončené aspoň učňovské vzdelanie. Tento ukazovateľ však nie je zárukou na získanie dobrého zamestnania. Vzhľadom k nižšiemu vzdelaniu sa ťažšie uplatňujú na trhu práce ale strata konkurencieschopnosti sledovaných jedincov často súvisí aj so slabými osobnostnými predpokladmi alebo nízkym sebavedomím, ktoré nedovolí mužovi ale aj žene, matke byť pribojnejšími a razantnejšími pri hľadaní si práce. Očakávania a túžby každého respondenta boli vyjadrením túžby v budúcnosti si môcť zabezpečiť skromné ale vlastné a stabilné bývanie. Problematika bývania je mimoriadne horúcim problémom, keďže získanie vlastného bývania je pre takéto rodiny nereálnym cieľom. Zaplatiť prenájom aj malého bytu je nad príjmové možnosti nielen nami sledovaných žien, ale aj získanie úveru na bývanie pre nízkopríjmové rodiny, kde by pracoval aspoň jeden z manželov je úplne nedostupné.

Odporúčanie pre prax v súvislosti so zabezpečením vlastného bývania je vytvoriť podporný mechanizmus v spolupráci s bankami tak, aby mali aj takéto rodiny s veľmi nízkymi príjmami prístup k úverom na bývanie s možnosťou využiť programy s nízkymi úrokovými sadzbami počas celej doby splácania. Základným predpokladom zabezpečenia vlastného bývania je mať také zamestnanie, ktoré by pokrylo nielen náklady súvisiace s rodinou ale aj splátku úveru. Východiskom je zapojiť takéto rodiny do projektu už v čase, keď sú v Útulku pre rodiny. V spolupráci so sociálnymi pracovníkmi tak môžu spoločne nastaviť príjmy a výdavky tak, aby rodina bola schopná uhradiť všetky výdavky spojené nielen s bývaním ale aj splátky súvisiace s nadobudnutím vlastného bývania. Ďalším významným indikátorom chudoby v sledovaných rodinách je problematika zadlženosti. Pôžičky z nebankových subjektov alebo hrozba exekúcie pre nesplácanie výdavkov súvisiacich s bývaním sú žiaľ prirodzenou súčasťou života takmer

každej sledovanej rodiny. Ľahká dostupnosť takýchto nevýhodných krátkodobých pôžičiek s vysokými úrokmi spôsobuje, že sa rodina dostane do začarovaného kruhu, kedy jednou pôžičkou spláca inú a strácajú tak schopnosť vymaniť sa z tejto situácie. Prevenciou v takýchto prípadoch je len nácvik odolávať pokušeniu a naučiť sa zvážiť si reálne možnosti splácania. Pri výskume dokumentov sme až v dvoch prípadoch zo šiestich zistili, že sociálne slabé rodiny, resp. členovia takýchto rodín boli zneužití ako tzv. „biele kone“ a figurovali alebo ešte stále figurujú ako spoločníci resp. konatelia firiem s veľkým základným imaním. Existuje vysoké riziko do budúcnosti, ktoré si nie sú schopní postihnúť jedinici dostatočne uvedomiť, nakoľko je pravdepodobné, že voči týmto spoločnostiam sa vedie alebo bude viesť súdne konanie pre neodvedenie dane alebo dotknuté spoločnosti môžu hroziť nepredvídateľné exekúcie. Obete takéhoto podvodu nie sú na dostatočnej právnej ani osobnostnej úrovni, aby dokázali čeliť takýmto hrozbám. Ekonomické násilie môže znamenať nerovný prístup k finančným alebo materiálnym prostriedkom v rámci rodiny. Okrem jedného prípadu zo šiestich sledovaných respondentiek manžel alebo druh, partner neposkytuje dostatok finančných prostriedkov nielen na chod domácnosti ale ani na zabezpečenie základných životných potrieb svojich detí. V dvoch prípadoch si peniaze od matky svojich detí násilím vzal a minul pre vlastnú potrebu alebo prehral ich na automatoch. V dvoch prípadoch zneužíva manžel svoju manželku v tom zmysle, že sa ňou necháva vyživovať bez toho, aby akýmkoľvek spôsobom prispel do domácnosti. Postihnutá žena je ekonomicky týraná a nie je schopná sa vzoprieť tejto skutočnosti, radšej znáša ťarchu zabezpečenia svojej rodiny sama vlastnými silami aj s tým vedomím, že sa musí postarať aj o dospelého muža. V prípade pani Daniely sa to spája s mimoriadnym vyčerpaním až depresívnymi stavmi. Konfrontácia očakávaní do budúcnosti s reálnym životom po opustení zariadenia sociálnych služieb respondentiek úzko súvisí so zabezpečením si vlastného bývania. Tieto túžby sa podarilo splniť zatiaľ len jednej rodine. Rodine pani Daniely pomohli k nadobudnutiu vlastného bývania finančné prostriedky, ktoré zdedila po svojich rodičoch a s aktívnou pomocou dobrovoľníkov z nadácie Úsmev ako dar sa im podarilo kúpený domček čiastočne zrekonštruovať tak, aby sa doň mohli nastáňovať. Naopak, rodina pani Silvie vlastným nezodpovedným konaním o jeden byt po svojich rodičoch prišla. Dnes žijú v sociálnom byte, kde len s námahou dokážu platiť náklady spojené s bývaním. Vo všetkých ostatných sledovaných rodinách je len malá pravdepodobnosť, že si vlastnými silami a bez vonkajšej pomoci budú schopní zabezpečiť vlastné bezpečné bývanie.

Záver

S nízkou kvalitou plnenia najmä ekonomicko-zabezpečovacej funkcie rodiny súvisia rôzne konflikty a stresové situácie, ktoré ako ovplyvňujúce faktory determinujú predovšetkým kvalitu starostlivosti o deti v takejto rodine. Rôzne typy zanedbávania vysoko korelujú s chudobou a zlým sociálnym postavením rodín. Schopnosť rodičov poskytovať deťom adekvátnu starostlivosť môže byť znížená v dôsledku zlej sociálnej situácie. Úlohou sociálnej práce s rodinami v zariadeniach sociálnych služieb je zamerať sa na potenciálne rizikové determinanty predovšetkým napĺňania ekonomicko zabezpečovacej funkcie, v ktorej tieto rodiny primárne zlyhávajú. Dlhodobá materiálna deprivácia ovplyvňuje zdravý vývoj detí, ktoré v budúcnosti zažívajú tie isté problémy a sú vystavené riziku chudoby a sociálneho vylúčenia. Cieľom práce prostredníctvom realizovaného výskumu je analýza výskytu porúch ekonomicko-zabezpečovacej funkcie a ich vplyv na celkový deficit a dysfunkčnosť rodiny u prijímateľov sociálnych služieb. Na základe vyhodnotenia cieľa uvedeného výskumu môžeme dedukovať východiská pre prax.

Zoznam použitej literatúry

BUJDOVÁ, N. 2015. ALTERNATIVE CARE IN SLOVAKIA. PUBLISHER : LIRAPRINT UKRAINA, 2015. 156 s. ISBN 978-617-596-214-5

HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.408 s. ISBN 80-7367-040-2

HUČÍK, J. – HUČÍKOVÁ, A. 2010. *Kazuistika v špeciálnej pedagogike*. Prešov. Prešovská univerzita. 117 s. ISBN 978-80-555-0143-7.

LEŠKOVÁ, L. 2009. *Polia sociálnej práce. Vybrané kapitoly II*. Košice : Vienala, 2009. 164 s. ISBN 978-80-89232-55-0.

MICHEL, R. 2014. Rodina ako spoločenstvo lásky. In VANSÁČ, P. – CHOVANEC, J. – ANDREJIOVÁ, L. *Rodina ako spoločenstvo v službách človeka. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2014. ISBN 978-80-8132-106-1. s. 235-249.

SKARUPOVÁ, L. 2013. *Sociálna práca v centre pre obnovu rodiny Dorka, n.o. v Košiciach*. In „Klient vs. blížny“. Zborník príspevkov z 5. ročníka študentskej vedeckej konferencie.

Prešov: Pravoslávna bohoslovecká fakulta Prešovskej univerzity. ISBN 978-80-555-0833-7,
s. 87-97

Kontakt

Doc. PhDr. Stanislava Hunyadiová, PhD.

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava

KOLTÁŠ, M. - Intervencie terénneho sociálneho pracovníka v prospech klienta v bdelej kóme

Úvod

V príspevku sa zaoberáme intervenciami, ktoré zabezpečuje, vykonáva a poskytuje terénny sociálny pracovník v prospech klienta s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorý po autohavárii leží pripútaný na lôžku v bdelej kóme (coma vigile). Osobitná pozornosť je venovaná roli a postaveniu terénneho sociálneho pracovníka, ťažko zdravotne postihnutému klientovi a spolupracujúcim subjektom, nevynímajúc rodinných príslušníkov. Uvedomujúc si existenciu a zraniteľnosť klientov v bdelej kóme v symbióze s bezmocnosťou ich najbližších, považujeme túto tému za vysoko aktuálnu a spoločensky závažnú. Coma vigile je mimoriadny a málo preskúmaný stav mozgu. Je síce známe aké mechanizmy pri ňom v tele prebiehajú, ale stále nie je zodpovedaná otázka, či pacienti v kóme vnímajú svoje okolie? Počujú všetko, čo im hovoria ich blízki? Sú si vedomí toho, keď im lekári nedávajú žiadnu nádej? Cítia strach, bolesť či akékoľvek iné emócie? Predpoklad, že to tak naozaj je, je dosť opomínaný. V starostlivosti o pacientov v coma vigile je nesmierne dôležitá komunikácia a spolupráca rodiny s ošetrojúcim personálom a ostatnými spolupracujúcimi a pomáhajúcimi subjektmi, nevynímajúc sociálneho pracovníka. Je nevyhnutné, aby vzťah medzi rodinnými príslušníkmi a pomáhajúcimi profesionálmi bol založený na vzájomnej dôvere, spolupráci, komunikácii a podpore.

Jedným z intervenujúcich odborníkov, ktorí sa zaoberajú komplexným riešením sociálnej situácie klienta v bdelej kóme, ktorý sa nachádza v nemocničnom prostredí, je aj sociálny pracovník v pozícii terénneho sociálneho pracovníka. Jeho prvoradou úlohou smerom ku klientovi a jeho najbližšej rodine je nielen podpora, pochopenie, ale aj pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov klienta. Cieľom príspevku je objasniť a na konkrétnom príklade vysvetliť metodiku práce terénneho sociálneho pracovníka pri riešení nepriaznivej zdravotnej, životnej a sociálnej situácie klienta ležiaceho v bdelej kóme. Zaoberáme sa aj vhodnosťou, účelnosťou a efektivitou poskytovaných intervencií.

Terénna sociálna práca

Terénnu sociálnu prácu je možné chápať ako dlhodobú a systematickú činnosť v rámci ktorej terénny sociálny pracovník dosahuje vytýčené ciele v spolupráci s klientom a s podporou a spoluprácou ďalších inštitúcií a organizácií. Terénna sociálna práca je zameraná na podporu jednotlivcov, skupín a komunit, ktorí žijú dlhodobo v podmienkach sociálneho vylúčenia alebo sú ním ohrození. (Ondrušková, Pružinská, 2015). Terénni sociálni pracovníci definujú svoju prácu a stanovujú ciele svojej práce na základe potrieb jednotlivých cieľových skupín, s ktorými pracujú. Každá cieľová skupina je špecifická, a teda aj konkrétne ciele terénnej sociálnej práce sú pre každú cieľovú skupinu iné. (Rosová, 2014).

Máme za to, terénna sociálna práca je jedným z dvoch kľúčov k vstupu do predsiene sociálnej integrácie. Vďaka nej môžu ľudia doteraz žijúci v prostredí sociálnej exklúzie začať riešiť svoju bytovú situáciu, nájsť východisko z pasce zadlženosti, hľadať aj úspešne získať zamestnanie, uľahčiť svojim deťom cestu k vzdelaniu a sociálnemu vzostupu, začať efektívnejšie komunikovať s úradmi a vybavovať svoje úradné záležitosti. To všetko potom môže významne prispieť k stabilizácii ich sociálnej situácie.

Hlavnými cieľmi výkonu terénnej sociálnej práce podľa Ondruškovej a Pružinskej (2015) sú najmä:

- sociálne začlenenie a prevencia sociálneho vylúčenia,
- zmiernenie (odstránenie) negatívnych dôsledkov a rizík rôznych životných a problematických situácií sociálne vylúčených,
- zmiernenie nerovnosti a odlišností, vrátane nerovného prístupu k vzdelaniu, sociálnej ochrane, bývaniu, zdravotnej starostlivosti, uplatneniu sa na trhu práce,
- priblíženie ťažko dostupných služieb pre klientov, rodiny, komunitu,
- rozvoj/znovunadobudnutie sociálnych kompetencií klienta.

Nedělníková (2008) uvádza, že dôvody, prečo ľudia v núdzi, na problémy ktorých je terénna sociálna práca zameraná, nevyhľadávajú sociálnych pracovníkov na ich pracovisku, sú:

- nevedia, že takáto možnosť existuje,
- nemôžu pomoc vyhľadať, lebo nie je k dispozícii v ich blízkom okolí,
- k vyhľadávaniu pomoci im bráni ich aktuálna životná situácia,
- nemajú dôveru alebo majú zlú skúsenosť s oficiálnymi inštitúciami,

- obávajú sa stigmatizácie (napríklad výsmechu okolia) alebo pocitu hanby za svoje postihnutie,
- sú znevýhodnení v prístupe k pomoci (nemajú komunikačné schopnosti, sú imobilní...),
- klient sám nemá potrebu meniť svoju situáciu.

Máme za to, že práve charakter problému klienta a povaha zistených prekážok spresňuje potrebu pomoci a určuje rozsah, úroveň, metódy a postupy, ktoré terénny sociálny pracovník obce aplikuje pri riešení problémovej situácie a aké intervencie naplánuje. V terénnej sociálnej práci medzi často používané metódy priamej pomoci patria nasledovné intervencie, ktoré sú poskytované v prospech klienta a pri zohľadňovaní najlepšieho záujmu pre klienta: poradenstvo, sprevádzanie, zastúpenie, vyjednávanie (advokácia), informovanie, distribúcia, uplatňovanie práv a právom chránených záujmov, socioterapia, sociálna rehabilitácia, ale aj výkon opatrovníctva, kolízne opatrovníctvo a iné.

PRÍKLAD DOBREJ PRAXE – klient v bdelej kóme

V cieľovej skupine klientov terénnej sociálnej práce, najmä z prostredia marginalizovaných rómskych komunit, veľmi rýchlo pribúdajú aj klienti s rôznymi zdravotnými problémami. Len výnimočne sa objektom terénneho sociálneho pracovníka stáva pacient v kóme.

Rodinní príslušníci 27 ročného klienta, ktorý bezprostredne po ťažkej autohavárii v októbri 2017 upadol do bdelej kómy, sa v decembri 2018 kontaktovali s terénnymi sociálnymi pracovníkmi v okresnom meste Rožňava. Vzhľadom na to, že pomoc, ktorá im v ostatných mesiacoch nebola dostatočne poskytnutá, považovali otec a matka klienta situáciu za bezvýchodiskovú a neriešiteľnú. Nádejou a vierou v pozitívnu zmenu sa pre rodičov stal terénny sociálny pracovník.

Klient je dlhodobo hospitalizovaný v Nemocnici s poliklinikou sv. Barbory v Rožňave, pretože jeho zdravotný stav si vyžaduje komplexnú ošetrovateľskú a rehabilitačnú starostlivosť. Matka od októbra 2017 denne dochádza z 20 km vzdalenej obce do okresnej nemocnice za synom. Okrem toho, že mu prináša mixovanú stravu, ktorú synovi podáva enterálne (perkutánnu endoskopickú gastrónómiu), keďže perorálny príjem potravy nie je možný, zabezpečuje a poskytuje klientovi aj bazálnu stimuláciu, ktorej predchádzalo zaškolenie. Friedlová (2007) tvrdí, že koncept bazálnej stimulácie podporuje ľudské vnímanie na

najzákladnejšej úrovni vnímania. Zmysly a zmyslové orgány umožňujú vnímať okolie a seba samého. Medzi komunikáciou, pohybom a vnímaním dochádza neustále k vzájomnému ovplyvňovaniu sa. Koncept bazálnej stimulácie je založený na týchto základných prvkoch a využíva ich úzku prepojenosť. V prípade, že v jednej alebo vo viacerých z vyššie uvedených oblastí došlo k zmene cielene stimulovaných cieľových orgánov, ktoré pomôžu vyvolať spomienku, je možné opäť aktivizovať mozgovú činnosť, ktorá pomôže podpore vnímania, komunikácii a hybnosti pacienta.

Klient je ležiaci pacient s mozgovou atrofiou a edémom mozgu, má zavedenú tracheostomickú kanylu, vyživovaný je enterálne, pretrváva ochrnutie všetkých štyroch končatín a apalický syndróm s okohybnou poruchou. V priebehu dňa je potrebné viackrát u klienta vykonať odsávanie, kvôli zvýšenej zahlienenosti. Preukázané sú u neho aj početné dekubity.

Starostlivosť o pacienta v coma vigile zahŕňa ošetrovateľskú a rehabilitačnú starostlivosť. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je zabezpečiť uspokojenie bio-psycho-sociálnych a spirituálnych potrieb. Dôležitou súčasťou starostlivosti je zapojenie rodiny a nácvik ošetrovania počas hospitalizácie, čím sa uľahčí príprava rodiny na prípadnú domácu starostlivosť. V priebehu hospitalizácie sa môžu vyskytnúť rôzne ošetrovateľské problémy, ktoré sú ovplyvnené zmenami v oblasti telesnej, psychickej a sociálnej. Ošetrovateľské problémy môžu byť aktuálne, potenciálne a v prípade, že pretrvávajú dlhší čas permanentné. Je teda vyžadovaná neustála sesterská intervencia. Základnú ošetrovateľskú starostlivosť členíme nasledovne: starostlivosť o výživu, starostlivosť o vyprázdňovanie, starostlivosť o hygienu a pohodlie, starostlivosť a prevencia dekubitov, sledovanie životných funkcií, aplikácia liekov, komunikácia a stimulácia. Dôležitá je tiež už spomínaná rehabilitačná starostlivosť. (Doležil, Carbolová, 2007).

Prognóza klienta v bdelej kóme je závislá na etiológii postihnutia mozgu. Lepšiu prognózu majú mladší ľudia a pacienti po traumatickom postihnutí mozgu. Zotavenie sa z tohto stavu má dva rozmery: obnovenie funkcie mozgu a obnovenie vedomia, ktoré je podmienené prítomnosťou známkou uvedomovania si svojho okolia a seba samého, odpoveďami na zrakové a sluchové podnety a reakciami na osoby vo svojom okolí.

Intervencia: *Zastúpenie, vyjednávanie, sprostredkovanie*

Matka by klientovi (synovi), ktorý sa nachádza dlhodobo v stave bdelej kómy, chcela zabezpečiť liečebno-rehabilitačný pobyt v ADELI MEDICAL CENTRE Piešťany, čo pre ňu znamená jedinú šancu, ako zlepšiť zdravotný stav syna a vrátiť ho späť do reality. ADELI CENTRUM je medzinárodné rehabilitačné centrum, ktoré sa špecializuje na liečbu pacientov s neurologickými poruchami pohybu. Od svojho založenia v roku 2004 sa v tomto centre úspešne liečilo viac ako 13000 pacientov z viac ako 60 krajín sveta, Slovensko nevynímajúc. Najväčšou výhodou centra je jeho mimoriadne intenzívny a individuálny terapeutický program a rozsiahla starostlivosť. Päť hodín denne a šesť dní v týždni sa o každého pacienta stará multidisciplinárny tím: lekári, terapeuti, maséri, logopédi a iní špecialisti. Špecializujú sa na diagnózy: detská mozgová obrna, mozgové príhody, stavy po úrazoch hlavy a mozgu. Šancu pre pacientov v bdelej kóme dáva aj oxygenoterapia v hyperbarickej komore, ktorá zlepšuje mozgovú mikrocirkuláciu a mozgový metabolizmus, ďalej znižuje opuch mozgu, zvyšuje priepustnosť hematoencefalickej membrány a zachováva činnosť čiastočne poškodených tkanív. Zároveň preventívne pôsobí na progresiu mozgovej lézie pred sekundárnymi vplyvmi. Vzhľadom na to, že v tomto prestížnom centre je liečba a pobyt značne nákladná (neurorehabilitačný program a hyperbarická oxygenoterapia – 4 272 € a náklady spojené s pobytom pre klienta a jeho matku – 1 352 €), prostredníctvom terénnych sociálnych pracovníkov mesta Rožňava bolo oslovených 20 rôznych nadácií, organizácií, ktoré podporujú sociálne a zdravotne znevýhodnených ľudí. Väčšina z nich vyjadrila ľútosť nad ťažkou životnou situáciou klienta a matke klienta zaželela veľa síl pri zabezpečovaní finančných prostriedkov. Niektoré z oslovených nadácií sa venujú inej vekovej kategórii klientov, niektoré podporujú riešenie iných konkrétnych diagnóz, niektoré sa neozvali vôbec. Spolupráca bola nadviazaná len s dvoma nadáciami – nadácia ADELI a nadácia AGROGFET. Obom nadáciám boli poskytnuté všetky požadované údaje a náležitosti ohľadom klienta a jeho rodiny. Obsah tvoril vypracovaný životný príbeh klienta, fotografie klienta, aktuálna lekárska správa, záznam zo šetrenia rodinných, majetkových a bytových pomerov v rodine klienta, viacero dokumentov preukazujúcich všetky podstatné skutočnosti, vyjadrenie terénneho sociálneho pracovníka v roli garanta. Nadácia AGROFERT poskytla klientovi príspevok vo výške 4 400 €. Okrem toho boli oslovení terénnymi sociálnymi pracovníkmi prostredníctvom obecných úradov občania, ktorí bývajú v okolí a v mieste bydliska klienta, aby ak môžu, aby venovali svoje 2 % dane práve v prospech klienta. Obecným úradom boli zaslané aj podporné plagáty „Aj Vaše dve percentá ho môžu postaviť na nohy“. Sociálni pracovníci ďalej zaregistrovali opis životnej

situácie (príbeh) klienta aj na tzv. darcovské webové stránky – ludialudom.sk a nadaciaadeli.sk, ktoré sú založené na princípe transparentnosti, adresnosti a efektívnosti. Celý proces darcovstva je pod kontrolou verejnosti. Každý presne vidí počet darov, mieru naplnenosti výzvy. Darcovia si navyše na základe darcovskej zmluvy, ktorú dostávajú, môžu až do troch rokov žiadať od príjemcu informácie o tom, ako bolo naložené s ich príspevkom.

V roku 2018 otec klienta (ako opatrovník klienta) podal na príslušnej pobočke Sociálnej poisťovne žiadosť o priznanie dôchodkovej dávky pre syna – invalidný dôchodok. Klient bol posúdený posudkovým lekárom v apríli 2018 so záverom, že bol uznaný invalidným s dátum vzniku invalidity od 1. októbra 2017 a jeho miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť bola určená na 90 %. K výplate dôchodkovej dávky ale nedošlo, a to vzhľadom na to, že potrebný počet rokov obdobia dôchodkového poistenia na vznik nároku na invalidný dôchodok pre poistenca vo veku od 24 do 28 rokov je najmenej 2 roky, čo klient nespĺňal. Pre 1. októbrom 2017 získal len 198 dní obdobia dôchodkového poistenia.

V marci 2019 sa prostredníctvom terénnych sociálnych pracovníkov podarilo, v súčinnosti so starostom obce odkiaľ klient pochádza, zabezpečiť podporu u poslancov obecného zastupiteľstva pre poskytnutie návratnej pôžičky z rozpočtu obce vo výške 1500 €. Práve táto suma bola potrebná na doplatenie rozhodného obdobia týkajúceho sa dôchodkového poistenia v pokladni Sociálnej poisťovne, aby sa klientova žiadosť o priznanie invalidného dôchodku prehodnotila nanovo a aby mohlo reálne dôjsť k výplate dôchodkovej dávky, a to aj späťne, teda od 1. októbra 2017. Doplatok za predchádzajúce obdobie (roky) bude použitý na vrátenie pôžičky do rozpočtu obce.

Záver

Terénny sociálny pracovník pri poskytovaní intervencií klientovi vystupuje ako prípadový sociálny pracovník, ktorý uplatňuje holistický prístup a používa všetky metódy a postupy case managementu. Klientovi v bdelej kóme, resp. jeho najbližšej rodine poskytuje nielen psychickú podporu, ale vyjadruje aj záujem o riešenie všetkých problémov, pričom sa snaží o zlepšenie kvality života klienta a jeho najbližších, poskytuje im pomoc pri vybavovaní úradných záležitostí, ale najmä pri oslovovaní potenciálnych darcov, donorov, nadácií pri zabezpečení financií na ďalšiu špecializovanú liečbu.

Terénny sociálny pracovník vytvára dostatočný priestor pre ventiláciu pocitov rodiny, háji záujmy a práva klienta, rešpektujúc všetky odlišnosti a ľudskú dôstojnosť. Na klienta

nazerá ako na bio-psycho-sociálnu bytosť. Ako case manager zastáva pri práci s klientom v bdelej kóme viacero pozícií. Vystupuje v roli poradcu, ako sociálny diagnostik, sprostredkovateľ, facilitátor, socioterapeut, pedagóg.

Pre rodičov a najbližšiu rodinu je nesmierne dôležité, aby sa snažili myslieť pozitívne a zároveň reálne. Musia sa tešiť aj z malých pokrokov a z každého dňa. Obklopiť by sa mali optimisticky mysliacimi ľuďmi. Podstatné je nielen pýtať sa a hľadať odpovede u lekárov, ale vyskúšať aj alternatívne terapie. Netreba sa dať znechutiť zle fungujúcimi vecami v zdravotníctve, ani sa nechať odradiť na úradoch. Rodina by sa mala v maximálnej miere otvoriť okoliu, kontaktovať sa s rodinami s podobným osudom a radiť sa s nimi. Obaja rodičia si musia byť vzájomne oporou. Pomocnú ruku môžu nájsť práve v pomáhajúcich profesiách, napr. u terénnych sociálnych pracovníkov.

Odkódovanie telesných prejavov ľudí v bdelej kóme znamená veľkú výzvu pre humánnu medicínu, ktorá rozlišuje ľudské bytie od ostatného bytia. Dať sa do služby ľuďom v bdelej kóme môže znamenať obohatenie zmyslu života človeka alebo ho môže rovnako zraziť do hlbokých pochybností.

Kómu väčšina ľudí i lekárov považuje za posledný krok pred smrťou. Ten krok však môže byť aj prvým krokom do nového (síce ťažšieho) života, ak lekári aj príbuzní veria, že sa pacient preberie. Medzi nebom a zemou sú zázraky, ktoré ani celá lekárska veda nedokáže vysvetliť. Niekedy proste veda nestačí. Hranica medzi životom a smrťou je veľmi tenká.

Veríme, že terénna sociálna práca sa v budúcnosti stane viac oceňovanou a ponúkanou službou, lebo súčasný svet prináša pre klienta a ich rodinu veľa nového, často ťažko zrozumiteľného a komplikovaného. Práve ľudia s ťažkým zdravotným postihnutím a ich rodiny, či iné zraniteľné skupiny často potrebujú ukázať cestu, aby mohli ich najbližší veriť v šťastnú budúcnosť a v zlepšenie kvality života ich dieťaťa. Terénny sociálny pracovník poskytovanými intervenciami v prospech klienta sa snaží aj o celkovú podporu rozvoja klienta, ktorá je založená na mravných hodnotách, na osobnej zodpovednosti za svoje konanie, na slobodnom myslení, na tvorivosti, úcte a rešpekte k ostatným ľuďom a k svojmu okoliu.

Praxou sme dospeli k viacerým záverom, na základe ktorých prinášame niekoľko odporúčaní pre ďalšiu prax:

- legislatívne upraviť a špecifikovať podmienky a kompetencie výkonu terénnej sociálnej práce v pôsobnosti obce samostatným zákonom o terénnej sociálnej práci,

- zabezpečiť, aby zdravotné poisťovne plne uhradili pre pacientov v bdelej kóme terapie v súkromných špecializovaných zariadeniach
- v indikovaných prípadoch poskytovať príspevok na prepravu aj rodinným príslušníkom, a to prostredníctvom osobitného príspevku z ÚPSVaR
- poskytovať rodinným príslušníkom pacienta v bdelej kóme bezplatné kurzy bazálnej stimulácie
- do národnej klasifikácie vzdelávania zapracovať aj špecializovaný študijný program: sociálna práca zameraná na klientov s ťažkým zdravotným postihnutím, resp. paliatívna starostlivosť.

Zoznam použitej literatúry

AMBRÓZOVÁ, A. 2006. *Proces terénnej sociálnej práce v sociálne vylúčenej komunite*. Bratislava: Partners for Democratic Change Slovakia. o. z. 80 s. ISBN 80-969431-3-8.

DOLEŽIL, D. - CARBOLOVÁ, K. 2007. Vegetativní stav (Apalický syndrom). *Neurologie pro praxi* [online]. 2007, č. 1, s. 27-31 [cit. 2019-04-04]. Dostupné na internete: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/01/07.pdf>

FRIEDLOVÁ, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: GRADA. 168 s. ISBN 9788024713144

NEDĚLNÍKOVÁ, D. a kol. 2008. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava: Ostravská univerzita. 201 s.

ONDRUŠKOVÁ, E. – PRUŽINSKÁ, J. 2015. *Štandardy terénnej sociálnej práce a terénnej práce v sociálne vylúčených komunitách*. Bratislava: Implementačná agentúra MPSVaR SR. 40 s. ISBN 978-80-970110-2-4.

ROSOVÁ, D. 2014. Terénna sociálna práca na Slovensku. In *Sociální práce Sociálna práca*. ISSN 1213-6204, 2014, 3/2014, s. 117-127.

Kontakt na autora:

PhDr. Marek Koltáš – doktorand

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.

DP bl. Sály Salkaháziovej Rožňava

marek.koltas@gmail.com

LEŠKOVÁ, L. - Transgeneračný prenos chudoby. Mýtus alebo realita?

Abstrakt:

Chudoba je nedostatok alebo nedostatok určitého (variantného) množstva hmotného majetku alebo peňazí. Chudoba je mnohostranný koncept, ktorý môže zahŕňať sociálne, hospodárske a politické prvky. Napriek mnohým definíciám je jedna vec istá, že chudoba je komplexná spoločenská otázka. Bez ohľadu na to, ako je definovaná chudoba, možno súhlasiť s tým, že je to otázka, ktorá si vyžaduje pozornosť všetkých.

Cyklus chudoby je súbor faktorov alebo udalostí, na základe ktorých je pravdepodobné, že chudoba po jej začatí bude pokračovať, pokiaľ nebude existovať vonkajšia intervencia. Rodiny uväznené v cykle chudoby majú buď obmedzené, alebo žiadne zdroje. Generačná chudoba je cyklom, ktorý prechádza z minulosti. Medzigeneračná chudoba sa vzťahuje na chudobu vyvolanú sociálne a ekonomicky málo podnetným prostredím rodičov.

Príspevok prináša základný pohľad na chudobu a jej transgeneračný prenos, pričom sa sústreďuje na identifikovanie základných komponentov rodinného kapitálu (ľudský kapitál, finančný a ekonomický kapitál, sociálny kapitál a kultúrny kapitál), ktorý sa prenáša z generácie na generáciu. Výskumná časť štúdie je výsledkom longitudinálneho výskumu, ktorého výsledkom je spracovaná prípadová štúdia participanta a jeho rodiny.

Kľúčové slová:

Chudoba. Rodina. Rodinná chudoba. Transgeneračný prenos.

Abstract:

Poverty is the scarcity or the lack of a certain (variant) amount of material possessions or money. Poverty is a multifaceted concept, which may include social, economic and political elements. Despite the many definitions, one thing is certain; poverty is a complex societal issue. No matter how poverty is defined, it can be agreed that it is an issue that requires everyone's attention.

The cycle of poverty is the set of factors or events by which poverty, once started, is likely to continue unless there is outside intervention. Families trapped in the cycle of poverty, have either limited or no resources. Generational poverty is a cycle that passes from generation to generation. Intergenerational poverty refers to the poverty induced by the socially /economically challenged background of a person's parents.

The paper brings a basic insight into poverty and its transgenerational transmission, focusing on identifying basic components of a family capital (human capital, financial and economic capitals, social capital and cultural capital) which is transferred from generation to generation. The research part of the study is the result of a longitudinal research that results in a case study of the participant and his family.

Key words:

Poverty. Family. Family poverty. Transgenerational transmission.

Úvod do problematiky chudoby a jej medzigeneračného prenosu

V rámci tejto štúdie sa pokúsime hľadať odpoveď na otázku, či transgeneračný (medzigeneračný) prenos chudoby je mýtus, alebo je to realita súčasnej doby, realita v marginalizovaných komunitách. Pri hľadaní odpovede na túto otázku je nevyhnutné prioritne objasniť pojmy *mýtus*¹ - *realita*.²

Pojem mýtus pochádza s gréckeho slova „*mythos*“ – povest', klamlivé rozprávanie, bludná klamlivá viera v niečo.³ Podľa Kováča je v súčasnej dobe tento pojem mnohonásobne reinterpretovaný a v bežnom jazyku podporovanom masmédiami sa používa na označenie fikcie, nepravdy.⁴ Brukker ho vysvetľuje ako vymyslené rozprávanie, báje, výmysel, blud, pripisovanie nejestvujúcich vlastností alebo ako neskutočný príbeh.⁵ Realita – skutočnosť predstavuje súhrn všetkého existujúceho.

V rámci teoretických východísk bude uvedený krátky exkurz do problematiky chudoby, teórií pojednávajúcich o prenose chudoby z generácie na generáciu, ako aj vybraných

¹ Súčasnú úvahu o mýtoch vyjadrujú, že mýtus je „spôsob myslenia“, ktorý je možné prekonať a nahradiť správnejším, prípadne že má svoje vlastné oprávnenie, a aj keď sa vzhľadom k nášmu momentálnemu zmýšľaniu vyznačuje určitými nedostatkami, musí byť rešpektovaný. Mýtus je pojem interdisciplinárnej povahy, je predmetom výskumov filozofie, etnológie, psychológie, antropológie, sociológie, mytológie a pod., preto jeho jednoznačné definovanie nie je ani možné, ani potrebné. Mýtus je iracionálno-spontánny odraz kolektívno-nevedomých, (nie individuálnych) predstáv o najhlbšej skutočnosti vecí, ktorému sme schopní čiastočne racionálne, čiastočne intuitívne porozumieť všetci, pretože v každom z nás zarezonuje naše vlastné kolektívne nevedomie.

² Realita, skutočnosť. Je to, čo existuje nezávisle od ľudského vedomia; hmotný svet ako taký vo všetkých svojich formách a prejavoch.

³ KLIMEŠ, Lumír. 1981. *Slovník cudzích slov*. Praha : SPN, 1981, s. 275.

⁴ KOVÁČ, Milan. 2010. *Teória mýtu*. Bratislava : Stimul, 2010, s. 4.

⁵ Porov. BRUKKER, Gustáv, OPATÍKOVÁ, Jana. 2006. *Veľký slovník cudzích slov*. Bratislava : Robinson s.r.o., 2006.

výskumov, ktoré sa zaoberali znakmi rodinného kapitálu nevyhnutného k prekonávaniu chudoby.

Chudobou všeobecne rozumieme sociálny jav, ktorý je charakteristický nedostatkom životných prostriedkov jednotlivca alebo skupiny. V tomto zmysle je považovaná za sociálny problém, príp. za sociálno-patologický jav. Predstavuje nedostatok príjmov na realizáciu základných životných činností, ako aj obmedzenie možností prístupu k službám všeobecne dostupným. Chudoba má mnoho dimenzií a vymyká sa úzkej definícii založenej len na nedostatku príjmov.⁶ V dnešnej dobe prebiehajú vo svete odborné diskusie o tom, či možno vytvoriť jednu objektívnu definíciu, ktorá by tento pojem čo najviac vystihovala. Práve preto sa stretávame s nespočetným množstvom definícií chudoby a následne i s veľmi rozdielnym kvantitatívnym rozmerom tohto javu v spoločnosti. Súčasná moderná spoločnosť sa od chudoby ako hromadného sociálneho javu nemôže dištancovať. V súčasnosti je chudoba chápaná oveľa komplexnejšie, predstavuje závažnejší sociálny i spoločenský problém, pretože sa dotýka viacerých sfér života jedinca, skupiny či spoločnosti. Chudobu častokrát identifikujeme v kontexte medzigeneračnom, čo predstavuje stav súkromného a verejného generovania kľúčových deficitov v aktívach a zdrojoch z jednej generácie na druhú.

Pojem *transgeneračný* pochádza z rodinnej systémovej terapie a predpokladá prítomnosť určitých vzorcov, ktoré síce predchádzajú jedincovo narodenie, môžu sa však podieľať na konštituovaní jeho osobnosti a interpersonálnych vzťahov. V rámci psychoanalýzy sa stretávame s pojmom *intergeneračný*, ktorý dynamiku vzťahu k predchádzajúcim generáciám definuje na rovine nevedomia.⁷ Transgeneračný prenos býva definovaný ako proces, ktorého následkom sú vedome alebo nevedome prenášané vzorce chovania do ďalšej generácie.⁸ Medzigeneračná reprodukcia chudoby je „*proces, resp. procesy, ktorými sa fenomén chudoby prenáša z generácie na generáciu*“.⁹ Princíp medzigeneračnej reprodukcie chudoby spočíva v tom, že: „*Ak staršia, rodičovská generácia nie je schopná poskytnúť mladšej generácii požadované a potrebné zabezpečenie, znemožňuje to, aby bola mladšia generácia schopná*

⁶ Porov. LEŠKOVÁ, Lýdia. 2017. *Chudoba - Výsledok sociálnej nespravodlivosti v spoločnosti*. 1. vyd. Ružomberok : Verbum, 2017. O definícii chudoby píše aj Lojan. Porov. LOJAN, Radoslav. 2016. *Špeciálna morálna teológia : prikázania VI., VII., VIII., IX*. Ružomberok : Verbum 2016, s. 45.

⁷ Porov. BOSZORMENYI-NAGY, Ivan, SPARK, Geraldine, M. 2014. *Invisible Loyalties*. New York: Routledge, 2014.

⁸ Porov. IJZENDOORN, Marinus H. Van. 1992. Intergenerational Transmission of Parenting: A Review of Studies in Nonclinical Populations. In *Developmental Review*. 1992, Vol. 12, pp. 76-99.

⁹ BODNÁROVÁ, Bernardína a kol. 2005. *Medzigeneračná reprodukcia chudoby (sekundárne analýzy teoretických konceptov a empirických zdrojov)*. Bratislava : Stredisko pre štúdium práce a rodiny, 2005, s. 82.

efektívne sa vyrovnat' s výzvami, ktorým v mladosti čelí (štrukturálnym alebo osobnostným, individuálnym)“.¹⁰

Odbornička na tému chudoby Ruby Payne¹¹ vo svojej knihe *Crossing the Tracks for Love* píše o osobnostných a personálnych zdrojoch pomáhajúcich prekonať chudobu. Ide o know-how, ktorým disponujú chudobní a práve jeho využitie ich môže posunúť z pozície chudoby do takej pozície na trhu práce, ktorá im umožní realizovať seba ako jedinečnú osobnosť.

Jednou z veľmi inšpiratívnych možností skúmania medzigeneračného prenosu socioekonomického postavenia je prístup založený na skúmaní vplyvu rodinného kapitálu. Raymond Sin-Kwok Wong¹² ho dokonca aplikoval na podmienky bývalého Československa pri skúmaní nerovností v prístupe k vzdelaniu a prenose chudoby z generácie na generáciu. Identifikoval štyri základné komponenty rodinného kapitálu, a to: ľudský kapitál, finančný a ekonomický kapitál, sociálny kapitál a kultúrny kapitál. Uvedené komponenty zachytávajú multidimenzionálne determinanty pri skúmaní intergeneračného prenosu socioekonomického postavenia.

Ako východiskový teoretický rámec môžeme využiť rozšírenú Colemanovu teóriu racionálnej voľby (rational choice theory - RCT) a teóriu sociálnych sietí,¹³ ako aj Bourdieho teóriu kultúrneho kapitálu.¹⁴ Coleman tvrdí, že rodiny „hrajú“ pri transformovaní a prenose rôznych foriem kapitálu na generáciu svojich detí aktívnu rolu.¹⁵ Rodina a jej využívané stratégie môžu zvýhodňovať, alebo naopak, znevýhodňovať možnosti detí pri ďalšom

¹⁰ FILADELFIOVÁ, Jarmila. 2007. Životný cyklus : Vek, životný cyklus a medzigeneračný prenos chudoby. In GERBERY, Daniel, LESAY, Ivan, ŠKOBLA, Daniel (eds.): *Kniha o chudobe: Spoločenské súvislosti a verejná politika*. Bratislava : Priatelia Zeme-CEPA, 2007, s. 9.

¹¹ Porov. PAYNE, Ruby K. 2005. *Crossing the Tracks for Love: What to Do When You and Your Partner Grew Up in Different Worlds*. AHA! Process Proces 2005.

¹² Porov. WONG, SIN-KWOK R. 1998. Multidimensional Influences of Family Environment in Education: The Case of Socialist Czechoslovakia. In *Sociology of Education*. 1998, Vol. 71, No. 1, pp. 1-22.

¹³ Porov. COLEMAN, James, S. 1988. Social Capital in the Creation of Human Capital. In *American Journal of Sociology*, 1988, Vol. 94, pp. 95-120. Powers (2010) uvádza, že RCT nazerá na človeka ako na racionálne sa rozhodujúcu bytosť, ktorá sa prostredníctvom svojho správania a konania usiluje o dosiahnutie čo najväčšieho uspokojenia. Na dosiahnutie tohto cieľa musí robiť rozhodnutia, čo robí: a) na základe porovnávania nákladov a odmien a b) s ohľadom na hodnotový kontext, v ktorom rozhodovanie prebieha. Porov. LUŽNÝ, Dušan. 2015. Teorie racionální volby v současné sociologii náboženství. In *Sociológia*. 2015, Vol. 47, No 2, s. 151-170.

¹⁴ Porov. BOURDIEU, Pierre, PASSERON, Jean-Claude. 1990. *Reproduction in Education, Society, and Culture*. London : Sage Publications, 1990.

¹⁵ Porov. COLEMAN, James, S. 1990. *Foundations of Social Theory*. Bellknap Press of Harvard University Press: Cambridge, 1990.

uplatňovaní sa v živote. Podľa Bodnárovej a kol.¹⁶ viaceré stratifikačné štúdie zdôrazňujú pri medzigeneračnom prenose nerovností dôležitosť rodinného prostredia, avšak zriedkakedy poskytujú vyčerpávajúce a priame možnosti merania rodinného prostredia či klímy. Namiesto nich využívajú nepriame indikátory, akými sú napríklad dosiahnuté vzdelanie a zamestnanie rodičov, ich príjem a podobne. Ukazuje sa však, že tento spôsob socioekonomického merania je sám o sebe nedostačujúci pri vysvetlení komplexnej úlohy, akú rodina zohráva pri medzigeneračnom prenose nerovností.

James R. Coleman¹⁷ vo svojej štúdiu využíva na zistenie toho, ako rodiny transformujú rozličné formy kapitálu z rodičovskej generácie na generáciu detí, teóriu racionálnej voľby. Jeho teória ilustruje, že meranie a zachytenie socioekonomického postavenia je len jednou z mnohých dimenzií, ktoré sú dôležité pri transformácii a prenose rodinného kapitálu, a taktiež to, že ďalšie dimenzie pôsobia pri tejto transformácii nezávisle. Podľa Colemanova rodinný kapitál v sebe obsahuje najmenej tri zjavné a neoddeliteľné dimenzionálne komponenty, a to: ľudský kapitál, finančný a ekonomický kapitál a sociálny kapitál. Autor identifikuje sociálny kapitál rodiny ako vzťah medzi deťmi a rodičmi a komunitnými organizáciami, ktoré sú využiteľné a užitočné pri rozvoji poznania alebo pri sociálnom rozvoji detí a mladých ľudí.¹⁸ Podľa Colemanovej teórie sociálny kapitál uľahčuje a napomáha premene ďalších foriem rodinného kapitálu do ľudského kapitálu detí.¹⁹

V rámci sociálneho kapitálu sa objavuje pojem sociálnych vzťahov mimo rodinnej inštitúcie. Ide o dôležitý aspekt otvárajúci perspektívu sociálnych sietí,²⁰ ktorý ovplyvňuje

¹⁶ Porov. BODNÁROVÁ, Bernardína a kol. 2005. *Medzigeneračná reprodukcia chudoby (sekundárne analýzy teoretických konceptov a empirických zdrojov)*. Bratislava: Stredisko pre štúdium práce a rodiny, 2005. K problematike chudoby v rodinách sa vyjadruje i Lojan. Porov. LOJAN, Radoslav. 2015. Ľudská dôstojnosť a hodnota ľudského. In *Nové horizonty*. 2015, roč. 9, č. 1, s. 10-14.

¹⁷ Porov. COLEMAN, James, S. 1998. Social Capital in the Creation of Human Capital. In *American Journal of Sociology*, Vol. 94, 1988, pp. 95-120.

¹⁸ Porov. COLEMAN, James, S. 1990. *Foundations of Social Theory*. Bellknap Press of Harvard University Press: Cambridge, 1990.

¹⁹ Rozsah rodinného kapitálu a sociálneho kapitálu, ktorý rodina odovzdáva nasledujúcim generáciám, je zároveň výzvou ktorá tlmočí istý rozmer svojich benefítov aj do širokého okruhu spoločnosti a spoločného dobra, ktoré spätne zohráva úlohu socializačného nástroja. Porov. HUDACKÝ, Ján, UHÁL, Martin. 2014. *Sociálne učenie Cirkvi a rodinné podnikanie*, Košice: Typopress 2014, s.36-39; porov. UHÁL, Martin. 2006. *Sociálna náuka Cirkvi v základných princípoch*, Košice: Typopress 2006, s. 42-70.

²⁰ Porov. LIN, Nan, VAUGHN, John, C., ENSEL, Walter, M. 1981. Social Resources and Occupational Status Attainment. *Social Forces*, Volume 59, Issue 4, June 1981, Pages 1163–1181, <https://doi.org/10.1093/sf/59.4.1163>; porov. LIN, Nan. Social Resources and Occupational Status Attainment. In L. R. Breiger (ed.): *In Social Mobility and Social Structure*. New York: Cambridge University Press 1990. 247-271.

kapitál rodiny. Táto koncepcia zameriava pozornosť na dôležitosť individuálnej mobilizujúcej pomoci a zdrojov zo sietí inštitucionálnych aktérov, ktorí majú schopnosť a možnosti prístupu k inštitucionálnym zdrojom a príležitostiam.

Dôležitosť kultúrneho kapitálu v medzigeneračnom prenose nerovností je veľmi dobre zdôvodnená v diele Bourdieu a Passerona,²¹ ktorí sa zaoberajú sociálnou reprodukciou. Taktiež podľa autorov Lamont a Lareau²² je kultúrny kapitál vymedzený ako súbor inštitucionalizovaných vysoko statusových kultúrnych signálov (postojov, preferencií, formálnych znalostí, správania, tovarov, akademických hodností), ktoré sú využiteľné pri sociálnej a kultúrnej exklúzii.²³

Výskumy prenosu chudoby z generácie na generáciu sa často sústreďujú na skúmanie tzv. efektu príjmu. Vychádzajú pritom z hypotézy, že nárast príjmu rodiny zvyšuje stupeň prosperity, blahobytu rodiny, a tento fakt zlepšuje rodinné prostredie z hľadiska rozvoja a vývoja dieťaťa. Vo výskumoch je snaha zachytiť finančný a ekonomický kapitál rodiny cez množstvo indikátorov (nielen cez príjem domácnosti či rodiny) a poukázať na dôsledky tohto javu.²⁴ Výskumy taktiež poukazujú na to, že príjmová diferenciácia pravdepodobne ovplyvňuje, okrem iného, aj rozdielne vnímanie možností, motiváciu a aspirácie detí a ich rodičov. Ako ďalej v tejto súvislosti poukazujú autori Haveman, Sandefur, Wolfe a Voyer,²⁵ deti a ich rodičia nachádzajúci sa na spodných stupňoch spoločenského rebríčka sú častejšie znechutení, deprimovaní a odcudzení od hlavného prúdu spoločnosti.

Podľa Možného a kol.²⁶ rodina zohráva v životných šanciach jednotlivca podstatnú rolu, nakoľko ich ovplyvňuje cez:

²¹ Porov. BOURDIEU, Pierre, PASSERON, Jean-Claude. 1990. *Reproduction in Education, Society, and Culture*. London : Sage Publications, 1990.

²² Porov. LAMONT, Michele, LAREAU, Annette. 1988. *Cultural Capital: Allusions, Gaps and Glissandos in Recent Theoretical Developments*. In *Sociological Theory*. 1988, Vol. 6, pp. 153-168.

²³ V oblasti etických disciplín sa tento rozsah sociálneho, ale aj kultúrneho kapitálu rodiny mení na koncept etickej výchovy a odovzdávania etických a morálnych obsahov. Porov. UHÁĽ, Martin. 2007. *Kritéria spravodlivej mzdy v Sociálnej náuke Cirkvi*. Košice : Typopress 2007, s. 75-87.

²⁴ BODNÁROVÁ, Bernardína a kol. 2005. *Medzigeneračná reprodukcia chudoby (sekundárne analýzy teoretických konceptov a empirických zdrojov)*. Bratislava : Stredisko pre štúdium práce a rodiny, 2005, s. 55.

²⁵ Porov. HAVEMAN, Robert, SANDEFUR, Gary, WOLFE, Barbara, VOYER, Andrea. 2004. *Trends in Children's Attainments and Their Detremiants as Family Income Inequality Has Increased*. In Neckerman, K. M. (Ed.): *Social Inequality*. Russell Sage Foundation, New York 2004. pp. 149-188.

²⁶ MOŽNÝ, Ivo a kol. 2004. *Medzigenerační solidarita. Výzkumní správa z mezinárodního srovnávacího výzkumu*. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno, 2004, s. 89-90.

- „podmienky, ktoré spoluvytvárajú jeho výkon v škole, rozhodujú o jeho úspechu i v následnom spoločenskom postavení. Tieto podmienky sú uložené v kultúrnom kapitáli rodiny, vo vzdelaní a kultivovanosti rodičov, ktorí prenášajú cez svoju schopnosť stimulovať a podporovať svoje deti pri vzdelávaní a v rozvoji duševných schopností i kultúrnych zručností;
- ekonomický kapitál: v tom, že bohatá rodina môže kúpiť dieťaťu stimulujúcu hračku, dopraje mu zaujímavé a obzor rozširujúce prázdniny, naučí ho rozmanité športy, ale aj viac priateľov - podobne stimulovaných a zvýhodnených, lepšiu celkovú úroveň školy, atď.;
- sociálny kapitál rodiny: teda zdroje, ktoré má rodina uložené vo svojich konexiách a stykoch, vo výhodných známostiach a priateľoch.“

Becker a Tomes zistili, že rodičia vplyvajú na úspešnosť svojich detí investíciami a výdavkami napríklad do ich vzdelania, zdravia, motivácie vzdelávať sa, diplomov.²⁷ Leibowitz²⁸ prezentuje ekonomický model, čo dopĺňa možnosť skúmania faktorov vplyvajúcich na prenos chudoby (nerovností, sociálneho statusu) o objektívne skutočnosti. Vo svojom modeli počíta s takými skutočnosťami, ako je nadanie a vrodená genetická predispozícia, schopnosti a zručnosti, inteligencia, príjem rodiny, ako i schopnosti a zručnosti rodičov.

V medzigeneračnom prenose chudoby zohráva významnú úlohu i *segregácia bývania*. Ak dieťa vyrastá v chudobnej štvrti, má to negatívny vplyv na sociálny a osobnostný vývoj dieťaťa. Mnohé sociálne teórie zdôrazňujú a potvrdzujú ideu, že sociálne prostredie, vrátane domova /miesta bydliska, školy, vrstovníkov a susedstva, silno ovplyvňujú rozvoj dieťaťa. Anne R. Pebley a Narayan Sastry analyzovali štúdie, ktoré sa venujú skúmaniu chudobných štvrtí.²⁹ Poukázali na to, že sa v nich zdôrazňujú také charakteristiky ako: zlý zdravotný stav ich obyvateľstva, vysoká miera nezamestnanosti, problémy so správaním, vysoká kriminalita, zlé školské výsledky detí, skorý začiatok sexuálneho života a skoré rodičovstvo, vysoká miera delikvencie, násilia a pod.

Výskum pod názvom *Sociálna história chudoby na Slovensku – vzory rodinného správania a reprodukcia chudoby* realizoval Sociologický ústav SAV pod vedením Kusej. Výskum

²⁷ Porov. BECKER, Gary S., TOMES, Nigel. 1986. Human Capital and the Rise and Fall of Families. In *Journal of Labor Economics*. 1986, Vol. 4, issue 3, pp. 1-39; porov. BECKER, Gary S. 1993. *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education*. Chicago and London : The University of Chicago Press, 1993.

²⁸ Porov. LEIBOWITZ, Arleen. 1974. Home Investments in Children. In *Journal of Political Economy*. 1974, vol. 82, issue 2, pp. 111-131.

²⁹ Porov. PEBLEY, Anne R., SASTRY, Narayan. 2004. Neighborhoods, Poverty and Children's Well-Being: A Review. In Neckerman, K. M. (Ed.): *Social Inequality*. New York : Russel Sage Foundation, 2004. pp. 119-145.

skúmal prenos zdrojov rôznych druhov kapitálu (materiálneho, vzťahového a kultúrneho), ktoré jednotlivci môžu získať od svojich rodičov a príbuzných.³⁰ Slovenská etnologička Danglová sa vo svojom výskume zamerala na skúmanie chudoby v špecifickom vidieckom prostredí južného Slovenska. Podľa jej zistení, po roku 1989 sú chudobou najviac „postihnutí“ najmä tí, ktorí dostatočne nemali vyhranenú istú ekonomickú pozíciu, vybudovanú sieť kontaktov už v predchádzajúcom režime, umožňujúcu nájsť si cestu k prípadnej ekonomickej nezávislosti či efektívnemu hľadaniu alternatív.³¹

Metodológia, materiál a metódy

Hlavný cieľ je identifikácia rodinného kapitálu klienta s problémovým správaním z nízkopodnetného prostredia, s výraznou marginalizáciou, v rámci longitudinálneho výskumu.

Z hlavného cieľa nám vyplynuli *parciálne ciele (PC)* kvalitatívneho výskumu, a to:

PC1: spracovať prípadovú štúdiu klienta – participanta (súčasná PŠ – rok 2019 a PŠ z obdobia prvého výskumného bádania – rok 2002 a druhého výskumného bádania – rok 2009),

PC2: identifikovať u participanta zdroje rodinného kapitálu v jednotlivých obdobia výskumného bádania,

PC3: identifikovať transgeneračný prenos rodinného kapitálu v 4 základných komponentoch - ľudský kapitál, finančný a ekonomický kapitál, sociálny kapitál a kultúrny kapitál.

V súvislosti s hlavným a parciálnymi cieľmi výskumu sme si vyšpecifikovali základnú výskumnú otázku:

*Sú absentujúce (resp. nízke) zdroje rodinného kapitálu príčinou
transgeneračného prenosu chudoby ?*

Objekt výskumu – *participant a jeho rodina (skupinový klient sociálnej práce)*³² (z evidencie orgánu SPODaSK).

V kvalitatívnom výskume išlo o *zámerný výber participanta*, s vymedzením nasledovných výberových podmienok:

³⁰ Porov. KUSÁ, Zuzana. 1997. *Sociálna história chudoby na Slovensku – vzory rodinného správania a reprodukcia chudoby. Záverečná správa*. Bratislava : SÚ SAV, 1997. O vzoroch rodinného správania píše aj Hišem a Lojan. Porov. LOJAN, Radoslav, HIŠEM, Cyril. Theological formation in the history of Košice. In *Warszawskie Studia Theologiczne*, 2016, roč. 29, č. 3, s. 42-58.

³¹ Porov. DANGLOVÁ, Oľga. 1997. Podoby chudoby vo vidieckom prostredí južného Slovenska. In *Slovenský národopis*. 1997, roč. 45, č. 1, s. 5-24.

³² Krajní kvalitatívni výskumníci tvrdia, že môže stačiť aj jeden participant, jeden rozhovor. Porov. MATULAY, Stanislav. 2011. *Kompendium metodológie sociologických výskumov*. Prešov : Kušnír, 2011, s. 57.

- klient orgánu SPODaSK, ktorý bol v roku 2002 zapojený do kvalitatívneho výskumu (výsledkom bola vytvorená kazuistika),
- vek klienta v prvej etape výskumu – do 18 rokov, t. j. klient mladistvý,
- klient v druhej etape výskumu – v evidencii ÚPSVR.

Predmet výskumu – skúmanie rodinného kapitálu klienta a jeho rodiny.

Charakteristika typu výskumu. Na základe skúmanej problematiky, predmetu skúmania, ako i v súvislosti so skúmaným objektom, sme sa rozhodli realizovať kvalitatívny výskum. Podľa Rochovskej a kol.³³ predstavujú kvalitatívne metódy výskumu dôležitý nástroj skúmania sociálno-priestorových vzťahov. Pri *kvalitatívnom výskume* ide o „nenumerné šetrenie“, ktoré zahŕňa interpretáciu sociálnej reality.³⁴ Kvalitatívny výskum považujú niektorí autori za pružný typ výskumu³⁵ a používa sa buď na odhalenie a porozumenie javov, o ktorých toho veľa nevieme, alebo na získanie nových názorov na javy, o ktorých už niečo vieme.³⁶ Podstatou kvalitatívneho výskumu je skúmanie javov, analyzovanie ich príčin, vzťahov a súvislostí na malom počte zástupcov cieľovej skupiny. Výhodou je možnosť získať informácie v relatívne krátkom čase.

Realizovali sme longitudinálny výskum.³⁷ Pre účely predloženej štúdie sme využili možnosť pracovať s jediným respondentom – participantom. Ako prvá časť výskumu boli parciálne dáta z roku 2002, ktoré boli publikované v roku 2009 v monografii s názvom *Realizácia sociálnej kurately detí : (ÚPSVaR - pracovisko Gelnica)*.³⁸ Z publikovanej prípadovej štúdie sme vybrali tie dáta, ktoré vzhľadom k výskumnému cieľu a pre zodpovedanie výskumnej otázky boli relevantné.

³³ Porov. ROCHOVSKÁ, Alena, BLAŽEK, Matej, SOKOL, Martin. 2007. Ako zlepšiť kvalitu geografie: o dôležitosti kvalitatívneho výskumu v humánnej geografii. *Geografický časopis*, 2007, roč. 59, č. 1, s. 323-358.

³⁴ Porov. DISMAN, Miroslav. 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2000.

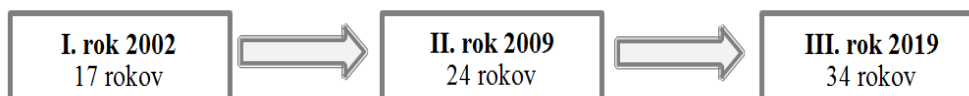
³⁵ Porov. HENDL, Jan. 2005. *Kvalitatívni výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha : Portál, 2005.

³⁶ Porov. GULOVÁ, Lenka. 2011. *Sociální práce*. Praha: Grada Publishing, 2011.

³⁷ **Longitudinálny výskum** = výskum, pri ktorom sa skupina subjektov skúma opakovane obyčajne v priebehu dlhšieho času (počas niekoľko mesiacov, niekoľko rokov). Porov. GAVORA, Peter a kol. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu*. [online]. Bratislava : Univerzita Komenského, 2010. Dostupné na: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/>.

³⁸ Porov. LEŠKOVÁ, Lýdia. 2009. *Realizácia sociálnej kurately detí : (ÚPSVaR - pracovisko Gelnica)*. Košice : Viena, 2009.

Časový horizont longitudinálneho výskumu bol v období 2002 – 2019. Prvé výskumné šetrenie bolo v roku 2002, druhé výskumné šetrenie v roku 2009 a posledné výskumné šetrenie 2019.



Zber dát

Pri získavaní dát sme sa zamerali na základné komponenty rodinného kapitálu - ľudský kapitál, finančný a ekonomický kapitál, sociálny kapitál a kultúrny kapitál. K získaniu postačujúceho rozsahu relevantných dát sme využili nasledovné techniky:

- *štúdium dokumentov (rok 2002):*³⁹ z osobného spisu klienta sme zisťovali základné osobné údaje (pohlavie, vek, bydlisko, druh delikvencie, opakovanie delikventnej činnosti, zamestnanosť rodičov, početnosť rodiny, súbeh záškoláctva a delikvencie). Použité dokumenty boli zväčša oficiálnej povahy, i keď niektoré súčasti osobných spisov boli povahy osobnej (postrehy o klientovi, hodnotiace poznámky pracovníka sociálnej kurately, záznamy z pohovorov a záznamy z prešetrenia sociálnych pomerov v domácom prostredí pri uskutočňovaní terénnej sociálnej práce). Dokumentácia klientov obsahovala údaje rodinnej anamnézy, dotazník o sociálnom postavení rodiny, poukazovala na podmienky, ktoré dali podnet k delikventnej činnosti maloletého, ale aj na postupnosť prijímania prevýchovných opatrení a ich efektívnosť. Taktiež bolo možné z nich zistiť školské výsledky, boli v nich správy zo škôl, mestských a obecných úradov, orgánov policajného zboru, súdne rozhodnutia a uznesenia;

- *rozhovory (2009):*

- s pracovníčkou orgánu SPODaSK zabezpečujúcou agendu sociálnej kurately mladistvých a plnoletých fyzických osôb,
- s participantom v rodinnom prostredí,

- *rozhovor (2019):*

- s participantom – telefonickým kontaktom.

³⁹ Išlo o obdobie výkonu funkcie sociálneho pracovníka – sociálneho kurátora a mladistvý (participant) bol klientom autorky štúdie.

Tabuľka 1 Rodinný kapitál⁴⁰

| Rodinný kapitál | | |
|------------------------|---|--|
| 1 | <i>Eudský kapitál</i> | <ul style="list-style-type: none"> - rodinné prostredie - rodinná klíma - vzdelanie rodičov |
| 2 | <i>Finančný a ekonomický kapitál</i> | <ul style="list-style-type: none"> - materiálne a hmotné zdroje - rodinný majetok - príjem domácnosti |
| 3 | <i>Sociálny kapitál</i> | <ul style="list-style-type: none"> - vzťahy medzi ľuďmi - dvojrodičovské verzus jednorodičovské rodiny, nukleárne verzus rozšírené rodiny - vlastné verzus adoptívne deti v rodine - veľkosť domácnosti, vzťah rodičia – deti, alebo či matka zostáva v domácnosti alebo pracuje - formálne aj neformálne sociálne siete, vzťahy rodičov, ich interakcie a záujem o spoluprácu (angažovanosť) s ďalšími rodičmi, učiteľmi a študentmi |
| 4 | <i>Kultúrny kapitál</i> | <ul style="list-style-type: none"> - súbor inštitucionalizovaných vysoko statusových kultúrnych signálov (postojov, preferencií, formálnych znalostí, správania, tovarov, akademických hodností), ktoré sú využiteľné pri sociálnej a kultúrnej exklúzii - kvalita domáceho prostredia a čas, ktorý rodičia strávia so svojimi deťmi - návšteva divadla, koncertov, galérií, knižníc, múzeí - prístup ku knihám, vážnej hudbe |

⁴⁰ Porov. BODNÁROVÁ, Bernardína a kol. 2005. *Medzigeneračná reprodukcia chudoby (sekundárne analýzy teoretických konceptov a empirických zdrojov)*. Bratislava : Stredisko pre štúdium práce a rodiny, 2005.

Spracovanie dát

Na spracovanie dát sme využili prípadovú štúdiu ako jednu zo základných výskumných metód kvalitatívneho výskumu v sociálnych vedách. Levická⁴¹ ju chápe ako „súhrne spracovanú správu o konkrétnom prípade klienta, ktorý sa ocitol v sociálnej kolízii a na jej riešenie vlastnými silami nestačí“. Definícia jasne poukazuje na úlohu prípadovej štúdie ako správy o prípadovej práci s klientom. Podobné chápanie prípadovej štúdie nájdeme aj u iných autorov.⁴² Viacerí autori upozorňujú aj na to, že pri dodržaní určitej úrovne odbornosti môže táto metóda slúžiť ako výskumná, ktorá vedecky analyzuje konkrétny prípad.⁴³ Prípadová štúdia je „idiografickým skúmaním jedného jedinca, rodiny, skupiny, organizácie, obce, či spoločnosti a jej hlavným účelom je popis, prijateľné sú aj pokusy o vysvetlenia“. ⁴⁴ Yin zdôrazňuje,⁴⁵ že kvalitne vypracovaná prípadová štúdia má mať päť základných charakteristík, a to: významnosť prípadu, kompletnosť spracovania, branie do úvahy alternatívnych perspektív, dostatočné množstvo dát, kreativnosť a „pútavosť“ v spracovaní.

Výsledky – vyhodnotenie dát

Na základe získaných dát boli vypracované prípadové štúdie participanta žijúceho v rodinnom prostredí, a práve preto spracovanie prípadových štúdií je možné vnímať ako prípadovú štúdiu skupinového klienta – klienta „rodiny“. Pri jej spracovaní máme stále na zreteli konkrétno participanta, u ktorého došlo v priebehu 17 rokov k zmenám odrážajúcim sa v zmene rodinných pozícií a rodinného kapitálu.

⁴¹ LEVICKÁ, Jana, 2004. *Kazuistický seminár zo sociálnej práce*. Trnava: SAP, spol. s r. o., 2004, s. 14.

⁴² Porov. STRIEŽENEC, Štefan. 1996. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava: AD, 1996; porov. GABURA, Ján, MYDLÍKOVÁ, Eva a kol. 2004. *Vedenie sociálneho prípadu*. Bratislava: ASSP, 2004; porov. LEVICKÁ, Jana, LEVICKÁ, Katarína. 2015. *Prípadová sociálna práca – zdroj a rozvoj (Social Case Worko – Genesis and Development)*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2015.

⁴³ Porov. STRIEŽENEC, Štefan. 1996. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava: AD, 1996; porov. GABURA, Ján, MYDLÍKOVÁ, Eva a kol. 2004. *Vedenie sociálneho prípadu*. Bratislava: ASSP, 2004.

⁴⁴ RUBIN, Allen, BABBIE, Earl. 2001. *Research methods for social work. 4th edition*. Belmont: Wadsworth / Thomson Learning, 2001, pp. 390-391.

⁴⁵ Porov. YIN, Robert K. 2014. *Case study research. Design and Methods*. 5th edition. Thousand Oaks, CA: Sage, 2014.

Prvá oblasť, na ktorú sme sa v rámci výskumu zamerali, bol ľudský kapitál, ktorým disponuje/ disponovala rodina participanta. Išlo o skúmanie rodinného prostredia, jej celkovej klímy, ale tiež o zisťovanie vzdelania rodičov a ďalších členov rodiny. (Tabuľka 2)

Tabuľka 2 Ľudský kapitál

| <i>Ľudský kapitál</i> |
|--|
| 2002 |
| Rodina maloletého je úplná, rozšírená, osemčlenná, trojgeneračná. Otec je 45-ročný, ženatý, má učňovské vzdelanie a v súčasnej dobe je dlhodobo vo výkone trestu odňatia slobody v Ilave. Matka je 43-ročná, vydatá, má ukončené základné vzdelanie. V manželstve sa jej narodilo 5 detí, mimo manželstva jedno dieťa. Keďže jej manžel je dlhodobo vo výkone trestu odňatia slobody, v súčasnej dobe žije s partnerom, s ktorým majú jedno spoločné dieťa. Partner matky maloletého je 37-ročný, rozvedený, má ukončené základné vzdelanie. Má za sebou kriminálnu minulosť, opakovane sa dopúšťa protispoločenskej činnosti. |
| O štúdium a vzdelávanie nemal záujem. Pedagógovia hodnotili jeho vedomostnú úroveň ako slabú, nezodpovedajúcu dosiahnutému vzdelaniu. Na vyučovaní pracoval pomaly, úlohám často nerozumel, bolo potrebné mu ich individuálne vysvetliť. |
| 2009 |
| Participant býva u starého otca, ktorý má vyhovujúcejšie podmienky. Stále je to však jeden dom s prístavbami, kde býva aj jeho matka s druhom. Žije už s družkou, s ktorou majú 3-ročné dieťa. |
| 2019 |
| Rodina participanta je úplná. Tvoria ju otec (participant) – 34-ročný, jeho manželka – 29-ročná a ich dve spoločné deti vo veku 5 a 1,5 rokov. Ich prvé dieťa zomrelo (v súčasnosti by dievča malo 13 rokov). Rodičia maloletých detí sú zosobášení. Obaja rodičia majú ukončené len základné vzdelanie. |

Druhá oblasť, ktorá je dôležitá pre fungovanie jedinca v rodine je jej materiálne a hmotné zabezpečenie, nakoľko vypovedá o napĺňaní ekonomickej funkcie rodiny. Zamerali sme sa na zisťovanie ekonomickeho kapitálu rodiny vo forme príjmu z priamej ekonomickej činnosti, na zisťovanie úspor ako aj príjmu vo forme štátnych sociálnych dávok. Ukazovateľom hmotných zdrojov je i bývanie a právny vzťah k obývanej nehnuteľnosti. (Tabuľka 3).

Tabuľka 3 Finančný a ekonomický kapitál

| <i>Finančný a ekonomický kapitál</i> |
|---|
| 2002 |
| <p>Matka mladistvého je nezamestnaná, v evidencii ÚPSVaR ako uchádzačka o zamestnanie. Doteraz ešte nikdy nepracovala. Partner matky maloletého je v súčasnej dobe dlhodobo nezamestnaný, v evidencii ÚPSVaR ako uchádzač o zamestnanie. Sezónne sa zamestnáva pri obecných lesoch v rámci organizovania aktivačných prác.</p> <p>Ekonomická situácia rodiny je slabá z dôvodu dlhodobej sociálnej odkázanosti na poberanie dávky sociálnej pomoci do výšky životného minima, ktorá je opakovane znížená z dôvodu nedostatočnej starostlivosti o deti. Príjmom do rodiny sú ešte prídavky na 4 deti, ktoré sú v ich priamej starostlivosti, príspevok na bývanie a zdravotnú starostlivosť.</p> |
| <p>Rodina maloletého býva v časti murovaného rodinného domu, kde majú k dispozícii jednu miestnosť, ktorá slúži ako kuchyňa aj izba. Zariadenie je veľmi jednoduché, zabezpečujúce len základné potreby. Hygiena domácnosti a celková kultúra bývania je na nízkej úrovni. Napriek prísľubom zo strany matky a jej partnera nedochádza k pozitívnym zmenám, ktoré by zlepšili bývanie a celkovú starostlivosť o maloleté deti.</p> |
| 2009 |
| <p>Participant je v evidencii ÚPSVaR ako uchádzač o zamestnanie. Keďže žije v spoločnej domácnosti s družkou a spoločným dieťaťom, ich príjmom je rodičovský príspevok na maloleté dieťa a prídavok na dieťa. Príležitostnými prácami si privyrába, nie sú to ale práce na dohodu alebo pracovnú zmluvu, ale skôr len vypomáhanie pri prácach na súkromných stavbách, alebo v záhradách.</p> |
| 2019 |
| <p>Participant je v evidencii ÚPSVaR. Ešte v roku 2016 si otvoril živnosť na stavebné, výkopové a pomocné lesné práce, avšak práce bolo veľmi málo, tak začiatkom roka 2019 svoju živnosť zrušil.</p> <p>Príjem rodiny participanta je v súčasnosti tvorený rodičovským príspevkom manželky a prídavkami na deti. Príležitostne si privyrába brigádami a pomocnými prácami v obci.</p> |
| <p>Rodina obýva jednu miestnosť v dome participantovho brata. Ide o dlhodobý prenájom, ale na lepšie bývanie rodina nemá dostatok finančných prostriedkov.</p> |

Život jedinca je významný tým, že obvykle žije v spoločenstve, t. j. je to „*zoon politikon*“ - človek ako spoločenský tvor. Táto skutočnosť poukazuje na jednotlivca, ktorý žije

v spoločenstve iných ľudí, s ktorými si vytvára vzťahy, čo znamená blízkosť, alebo vzdialenejšiu vzťahovú sieť. Ide o vytváranie sociálneho kapitálu, ktorý je charakterizovaný nielen vzťahmi medzi ľuďmi, ale aj štruktúrou rodiny, rodičmi a deťmi. (Tabuľka 4).

Tabuľka 4 Sociálny kapitál

| <i>Sociálny kapitál</i> |
|---|
| 2002 |
| <p>Rodina maloletého je rozšírená, osemčlenná, trojgeneračná. Ide o tradičnú rómsku rodinu, ktorú charakterizuje viacpočetnosť a viacdetnosť.</p> <p>Záujem rodiny o syna počas pobytu v diagnostickom centre pre mládež možno hodnotiť najmä v prvej fáze pobytu ako slabý. Maloletý veľmi zle znášal, že matka nereagovala na jeho listy a nesplnila svoje sľuby. Kontakt udržiaval s kurátorkou. Neskôr sa situácia zlepšila. Na pobyt domov sa tešil, po návrate sa správal slušne, bezproblémovo, opäť sa rýchlo zadaptoval na pomery v zariadení.</p> |
| 2009 |
| <p>Participant žije v spoločnej domácnosti so svojim starým otcom, ale aj s družkou a spoločným dieťaťom. Ide o viacgeneračné bývanie v jednom dome, ktorý má viaceré prístavby, kde žije matka participanta so svojim druhom, súrodenci participanta aj s družkami, nevlastná sestra participanta. V objekte žije ešte jeden syn starého otca s rodinou.</p> |
| 2019 |
| <p>Rodina participanta je štvorčlenná. Stále je to viacgeneračná rodina, nakoľko v dome a jeho prístavbách bývajú i ďalšie rodiny (rodiny súrodencov participanta), ako aj starý otec (otec participanta a jeho súrodencov).</p> |
| <p>Participant udržiava vzťahy so svojimi súrodencami i so širšou rodinou.</p> |
| <p>Participantovi zomrela matka. Otec, ktorý bol dlhodobo vo výkone trestu odňatia slobody, je už na slobode a býva v dome so svojimi plnoletými deťmi.</p> |

Neodmysliteľnou súčasťou rodinného kapitálu je aj kultúrny kapitál, ktorý reprezentujú také zložky, ako postoje, preferencie, znalosti, kvalita domáceho prostredia. Túto časť rodinného kapitálu tvorí i čas, ktorý rodičia venujú svojim deťom. (Tabuľka 5).

Tabuľka 5 Kultúrny kapitál

| <i>Kultúrny kapitál</i> |
|---|
| 2002 |
| <p>Predškolské zariadenie nenavštevoval, nakoľko sa matka starala o jeho 3 mladších súrodencov. Bola doma a nepokladala za potrebné, aby maloletý navštevoval škôlku. Do základnej školy nastúpil v riadnom termíne v mieste svojho trvalého bydliska. Učivo zvládal v jednotlivých ročníkoch prvého stupňa priemerne, problémy sa vyskytli až na druhom stupni, keď sa u neho prejavili problémy s osvojením si učiva. Ročníky však neopakoval, i keď na vysvedčení prevažovalo hodnotenie známkami dostatočný. Tento stav je potrebné pripísať aj podmienkam, ktoré v rodine vznikli. Do školy nastúpili ďalší dvaja mladší súrodenci, rodina nemala kde bývať, často menili miesto pobytu a otec maloletého spáchal trestný čin, za ktorý bol okamžite vzatý do väzby a odsúdený na 14 rokov nepodmienečne a umiestnený do tretej nápravno-výchovnej skupiny.</p> <p>Neprítomnosť otca v rodine, ako aj veľmi zlá ekonomická situácia, spôsobila, že maloletý sa začal dopúšťať drobných krádeží spoločne s rovesníkmi. V tom období si matka maloletého našla známosť mladšieho rozvedeného muža, ktorý bol viackrát vyšetrovaný orgánmi činnými v trestnom konaní a bol už viackrát i vo výkone trestu odňatia slobody. Toto nemalo vhodný vplyv na maloletého, nakoľko druh matky ho navádzal na trestnú činnosť.</p> |
| <p>Časté pohovory s maloletým, ako aj napomenutia rodičov, nevedli k náprave. Opakovane sa dopúšťal trestnej činnosti spoločne s priateľmi a druhom svojej matky, ktorý bol stále v pozadí a celú ich činnosť riadil.</p> |
| 2009 |
| <p>Participant žije v rodinnom prostredí, vzorce správania preberá z rodiny starého otca, ktorý netoleruje protispoločenskú činnosť. Celková kultúra bývania, komunikácie a vystupovania členov domácnosti je na podstatne vyššej úrovni, ako to bolo v domácnosti matky.</p> |
| 2019 |
| <p>Participant sa plne venuje svojej rodine. Napriek tomu, že nemá prácu a ani stály príjem, snaží sa robiť všetko preto, aby rodina žila slušne.</p> |

Tabuľka 6 Ďalšie skutočnosti charakterizujúce participanta

| <i>Ďalšie skutočnosti</i> |
|--|
| 2002 |
| <p>Za opakovanú trestnú činnosť, a to: krádeže v spolupáchateľstve, lúpež v spolupáchateľstve a porušovanie domovej slobody stál prvýkrát pred súdom po dosiahnutí pätnásteho roku veku. Súd ho uznal vinným a odsúdil ho na 18 mesiacov, pričom sa mu výkon trestu podmienene odložil na skúšobnú dobu v trvaní troch rokov. Zároveň mu však bola uložená ochranná výchova, ktorá sa začala o 3 mesiace realizovať po vybavení potrebných náležitostí v Diagnostickom centre pre mládež v Záhorskej Bystrici.</p> <p>Na prostredie sa adaptoval bez väčších problémov, rýchlo si zvykol na režim. Do kolektívu chlapcov sa včlenil pomerne dobre, ale časom sa objavili problémy. Za každú cenu sa snažil udržať si určitý status a ťažko znášal ohrozenie svojej pozície. V jeho správaní sa prejavili náznaky šikanovania, no boli v zárodku riešené na komunite, neprerástli do väčších problémov. K pracovníkom zariadenia sa správal slušne, rešpektoval ich príkazy, bol ochotný sa zapájať do každej činnosti, či už pracovnej alebo relaxačnej (občas aj účelovo). V konfrontačných situáciách si niekedy ťažšie priznával svoje omyly a chyby. Pri poverení určitou úlohou sa usiloval previesť ju precízne, dôkladne, dalo sa na neho spoľahnúť. Dal sa pomerne ľahko motivovať poskytnutím výhod. Mal rád poriadok, dbal na svoj zovňajšok. Bol pracovitý, žiadna manuálna práca mu nebola cudzia. Snažil sa získať čo najlepšie bodové hodnotenie, často sa dožadoval práce navyše.</p> |
| 2009 |
| <p>Pred dovŕšením plnoletosti bola mladistvému udelená zdravotná dovolenka a z dôvodu nezlepšujúceho sa zdravotného stavu (prekonanie hepatitídy) sa mladistvý už do DCM nevrátil. Predĺženie ochrannej výchovy sa nerealizovalo z dôvodu, že nejavil záujem o ukončenie štúdia. Po príchode k rodine začal spolupracovať so sociálnym kurátorom, hlavne v oblasti zabezpečenia evidencie na ÚPSVaR, vybavovaním dávky sociálnej pomoci a potvrdení z Diagnostického centra zo Záhorskej Bystrice. Bol nezamestnaný a dávku sociálnej pomoci poberala na neho v zmysle zákona jeho matka.</p> <p>Z dôvodu nevhodných podmienok v prostredí, do ktorého sa dostal a taktiež nepostačujúcu resocializáciu, ktorá prebehla v Diagnostickom centre v Záhorskej Bystrici, opakovane sa dopustil protispoločenskej činnosti. Keďže bol ešte stále v skúšobnej dobe a neosvedčil sa, bol mu uložený rozsudkom okresného súdu úhrnný trest v trvaní 18 mesiacov. Na výkon trestu bol zaradený do I. nápravnových skupiny.</p> |

| |
|---|
| <p>Počas výkonu trestu bolo jeho správanie a vystupovanie na požadovanej úrovni. K výchovným pracovníkom sa správal slušne. Za vzorne vykonávanú prácu, aktívny podiel na letných hrách bol disciplinárne odmenený. Disciplinárne potrestaný nebol. Pracovne bol zaradený na vnútornom pracovisku ústavu, kde dosahoval dobré výsledky. V kolektíve spoluodsúdených bol obľúbený pre kamarátsku povahu.</p> |
| <p>Vrátil sa k rodine a býva u starého otca, ktorý má vyhovujúcejšie podmienky ako jeho matka. Sociálny kurátor s ním pripravil resocializačný plán, podľa ktorého sa postupuje pri práci s klientom. Pre uľahčenie resocializácie, po prepustení z výkonu trestu odňatia slobody, na účel vybavenia osobných dokladov a nevyhnutných vecí osobnej potreby mu bol poskytnutý resocializačný príspevok. Naďalej je nezamestnaný, v evidencii ÚPSVaR, ale má podanú žiadosť o zaradenie na aktivačnú činnosť. Žije s družkou, s ktorou má jedno dieťa. Pri kontaktoch so sociálnym kurátorom sa správa podľa dohodnutých pravidiel, osmelil sa, spolupracuje, neboli s ním žiadne výraznejšie problémy, je ešte stále na začiatku cesty. Má ale predpoklad splniť stanovené ciele a šancu dostať sa zo svojich problémov, lebo si plne uvedomuje, že len zmenou svojho života môže prežiť. Má strach z predchádzajúceho života a prostredia, v ktorom žil, čo prácu s klientom uľahčuje. Vzťah sociálneho kurátora a klienta je priateľský.</p> |
| <p>2019</p> |
| <p>Participant sa už nedopúšťa trestnej činnosti. Chce byť vzorom pre svoju rodinu a čo najlepšie ju zabezpečiť. Bol by ochotný za prácou dochádzať, i keď si uvedomuje, že jeho vzdelanie je prekážkou nájsť si lepšie zamestnanie.</p> |
| <p>Participant udržiava kontakty so súrodencami, ktorí majú už svoje rodiny – všetci žijú so svojimi družkami a deťmi; najmladšia sestra žije taktiež s druhom a maloletými deťmi. S otcom má dobrý vzťah, sú denne spolu. Otčim – druh jeho matky sa po jej smrti odsťahoval a našiel si družku. Taktiež sa spolu kontaktujú.</p> |

Diskusia a záver

Longitudinálny výskum jedného prípadu, ktorý sa zamerá na skúmanie rodinného kapitálu, poukázal na zmeny, ktoré sme identifikovali v štyroch skúmaných oblastiach.

Eudský kapitál. Rodinné prostredie participanta vo veľkej miere kopíruje počiatočnú situáciu. Rodičia maloletých detí (medzi rodičmi je i náš participant) majú len základné

vzdelanie. Nedošlo k posunu, čo samozrejme spôsobuje problém pri hľadaní si zamestnania. Súrodenci participanta vykazujú obdobný stav – t.j. ukončené základné vzdelanie.

Finančný a ekonomický kapitál sa taktiež výrazne v priebehu sledovaného obdobia nezmenil. Participant s rodinou nevlastnia vlastné bývanie, ich právna doména k obydlíu je v pozícii nájomnej zmluvy s vlastným súrodencom. Priestorovo je to jedna samostatná izba a spoločné príslušenstvo (kuchyňa a sociálne zariadenie s kúpeľňou). Nízke vzdelanie participanta spôsobuje jeho pozíciu na trhu práce, ktorá predstavuje stav nezamestnaného uchádzača s evidenciou na ÚPSVR. Manželka sa stará o maloleté dieťa do 3 rokov, je na materskej dovolenke a poberá rodičovský príspevok. Príjmom do rodiny sú aj prídavky na 2 maloleté deti. V porovnaní s ostatnými súrodencami participanta, ktorí majú od 3 do 7 detí, je jeho primárna rodina menej početná. Ak by sme porovnali pozíciu nášho participanta na trhu práce s jeho súrodencami, tak musíme konštatovať, že aj oni majú problém uplatniť sa na trhu práce.

Sociálny kapitál – sociálne vzťahy participanta sú v celej jeho rozšírenej rodine na dobrej úrovni. Takmer denne sa so súrodencami kontaktuje, čo je spôsobené i skutočnosťou zdieľania spoločného obydlia, resp. obydlia susediaceho. Vzhľadom k tomu, že participant má ešte malé deti, neboli identifikované sociálne interakcie a sieťovanie so vzdelávacími inštitúciami.

Pri hodnotení **kultúrneho kapitálu** rodiny musíme konštatovať, že k výraznej zmene nedošlo. Rodina participanta je limitovaná ekonomickou situáciou rodiny - nízkym príjmom. Pozitívom v rodine je určite skutočnosť, že maloleté deti vyrastajú v úplnej, nie mnohopočetnej rodine, kde je snahou rodičov dať maloletým deťom čo najviac pozitívnych podnetov. Manželka participanta sa snaží vytvoriť kultúrne prostredie pre svoju rodinu, a domácnosť, napriek nie najlepším priestorovým podmienkam, udržiava vo veľkej čistote.

Záverom je nevyhnutné vrátiť sa k postavenej výskumnej otázke, ktorá znela:

Sú absentujúce (resp. nízke) zdroje rodinného kapitálu príčinou prenosu transgeneračnej chudoby ?

Ak vychádzame zo zistených skutočností v jednotlivých oblastiach rodinného kapitálu participanta a jeho rodiny, môžeme konštatovať, že v tomto nami skúmanom sociálnom prípade nedošlo k vymaneniu sa z chudoby. Chudoba, ktorú zažíval participant počas svojho detstva, sa preniesla i do jeho dospelého života, a teda došlo k transgeneračnému prenosu chudoby, nakoľko absentujúce, resp. nízke zdroje rodinného kapitálu, ktorým disponovala jeho primárna rodina, mala vplyv na jeho súčasný rodinný kapitál, ktorými disponuje jeho súčasná rodina.

Na základe zistených skutočností sa môžeme prikloniť k predpokladom viacerých autorov,⁴⁶ podľa ktorých chudoba v mladosti môže súvisieť s depriváciou zažívanou počas detstva a v konečnom dôsledku môže mať výrazný vplyv na chudobu v budúcnosti.

Vymanenie sa z generačnej chudoby nie je cesta krátkodobá. Je to proces, v ktorom je nevyhnutné využívať nielen primárne zdroje (rodina, priatelia), ale i zdroje komunikačné (širšia komunita, inštitúcie, organizácie).

K tomu, aby došlo k pozitívnemu posunu, je nevyhnutné, aby klienti žijúci v chudobe / v generačnej chudobe, využívali dva typy podporných systémov: ten, ktorý si prinášajú z primárnej rodiny, ale aj podporný systém, ktorý si môžu vytvoriť spoločne s profesionálnymi pracovníkmi. K tomu sú potrebné vhodné stratégie a prístupy ponúkané podporným systémom komunikačných zdrojov na strane jednej a na strane druhej je to o budovaní vlastnej disciplíny a vytrvalosti klienta pri postupnom vytváraní nového rodinného kapitálu s posilňovaním všetkých jeho zložiek s participáciou členov rodiny.

Zoznam použitej literatúry

BECKER, Gary S., TOMES, Nigel. 1986. Human Capital and the Rise and Fall of Families. In *Journal of Labor Economics*. 1986, Vol. 4, issue 3, pp. 1-39.

BECKER, Gary S. 1993. *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education*. Chicago and London : The University of Chicago Press, 1993. 389 p. ISBN 0-226-04120-4.

BODNÁROVÁ, Bernardína a kol. 2005. *Medzigeneračná reprodukcia chudoby (sekundárne analýzy teoretických konceptov a empirických zdrojov)*. Bratislava : Stredisko pre štúdium práce a rodiny, 2005. 102 s.

BOSZORMENYI-NAGY, Ivan, SPARK, Geraldine, M. 2014. *Invisible Loyalties*. New York : Routledge, 2014. 432 p. ISBN 978-1138004-42-9.

⁴⁶ Porov. FILADELFIOVÁ, Jarmila. 2007. Životný cyklus : Vek, životný cyklus a medzigeneračný prenos chudoby. In GERBERY, Daniel, LESAY, Ivan, ŠKOBLA, Daniel (eds.): *Kniha o chudobe: Spoločenské súvislosti a verejná politika*. Bratislava: Priatelia Zeme-CEPA, 2007, s. 9-28; porov. JALAN, Jyotsna, RAVALLION, Martin. 2000. Is Transient Poverty Different ? Evidence for Rural China. In *The Journal of Development Studies*. 2000, Vol. 36, No. 6, pp. 82-99. DOI: 10.1080/00220380008422655.

- BOURDIEU, Pierre, PASSERON, Jean-Claude. 1990. *Reproduction in Education, Society, and Culture*. London : Sage Publications, 1990. 236 p. ISBN 0-8039-8319-0.
- BRUKKER, Gustáv, OPATÍKOVÁ, Jana. 2006. *Veľký slovník cudzích slov*. Bratislava : Robinson s.r.o., 2006. 450 s.
- COLEMAN, James, S. 1988. Social Capital in the Creation of Human Capital. In *American Journal of Sociology*, Vol. 94, 1988, pp. 95-120. ISSN 0002-9602.
- COLEMAN, James, S. 1990. *Foundations of Social Theory*. Bellknap Press of Harvard University Press : Cambridge, 1990. 1014 p. ISBN 978-06-74312265.
- DANGLOVÁ, Oľga. 1997. Podoby chudoby vo vidieckom prostredí južného Slovenska. In *Slovenský národopis*. 1997, roč. 45, č. 1, s. 5-24. ISSN 1339-9357.
- DISMAN, Miroslav. 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2000. 367 s. ISBN 978-80-246-1966-8.
- FILADELFIOVÁ, Jarmila. 2007. Životný cyklus : Vek, životný cyklus a medzigeneračný prenos chudoby. In GERBERY, Daniel, LESAY, Ivan, ŠKOBLA, Daniel (eds.): *Kniha o chudobe: Spoločenské súvislosti a verejné politiky*. Bratislava : Priatelia Zeme-CEPA, 2007. s. 9-28. ISBN 978-80-968918-9-4.
- GABURA, Ján, MYDLÍKOVÁ, Eva a kol. 2004. *Vedenie sociálneho prípadu*. Bratislava : ASSP, 2004. 126 s. ISBN 80-968713-2-3.
- GAVORA, Peter a kol. 2010. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu*. [online]. Bratislava : Univerzita Komenského, 2010. Dostupné na: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/> ISBN 978-80-223-2951-4.
- GERBERY, Daniel, LESAY, Ivan, ŠKOBLA, Daniel (ed.) 2007. *Kniha o chudobe. Spoločenské súvislosti a verejné politiky*. Bratislava: Priatelia Zeme-CEPA, 2007. 144 s. ISBN 978-80-968918-9-4.
- GULOVÁ, Lenka. 2011. *Sociální práce*. Praha : Grada Publishing, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
- HAVEMAN, Robert, SANDEFUR, Gary, WOLFE, Barbara, VOYER, Andrea. 2004. Trends in Children's Attainments and Their Determinants as Family Income Inequality Has Increased.

In Neckerman, K. M. (Ed.) *Social Inequality*. Russell Sage Foundation, New York 2004. pp. 149-188.

HENDL, Jan. 2005. *Kvalitatívni výzkum: Základní teórie, metody a aplikace*. Praha : Portál, 2005. 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6.

HUDACKÝ, Ján, UHÁĽ, Martin. 2014. *Sociálne učenie Cirkvi a rodinné podnikanie*. Košice : Typopress, 2014. 80 s. ISBN 978-80-89496-15-0.

IJZENDOORN, Marinus H. Van. 1992. Intergenerational Transmission of Parenting : A Review of Studies in Nonclinical Populations. In *Developmental Review*. 1992, Vol. 12, pp. 76-99.

JALAN, Jyotsna, RAVALLION, Martin. 2000. Is Transient Poverty Different ? Evidence for Rural China. In: *The Journal of Development Studies*. 2000, Vol. 36, No. 6, pp. 82-99. DOI: 10.1080/00220380008422655.

KLIMEŠ, Lumír. 1981. *Slovník cudzích slov*. Praha : SPN, 1981. 465 s. ISBN 978-80-7235-446-7.

KOVÁČ, Milan. 2010. *Teória mýtu*. Bratislava : Stimul, 2010, 202 s. ISBN 978-80-89236-83-1.

KUSÁ, Zuzana. 1997. *Sociálna história chudoby na Slovensku – vzory rodinného správania a reprodukcia chudoby. Záverečná správa*. Bratislava : SÚ SAV, 1997.

LAMONT, Michele, LAREAU, Annette. 1988. Cultural Capital: Allusions, Gaps and Glissandos in Recent Theoretical Developments. In *Sociological Theory*. 1988, Vol. 6, pp. 153-168. ISSN 0735-2751.

LEIBOWITZ, Arleen. 1974. Home Investments in Children. In [*Journal of Political Economy*](#). 1974, vol. 82, issue 2, pp. 111-131.

LIN, Nan, VAUGHN, John, C., ENSEL, Walter, M. 1981. Social Resources and Occupational Status Attainment. *Social Forces*, Volume 59, Issue 4, June 1981, Pages 1163-1181, <https://doi.org/10.1093/sf/59.4.1163>

- LIN, Nan. 1990. Social Resources and Occupational Status Attainment. In: L.R.Breiger (ed.): *In Social Mobility and Social Structure*. New York: Cambridge University Press 1990. 247-271.
- LEŠKOVÁ, Lýdia. 2017. *Chudoba - Výsledok sociálnej nespravodlivosti v spoločnosti*. 1. vyd. Ružomberok : Verbum, 2017. 129 s. ISBN 978-80-561-0513-9.
- LEŠKOVÁ, Lýdia. 2009. *Realizácia sociálnej kurately detí : (ÚPSVaR - pracovisko Gelnica)*. Košice : Viena, 2009. 132 s. ISBN 978-80-89232-78-9.
- LEVICKÁ, Jana, LEVICKÁ, Katarína. 2015. *Prípadová sociálna práca – zdroj a rozvoj (Social Case Worko – Genesis and Development)*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2015. 112 s. ISBN 978-80-7435-574-3.
- LEVICKÁ, Jana, 2004. *Kazuistický seminár zo sociálnej práce*. Trnava: SAP, spol. s. r. o., 2004. 59 s. ISBN 80-89104-36-3.
- LOJAN, Radoslav, HIŠEM, Cyril. 2016. Theological formation in the history of Košice. In *Warszawskie Studia Theologiczne*, 2016, roč. 29, č. 3, s. 42-58.
- LOJAN, Radoslav. 2016. *Špeciálna morálna teológia : prikázania VI., VII., VIII., IX.* Ružomberok : Verbum, 2016. ISBN 978-80-561-0421-7.
- LOJAN, Radoslav. 2015. Ľudská dôstojnosť a hodnota ľudského. In *Nové horizonty*, ISSN 1337-6535, 2015, roč. 9, č. 1, s. 10-14.
- LUŽNÝ, Dušan. 2015. Teorie racionální volby v současné sociologii náboženství. In *Sociológia*. 2015, Vol. 47, No 2, s. 151-170. ISSN 1336-8613.
- MATULAY, Stanislav. 2011. *Kompendium metodológie sociologických výskumov*. Prešov: Kušnír, 2011. 68 s. ISBN 978-80-89404-23-0.
- MOŽNÝ, Ivo a kol. 2004. *Medzigenerační solidarita. Výzkumní správa z mezinárodního srovnávacího výzkumu*. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno, 2004. 138 s. ISBN 80-239-4279-4.
- PEBLEY, Anne R., SASTRY, Narayan. 2004. Neighborhoods, Poverty and Children's Well-Being: A Review. In Neckerman, K. M. (Ed.) *Social Inequality*. New York : Russel Sage Foundation, 2004. pp. 119-145.

PAYNE, Ruby K. 2005. *Crossing the Tracks for Love: What to Do When You and Your Partner Grew Up in Different Worlds*. AHA! Process Proces 2005, 200 s. ISBN 978-1929229338.

ROCHOVSKÁ, Alena, BLAŽEK, Matej, SOKOL, Martin. 2007. Ako zlepšiť kvalitu geografie: o dôležitosti kvalitatívneho výskumu v humánnej geografii. *Geografický časopis*, 2007, roč. 59, č. 1, s. 323-358.

RUBIN, Allen, BABBIE, Earl. 2001. *Research methods for social work. 4th edition*. Belmont : Wadsworth / Thomson Learning, 2001. 448 p. ISBN 0-534-36994-4.

STRIEŽENEC, Štefan. 1996. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava: AD, 1996. 256 s. ISBN 80-967589-0-X.

UHÁĽ, Martin. 2007. *Kritéria spravodlivej mzdy v Sociálnej náuke Cirkvi*. Košice : Typopress, 2007. 152 s. ISBN 978-80-89089-52-9.

UHÁĽ, Martin. 2006. *Sociálna náuka Cirkvi v základných princípoch*, Košice : Typopress, 2006. 160 s. ISBN 978-80-89089-49-6.

WONG, SIN-KWOK R. 1998. Multidimensional Influences of Family Environment in Education: The Case of Socialist Czechoslovakia. In *Sociology of Education*. 1998, Vol. 71, No. 1, pp. 1-22. ISSN 0038-0407.

YIN, Robert K. 2014. *Case study research. Design and Methods*. 5th edition. Thousand Oaks, CA: Sage, 2014. 282 p. ISBN 978-1-4522-4256-9.

Kontakt na autorku

doc. PhDr. Ing. Lýdia Lešková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku

Teologická fakulta Košice

Katedra spoločenských vied

Hlavná 89, 041 21 Košice

+ 00421/55/68 36 155

Email : lydia.leskova@ku.sk

NOVÁ, M. – Česká republika jako nový domov pro lidi z Asie

Abstrakt

Předmětem textu je tedy zlepšit informovanost o mongolské komunitě. Autorka vypracovala analýzu podmínek sociální integrace v oblastech vzdělávání, zdravotnictví, zaměstnání a bydlení mongolských obyvatel přichozích do ČR. Empirická část vychází z rozhovorů s pracovníky institucí a se zástupci Mongolů. Cílem práce je odpovědět na otázku: „Jak napomáhají, instituce přicházející do denního kontaktu s mongolskými občany, podmínkám sociální integrace?“ Autorka uvádí, že výsledky zjištění mohou upozornit instituce a organizace, které přicházejí do osobního kontaktu s pracujícími Mongoly, na jejich obtížnou životní situaci, kterou si sami často nezavinili. Součástí textu jsou doporučení do praxe, které mohou napomoci při řešení problémů v jednotlivých oblastech. Text poskytuje informace o cílové skupině a o Mongolsku, může být základem pro vzdělávání institucí a veřejnosti.

Klíčová slova: Česká republika. Integrace. Mongolové. Práce. Život.

Abstract

The subject of this thesis is the process of social integration of Mongolian immigrants in Czech republic. The objective of the article is to answer the major research question: “How do the institutions, which are in daily contact with Mongolian immigrants, improve the conditions of social integration?”. Methodological part explains choice of the research strategy. In analytical part are presented data ascertained by the research. The text includes recommendations for practice, which can help with problems in individual areas. The text provides information about the target group and Mongolia, it can be the basis for education of institutions and the public.

Keywords: Czech Republic. Integration. Mongolians. Work. Life.

1. Charakteristika životní situace pracujících Mongolů

V ČR má povolení k pobytu více než 8000 Mongolů (MV ČR, 2019). Mongolové přicházejí intenzivně za prací od roku 2001 a jejich počet stále roste. Důvodem jejich příchodu je práce, kterou jim poskytuje firma v ČR. Mongolové přicházejí proto, aby zlepšili svoji životní situaci. Délka pobytu je pevně spjata s délkou pracovní smlouvy. Pokud zaměstnanec neplní podmínky smlouvy nebo registrace na příslušných úřadech (cizinecká policie), je vyhoštěn z území České republiky.

Mongolové jako zaměstnanci zaměstnavatele se statutárním sídlem v ČR se řídí stejnými zákony jako čeští zaměstnanci, to znamená, že se řídí pracovními předpisy, z nichž je nejzákladnější zákoník práce. Za svoji práci mají nárok na stejné finanční ohodnocení jako jiní zaměstnanci, nesmějí být přímo ani nepřímo diskriminováni. Bydlení zprostředkovává nejčastěji zaměstnavatel formou ubytoven nebo si Mongolové sami pronajímají vlastní byty. Ty jsou velmi malé (1+1), často v nich žije až 10 lidí. Městské úřady nemají ve své kompetenci zakázat nebo nějak přímo ovlivňovat zaměstnávání cizinců ve městech a jeho okolí. Podnik svým zaměstnancům dává za vykonanou práci v průměru 18 000 - 30 000 korun (2019), často jde o dvanáctihodinovou pracovní dobu, práce je úkolová. Pracují často i o sobotách a nedělích (Vitešnicková, 2006).

Mongolci při nástupu do práce procházejí zdravotní prohlídkou a musejí být zdravotně pojištěni. Problémem jsou ale jejich děti, které často pojištěné nejsou a nejsou evidovány u praktických lékařů. Podle slov doktorů Mongolové za ošetření svých dětí platí.

Dalším problémem je zvýšený zájem mongolských žen o potrat. Z výpovědi víme, že pokud žena otěhotní, musí, se vrátit zpět do Mongolska, a to i v případě, že má u nás má manžela.

Velkým problémem je také alkohol. Mongolové mají velmi malou toleranci vůči alkoholu, výsledkem jsou opilí Mongolové. Důvodem je i nedostatek prostoru v bytových jednotkách, mnozí tedy tráví volný čas v restauracích. Dalším problémem vznikajícím v kontextu s malým životním prostorem je domácí násilí, které je způsobeno „ponorkovou nemocí“.

Mongolská kultura i mentalita je hodně odlišná od té naší. Čeští občané často nechápou nové mongolské sousedy. Příkladem může být tradičním způsobem zabitá ovce v panelovém domě (Stránky města Blanska).

Většinou tito lidé žijí již evropským způsobem, jsou tedy lépe přizpůsobiví. Najdeme tu ovšem i takové, kteří se živili doposud tradičním způsobem – pasením ovcí. Tito Mongolové, žijící doposud v jurtách procházejí procesem integrace obzvláště těžce. Mongolové přišli do České republiky s vidinou lepšího života. Dalším motivem je vzdělání pro jejich děti, které se ve škole velmi snaží a rychle se učí. Sami Mongolové nemají příliš velký zájem o vlastní vzdělávání, často se ani nechtějí učit český jazyk. Tím vzniká jejich větší izolovanost od světa, integrace je velmi obtížná. Takoví lidé jsou závislí na svých zaměstnavatelích.

2. Empirická část

Empirická část si klade za cíl zjistit, jak sociální integraci aplikují organizace do kontaktu při práci s Mongolci.

Techniku záměrného výzkumu jsem vybrala pro zaměstnance organizací, kteří jsou s Mongoly v denním kontaktu a pro studium dokumentů. Jde o tzv. „kriteriální techniku“, v níž dané jednotky musejí splňovat určitá kritéria. Kritériem pro výběr dokumentů byla aktuálnost a důvěryhodnost materiálů vztahujících se k cílové skupině. Kritériem hodnocení byly dvě skupiny respondentů: zástupci organizací a mongolští příchozí za prací.

Kritériem pro výběr respondentů první skupiny (zaměstnanci organizace) je denní zkušenost s Mongoly. Kromě zmíněných institucí se jednotkou zjišťování stali samotní Mongolové, kteří sloužili jako skupina danému tématu. Rozhovorům bylo vystaveno 14 pracovníků institucí, kteří odpovídali na otázky samostatně. Druhou skupinu tvoří samotní zástupci Mongolů. Jejich kritériem je legální pobyt (minimálně jeden rok) na území České republiky s vízovou povinností nad 90 dní za účelem zaměstnání. Dalším kritériem pro výběr byla také schopnost porozumění a odpovězení v českém jazyce i s případnou pomocí překladatele.

Hlavní výzkumná otázka: „Jak napomáhají, instituce přicházející do denního kontaktu s mongolskými občany, podmínkám sociální integrace?“

3. Výsledky a doporučení do praxe

3.1. Motivace k migraci do ČR

Hlavním důvodem migrace Mongolů je nepříznivá *ekonomická situace* jejich země. Více než polovina Mongolů žije pod hranicí životního minima, tedy v chudobě. Mongolsko je rozsáhlá země, ale jen malá část je příznivá pro život. Povrch Mongolska se skládá z polopouští, pouští a horských oblastí, ve kterých často není život. Souvislosti ekonomické chudoby uvádíme v souvislosti s klimatickým charakterem země. V zimním období klesají teploty až k -50°C (Kohn, 2005). Od počasí se odvíjí způsob chování a žití. Padesát procent obyvatel bydlí ještě v původní jurtě (gér), kde pohromadě žije až deset lidí. Mongolové mají těsnější vazby v širší rodině, navzájem si pomáhají. Považují za svoji povinnost dělit se o majetek s rodinou.

Vliv na nízkou ekonomickou úroveň měl i dlouho trvající komunistický režim, nadvláda SSSR. Mezi další problém patří nerozvinutá infrastruktura v zemi. Města jsou od sebe vzdálená stovky kilometrů.

Mongolové se z největší části živí zemědělstvím, chovem dobytka. V poslední době stále častěji odcházejí za prací do zahraničí, odkud posílají domů finanční prostředky. Na svoji zemi nezapomínají ani v zahraničí, často si do hostitelské země berou svoji širší rodinu.

Další motivací migrace je vzdělání dětí. V Mongolsku je velmi drahé vzdělání, a jak sami říkají, neporovnatelné s evropskou úrovní. Domnívají se, že získáním evropského vzdělání budou jejich děti mít mnohem větší výhody na trhu práce.

Další výhodu vidí v možnosti zůstat v ČR jako v zemi Evropské unie. Mongolové se necítí být Asiaty, ale vzhlížejí často k evropskému stylu života. Mongolové jeví tendence emigrovat do země, kde mají možnost se přidat do komunity svých krajanů, kteří tam již dříve odešli za novým životem, či prací. Tento trend tzv. řetězové emigrace můžeme pozorovat již celá staletí.

3.2. Proces integrace v oblasti vzdělání

Vzdělávání Mongolů, konkrétně v jazyce, ovlivňuje v podstatě všechny oblasti procesu integrace. Jazyk, jak uvedl jeden z respondentů z řad institucí, je alfa a omega. Na neznalost jazyka upozornily všechny dotazované instituce. Označily ji za největší problém, s kterým se denně setkávají. Mongolové neznalost jazyka řeší mongolskými tlumočníky. V dospělé populaci, dovolují si odhadnout jí, necelé jedno procento. Rodiče často jako tlumočníky využívají své děti, které se učí český jazyk ve školách.

K překážkám ve výuce jazykových kurzů patřila nestálost frekventantů, nedostatečná příprava, příchod stále nových lidí, různá úroveň znalosti českého jazyka, nerespektování stanoveného času, nezakoupení pomůcek, neplnění úloh, neznalost žádného světového jazyka.

Doporučení: max. délka kurzu tři měsíce, dělení učiva do praktických témat nezávislých na sobě, modelové situace, prvky zážitkové pedagogiky, motivace ze strany česky mluvícího Mongola.

3.3 Proces integrace Mongolů v oblasti zdravotnictví

Při zkoumání procesu ve zdravotní oblasti jsem zjistila: Mongolové hodnotí české zdravotnictví kladně. Dozvěděla jsem se od nich, že mongolské zdravotnictví je značně nevyhovující, hlavně na venkově. Indikátorem špatně fungujícího zdravotnictví byla zaznamenána například problematika formálních prohlídek.

Ve všeobecné úrovni výzkum poukázal na nedostatečnou dokumentaci, která není z domovské země dovezena a musí se prakticky znovu vykonat na území ČR. Příkladem může

být například neznalost ordinujících lékařů očkovacích průkazů, nebo objevující se infekční choroby.

Dalším faktem, který byl zjištěn, je že cizinci mají velké problémy s hledáním lékařů, jsou často odmítáni. Zaměstnavatel předem zajistil asi tři lékaře, kteří ošetřují pracující Mongoly. Při samostatném hledání jsou často neúspěšní. Mongolové vůbec nemají zubní lékaře. Výzkumný vzor lékařů hodnotí mongolské pacienty více méně za neproblematické. Obtíže nastávají při komunikaci s nimi, neboť nehovoří česky ani jedním světovým jazykem. Mongolští pacienti si často sebou berou známé, příbuzné nebo děti, kteří tlumočí. Neprofesionálnost může ale vést k chybám a k neúčinné léčbě a prevenci. Z toho vyplývá také neinformovanost Mongolů o celém systému zdravotnictví, které se projevuje neznalostí jejich práv a povinností.

Integrace by se měla zaměřit na rozdílnost zdravotní péče v ČR a Mongolsku. Prohlídky by měly být standardizované, zvláště zaměřené na infekční choroby. Očkovací kalendáře by měly být sjednoceny, hlavně lékaři by měli mít povědomost o jejich různosti. Měla by být přivezena kompletní dokumentace z Mongolska přeložená do českého jazyka. Mongolové by měli projít integračním kurzem, který je kromě základních zdravotnických výrazů poučí o systému zdravotní péče a o příslušných zákonech. Státní organizace by měly být propojeny, měly by identifikovat a patřičně postihovat zneužívání sociálního systému.

Další nebezpečí plynoucí z neznalosti jazyka: chybná, či nedostatečná diagnostika, která může způsobit chronické obtíže a poškození orgánů.

Zdůrazňuji i význam znalosti kultury cizinců, která vnímá „zdraví“ jinak, co pro někoho je nemoc pro druhého nic neznamená. I kulturní pojetí ze strany pacienta může přinést nedorozumění ve vztahu pacienta a lékaře. Domnívám se, že i na toto by lékaři při ošetřování cizích příslušníků měli brát ohled.

Doporučená literatura pro sociální pracovníky a pracovníky v sektoru zdravotnictví:

- Mudr. J. Mareš: Příprava lékařů na jednání s menšinami
- Mastiliaková: Komunikace s cizinci při poskytování péči
- Nesvadbová: Péče o cizince v ordinacích praktických lékařů

3.4 Proces integrace Mongolů v oblasti zaměstnání

Oblast zaměstnávání poukazuje na způsoby cest příchodů Mongolů. Jedna z nich je forma zprostředkovatele druhá svépomocí. Zaměstnavatel zaměstnává Mongoly, protože nemá zájemce pro práci z ČR. S Mongoly je spokojený, neboť mají vlohy pro práci s kůží a práci vykonávají kvalitně.

Pracovní smlouva splňuje povinné údaje. Zákonné povinnosti i kolektivní smlouva je Mongolům překládána do jejich rodné řeči – ústní formou. Pracovní doba je stanovena na 40 hodin týdně, ale výzkum poukázal na práci přesčas a ve dny pracovního klidu bez příplatků. Práce přesčas je na úkor osobního volna, jehož nedostatek ovlivňuje splnění s prostředím (neznalost jazyka atd). Dalším problémem vycházejícím z pracovního prostředí jsou zdravotní problémy. Nesrovnalosti se vyskytly v tvrzení zaměstnavatele a Mongolů v oblastech minimální mzdy, pracovního prostředí atd.

Je časté, že firma zaměstnávající Mongoly porušuje zákoník práce v mnoha ohledech. Jednou z možností je vyhledání pomoci u inspektorátu práce, který sídlí v krajském městě.

Odbory jsou další kontrolní složkou, která může ovlivnit pracovněprávní vztahy. Ovšem ve firmě nejsou organizovány. Což je ovšem velká škoda, protože kolektivní smlouvy zahrnují i cizince. Do pravomocí odborů může spadat, podle kolektivní smlouvy kontrola mezd a pracovních podmínek cizinců.

3.5 Proces integrace Mongolů v oblasti bydlení

Problematika vlastního bydlení je velmi složitá. Mongolové jsou samozřejmě ohroženou skupinou obyvatel z několika důvodů: neznají jazyk a neorientují se v českém prostředí. Mají jiné nároky na bydlení než čeští občané. Rozdílnost je například v jejich národní povaze. Mongolové jsou velice družný, přátelský národ, jsou zvyklí žít v širším rodinném prostředí. Rádi se navštěvují a sdílejí jednu domácnost. Mongolové jsou kočovný národ. Typickým mongolským příbytkem je jurta (gér). Celý dům tvoří jedna místnost, v níž bydlí až deset lidí. V podstatě zde dochází k úplné absenci soukromí.

V rámci výzkumu byly v oblasti bydlení zaznamenány tyto problémy:

- Mongolům jsou pronajímány nevyhovující byty za vysokou cenu, v několika případech se potvrdilo, že bez souhlasu majitele.
- Mongolové často v úředním styku uvádějí adresy, které neodpovídají skutečnosti.

- Mongolové bez trvalého pobytu nemají přístup k regulovanému nájmu.
- Zaznamenali jsme nedůstojné podmínky skupinového charakteru bydlení.

Integrace v oblasti bydlení musí být zaměřena na specifika vycházející z národní rozdílnosti. Seznámení s kulturou bydlení v Mongolsku nám prozradí očekávání Mongolů přicházejících do ČR. Je důležité se seznámit s jejich životním stylem, zaměřit se musíme také na historii. Informovanost mám, pomůže lépe identifikovat rozdíly, které samotní Mongolové nemusejí vnímat, protože jim nepřipadají nijak nezvyklé (příklad zabití ovce v panelovém bytě). Úspěšná integrace vychází z informovanosti přicházejících Mongolů.

Důležité je Mongoly také poučit o místních zvyklostech a lidech. Mongolové neznají české zákony, proto bych i v této oblasti samotné Mongoly informovala (například formou přednášky). Informace o místních zvyklostech by měla Mongoly poučit o výši nájmu a o podmínkách bydlení. Tím narážím na problematiku přeplněných bytů. Mongolům by mělo být vysvětleno, že nájemné v ČR je dražší oproti jejich původnímu bydlišti. Šetřením za nájem zasahují do života druhých lidí a omezují je. Pokud Mongolové nebudou akceptovat „život v ČR“ a budou ho záměrně porušovat, nemají snahy o integraci smysl.

Závěr

Cílem bylo odpovědět na otázku: „*Jak napomáhají instituce přicházející do denního kontaktu s mongolskými přistěhovalci podmínkám sociální integrace na Blanensku?*“ Text vychází z předpokladu, že integrace je oboustranný proces, který je realizovaný na místní úrovni.

Oblast vzdělání je rozdělena na proces vzdělávání u dospělých a dětí. U dospělých se dozvídáme o jazykových kurzech a problémech v nich. Děti nemají problémy s přijetím, jsou zapojovány do škol jako české děti. Není jim ale věnována zvláštní péče. Učitelé jsou tolerovány a kolektivem českých dětí často ne. Školy multikulturní výchovu často dělají pouze formálně v rámci povinného předmětu a jiných aktivit. Problémem se ukázala velká absence mongolských dětí ve vyučování a nekomunikativnost Mongolů s učiteli. Ukázala se i neinformovanost učitelů o pojištění, volném čase atd. Uvádíme, že nejvíce sociální integraci napomáhají školy tím, že přijímají mongolské děti do svých řad.

Oblast zdravotnictví. Mongolové jsou zdravotně ošetřováni u tří závodních lékařů, které jim sjednal zaměstnavatel. Problémy se vyskytují u zubních lékařů, kteří je nechtějí registrovat.

Nedostatky byly také nalezeny v oblasti prevence, očkování, dokumentace, prohlídek, komunikace lékaře a pacienta, infekčních chorob, nepojištěnosti některých Mongolů atd. Zdravotnická zařízení Mongolům napomáhají při péči o zdraví, prohlídkami, informacemi, výchovnou činností. Jde ovšem také o formální přístup, který vychází z povinností lékařů.

Oblast zaměstnání. K největším problémům v této oblasti patří samotný vstup Mongolů do ČR, zjevné nedodržování zákoníku práce a předpisů Bezpečnosti práce (OZP)

Oblast bydlení: V oblasti bydlení se setkáváme s diskriminací při hledání bytů, nevyhovujícím a předraženým bydlením, problémy s pronajímateli. Ze strany institucí s nelegálním bydlením, přeplněnými byty, konflikty se sousedy, výtržnictvím, alkoholismem, nevhodným chováním.

Cizinecká policie je restriktivní orgán, kam Mongolové „chodí jen pro papíry“. Aktivně nezasahuje do integrace.

Lze konstatovat, že „instituce přicházející do denního kontaktu“ s Mongoly v menší městech a vesnicích napomáhají sociální integraci minimálně, a to jen v rámci svých povinností. Často jde o řešení problémů, které vznikají nedostatečnou prevencí, kterou žádným způsobem neovlivňují nebo jen minimálně. Většinou jde z jejich strany pouze o formální přístup.

Domnívám se, že pro tyto instituce nejsou mongolští přistěhovalci předmětem zvláštního zájmu, nevykazují k nim aktivní přístup.

Problémy jsou také často způsobeny absencí činnosti některých institucí jako například sociálního, finančního odboru, krajské hygieny, inspektorátu práce, správy sociálního zabezpečení a pojišťoven, které nebyly předmětem výzkumu. Částečně je to způsobeno absencí legislativy, zaneprázdněností, nedostatkem zkušeností a vědomostí o oblasti integrace cizinců v ČR

Práce předkládá několik návrhů pro konkrétní instituce. Základem „dobrého soužití“ je systematická sociální práce, která vychází ze tří pilířů:

- práce s laickou veřejností;
- práce s odbornou veřejností;
- práce se samotnými přistěhovalci.

Řešení problematiky migrace a integrace je v dnešní době velmi aktuální, neboť je Česká republika součástí Schengenského prostoru a Evropské unie.

The theme and research of this paper „Česká republika jako nový domov pro lidi z Asie“ was realized from the project: *Právní a společenské aspekty migrace a problémy postavení menšin - Progres Q05* a v rámci podpory projektů *Institucionálního plánu UK pro roky 2019–2020* v tematickém okruhu *Podpora pedagogické práce akademických pracovníků a probílace a inovace studijních programů na úrovni předmětů / kurzů*.

Seznam použité literatury:

KOHN, M. 2005. Mongolsko, Praha: Lovely planet.

MINISTERSTVO VNITRA. 2019. Analýza situace a postavení cizinců dlouhodobě žijících na území ČR. [on-line] [citováno 05-09-2019]. Dostupné na: <http://www.mvcr.cz/azyl/integrace2/koncepce/zajisteni/ukoly/analyza>

MINISTERSTVO VNITRA. 2019. Odbor azylové a migrační politiky. Azyl a migrace integrace cizinců. [citováno 05-09-2019] <http://www.mvcr.cz/azyl/integrace2.htm>.)

REX, J. 1997. „The concept of a multicultural society“. In GUIBERNAU, M., REX, M. (eds). *The Ethnicity Reader – Nationalism, Multiculturalism* Cambridge: Polity Press

ŠIŠKOVÁ, T. ed. 2001. *Menšiny a migranti v České republice*. Praha: Portál.

UHEREK, Z., OTČENÁŠEK, J. 2002. *Úspěšné a neúspěšné strategie integrace cizinců*. Praha: Etnologický ústav AV ČR

UHEREK, Z., WEINEROVÁ, R., PLOCHOVÁ, K., VALÁŠKOVÁ, N., ČERNÍK,

J., ČERVINKA, O., MUŠINKA, M. 2004. *Migrace do české republiky, sociální integrace a lokální společnosti v zemích původu*. Praha: Etnologický ústav Akademie věd ČR.

VITEŠKOVÁ, J. 2006. *Mongolové v Blansku*. Rukopis

Kontakt

PhDr. Monika Nová, PhD

Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta

Pacovská 4, Praha 4, 140 21

monika.nova@htf.cuni.cz

POLHOŠ, M. - Lomnické čháve



Hrou a spevom uchvátia dušu a nepotrebujú na to noty, s ktorými si príliš nerozumejú, okrem klávesáka Janka . Zakúsili žiaru reflektorov, vôňu luxusu, no doma nemajú poriadnu kúpeľňu, toaletu ani vodu. Keď sa členovia Gypsy Band Lomnické Čháve začali stretávať a hrať do noci pod hviezdami, ich prvé publikum tvorili rómski osadníci z Nového dvora pri Veľkej Lomnici a kulisami boli Vysoké Tatry.

Kapela bez mena sa najprv len okrajovo mihla pri prezentácii dokumentárneho filmu Všetky moje deti v roku 2014. A predsa si ich všimli tisíce ľudí. Diváci a fanúšikovia filmu sa im

pozbiarali na kontrabas a harmoniku. Jeden z členov kapely basu zanesol do záložne. Už s nimi nehra.

Kapela s pôvodným názvom Gypsy band Lomnické čháve sa do súčasnej formácie kreovala počas nakrúcania celovečerného dokumentárneho filmu KAPELA pod taktovkou Laca Kaboša v roku 2017. Práve počas nakrúcania dokumentu vystúpila táto muzikantská partia na festivale Pohoda v Trenčíne, kde dostala do totálneho tanečného varu celý Nay tanečný dom a príahlé trávnaté plochy. Tu sa kapela rodí a zapisuje sa do zoznamu známejších muzikantov. Kapele sa otvárajú nové možnosti a je potrebné začať stavať reálne základy pre samostatný život tejto skupiny. Aby sme sa odlišili od filmových hrdinov – zhodli sme sa na novom názve Lomnické čháve. Do príbehu vstupuje Tomáš Slobodník, s ktorým sa členovia kapely zoznámili pri nakrúcaní dokumentu v úlohe produkcie pre štáb Laca Kaboša.

Pôvodne sme zamýšľali, aby všetko fungovalo aj po filme. Aby naďalej existovala kapela aj človek, ktorý by mal seriózny záujem ju koučovať. No objavili sa prekážky, pre Rómov neprekonateľné, nehody na život a na smrť, ktoré jednoducho bránili tomu, aby príbeh, ktorý divák videl v kine, pokračoval aj v reálnom živote. To bol jeden z momentov, keď si Tomáš Slobodník povedal, že by to bola škoda. Že tú kapelu treba potiahnuť. Keď už z rómskej osady vystúpili na prvý schodík, mohli by sme spoločnými silami zdolávať aj ďalšie schodíky. Nechcel, aby sa ich príbeh skončil záverečnými titulkami dokumentárnej snímky.

Od ukončenia nakrúcania v júni 2017 sme s chalanmi spolu, prešli sme toho dost, dovoľm si tvrdiť, že chalani urobili obrovský progres po všetkých stránkach, či v hudobnej, alebo v osobnej. Účinkovali sme na najväčšom festivale Pohoda trikrát, na Folklórnom festivale Východná, na Spišských folklórnych slávnostiach, Zamagurských folklórnych slávnostiach. Odohrali sme množstvo koncertov v mestách a obciach po celom Slovensku. Podarilo sa nám spojenie s Mariánom Čekovským, ktorý je mimochodom krstným otcom nášho debutového CD - To sme my lieve. Odohrali sme koncerty s Lukášom Adamcom, s Jankom Kuricom, spájam ich s folkloristami - Ľudová hudba Miša Nogu, skupina Muzička a s mnohými ďalšími muzikantmi a hudobníkmi. V marci sme absolvovali prvý koncert v Českej republike na Medzinárodnom filmovom festivale Jeden svet v Českom Krumlove – ide o najväčší festival o ľudských právach v Európe.

Bc. Milan Polhoš

CSIKÓSOVÁ, T. - Výchova dieťaťa s DMO

EDUCATION OF CHILDREN WITH DMO

Abstrakt

Autori sa v príspevku zameriavajú na výchovu detí s detskou mozgovou obrnou. Cieľom je objasnenie problematiky jedincov s DMO a možnosti ich výchovy v rodinách. Príspevok je preto rozdelený na dve časti. Prvá sa orientuje na základnú charakteristiku dieťaťa s DMO a možnosťami výchovy jedinca s týmto syndrómom. Druhá časť je orientovaná na popísanie prípadovej štúdie rodiny s dieťaťom s detskou mozgovou obrnou a s cieľom priblíženia problematiky výchovy týchto jedincov v rodinách.

Kľúčové slová: Výchova, Detská mozgová obrna, Kazuistika.

Abstract

Authors are focused on the education of children with cerebral palsy. The aim is to clarify the issue of individuals with cerebral palsy and the possibilities of their upbringing in families. The paper is therefore divided into two parts. The first part focuses on the basic characteristics of cerebral palsy, and the possibilities of education of an individual with this syndrome. The second part is focused on describing the case study of a family with a child with cerebral palsy in order to approach the issue of education of these individuals in families.

Keywords: Education, Cerebral palsy, Casuistry.

Úvod

Nazdávam sa, povedala matka Terézia, že dnešný svet sa obracia chrbtom k chudobným, čo značí, že sa obracia chrbtom ku Kristovi.“ (Bujdová, Dancák 2011)
Osud sa vie niekedy zahrať s nami krutú hru a my sme proti nemu úplne bezmocní. Deti sú pokračovaním rodu, preto sa príchod nového človečika do rodiny obyčajne spája s veľkým očakávaním a radosťou. Dieťa sa stáva centrom pozornosti a záujmu nielen rodičov, ale aj starších súrodencov a rodičov. Stáva sa však, že príroda je niekedy nezmyselne krutá a z

určitých viac menej jasných príčin sa dieťa rodí s poškodeným mozgom, alebo sa jeho mozog poškodí tesne po pôrode.

Nemali by sme zabúdať, že celá naša snaha pomôcť dieťaťu s DMO by mala mať na zreteli širší humanitný cieľ. Jeho výsledkom by mala byť v rámci jej možnosti zrelá, šťastná a aktívna bytosť.

Detská mozgová obrna patrí medzi najpočetnejšie neurovývojové ochorenia. Je neprogresívnym, ale vo svojich prejavoch nie nemenným postihnutím vyvíjajúceho sa mozgu, ktoré vedie k neschopnosti vykonávať motorické funkcie v primeranom rozsahu. (Kraus, 2005)

Podľa Stehlíka (1977) DMO nie je jedno ochorenie v presnom zmysle slova, ale skupina postihnutí, ktoré spája medzi sebou pôvod v ranom detstve alebo ešte pred narodením a druh poruchy. Ide o poruchy centrálné, t.j. mozgové regulácie hybnosti. Lesný (1972) charakterizuje detskú mozgovú obrnu ako včasne vzniknuté poškodenie mozgu pred pôrodom, pri pôrode alebo krátko po ňom, ktoré sa prejavuje prevažne v poruchách hybnosti a vývoja hybnosti. Poukazuje pri tom na rozdielnosť pomenovania v rôznych krajinách a obtiažnosť stanoviť presný názov, ktorý by zahŕňal všetky príčiny, príznaky a následky týchto porúch. Jednotliví autori sa uchyľovali k názvom, ktoré boli síce výstižné pre jednotlivé formy, ale nevysvetľovali podstatu DMO.

Príznaky DMO

DMO sa často kombinuje s celou radou ďalších porúch, ktorými podľa Hudáčovej (2002) sú:

- mentálne postihnutie
- epilepsia
- vizuálne poruchy: strabizmus, amblyopia, nystagmus, refrakčné chyby, atrofia zrakového nervu
- auditívne poruchy
- poruchy reči (dizartria, zajakavosť, mutizmus, oneskorený vývin reči)
- kŕče
- anomálie chrupu a horného podnebia
- emočné a sociálne problémy
- špecifické poruchy učenia: alexia, agrafia, dyslexia, dysgrafia, dyskalkúlia, dysortografia
- psychické zmeny – poruchy dráždivosti, útlmu (Gúth, 2005)
- poruchy citlivosti (Gúth, 2005)
- poruchy hybnosti,

- oneskorený motorický vývin,
- zvýšený masseterov reflex,
- hypersalivácia (nadmerná slinivosť),
- časté zníženie intelektových schopností pod normu,
- neurotické a afektívne poruchy,
- malá odolnosť voči infekciám a intoxikáciám.

Fakt postihnutia dieťaťa výrazne ovplyvňuje i výchovné postoje rodičov, časté býva odmietanie dieťaťa, celkové zníženie očakávania je takmer pravidlom. Rodina je obyčajne v situácii dlhodobého stresu, nevyhnutné sú časté návštevy lekárov, nutnosť pravidelnej rehabilitácie.

Neistota rodičov ohľadom prognózy s možnosťou mentálneho postihnutia dieťaťa stres rodiny ešte viac zvyšuje a pri odlišnej reaktivite samotného dieťaťa, ktoré býva mnohokrát veľmi dráždivé, nepokojné a plačlivé, alebo naopak pasívne a málo reaktívne, musíme počítať i so zvýšeným rizikom emočnej a sensorickej deprivácie. Krízovým obdobím jednak nástup dieťaťa do školy, jednak obdobie dospievania, kedy stále trvá väčšina závislosť, na rodičoch, ale súčasne s hľadaním vlastnej identity môžu narastať u dieťaťa i problémy prijatia faktu vlastného postihnutia.

Materiál a metódy

Pre vypracovanie prípadovej štúdie bol využitý kvalitatívny typ výskumu. V rámci prípadovej štúdie sme sa zamerali na situácie a problémy, ktorým čelí rodina dieťaťa s detskou mozgovou obrnou ale taktiež aj na možnosti výchovy tohto dieťaťa a prípadné problémy v tejto oblasti. Pre dosiahnutie vymedzeného cieľa sme použili metódy kvalitatívneho výskumu, a to analýzu osobnej dokumentácie, pozorovanie a rozhovor. Osobnú dokumentáciu tvorili lekárske správy dieťaťa a správa z pôrodnice, ktoré boli preštudované a informácie z nich boli použité na výskumné účely, využili sme aj dokumentáciu z rôznych poradní kde dieťa diagnostikovali. Pozorovanie bolo zúčastnené a dlhodobé, pričom prebiehalo v rodine a v špeciálnej škole, do ktorej dieťa dochádza. V rodine prebiehalo toto pozorovanie týždeň, pričom pozornosť bola orientovaná najmä na zvyky dieťaťa, jeho pokroky v komunikácii a v sebaobslužných činnostiach, či v schopnosti hrať sa. Predmetom záujmu boli aj konkrétne hračky, s ktorými sa dieťa hralo a ktoré ho zaujímali. Pozorovanie v špeciálnej škole bolo realizované dva týždne a bolo orientované na spoluprácu s osobnou asistentkou, a s ostatnými deťmi, ale aj na schopnosť zapájania sa do skupinových aktivít a schopnosť hrať sa sám. Rozhovor bol realizovaný s matkou, starou mamou, otcom dieťaťa s DMO, samotným dieťaťom, s osobnou

asistentkou a pedagógom zo špeciálnej školy. Rozhovor bol individuálny a pološtruktúrovaný. Rozhovory s dieťaťom, jeho rodičmi a starou matkou boli realizované v ich rodinnom prostredí. Rozhovory s osobnou asistentkou a pedagógom boli realizované v prostredí špeciálnej školy.

Realizované rozhovory s rodinou dieťaťa s DMO boli orientované na obdobie tehotenstva, narodenia dieťaťa a na situáciu po jeho narodení, na vyrovnanie sa s diagnózou, komunikáciu s okolím, ale aj na integráciu do materskej školy či základnej školy, predstavy rodičov o budúcom vzdelávaní ich dieťaťa a na aktuálnu situáciu v rodine. Rozhovory s osobnou asistentkou a pedagógom boli zamerané na oblasť integrácie dieťaťa do špeciálnej školy, na možnosti povinného vzdelávania a ich odporúčania. Výskumné šetrenie bolo realizované od 3.3.2019 do 28.03.2019.

V rámci štruktúry prípadovej štúdie sa opierame o významné údaje z nasledujúcich oblastí:

- osobná anamnéza, ktorá je orientovaná na vývin dieťaťa v oblasti somatického, emocionálneho i sociálneho vývinu, ale aj na jeho intelektovú úroveň, postoje k hodnotám, záujmy a aktivity potenciálne súvisiace so správaním i prístupom dieťaťa s detskou mozgovou obrnou,
- rodinná anamnéza orientovaná na informácie o rodinnej konštelácii, jej úplnosti, resp. neúplnosti, informácie o vzťahoch medzi členmi rodiny, o výchovnom, ale i emocionálnom rodinnom prostredí, výchovné štýly a metódy prevládajúce v rodine, informácie o rodinných interakciách a pod.,
- analýza a interpretácia rozhovorov s rodinnými príslušníkmi,
- analýza a interpretácia rozhovorov s osobnou asistentkou, pedagógom v špeciálnej škole a rodičmi týkajúce sa špeciálnej školy.

Výsledky

Osobná anamnéza: Dievčatko pochádza z rizikovej gravidity, bolo narodené predčasne v 29. týždni s ťažkou hypoxiou, po pôrode kriesené zdravotníkmi, napojené v prvých dňoch života na respirátor. Somatický vývoj oneskorený od začiatku vo všetkých zložkách. Od raného detstva pod dohľadom detského pediatra a neurológa. V špeciálnom centre pre zdravotne a telesne postihnutých je od svojich tri a pol rokov. Od tohto času bola zahájená i logopedická edukácia, bol vypracovaný i stimulačný program. Po ročnom pobyte v centra na žiadosť matky vrátená do jej starostlivosti. Neskôr bola integrovaná do bežnej materskej školy i napriek

nesúhlasnému stanovisku pediatra, ktorý navrhoval zaradenie do špeciálnej materskej školy a potom bola zaradená do špeciálnej školy.

Rodinná anamnéza: Pochádza z usporiadanej rodiny, otec vysokoškolsky vzdelaný, zamestnaný - pracovník v štátnej správe. Matka stredoškolsky vzdelaná, pracuje v domácnosti a stará sa o dievčatko. Rodičia nemajú žiadne zdravotné problémy, ktoré by súviseli s narodením dieťaťa s Detskou mozgovou obrnou a v ich rodinách sa žiadne postihnutie nevyskytuje.

Priebeh ochorenia:

V špeciálnom centre pre zdravotne a telesne postihnutých bola od svojich tri a pol roka. Od tohto času bola zahájená i logopedická edukácia, bol vypracovaný i stimulačný program. Po ročnom pobyte v centre na žiadosť matky vrátená do starostlivosti rodiny. Neskôr bola integrovaná do bežnej materskej školy i napriek nesúhlasnému stanovisku pediatra, ktorý navrhoval zaradenie do špeciálnej materskej školy. V minulosti bola nutná práca s matkou, ktorá nevhodne zasahovala do výchovno-vzdelávacieho procesu v materskej škole, podporovala viazanie dcéry na jej osobu. Dievča navštevovalo materskú školu spočiatku len 2x týždenne na jednu hodinu prevažne riadených činností. Po túto dobu bola totiž schopná sa na činnosti koncentrovať aj pri častejšie sa meniacich činnostiach ostatných detí. Postupom času po adaptácii na prostredie a kolektív sa jej pobyt v triede predlžoval. Po dosiahnutí školského veku bolo rodičom navrhnuté zaradiť dievča do pre ňu najvhodnejšieho školského zariadenia, nakoľko sa nedokázala v plnej miere adaptovať a integrovať do materskej školy. Podľa názoru pediatra a neurológa, sa ako najvhodnejšie rodičom navrhovali špeciálne školy, alebo špeciálne triedy v rámci základných škôl. Rodičia sa však chceli pokúsiť o integráciu dievčaťa v rámci normálnej základnej školy. V tom prípade bola nevyhnutná prítomnosť osobného asistenta v školskom zariadení. Rodičia boli upozornení, že vzhľadom na stupeň postihnutia a povahové vlastnosti nastanú pri integrácii a edukácii v škole značné problémy. Už v prvých týždňoch sa predpoklady potvrdili, dievča nezvládalo tempo i učebné osnovy výučby. Preto jej bol vypracovaný individuálny študijný plán.

V priebehu integrácie dievčaťa sa ukázali jej adaptačné problémy na kolektív detí. Vzhľadom na svoju mentálnu retardáciu, vadu reči a tým následnú zlú artikuláciu sa nedokázala etablovať do kolektívu. V prvom polroku prvej triedy sa spolužiaci snažili pomáhať dievčaťu, no postupom ich záujem upadol. V druhom ročníku o priateľstvo s dievčaťom spontánne upadol. Po rozhovore s učiteľkou sa rodičia rozhodli že zmenia základnú školu na špeciálnu

kde môže ísť podľa svojho postihnutia. V súčasnosti dievča navštevuje tretiu triedu špeciálnej základnej školy, kde má aj asistenta nakoľko nezvláda niektoré bežné činnosti. Integrácia dieťaťa s kombinovanou vadou (ťažkým telesným postihnutím a ľahkou mentálnou retardáciou) v bežnej základnej škole nie je vhodná. Vzhľadom na neschopnosť etablovať sa na prostredie triedy a kolektív, individuálny plán výučby by bolo vhodné edukačný zámer ďalej uskutočňovať v špeciálnej škole, pod dozorom špeciálneho pedagóga. U dievčaťa je potrebná neustála intervencia logopéda a neurológa. Je potrebný rozvoj motoriky a sociálnych návykov.

Zdravotná anamnéza: Priebeh tehotenstva u matky nastali komplikácie. Išlo o prvé tehotenstvo. Pravidelne chodila na všetky potrebné vyšetrenia, pričom výsledky boli nie vždy v poriadku. Neprekonala žiadne závažné ochorenia, ani infekcie, ktoré by mohli ohroziť ju alebo plod. Obaja rodičia čakali narodenie zdravého dieťaťa avšak prišli komplikácie a malá sa narodila ako predčasne. Rodičia veľmi ťažko znášali že malá bola narodená predčasne v 29. týždni s ťažkou hypoxiou, po pôrode kriesená zdravotníkmi, napojená v prvých dňoch života na respirátor. Prvé mesiace boli pre nich najťažšie keď lekári diagnostikovali detskú mozgovú obrnu. V rodine nemali žiadne postihnutie a stále nevedeli uveriť tomu že sa im narodilo postihnuté dievčaťko. Prvé začiatky boli najťažšie keď malá zaostávala za ostatnými detičkami hlavne v jemnej a hrubej motorike. Maľovať začala v štyroch rokoch a v súčasnosti si kreslí kľbká a rovné čiary. Prevažuje u nej práca s pravou rukou. Pastelky a lyžicu vždy drží v pravej ruke, zrejme aj z dôvodu zlej funkčnosti prstov na ľavej ruke. Od 2,5 roku sa snaží sama jesť lyžicou, v súčasnosti drží lyžicu medzi tromi prstami a naje sa bez problémov. S nožom však zaobchádzať nevie. Keď mala tri roky začala sama piť vodu z pohára. Na toaletu začala chodiť v piatich rokoch, dovtedy však nosila plienky a ďalších sedem mesiacov ich na noc preventívne používala. Obliekať sa vie iba s pomocou. Taktiež nezapne gombíky ani zips, topánky si síce obuje, ale nevie ich zapnúť, ani zašnúrovať.

V rámci sociálneho a osobného vývinu možno konštatovať, že na známe tváre reagoval hneď. Nikdy sa nebála neznámych ľudí a neplakala v ich prítomnosti. Od jedného roku začala dávať najavo, keď sa jej niečo nepáčilo. Má rada spoločnosť a nemá rada, keď je vyčlenený zo skupiny ľudí. V súčasnej dobe nemá žiadne závažné zdravotné problémy. Pravidelne chodí na lekárske prehliadky, navštevuje psychológa, logopéda, neurológa, špeciálneho pedagóga podstupuje vyšetrenia na kardiológii a endokrinológii. Navštevuje špeciálnu základnú školu. Má rada deti v škole a spoločnosť, pričom rodičia sa snažia brať ju všade so sebou. Tamarka má veľa kamarátov medzi deťmi aj medzi dospelými.

Analýza a interpretácia rozhovorov s rodinnými príslušníkmi: Tamarka bola chcené dieťa, preto bolo pre rodičov veľmi traumatizujúce keď sa dozvedeli o komplikáciách ktoré sa nastali ešte počas pôrodu ich dievčatka, nakoľko na túto situáciu neboli vôbec pripravení. O tejto situácii sa im aj v súčasnosti ťažko hovorí. Matka sa neskôr začala dlhodobo obviňovať, že určite urobila niečo zlé počas pôrodu, čím sa dostala do depresie. Aj napriek viacerým možnostiam ktoré im lekári odporučili sa rozhodli vychovávať dievčatka doma a poskytnúť jej maximálnu možnú starostlivosť. Pretože išlo o ich prvé dieťa boli rodičia kvôli každej maličkosti nervózni a báli sa robiť akúkoľvek chybu, ktorá by mu mohla ublížiť.

Tamarka dostala preukaz ťažkého zdravotného postihnutia druhého stupňa. Od troch rokov navštevuje logopedičku, nakoľko pre deti s Detskou mozgovou obrnou sú charakteristické poruchy reči. Matka s ním cvičí najrôznejšie riekanky, ktoré im logopedička odporučila, chodia cvičiť de rehabilitačného centra.. Matka sa neskôr zoznámila s rodinou, ktorá mala tiež dieťa s detskou mozgovou obrnou navštevujúcu prvú triedu v bežnej základnej škole s osobnou asistentkou. Matka tak videla ako ďaleko je s vývinom i výchovou a získala preto mnoho cenných rád a informácií, čo jej pomohlo čiastočne sa so situáciou vyrovnáť.

Rodičia začali rozmýšľať nad druhým dieťaťom, ktoré by Tamarke mohlo pomôcť posunúť sa dopredu. Nejaký čas sa o dieťa snažili, no po neúspechov sa im podarilo. Rodičia boli veľmi šťastní a už sa veľmi tešili že Tamarka bude mať súrodenca.

Analýza a interpretácia rozhovorov s osobnou asistentkou, pedagógom v materskej škole a v základnej škole a rodičmi týkajúce sa špeciálnej školy kde doteraz navštevuje: Materská škola sa nachádzala v mieste bydliska rodiny, pričom sa jedná o bežnú materskú školu, ktorej zriaďovateľom je mesto. Má dve triedy pre mladšie a staršie deti. Pôsobia v nej dve učiteľky kladúce dôraz na samostatnosť a osobný rozvoj detí. Do materskej školy začala chodiť z iniciatívy vedenia materskej školy, pretože matka mala v úmysle vychovávať Tamarku z domu, pričom na jeho integráciu nikdy nepomyslela a umiestnenie do špeciálnej materskej školy neprichádzalo v úvahu. Obaja rodičia boli plní očakávaní a predstáv o tom, ako by navštevovanie materskej školy mohlo prospieť, dúfali hlavne v zlepšení komunikácie tak, aby sa s ním dalo dohovoriť a bolo mu rozumieť. Vedenie školy sľúbilo rodičom nájdenie vhodnej osobnej asistentky.

Tamarka denne navštevovala materskú školu na štyri hodiny. Pracovalo sa s nou podľa jej možností a schopností. S nástupom nemala problém a s osobnou asistentkou sa pred nástupom niekoľkokrát stretla, aby si na seba zvykli. Práca s Tamarkou bola zameraná predovšetkým na rozvoj hrubej i jemnej motoriky, hygienických návykov, sebaobsluhy

a rozvoj reči. Deťom v materskej škole trvalo istý čas kým si na situáciu v triede zvykli a začali ju brať ako normálnu a rodičia detí nemali s integráciou žiadny problém. Po šiestich mesiacov navštevovania materskej školy sa reč zmenila, začala rozprávať inak a lepšie, čo bolo pre všetkých šok. Jeho slovná zásoba sa zlepšila a v súčasnosti sa s ním dokázu dohovoriť. Snažia sa ju zapojiť do všetkých akcií prebiehajúcich v triede.

Deti v kolektíve začali brať Ťa ako niekoho, koho musia ochraňovať. Spočiatku si však od nej držali odstup, pretože sa s ním nemohli dohovoriť. Tamarka mala deti veľmi rada a raz dva si deti zmenili k nej prístup. Pri pozorovaní Tamarky je evidentné, že takmer vo všetkých činnostiach zaostáva v porovnaní s ostatnými deťmi. Taktiež má naučené frázy, ktoré často používa, napríklad ak stretne niekoho známeho, opýta sa ho ako sa má. Nie je pripravená na samostatnú prácu. Potrebuje mať okolo seba niekoho, kto sa o ňu postará. Mala ročný odklad potom nastúpila do bežnej základnej školy kde mala asistentku ale zaostávala a nezvládala učivá ako ostatné detičky tak ju museli dať do špeciálnej základnej školy kde má asistentku a s pomocou pracuje a zvláda svojím tempom učivá. V škole si našla kamarátky vedela sa rýchlo začleniť do triedy kde je iba 8detí. Pani učiteľku si obľúbila a aj detičky.

Záver

Mnohé obtiaže a nepríjemnosti, ktoré nás stretávajú a zdajú sa neznesiteľné sú v porovnaní s bolesťou nad postihnutým dieťaťom, len povrchnými a nepodstatnými záležitosťami denného života. Avšak i tu najväčšiu bolesť, je nutné prekonať a zvládnuť, keď pre nič iného, tak pre dieťa samotné. Chceme pre neho urobiť všetko, čo je v našich silách. Chceme aby v medziach svojich možnosti bolo v živote šťastné. A to by nebolo možné, keby sme my sami túto ťažkú skutočnosť života neprijali a nevyrovnali sa s ňou.

Hoci mozgová obrna nie je liečiteľná, pri veľkej dávke trpezlivosti a rozvíjaní podnetov môžu chodiť do normálnej školy, avšak deti s ťažším poškodením si vyžadujú osobitné vzdelávanie. Deti s miernym alebo stredne závažným poškodením by mohli v budúcnosti žiť takmer normálny život.

Zoznam použitej literatúry

BUJDOVÁ, N., DANCÁK, F. 2011. Služba v láske. VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava, 2011. 69 s. ISBN 97-80-8132-003-3.

GÚTH, A. a kol. 2005. Vyšetrovacie metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov. Bratislava: LiečReh Gúth, 2005. s. 400. ISBN 80-88932-13-0

HUDÁČOVÁ, V. 2002. Pohybová výchova ako prostriedok rozvoja osobnosti detí s detskou mozgovou obrnou v predškolskom veku. In Paedagogica specialis XXI., Bratislava: Univerzita Komenského, 2002, s.87-98. ISBN 80-223-1715-2

LESNÝ, I. 1972. Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa. Praha: Avicenum,1985, 236s.

LESNÝ, I. 1972. Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa. Praha: Avicenum,1972, 213s.

KRAUS, J. 2005. Dětská mozková obrna. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 344. ISBN 80-247-1018-8

STEHLÍK, A. a kol. 1977. Dítě s mozkovou obrnou v rodině. Praha: Avicenum, 1977.s. 242

Kontakt na autora:

Mgr. Tímea Csikósová

Doktorandka Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety , Bratislava

E.Štúra 28, 94131 Dvory nad Žitavou

e-mail: cikitimi@gmail.com