

Spis treści

Elżbieta Tarkowska. *Wspomnienie* 3

MIĘDZY TEORIA A PRAKTYKĄ

Zbigniew Woźniak

*Kliniczna praca socjalna – pożądana specjalność czy mnożenie bytów
ponad miarę?* 7

Arkadiusz Żukiewicz

Bezpieczeństwo pracowników służb społecznych. 35

Marzena Ruszkowska

Tymczasowość pobytu w pieczy zastępczej – prawda czy mit? 45

Anna Jarkiewicz

„Zaburzenie psychiczne” w polu działania pracownika socjalnego 52

Ewelina Firlej, Mariola Janiszewska, Agnieszka Barańska,

Katarzyna Pawlikowska-Łagód

*Działania polityki społecznej w kontekście zachodzących przemian
demograficznych dotyczące osób starszych* 69

BADANIA

Izabela Krasiejko

Asystent rodziny – towarzysz czy interwent? 86

Piotr Gierek

*O zawodzie pracownika socjalnego, kształceniu i motywach jego wyboru –
komentarz z badań* 102

Iryna Drozd

*Źródło i skala finansowania pomocy społecznej
w Polsce i na Ukrainie (analiza porównawcza 2008-2014).* 118

PRAKTYKA

Andrzej Mielczarek

*Praca socjalna w domu pomocy społecznej na rzecz chorych na otępienie
starcze* 145

Kinga Mickiewicz, Arleta Babska, Agnieszka Gúnther-Jabłońska, Karolina Głogowska <i>Wypalenie zawodowe asystentów rodziny a kompetencje społeczne i strategie radzenia sobie ze stresem</i>	165
---	-----

Z HISTORII

Krzysztof Chaczko <i>Czy w systemie opieki społecznej Drugiej Rzeczypospolitej istniały zasiłki pieniężne?</i>	189
---	-----

PÓŁKA Z KSIĄŻKAMI

Ewa Kantowicz <i>Beata Szluz, Tatiana Matulayova, Ilona Pesatova (red.), „Cross-sectoral cooperation in order to solve social problems”</i>	202
Ludwik Malinowski <i>Marta Mikołajczyk (red.), „Ubóstwo, bezrobocie, bezdomność”</i>	210
Danuta Książek <i>Anna Przygoda, „Społeczne role dziadków w procesie socjalizacji wnuków”</i>	215
<i>Wskazówki dla Autorów</i>	218
<i>Informacja dla Prenumeratorów</i>	219
<i>Warunki prenumeraty</i>	221

Elżbieta Tarkowska. Wspomnienie

Zmarła 3.03.2016 roku profesor Elżbieta Tarkowska należy do grona najwybitniejszych postaci polskiej socjologii. W życiu naukowym z poruszała się po jej wielu przestrzeniach. Pomimo różnorodnych zainteresowań w pracach Elżbiety Tarkowskiej widać tak ciągłość i ogromną konsekwencję w ujmowaniu czy też badaniu zjawisk społecznych, ale też nieustającą ciekawość i zaangażowanie. Na początku swojej drogi naukowej zajmowała się socjologią i antropologią oraz szeroko pojętą problematyką kulturową. Inspirowały ją wtedy dzieła Emila Durkheima, Marcela Maussa, Claude'a Lévi-Straussa oraz Stefana Czarnowskiego i to na tyle silnie, że tradycji francuskiej szkoły socjologicznej pozostała wierna niezależnie od tego, jakim tematem badań i socjologicznych dociekań zajmowała się.

Przez prawie całe życie naukowe związana była z Instytutem Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, a w 2007 roku rozpoczęła pracę w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, gdzie aktywność naukową łączyła z dydaktyczną, kształcąc kolejne pokolenia socjologów i pracowników socjalnych. Analizując dorobek profesor Tarkowskiej, można zauważyć, że pochłaniały ją zawsze zagadnienia i obszary w socjologii mało powszechne i popularne, nie rzadko też niedoceniane i społecznie nieakceptowane. Odkrywała je zatem dla polskiej socjologii i osadzała w socjologicznej refleksji. Tak było w przypadku wspomnianej francuskiej szkoły socjologii, stylów życia, tematyki czasu, ale przede wszystkim zagadnień odnoszących się do ubóstwa i wykluczenia społecznego, którym to poświęciła dwadzieścia pięć lat naukowego życia. Rzetelność, wnikliwość oraz niebywała dociekliwość badawcza sprawiły, że Elżbieta Tarkowska uważana jest za wybitną i znawczynię każdego z tych obszarów.

Chociaż chyba najbardziej znana jest jako badaczka ciemnych stron przemian transformacyjnych 1989 roku i ich negatywnych następstw, a szczególnie problematyki ubóstwa i wykluczenia społecznego. Dokonania i zasługi profesor Tarkowskiej w tym wymiarze, trudne do przecenienia, najtrafniej chyba ujął w tekście przygotowanym na jej jubileusz siedemdziesięciolecia Zygmunt Bauman: „nikt z żyjących nie wie chyba tyle co Elżbieta Tarkowska o stanie, przyczynach i dynamice ubóstwa w Polsce i o jego katastrofalnych następstwach rujnujących umysł i wolę ludzi nim dotkniętych i ich potomstwa. A już z pewnością nikt nie usiłował gorliwiej niż ona, by – zebrawszy wokół siebie grono młodych badaczy i działaczy społecznych równie jak ona sama przejętych sprawą i zapalonych do jej lepszego rozpoznania, a zatem i jej skuteczniejszego rozwiązywania – uczynić z problemu nierównego a niesprawiedliwego podziału ludzkich szans i upośledzeń jedno z centralnych zainteresowań polskiej socjologii, a za jej pośrednictwem także doprowadzić go do świadomości publicznej i uczynić zeń przedmiot publicznego dyskursu i publicznej troski”. Bez wątpienia można uznać, że to Elżbieta Tarkowska niejako odkryła i odsłoniła dla polskiej socjologii i społecznej świadomości problematykę ubóstwa. A czyniła to często wbrew utartym perspektywom i dominującym poglądom, które to zazwyczaj lekcewały i marginalizowały te wymiary polskiej transformacji.

Pierwsza praca Elżbiety Tarkowskiej odnosząca się do problematyki wykluczenia ukazała się w 1994 roku i dotyczyła funkcjonowania domów pomocy społecznej („Życie codzienne w domach pomocy społecznej”). Po dekadzie badań i rozważań jej dorobek obejmuje dziesięć monografii, które wyszły bądź pod redakcją profesor Tarkowskiej, bądź jest ich współautorką, prawie sto artykułów naukowych oraz liczne wywiady, teksty popularno-naukowe i polemiki. Pamiętać jednak należy, że Elżbieta Tarkowska nie tylko była wybitną naukowczynią zajmującą się teoriami i koncepcjami ubóstwa, ale była też, a może przede wszystkim, wybitną badaczką tej sfery życia, co sprawiało, że jej konkluzje i ustalenia były zakorzenione w rzeczywistości, bezpośrednio się do niej odnosiły.

Elżbieta Tarkowska, pisząc i podejmując rozważania o ubóstwie, pokazywała je przede wszystkim jako zjawisko wieloaspektowe, bardzo różnicowane i niejednoznaczne. Sytuacji biedy nie ograniczała zatem tylko do wymiaru materialnego, ekonomicznego i braków w tym zakresie, ale była ona dla niej „czymś o wiele bardziej złożonym, wielowymiarowym. Jest nie tylko kwestią niskich dochodów, lecz niedoborów i niedostatków w wielu strefach zaspokajania potrzeb – w sferze zdrowia, edukacji, uczestnictwa w kulturze, w życiu politycznym i w innych dziedzinach”. Badając i zajmując się problematyką ubóstwa, należało zatem, według profesor Tarkowskiej, brać pod uwagę bardzo różne wymiary – tak ekonomiczny, ale również społecznego postrzegania i stosunku do ubóstwa (tego zagadnienia dotyczy zresztą ostatnia książka pod jej redakcją „Dyskursy ubóstwa i wykluczenia społecznego”), praw człowieka i szans ich realizowania, możliwości działania, jakie mają osoby biedne, godności, emocjonalnych kosztów, sposobów radzenia sobie.

W swoich pracach Elżbieta Tarkowska wielokrotnie i z uporem wskazywała również na liczne uwarunkowania i konteksty, które tworzą sytuację ubóstwa. Daleka była od prostych i oczywistych konstatacji, chętnie przerzucających na osoby żyjące w biedzie odpowiedzialności za swój los. Wskazywała zatem, że sytuacja ubóstwa, to nie tylko czynniki indywidualne, ale zwłaszcza ma ona swoje korzenie w warunkach strukturalnych, systemowych. Ten zewnętrzny kontekst najsilniej determinuje położenie i sprawczość osób zmagających się z biedą, często czyniąc ich wysiłki nieskutecznymi. Profesor Tarkowska odrzucała zatem stereotypowe i stygmatyzujące podejście do ubóstwa i dążyła do jego pełnego zrozumienia i wyjaśnienia, co zresztą wywoływało opór i niechęć szczególnie u osób czy środowisk, które postrzegały transformację wyłącznie jako sukces, a osoby biedne jako (niezbędny) koszt owego sukcesu lub przeszkodę w jego osiągnięciu.

Konsekwencją przyjęcia takiej perspektywy w poznawaniu problematyki ubóstwa było przyjęcie bardzo określonej postawy badawczej. Elżbieta Tarkowska była przede wszystkim socjologiem jakościowym,

choć nie odrzucała oczywiście analiz ilościowych i statystycznych. Jednak one stanowiły dla niej tylko pewien punkt wyjścia, a nie koniec poszukiwań. Od pytań o to, ile jest osób biednych, jacy są pod względem demograficznym, jak liczyć biedę, ważniejsze były pytania: jak żyją osoby biedne, jak postrzegają swoją sytuację i możliwości działania, jak są traktowane w społeczeństwie, jakie przeżycia im towarzyszą. Analizując zjawisko ubóstwa i realizując badania w tym obszarze, Elżbieta Tarkowska postulowała oddanie głosu osobom doświadczającym ubóstwa, czyniąc z nich ekspertów swojej własnej sytuacji. Domagała się uznania ich perspektywy, podejścia i definicji sytuacji. W jednym z tekstów, w którym dokonała przeglądu metod i podejść stosowanych w badaniach ubóstwa, konkluduje, że biednych „nie można dłużej traktować wyłącznie jako źródła informacji. Trzeba uwzględnić fakt, że ludzie z doświadczeniem ubóstwa mają szczególną wiedzę i zrozumienie ich opresyjnej sytuacji (...). Trzeba odrzucić założenie, że badacz zewnętrzny wie lepiej”. I tylko takie podjęcie badawcze pozwoli nam lepiej poznać i rozumieć sytuację biedy, ale też stworzy trafiające i skuteczne programy pomocy.

Elżbieta Tarkowska była niezwykle badaczką i znawczynią tematyki wykluczeń społecznych, ale również wspaniałą nauczycielką i mentorką wielu młodych naukowców. Zapraszała do współpracy, potrafiła zaciekać, inspirowała, ale też była otwarta na propozycje i sugestie. Z życzliwością słuchała i wspierała w rozwoju.

Była po prostu wspaniałym człowiekiem.

Katarzyna Górniak

Prof. dr hab. Zbigniew Woźniak

Zakład Badań Problemów Społecznych i Pracy Socjalnej

Instytut Socjologii UAM

Kliniczna¹ praca socjalna – pożądana specjalność czy mnożenie bytów ponad miarę?

Abstrakt

Artykuł jest głosem w dyskusji na temat konieczności zróżnicowania form praktykowania pracy socjalnej. Autor rozważa sensowność uruchomienia klinicznej pracy socjalnej jako specjalności autonomicznej wobec pomocowych procedur administracyjnych, realizowanej w formule interwencyjnej, włączającej klienta w proces pomocowy („od początku do końca”) oraz budującej jego zdolność samodzielnego radzenia sobie z trudnościami.

Przesłanki podjęcia tematu

Już samo tytułowe określenie klinicznej pracy socjalnej jako specjalności², nie zaś metody³ lub też jednej z form pracy w ramach

¹ **Klinika** (z greki: *przy łóżku*) kojarzy się na ogół z wyspecjalizowaną częścią praktyki medycznej opartej na obserwacji, analizie i leczeniu określonych grup jednostek chorobowych (*na ogół we względnie izolowanych warunkach*). Synteza danych pochodzących z obserwacji i analizy przypadków chorobowych (*cases*) obudowuje wiedzę lekarzy pracujących w praktyce ambulatoryjnej (terapia) i umożliwia opracowanie programów profilaktyki.

² **Specjalność** jest rezultatem podziału pracy w ramach określonego zawodu – zawiera ona pewne czynności o podobnym charakterze (*związane z funkcją lub przedmiotem pracy*) i wymaga pogłębionej lub dodatkowej wiedzy oraz umiejętności, zdobytych w toku dodatkowego szkolenia lub praktyki. Specjalność to zajęcie wykonywane przez przedstawiciela zawodu ze szczególną biegłością.

³ **Metoda** to sposób postępowania mający doprowadzić do osiągnięcia zamierzonego celu – to ogół czynności oraz sposobów uzyskiwania materiałów niezbędnych do rozwiązywania określonych problemów i do oceny wyników podjętych działań związanych ze **specyfiką** pracy/zawodu. Przy takim rozumieniu metody uprawnione jest stosowanie synonimów takich jak podejście, procedura, sposób, strategia, tryb.

standardu usług socjalnych⁴, otwiera w przedmiotowej kwestii pole do dyskusji dla teoretyków i praktyków. Jeśli bowiem przyjąć, że kliniczna praca socjalna jest tylko *jedną z podstawowych metod pracy socjalnej, praktyką bezpośrednią, pracą z jednostką i/lub prowadzeniem indywidualnego przypadku*⁵, wówczas dalsze rozważania nie miałyby większego sensu.

Pytania o tożsamość profesjonalną pracy socjalnej (*czyż nie wystarczy pedagogzy, psychologowie, socjologowie, prawnicy itd.?*), o potrzebę różnicowania jej form i metod, efektywność, unikatowość i funkcjonalną właściwość, a nawet o sensowność utrzymywania systemu wsparcia społecznego, towarzyszą temu zawodowi od chwili powstania, ale pojawiają się ze szczególną intensywnością w tak zwanych *trudnych czasach*⁶ – czytaj: gdy wobec poszerzania się obszarów zagrożeń socjalnych i nieskutecznego rozwiązywania problemów społecznych oraz przyrastającej liczby beneficjentów wsparcia społecznego, narasta krytycyzm obywateli oraz polityków wobec systemu pomocowego, jego instytucji i modelu praktyki pracy socjalnej itp.

Refleksja krytyczna kręgów akademickich i części praktyków towarzyszyła od początku reformowania systemu pomocy społecznej po 1989 roku – od wielu lat wskazywano, iż trudno o efektywność pracy socjalnej w funkcjonującym kształcie systemu wsparcia społecznego (zwłaszcza pomocy społecznej), gdy:

1. kształceniu pracowników socjalnych na poziomie akademickim (*licencjat, magisterium*) i postępującej profesjonalizacji tego zawodu (*studia podyplomowe, udział w grantach UE i w wymianie*

⁴ K. Kadela, J. Kowalczyk (red.), *Standardy pracy socjalnej. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne, materiały projektu systemowego Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej, realizowanego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*, Warszawa grudzień 2013: WRZOS.

⁵ Z informacji podanych w sylabusie przedmiotu *Kliniczna praca socjalna* realizowanym w Instytucie Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Wydziału Stosowanych Nauk Społecznych i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego.

⁶ Dobrą ilustracją powyższej tezy była reakcja Jacka Kuronia, który w 1990 roku jako minister pracy i polityki socjalnej przygotowujący reformę systemu pomocy społecznej pytał przekornie przeciwników utrzymywania publicznego systemu wsparcia, czy w zamian proponują oni wprowadzenie rozwiązania polegającego na przygotowaniu list potrzebujących i przesłanie im zasiłków pocztą.

międzynarodowej) nie towarzyszy pełne wykorzystanie zdobytej wiedzy, bowiem zdecydowana większość absolwentów trafia do placówek pomocy społecznej, w których ich rola zawodowa nadmiernie podporządkowana administracyjnej procedurze przyznawania świadczeń materialnych staje się źródłem frustracji i rutynizacji w pracy⁷,

2. szytywne i szybko zmieniające się przepisy ustawowe udzielania świadczeń ograniczają ocenę trafności podjętych działań pomocowych⁸,
3. zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem w sektorze świadczeń socjalnych dominują programy o cechach *ratownictwa*, koncentrujące uwagę przede wszystkim na skutkach, nie zaś na przyczynach zjawisk negatywnych i problemów społecznych – ustawowo sankcjonowany system wsparcia społecznego w ramach pomocy społecznej utrudnia prowadzenie pracy socjalnej w jej najbardziej dynamicznej, profilaktycznej formie działań w nowoczesnych systemach pomocowych, nastawionych na wyprzedzanie zdarzeń prze-

⁷ Piszący te słowa od kilkunastu lat sygnalizuje ten typ dysfunkcjonalności pomocy społecznej: patrz m.in.: Z. Woźniak, *Praca socjalna – między zawodem a profesją*, [w:] *Pracownik socjalny jako profesjonalista*, Katowice 1998, s. 19-34; Z. Woźniak, *Funkcjonowanie pomocy społecznej w polskich miastach*, [w:] „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, Rok LXX, z. 3 (2008), s. 185-202. Moje uwagi w tej sprawie pozostały niezauważone przez badaczy zajmujących się problematyką pracy socjalnej, zaś wskazywane wiele lat temu narastające bariery efektywności w zaspokajaniu potrzeb socjalnych powracają w badaniach Instytutu Spraw Publicznych z roku 2010, których autorzy piszą, że działania podejmowane przez pracowników socjalnych (...) są *zdominowane przez czynności, które pracą socjalną nie są lub które mogą jedynie zawierać jej elementy*. (...) *pracownicy socjalni przede wszystkim poświęcają swój czas na „prowadzenie procedur niezbędnych do przyznania klientom pomocy materialnej i usługowej” oraz „udzielanie klientom bezpośredniego wsparcia (na przykład pomocy materialnej, usługowej)* [T. Kaźmierczak, *Pracownicy socjalni, kapitał ludzki, profesjonalna praktyka*, [w:] M. Rymśza (red.), *Pracownicy socjalni i praca socjalna w Polsce. Między służbą społeczną a urzędem*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2012, s. 176]. Podobnie ocenia pracę socjalną w Polsce R. Szarfenberg (red.), *Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup. Diagnoza standaryzacji usług i modeli instytucji*, Krajowy raport badawczy projektu 1.18 „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” realizowanego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Warszawa 2011, WRZOS, s. 4 oraz M. Łuczyńska, *Kliniczna praca socjalna*, [w:] T. Kaźmierczak, M. Rymśza (red.), *W stronę aktywnych służb społecznych*, 2012, s. 18 i 37.

⁸ Ustawodawstwo polskie cechuje przeładowanie przepisów normami technicznymi, które w sposób oczywisty nie nadążają za zmianami w życiu społecznym, co skutkuje koniecznością wielokrotnego nowelizowania większości ustaw i to w niezbyt odległym od ich uchwalenia czasie. Ustawa o pomocy społecznej nowelizowana była kilkadziesiąt razy, a poziom szczegółowości przyjętych rozwiązań bardziej przypomina regulamin, niż źródło prawa wyższego rzędu.

ciwdziałając zagrożeniom i utrwalaniu się ich skutków, obniżając tym samym koszty interwencji w zredukowanych obszarach ryzyka socjalnego (*odłożony efekt rachunku ciągłonego*),

4. brak możliwości zmiany warunków będących przesłanką korzystania z pomocy społecznej, bowiem nie jest ona kreatorem całości warunków, które generują potencjalnych klientów ustawowo gwarantowanych świadczeń i usług. W skrajnych przypadkach pomoc społeczna stawała się swoistym „inkubatorem niezaradności”, bowiem uzyskiwane wsparcie nie zmieniało sytuacji i położenia socjoekonomicznego beneficjentów systemu na tyle, by oddalić/zredukować/zneutralizować ryzyko utraty bezpieczeństwa socjalnego oraz samodzielności w zaspakajaniu potrzeb i rozwiązywaniu własnych problemów. Beneficjenci instytucji pomocowych powracają do nich wielokrotnie i z tymi samymi lub spotęgowanymi potrzebami i/lub problemami, co skutkuje wejściem w spiralę długotrwałego ubóstwa, bezradności oraz utratą zdolności do samoopieki i samopomocy⁹,
5. nakłady na pomoc społeczną w budżecie samorządów nie zawsze pozostają w związku przyczynowo-skutkowym z rozmiarami zagrożeń bezpieczeństwa socjalnego mieszkańców¹⁰ i pojawienia się nowych potrzeb i wyzwań (*np. praca osobami starszymi, uchodźcami i imigrantami zarobkowymi*).

⁹ Z. Woźniak, *Funkcjonowanie pomocy społecznej...*, *op. cit.* Obawy te potwierdza także cytowana M. Łuczyńska stwierdzająca w oparciu o badania empiryczne, że *lawinowo wzrasta liczba klientów z długoletnim stażem beneficjentów zasiłków pomocy społecznej, maleje liczba tych, którzy się usamodzielniają, pogłębia się zjawisko transgeneracyjnego dziedziczenia statusu klienta pomocy społecznej (...) a w świadomości pracowników socjalnych istnieje przekonanie, że nic z tym nie da się zrobić, (...) wzrasta poczucie bezradności w pracy z klientami* (M. Łuczyńska, *op. cit.*, s. 18 i 37). Dostrzegają ten mankament także pracownicy socjalni twierdzący, iż *klient pomocy społecznej jest jak bumerang z GPS-em, ponieważ ciągle powraca i nigdy się nie zgubi, ciągle powraca z tymi samymi problemami, których od początku nie udało się skutecznie rozwiązać*. A. Olech, M. Łuczyńska (2014), *Pracownicy socjalni w Polsce – portret zbiorowy 2013*, Instytut Rozwoju Usług Społecznych, Warszawa, s. 146.

¹⁰ Patrz: publikowane corocznie od 2000 roku dane elektronicznego Systemu Analiz Samorządowych (SAS – <http://213.199.192.211/zmp/sas-opracowania.jsp>) na temat zasobów infrastruktury i funkcjonowania pomocy społecznej w miastach członkowskich Związku Miast Polskich (wskaźniki i matryce analityczne autorstwa Z. Woźniaka).

6. z roku na rok praca socjalna *stawała się zakładnikiem* pewnej specyficznej kategorii potrzeb i problemów społecznych, które jeśli nie są wcześniej neutralizowane prowadzą na ogół do wyuczoney bezradności i uzależnienia od świadczeń społecznych.

Powtórzmy zatem: mimo coraz lepszego przygotowania zawodowego, niewielu pracowników ośrodków pomocy społecznej ma swobodę wyboru form pracy socjalnej z powodu tych samych od lat barier: biurokratyzacji i rutynizacji pracy, administracyjno-nakazowych zasad udzielania pomocy oraz przeciążenia zbyt dużą liczbą podopiecznych (zwłaszcza w dużych miastach). Pracownicy socjalni sektora publicznego mają obowiązek realizacji zadań zgodnie z profilem i statutem zatrudniającej placówki, stąd też ci spośród nich, którzy mają silne poczucie identyfikacji z misją profesjonalną popadają szybko w *konflikt podwójnej lojalności: wobec pracodawcy (władze samorządowe) i klienta*, wywołany sprzecznością między profesjonalnym imperatywem dążenia do przygotowania i wywołania zmiany oraz formalną odpowiedzialnością pracownika wobec zatrudniającego go instytucji.

Po latach braku reakcji decydentów na rosnącą dysfunkcjonalność i spadającą efektywność systemu pomocy społecznej i przy rosnących zagrożeniach bezpieczeństwa socjalnego obywateli, władze resortu polityki społecznej po rocznych uzgodnieniach międzyresortowych oraz konsultacjach z partnerami społecznymi ogłosiły w końcu w roku 2014 dokument¹¹, powtarzający sygnalizowane od lat krytyczne uwagi badaczy i praktyków wobec systemu wsparcia społecznego¹², zapowiadając zmiany w jego celach, strukturze i zadaniach

¹¹ Projekt założeń projektu ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw. Wariant II, sierpień 2014 r. Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

¹² *Wadami obecnego systemu usług są: niewystarczający zakres usług w stosunku do potrzeb, ich niska jakość, brak możliwości wyboru usługodawcy przez klienta, brak nadzoru ze strony OPS i podmiotu realizującego usługę albo zbyt rzadka kontrola oraz brak minimalnych standardów usług. O wyborze podmiotu wykonującego usługi decyduje cena usługi, a nie jakość. (...) dominują działania ratownicze pomocy społecznej, wobec osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej, w opozycji do działań aktywizujących. Na dalszy plan zeszyły działania profilaktyczne i aktywizujące wobec osób, rodzin i środowiska lokalnego,*

oraz podjęcie działań zmierzających do wyznaczenia pracy socjalnej priorytetowej roli w świadczeniu usług socjalnych.

Cytowany dokument nie przybrał jeszcze ustawowego kształtu (*wybory parlamentarne i zmiana podmiotów władzy państwowej*), a zatem jest to sprzyjający moment, by kontynuować i poszerzyć rzeczową dyskusję na temat zaproponowanej rekonstrukcji/zmiany modelu polskiego systemu zabezpieczenia społecznego (zwłaszcza instytucji pomocy społecznej) oraz statusu i form praktykowania pracy socjalnej, będącej profesjonalną odpowiedzią na zmiany w otoczeniu instytucjonalnym zawodu i warunkach życia obywateli¹³.

Praca socjalna i jej kliniczny wariant specjalizacyjny

Każda zbiorowość społeczna – społeczeństwo jako całość i jego elementy składowe – wypracowuje właściwe ustrojowo systemy wsparcia społecznego, uruchamiane wraz z pojawieniem się dysfunkcyjnych dla życia zbiorowego problemów i potrzeb społecznych lub wówczas, gdy jednostka lub grupa znajdzie się w trudnej sytuacji życiowej, której przezwyciężenie wykracza poza ich własne środki, możliwości i uprawnienia. W tym celu konkretna zbiorowość dysponować musi określonymi zasobami obejmującymi to wszystko, co służy osiągnięciu celów, rozwiązywaniu problemów, eliminowaniu zagrożeń oraz co umożliwia ludziom realizację zadań życiowych, aspiracji i/lub wartości. Tym, co uruchamia zasoby społeczności w sytuacjach kryzysowych, dążąc do zaspokojenia potrzeb i wywołania zmian jest *praca socjalna*, jako narzędzie polityki społecznej, zaś tym, co *ożywia* i jednostki, i społecz-

(...) w ośrodkach pomocy społecznej 40% kadry stanowią pracownicy socjalni, co pozostaje w sprzeczności z głównym celem pomocy społecznej jakim jest świadczenie pracy socjalnej, ibidem, s. 3-4. W USA w roku 2014 bezpośrednio w praktyce pracowało 85.0% aktywnych pracowników socjalnych i tyle samo słuchaczy studiów magisterskich wybierało tę formę praktykowania zawodu (J. Berzoff, J. Drisko, *What Clinical Social Workers Need to Know: Bio-psycho-social Knowledge and Skills for the Twenty First Century*, Clinical Social Work Journal, 2015, 43, s. 270).

¹³ Autorzy Projektu stwierdzają m.in., że *Polska wśród (...) krajów UE należy do państw o wysokiej wartości wskaźnika zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tej sytuacji koniecznym jest zmodyfikowanie dotychczasowych zasad i form pomocy społecznej celem zwiększenia jej efektywności i podniesienia poziomu bezpieczeństwa grup szczególnego ryzyka*, Projekt założeń, op. cit., s. 4.

ność oraz jej zasoby jest *idea rzecznictwa* ludzi w potrzebie, realizowana w trzech głównych obszarach:

1. rzecznictwo nastawione na ochronę równości, standardu i jakości życia (*dobrostanu*),
2. rzecznictwo w sprawach związanych z opieką, wsparciem i samoopieką (*w sferze zdrowotnej, socjalnej*),
3. ochrona prawa stanowienia o sobie – obrona praw społecznych, obywatelskich, rzecznictwo prawne.

Rzecznictwo może mieć odniesienie **jednostkowe** (*zogniskowane na zmianie sposobu zaspokajania potrzeb i rozwiązywania problemów konkretnej jednostki, bez zmiany systemowej*) lub **zbiorowe** (*szczególnie efektywne, gdy celem jest zmiana systemu lub polityki w określonym obszarze życia społecznego*).

Rzecznictwo w interesie jednostek i grup będących w słabszej pozycji wobec innych (*na ogół nie z własnej woli i winy*) nie jest decydowaniem lub działaniem *za klienta* – oznacza ono raczej mandat dla ochrony jego praw i dostarczanie informacji oraz wsparcia umożliwiającego podjęcie przez zainteresowanych decyzji najlepszej z możliwych w ich sytuacji.

Z kolei praca socjalna jako działalność zawodowa oparta na specjalistycznej wiedzy i praktyce służy identyfikacji, minimalizowaniu, jak również usuwaniu nierównowagi socjoekonomicznej i psychospołecznej między jednostką a jej społecznym światem oraz dostarczaniu narzędzi wzmocnienia potencjału jednostek, grup i społeczności, a także zaspokajaniu potrzeb i wywołaniu zmian służących poprawie skuteczności działania w sytuacjach problemowych (kryzysowych) grożących dysfunkcjonalnością i niewydolnością osób i grup ryzyka utraty samodzielności życiowej oraz bezpieczeństwa socjalnego. Ma ona służyć:

1. identyfikowaniu, minimalizowaniu lub usuwaniu nierównowagi między jednostką/grupą a jej społecznym otoczeniem i dążeniu do maksymalizacji potencjału własnego osób, grup i społeczności,

2. odbudowie, kompensowaniu lub utrzymaniu standardu życia (*asekuracja*) i statusu społecznego tych obywateli, którym z uwagi na pojawiające się/utrzymujące się trudności i problemy zagrażać może utrata kontroli nad zdarzeniami i własnym życiem (*niesamodzielnosc-zalezność-bezradność*) oraz utrwalanie warunków prowadzących do ubóstwa, degradacja społeczna, pozostawanie poza głównym nurtem życia społeczności (*dyskryminacja-marginalizacja-wykluczenie*),
3. wspomaganie jednostek, rodzin lub społeczności w radzeniu sobie z zadaniami rozwojowymi i w zaspokajaniu potrzeb, a także stwarzaniu możliwości sprostanania aktualnym i przyszłym wyzwaniom (*profilaktyka, poradnictwo, upodmiotowienie jednostek, partycypacja, planowanie zmian*),
4. wspieraniu jednostek/grup w podejmowaniu działań na rzecz poprawy położenia i odbudowy/nabywania przez ludzi odpowiedzialności za siebie i bliskich oraz odzyskanie zdolności do samoopieki (*edukacja i resocjalizacja*),
5. wyzwalaniu solidarności społecznej oraz ochronie godności i praw obywatelskich jednostek,
6. redukcji niepewności, wygaszaniu konfliktów (*mediacja*) oraz poszukiwaniu i efektywnemu wykorzystaniu dostępnych zasobów i środków (*łączenie ludzi i zasobów*), a także wywołania zmiany,
7. udzielaniu doraźnej, okresowej pomocy osobom/grupom znajdującym się przejściowo w trudnej sytuacji życiowej,
8. rzecznictwu spraw ludzi lub grup z problemami, dyskryminowanych, zagrożonych marginalizacją i/lub wykluczeniem społecznym wobec instytucji i władz publicznych (*arena polityczna*).

Tak szerokie, a zarazem uniwersalne zorientowanie pracy socjalnej uznać należy za ujęcie modelowe, by nie powiedzieć wysoce *perswazyjne*. W realizowanej praktyce jej priorytety i formy zakresowo różnią się w zależności czasu i miejsca (*kraju, regionu itp.*) oraz kultury i warunków społeczno-ekonomicznych życia członków społeczności

(*ustrój i gospodarka*), a także funkcjonującego systemu zabezpieczenia społecznego (*polityka społeczna, kadry, finanse*). Do kanonicznych funkcji pracy socjalnej należy **diagnoza** socjalna¹⁴ oraz **interwencja**. Pierwsza służy identyfikowaniu obszarów i/lub grup ryzyka utraty bezpieczeństwa osobistego, socjalnego, dochodowego, zdrowotnego itp., dostarczająca materiału źródłowego dla przedstawienia stanu rzeczy (*bilans potencjału i ryzyk*) w momencie wprowadzania zaplanowanych zmian, celem drugiej jest wypracowanie w ścisłej współpracy z adresatami przedsięwzięć (*jednostkami, instytucjami, decydentami i zasobami wsparcia społecznego*), mających sprostać zagrożeniom i deficytom, rozwiązaniu konkretnego problemu/sytuacji trudnej oraz wprowadzeniu programu korekcyjnego.

Statutowy, niezwykle rozbudowany zakres zadań pracownika socjalnego powoduje, że rdzeniem tego zawodu są jego funkcje diagnostyczno-interwencyjne zorientowane na rozwiązywanie specyficznych problemów jednostek/grup i szerszych zbiorowości w oparciu o analizę i ocenę sytuacji, a następnie redukcję/rozwiązanie problemów w drodze interwencji. Równocześnie zróżnicowany charakter potrzeb ludzi i społeczności oraz przyrost problemów społecznych wymaga specjalistycznych form ich „obsłużenia” zwiększając różnorodność uprawianych i aprobowanych w kręgu profesjonalnym typów praktyki pracy socjalnej¹⁵.

¹⁴ Diagnoza socjalna bliska jest lustracji społecznej, będącej rodzajem ukierunkowanej na cele praktyczne obserwacji, służącej szczegółowej inwentaryzacji komponentów położenia jednostek/grup (swoisty „spis z natury”) oraz opisowi rozłożonych na czynniki pierwsze ich środowiska społecznego w celu określenia źródeł obserwowanych stanów rzeczy, potencjału osobniczego/grupowego oraz zagrożeń.

¹⁵ F. Turner już w roku 1996 odnotował 28 praktycznych wariantów pracy socjalnej (w roku 2012 było ich już 40): m.in. behawioralną, skoncentrowaną na kliencie, kognitywną, opartą na teorii komunikacji, konstruktywistyczną, odwołującą się do silnych stron klienta/społeczności, interwencję kryzysową, opartą na psychologii ego, wzmocnienia, egzystencjalną, feministyczną, opartą na dowodach, funkcjonalną, opartą na psychologii gestalt, opartą na hipnozie, opartą na dowodach, modelu życiowego, radykalną, mediacyjną, narracyjną, opartą na programowaniu neurolingwistycznym, zorientowaną na rozwiązywanie problemów, psychoanalityczną, psychospołeczną, opartą na teorii ról, systemową, skoncentrowaną na zadaniu, opartą na analizie transakcyjnej, transpersonalną i „tubylczą”. T. Kaźmierczak, *Czy praca socjalna w Polsce jest nowoczesna?* [w:] W. Szymczak (red.), *Współczesne wyzwania i metody pracy socjalnej*, TN KUL, Lublin 2009, s. 92; *The 10 Best Social Work Jobs*, (2012), www.createacareer.org/best-social-work-jobs/ [dostęp: wrzesień 2015]).

Zasadne jest zatem pytanie: czy i co uzasadnia użycie przymiotnika *kliniczna* w odniesieniu do pracy socjalnej oraz co ona oznacza i jak osiągnąć jej standardy?¹⁶

Tabela 1. Punkty zwrotne w rozwoju klinicznej pracy socjalnej

Punkty zwrotne	Wkład w rozwój specjalności
1. Wypracowanie przez Mary Richmond metody pracy z indywidualnym przypadkiem (<i>social casework</i>) i zrębów psychospołecznego modelu pracy socjalnej (1917-1922-1930)	Zwrócenie uwagi na konieczność pogłębionego rozpoznania relacji <i>jednostka-w-sytuacji społecznej</i> w procesie identyfikowania położenia i psychospołecznego funkcjonowania jednostki (<i>diagnoza społeczna</i>) oraz przygotowanie na tej podstawie strategii pomocowych w ramach interwencji pośredniej (<i>obniżenie presji warunków środowiskowych i wzmocnienie potencjału jednostki z wykorzystaniem zasobów rodzinnych i zaplecza społecznego</i>) i bezpośredniej (<i>wpływ wiedzy i doświadczenia pracownika socjalnego na rozpoznanie cech osobowości, potencjału, położenia i postępowanie klienta jako podstawy terapeutycznej zmiany i sposobu rozwiązywaniu problemu</i>). Świadomie podejmowane przez działania klienta w relacji pomocowej z pracownikiem socjalnym, uważa się pierwociny klinicznego myślenia w pracy socjalnej.
2. Rozwój nurtu funkcjonalnego w pracy socjalnej jako zapowiedź myślenia systemowego w pracy socjalnej. (Jessie Taft oraz Virginia Robinson – 1937)	Nacisk na relacje zachodzące między jednostką a jej otoczeniem oraz na dynamiczne wykorzystywanie czasu podczas pracy z przypadkiem. Zaburzenia funkcjonowania klienta wynikają przede wszystkim z nagłej zmiany sytuacji życiowej człowieka, która powoduje poczucie zagrożenia i trudności adaptacyjne. Źródłem zmiany są relacje pracownik socjalny-klienta, odblokowujący ukryte zaburzenia komunikacyjne. Rozwiązywanie problemów jednostek powinno odbywać się w ramach wyspecjalizowanych agencji, podejmujących całościowe działania pomocowe, dotyczące pewnej klasy zjawisk.

¹⁶ Ta część opracowania podrozdziału 2 jest syntezą informacji pochodzących z następujących publikacji: NASW *Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice*, (2005), Washington, DC: National Association of Social Workers, Clinical Social Work Standards Committee M. Łuczynska, *Kliniczna praca socjalna*, [w:] T. Kaźmierczak, M. Rymśza (red.), *W stronę aktywnych służb społecznych*, 2012, s. 19-35; *Differences Between Clinical and Non-Clinical Social Work* (2014), Boston: Simmons College School of Social Work; J. Berzoff, J. Drisko, *What Clinical Social Workers Need to Know: Bio-psycho-social Knowledge and Skills for the Twenty First Century*, *Clinical Social Work Journal*, (2015) 43:263–273; M. Bogo, *Field Education for Clinical Social Work Practice: Best Practices and Contemporary Challenges*, *Clinical Social Work Journal*, (2015) 43: 317-324; M. Gonzalez, C. Rosenthal Gelman, *Clinical Social Work Practice in the Twenty-First Century: A Changing Landscape*, *Clinical Social Work Journal* (2015) 43: 257–260; *What Are the Differences Between a Clinical Social Worker and a Counselor?* www.bestcounselingdegrees.net/faq/what-are-the-differences-between-a-clinical-social-worker-and-a-counselor/ [dostęp: listopad 2015]; *Clinical Social Work vs Direct Services Social Work*, <http://www.socialworklicensure.org/articles/clinical-vs-direct-services-social-work.html> [dostęp: grudzień 2015].

Punkty zwrotne	Wkład w rozwój specjalności
3. Rozwój koncepcji 4. <i>Człowiek-w-środowisku</i> (Gordon Hamilton – 1940)	Praca socjalna jako forma procesu, w którym wyodrębnia się i opisuje jego etapy w triadzie badanie – diagnoza – terapia (<i>treatment</i>). To „organiczne” podejście do pracy z przypadkiem zakładające, że między otoczeniem jednostki a nią samą zachodzą relacje przyczynowo-skutkowe, a nauki behawioralne oraz psychologia „ego”, dostarczają potrzebnej podbudowy teoretycznej do wyjaśniania tych związków oraz formułowania prawidłowej diagnozy przypadku, planu postępowania oraz dalszych działań terapeutyczno-resocjalizacyjnych.
5. Połączenie nurtu diagnostycznego (psychospołecznego) oraz funkcjonalnego w pracy socjalnej i wypracowanie nowego modelu pracy socjalnej, tj. zorientowanego na rozwiązywanie problemów (F. Biestek oraz H. Perlman 1957)	Cel główny – doprowadzenie do jak najpełniejszego zaangażowania klienta w proces pomocowy poprzez uruchomienie jego zasobów, zmobilizowanie jednostki/grupy do działania w procesie rozwiązywania problemu (zadanie pracownika socjalnego – uczenie klienta sposobów radzenia sobie z trudnościami i rozwiązywania własnych problemów).
6. Kliniczna praca socjalna jako specjalistyczna odmiana <i>case work</i> (Florence Hollis – 1964, 1980)	Opublikowana praca <i>Casework. Psychosocial Therapy</i> jest do dziś przewodnikiem dla praktyków realizujących psychospołeczny model pracy socjalnej (także dla klinicznych pracowników socjalnych). Dla Autorki kliniczna praca socjalna i <i>case work</i> nie są terminami tożsamymi – pojęcie klinicznej pracy socjalnej zarezerwowane zostało dla bardziej skomplikowanych przypadków, wymagających specjalistycznej wiedzy i umiejętności. Praktyka kliniczna wykracza poza obszar tzw. praktyki ogólnej (<i>generalist practice</i>) – pracownicy kliniczni koncentrują się na określonym podejściu teoretycznym lub na specyficznym problemie lub grupie klientów, posiadają odpowiednie do tego wykształcenie, poddają swoją pracę regularnej superwizji.
7. Powołanie w USA <i>National Federation of Societies for Clinical Social Work</i> (NFSCSW – 1971) oraz <i>Register of Health Care Providers in Clinical Social Workers</i> w ramach NFSCSW (1975)	Wyłonienie na poziomie krajowym podmiotu odpowiedzialnego za opracowanie programów kształcenia, standardów zawodowych i licencjonowanie klinicznych pracowników socjalnych.
8. Powołanie w USA czasopisma <i>Clinical Social Work Journal</i> (1973)	Czasopismo założone przez Mary Gottesfeld – z początku publikowano artykuły na temat psychologii ego i jej zastosowań, jak również wpływu deinstytucjonalizacji na efekty terapii, skuteczność psychoterapii oraz terapii behawioralnej. W kolejnych dekadach pojawiały się materiały pokrewne tematyce terapii psychoanalitycznej oraz wywołane kwestiami społecznymi (AIDS, uzależnienia, przemoc seksualna). Obecnie prezentowane są współczesne modele teoretyczne i podejścia terapeutyczne, które uprzywilejowują klient w relacjach pomocowych, zwłaszcza grupy wysokiego ryzyka oraz publikuje się wyniki badań wspomagających praktykę kliniczną, zwłaszcza prywatną.
9. Pierwsza definicja praktyki klinicznej pracy socjalnej opracowana przez Zespół Roboczy <i>National Association of Social Workers</i> (NASW – 1978)	Kliniczna praca socjalna została formalnie uznana za część procesu różnicowania się organizacyjnego w obszarze <i>social work profession</i> (w praktyce prywatnej i w sektorze publicznym). <i>Pracownik socjalny adresuje szeroki wachlarz usług psychospołecznych dla jednostek, rodzin i małych grup z problemami życiowymi, ocenia społeczny kontekst ich trudności i położenia i podejmuje interwencję na rzecz ich zmiany w ramach relacji interpersonalnych z klientem.</i>

Punkty zwrotne	Wkład w rozwój specjalności
10. Opracowanie przez NASW standardów praktyki klinicznej pracy socjalnej, zatwierdzonych przez Radę Dyrektorów w czerwcu 1984 roku i poprawionych w kwietniu 1989	<i>Tymczasowa Rada Klinicznej Pracy Socjalnej</i> opracowała 11 standardów praktyki klinicznej obligujących do działań zgodnych z etyką (poufność, odpowiedzialność), funkcjonowania zarówno w systemie instytucji publicznych jak i prywatnych, pogłębiania specjalistycznej wiedzy i rozpoznawania zasobów umożliwiających profesjonalne odpowiadanie na potrzeby ludzi i grup oraz zapewnienia superwizji i dostępu do konsultacji.
11. <i>American Board of Examiners in Clinical Social Work</i> publikuje podstawowe standardy klinicznej pracy socjalnej (2002)	Wśród priorytetowych celów klinicznej pracy socjalnej wymieniono diagnozę i interwencję w obszarach zaburzeń o charakterze biopsychospołecznym, emocjonalnym, interpersonalnym klientów oraz profilaktykę biopsychospołecznych dysfunkcji, a także wspieranie i zwiększanie możliwości funkcjonowania jednostek w środowisku (standardy zmodyfikowano w 2005 roku i obowiązują do dziś – dodano obowiązek dokumentowania działań, świadczenie adekwatnych kulturowo usług oraz korzystania z technologii informacyjno-komunikacyjnych w poprawianiu skuteczności i efektywności pracy).
12. NASW publikuje w roku 2004 poradnik dla prywatnie praktykujących klinicznych pracowników socjalnych.	Poradnik definiuje sferę prywatnej praktyki klinicznej i zawiera niezbędną dla skutecznego działania wiedzę, istotne dla praktyki informacje zawodowe oraz podstawowe umiejętności pracy z klientem.

Opracowano na podstawie: F. Mishna, S. Fantus, L. McInroy, *Informal Use of Information and Communication Technology: Adjunct to Traditional Face-to-Face Social Work Practice*, *Clinical Social Work Journal*, 7 January 2016: 1-7; M. Gonzalez, C. Rosenthal Gelman, *Clinical Social Work Practice in the Twenty-First Century: A Changing Landscape*, *Clinical Social Work Journal* (2015) 43:257–260; M. Łuczyńska, *Kliniczna praca socjalna*, w: T. Kaźmierczak, M. Rymśka (red.), *W stronę aktywnych służb społecznych*, 2012, s. 19-35; Grinnell Jr., N. Kyte, *The future of clinical practice: A study*, *Clinical Social Work Journal*, 1977, 5: 132-138.

Rozwijana od wczesnych lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku w USA kliniczna praca socjalna ma swoje korzenie w kluczowej, historycznej metodzie pracy socjalnej, tj. z pracy z przypadkiem (*social casework*) i bardzo szybko zyskała na znaczeniu wśród praktyków (*etapy rozwoju specjalności – tabela 1*)¹⁷. W okresie wzrostu roli administracji publicznej w polityce socjalnej, planowania społecznego oraz analiz społecznych w programach socjalnych odnotowano okresowy spadek zapotrzebowania na kliniczne i bezpośrednio świadczone usługi, jednakże próba uznania tego typu praktyki jako *passé*

¹⁷ Poza USA kształci się i zatrudnia obecnie pracowników socjalnych w praktyce klinicznej w wielu krajach np. w Australii, Kanadzie, Wielkiej Brytanii, krajach skandynawskich, w Abu Dhabi, rządziej w Australii), często też specjalność ta „ukrywa” się pod szyldem wysokokwalifikowanych/wyspecjalizowanych pracowników socjalnych (*qualified social worker*), a także jest utożsamiana z bezpośrednim świadczeniem usług (z przeglądu tematycznych stron internetowych).

okazała się przedwczesna¹⁸. Okazało się bowiem, że w ciągu kolejnych kilkudziesięciu lat kliniczna praca socjalna zdobyła znaczącą pozycję w ramach profesji, o czym świadczyła rosnąca liczba pracowników socjalnych zaangażowanych w praktyce klinicznej oraz powołanie stowarzyszeń zrzeszających i licencjonujących pracowników socjalnych tej specjalności¹⁹.

Współcześnie wyróżnia się pracę socjalną realizowaną na trzech poziomach: *makro-*, *mezo-* i *mikrospołecznym*. *Bezprzymiotnikowa* praca socjalna realizowana na poziomie *makrospołecznym* poszukuje rozwiązania problemu w drodze reform i zmian w obrębie szerszych systemów instytucjonalnych, usług i polityk mających wpływ na życie jednostki, grupy i społeczności (*władze centralne*). *Makro-*praktycy realizują programy naprawcze i zadania instytucji polityki społecznej definiowane przez władze centralne (*częściowo także przez samorząd lokalny*), a także pełnią rolę organizatorów społeczności lokalnej, analityków (*identyfikacja kluczowych obszarów wymagających zmian*) oraz rzeczników zmian legislacyjnych (*działania pośrednie*)²⁰.

Z kolei *działania bezpośrednie* (łącznie ludzi i usług) podejmowane są na poziomie *mezo-*, gdy praca socjalna realizuje w konkretnej społeczności zadania polityki socjalnej instytucji samorządu terytorialnego (*własne i zamawiane*)²¹ oraz na poziomie *microspołecznym*,

¹⁸ Patrz: D. Phillips, *The Swing Toward Clinical Practice, Social Work*, 1975, Vol. 20 Issue 1, p. 60-63; Grinnell Jr., N. Kyte, *The future of clinical practice: A study, Clinical Social Work Journal*, (1977) 5: 132-138.

¹⁹ Np. badania amerykańskiego National Association of Social Work z 1975 roku dowodziły, iż 44.3% jego członków było zaangażowanych w klinicznej pracy socjalnej. W tym samym czasie powołano National Federation of Societies for Clinical Social Work i w jego ramach Register of Clinical Social Workers (Grinnell Jr., N. Kyte, *The future of, op. cit.*, s. 132-133). Zwrot ku klinicznej praktyce sygnalizował także: D. Phillips, *The Swing Toward...*, *op. cit.*, s. 60-63.

²⁰ Kwestie te omawia H. Sing, *Social Policy and Social Work under the conditions of a „general dissent of orientation”*, [w:] J. Hämäläinen, H. Sing, *Social Insecurity and Social Exclusion: Old and new challenges for Social Policy and Social Work, Part II-III, IUC Journal of Social Work Theory & Practice*, 2004/2005, Journal Issue 10.

²¹ Np. jako współtwórcy strategii polityki społecznej i jej implementatorzy, socjoterapeuci, doradcy organizacyjni, administrujący instytucjami wsparcia społecznego, pracownicy struktur samorządowych; kreatorzy, doradcy i działacze sektora obywatelskiego w systemie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, mediatorzy w sporach i konfliktach w instytucjach medycznych itp.

który jest domeną **klinicznej pracy socjalnej**, jednej z najczęstszych form działalności realizowanej **bezpośrednio i z udziałem adresatów** świadczeń i usług, identyfikującej oraz rozwiązującej problemy osób/rodzin i małych grup, przywracającej/wzmacniającej ich funkcjonowanie oraz jakość życia (*dobrostan*).

Gremia międzynarodowe definiując pracę socjalną, akcentują rolę działań i zmian społecznych służących utrzymaniu/odbudowie dobrostanu (*well-being*), jednakże nie przybliżają zakresu znaczeniowego tego istotnego z punktu widzenia przedmiotu naszych rozważań pojęcia analitycznego. Dobrostan należy postrzegać w dwojakiej perspektywie: po pierwsze jako *zintegrowaną metodę funkcjonowania zorientowanego na maksymalizowanie potencjału możliwego do osiągnięcia w środowisku życia jednostki i/lub grupy*, po to by sprostać codziennym wyzwaniom (H. Dunn²²). Dominują wówczas działania pośrednie podejmowane *w sprawie klienta, ale bez jego obecności i na ogół bez jego udziału*. Po drugie, dobrostan to *aktywny proces służący świadomym wyborom w dążeniu do osiągnięcia przez jednostki/grupy coraz bardziej satysfakcjonującej egzystencji*²³. Wybory te są pod silnym wpływem cech osobowościowych jednostki oraz kultury i środowiska w jakim funkcjonuje, stąd też tak rozumiany dobrostan rozpatruje się w wymiarze fizycznym, emocjonalnym (*pozytywne myślenie o własnym życiu oraz świadomość własnych ograniczeń*) intelektualnym (*poziom zaangażowania zasobów intelektualnych w procesie generowania i stymulowania aktywności*), społecznym (*wkład jednostki w pomyślność zbiorową, poczucie odpowiedzialności za innych*), zawodowym (*poziom zadowolenia i wzbogacania życia przez pracę*) oraz duchowym (*poszukiwanie znaczenia i sensu życia oraz ludzkiej egzystencji, uznanie różnych dróg życiowych, poczucie duchowej świadomości celu życia*)²⁴.

²² H. Dunn, *High level wellness*, Arlington 1961, s. 84.

²³ B. Hettler, *Wellness promotion and risk reduction on University Campus*, [w:] M. Faber, A. Reinhardt (eds), *Promotion health through risk reduction*, Collier Macmillan Publishers, London 1982, s. 207 i n.

²⁴ Więcej informacji [w:] J. Myers, T. Sweeney, J. Witmer, *The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning*. *Journal of Counseling and Development*, 2000,

Osiąganie dobrostanu w pierwszym z podanych wcześniej znaczeń wymaga wsparcia działań z zakresu polityki społecznej przede wszystkim na poziomie *makro-*, częściowo także *mezospołecznym*, zaś w drugim ujęciu stanowić może istotą przesłankę klinicznej pracy socjalnej (poziom *mikro-*)²⁵, bowiem w efekcie podjętych działań bezpośrednich (*w obecności i przy współudziale pracownika socjalnego i klienta*) osoba staje się bardziej świadoma wszystkich aspektów siebie samego i otoczenia, w którym funkcjonuje, co sprawia, że w dążeniu do maksymalnie efektywnego funkcjonowania dokonuje ona zrównoważonego wyboru działania, zintegrowanego z wieloma wymiarami jej stylu/trybu życia. Inaczej mówiąc, *kliniczna praca socjalna nastawiona na utrzymanie/odbudowę dobrostanu osoby lub naruszonych jego elementów umożliwia w konsekwencji normalne życie oraz realizację uświadamianych przez jednostkę i z jej udziałem celów życiowych i aspiracji.*

Kliniczna praca socjalna wsparta programami polityki społecznej proponuje nie tylko różnorodne formy wspierania w zagrożeniu (*po stwierdzeniu co się komu przydarzyło rozwiązuje wspólnie z jednostką/grupą istniejące problemy „od początku do końca”*), lecz konstruuje także narzędzia służące stosowaniu taktyki wyprzedzania zdarzeń (*przewidywanie tego co może przytrafić się jednostce lub grupie i przygotowanie sposobów zapobieganie tym przewidywanym sytuacjom – wczesna interwencja*). W ten sposób praca socjalna ułatwia partnerom społecznym administracji publicznej wyznaczenie obszarów promowanych i chronionych w polityce lokalnej/krajowej/regionalnej, zaś dysponentom środków publicznych proponuje adekwatne

78(3), 252; K. Connolly, J. Myers, *Wellness and mattering: The role of holistic factors in job satisfaction. Journal of Employment Counseling*, 2003, 40(4), 152-160; J. E. Myers, T. J. Sweeney, *Counseling for wellness: Theory, research, and practice: Amer Counseling Assn.*, 2005; Angner, *The philosophical foundations of subjective measures of well-being. Capabilities and Happiness*, 2008, s. 286-298; E. Diener, *Subjective well-being. The Science of Well-Being*, 2009, 11-58.

²⁵ Podobną relację polityki społecznej i klinicznej pracy socjalnej wskazuje Marta Łucznińska w pracy: *Kliniczna praca socjalna*, [w:] T. Kaźmierczak, M. Rymśza (red.), *W stronę aktywnych, op. cit.*, s. 36.

do potrzeb nakłady na realizację konkretnych programów i racjonalne wykorzystanie zasobów (*także poza sektorem publicznym*).

Jakkolwiek kliniczna praca socjalna opiera się na wspólnych dla całej profesji *social work* wartościach, założeniach teoretycznych, zasadach i metodach analizy relacji *człowiek w środowisku*, to jednak *wykracza* w swych działaniach poza zakres tzw. praktyki ogólnej (*generalist practice*), gdyż *jest* wydzielonym obszarem aktywności profesjonalnej, realizowanej w oparciu o wysoki poziom znawstwa (*specjalistyczna wiedza, kompetencje i umiejętności*)²⁶. Praktykę kliniczną charakteryzuje holizm (*położenie jednostki można zrozumieć tylko w terminach działań systemów biopsychospołecznych i/lub instytucji w jakich ona uczestniczy*)²⁷, eklektyzm podejść teoretycznych, empiryzm oraz integrowanie metod i technik pracy interwencyjno-naprawczej służących korekcji lub zapobieganiu psychospołecznym dysfunkcjom, deficytom i niedoborom o charakterze zaburzeń psychoemocjonalnych i behawioralnych, zwiększając możliwości funkcjonowania jednostek w ich środowisku.

Kliniczny pracownik socjalny jest na ogół pierwotnym, istotnym czynnikiem zmiany „zanurzonym” w świecie społecznym tych, dla których i z którymi pracuje, jest osobą angażującą się w projektowanie zmiany społecznej i koncentrującą się na jakimś jednym, konkretnym poziomie systemu społecznego (np. *dziecko, rodzina, osoby z zaburzeniami psychicznymi, uzależnieni, jednostki z niepełnosprawnością, osoby starsze* itp.). Wymaga to wiedzy interdyscyplinarnej oraz specyficznych umiejętności z wielu dziedzin pokrewnych inter-

²⁶ Kliniczna praca socjalna jako specjalność wymaga minimum dyplomu magisterskiego (co najmniej 900 godz. i praktyka pod nadzorem), specjalistyczne kwalifikacje zdobywane w ramach dających licencję państwową kursów połączonych z dwuletnią praktyką nadzorowaną praktyką (nawet do 3000 godzin – licencjonowani pracownicy kliniczni mogą pracować bez nadzoru). Uprawnienia klinicysty pracy socjalnej mogą także otrzymać profesjonalści z doktoratem. patrz: J. Berzoff, J. Drisko, *What Clinical Social Workers Need to Know: Bio-psycho-social...*, *op. cit.*, s. 263-273; M. Bogo, *Field Education for...*, *op. cit.*, s. 317-324.

²⁷ Założenie, iż wszelkie zjawiska i procesy tworzą układy całościowe, podlegające swoistym prawidłowościom, o których nie można wywnioskować na podstawie wiedzy o prawidłowościach rządzących ich składnikami (całości nie da się sprowadzić do sumy jej składników – poszczególne części mają wkład w całość manifestując jej istotę, cel i funkcję).

wencji (np. medycyna, pielęgniarstwo, psychologia społeczna, prawo), stąd też kliniczni pracownicy socjalni współpracują w ramach multidyscyplinarnych zespołów z wieloma profesjami, administracją publiczną właściwych szczebli organizacyjnych państwa oraz organizacjami pozarządowymi. Asysta klinicznego pracownika socjalnego w działaniach interwencyjnych jest nie tylko konieczna, ale niezwykle użyteczna i powinna **podążać** za potrzebami/interesami społeczności będąc **siłą sprawczą** w procesie zmian.

Kliniczni pracownicy socjalni (*asystenci i mediatorzy*) pracując z jednostkami/grupami szczególnie „wrażliwymi” społecznie, częściej niż animatorzy społeczności lub organizatorzy usług socjalnych opierają swój rdzeń profesjonalny na **regule trzech W: wrażliwości, wyobraźni i współuczestnictwie**. Wrażliwość poparta intuicją owocuje zróżnicowanymi formami wsparcia, wyobraźnia pozwala porządkować zdobytą wiedzę i doświadczenie, by zmierzyć się z wyzwaniami, zaś współuczestnictwo rodzi wzajemność i współpracę – razem tworzy to bazę konceptualno-organizacyjną pracy socjalnej reagującej na zmiany w jednostce i jej społecznym świecie. Pracownik socjalny o profilu specjalistycznym (*klinicznym*) posiadać zatem powinien/musi zróżnicowane umiejętności prowadzenia działalności prewencyjno-interwencyjnej wśród jednostek i grup wysokiego ryzyka socjalnego oraz wiedzę i doświadczenie obudowujące trzy zasadnicze wymiary funkcjonowania adresatów pracy socjalnej: środowisko zamieszkania, stosunki interpersonalne, uczestnictwo i zaangażowanie w życiu społeczności. „Klinicysta” analizując stan, potrzeby i problemy życiowe człowieka doświadczającego trudności w funkcjonowaniu zawsze lokuje je w szerszym kontekście społecznym (*w systemie*) wskazując na wzajemne zależności i sprzężenia zwrotne oraz akcentując wieloprzyczynowość niekorzystnego położenia adresata swojej pracy. Świadcząc różnorodne wysokospecjalistyczne usługi pracownicy socjalni podejmują działania polegające na budowanie struktury bezpośredniej relacji *pracownik-klient* i omawianiu w jej ramach wspólnie z klientem warunków zmiany funkcjonowania i przywra-

cania dobrostanu oraz jakości jego życia (*wyjaśnianie, informowanie i edukowanie, perswazja, poszerzaniu kontaktów i zasobów, generowanie nowych możliwości oraz wpływanie za pośrednictwem autorytetu na beneficjenta*). Kluczowym zadaniem „klinikisty” pracującego w sektorze publicznym, w organizacjach pozarządowych lub prowadzącego praktykę prywatną²⁸ jest doprowadzenie do maksymalnego zaangażowania klienta w proces pomocowy oraz uczenia/budowania jego zdolności radzenia sobie z trudnościami i rozwiązywania własnych problemów.

Kliniczni pracownicy socjalni przede wszystkim chronią/wzmacniają dobrostan rodzin i dzieci, gdziekolwiek się one znajdują (szkoła) oraz świadczą usługi i dostarczają wsparcia psychospołecznego bezpośrednio w domach klientów, pracują z chorującymi przewlekle (*opieka długoterminowa*) i terminalnie (*hospicja*), z osobami z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionymi, z jednostkami z traumą, doświadczającymi przemocy interpersonalnej i środowiskowej, a także pracują na rzecz poprawy funkcjonowania osób z niepełnosprawnością i ludzi starszych będąc rzecznikami potrzeb i problemów swoich klientów. Wymaga to „użycia” przez klinicznego pracownika socjalnego i klienta *samych siebie* jako narzędzi zmiany, co oznacza konieczność uruchomienia cech osobowościowych partnerów jako gwarancji uzyskanie w ramach relacji pomocowej wpływu na proces rozumienia źródeł problemu wymagającego rozwiązania oraz przejmowania przez osobę w potrzebie odpowiedzialności za własne życie i odbudowania, utrzymania i zwielokrotnienia zdolności samoopieki, a także znajdowania zasobów dla poprawy własnej sytuacji²⁹.

Zadania realizowane przez pracowników socjalnych na poszczególnych piętach funkcjonalnych praktyki (*makro-, mezo-, mikro-*

²⁸ Prywatnie praktykujący kliniczni pracownicy socjalni stanowili w roku 2015 w USA nie mniej niż 15.0% ogółu aktywnych pracowników socjalnych (C. Rosenthal Gelman, M. Gonzalez, *Epilog: Clinical Social Work Practice – Past, Present and Future, Clinical Social Work Journal*, 2015, 43, s. 335).

²⁹ Na ten szczególny rys klinicznej pracy socjalnej jako specjalności zwraca uwagę *Council on Social Work Education* (M. Gonzalez, C. Rosenthal Gelman w artykule *Clinical Social Work Practice in the Twenty-First Century: A Changing Landscape, Clinical Social Work Journal*, 2015, 43, s. 59).

społecznym) mogą się przenikać, a ich realizatorzy znajdować się na „pierwszej linii” działań pomocowych, wymagających profesjonalnej współpracy. A zatem niezależnie, gdzie pracownik socjalny lokuje swoje preferencje i kompetencje profesjonalne, musi po pierwsze rozstrzygnąć na jakim poziomie aktywności zawodowej chce/musi dokonywać zmian oraz po drugie, znać powinien różnicę między niekliniczną i kliniczną pracą socjalną, dzięki czemu może zdecydować, który z dwóch wariantów praktyki jest lepiej dopasowany do jego doświadczeń, osobowości i umiejętności³⁰ – stąd też bardzo potrzebni są w takich przypadkach mentorzy, doświadczeni doradcy, którzy potrafią *budować mosty* umożliwiające przechodzenie od *makro-*pracy socjalnej do praktyki klinicznej.

Obranie klinicznego wariantu praktyki nie uprzywilejowuje jednakże w jakikolwiek sposób pracownika socjalnego tej specjalności w stosunku do innych przedstawicieli zawodu, którzy takiego typu kształcenia nie przeszli, bądź nie mieli takiej możliwości lub też kliniczna wersja roli zawodowej im nie odpowiada.

Kliniczny wariant pracy socjalnej w Polsce – przesłanki z uzasadnieniem

O pracy socjalnej napisano wiele, ale słowom o cechach profesjonalnej perswazji nie zawsze towarzyszyły konkretne działania w praktyce – propozycje zawarte w cytowanym na wstępie artykule projekcie założeń zmian w ustawie o pomocy społecznej można z pewną ostrożnością uznać za ważny krok ku rzeczywistej przebudowie praktyki pracy socjalnej.

³⁰ M. Łuczyńska omawiając kwestie tożsamościowe klinicznej pracy socjalnej pojawiające się w literaturze przedmiotu, stwierdza, że *klinicznym pracownikiem socjalnym będzie osoba, która mając stosowne wykształcenie, sama siebie za takiego uznaje* (M. Łuczyńska, *Kliniczna praca socjalna...*, *op. cit.*, s. 24). Ten wątek tożsamościowy został także wpisany do standardów klinicznej pracy socjalnej: *NASW Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice, Clinical Social Work Standards Committee, National Association of Social Workers Press, Washington 2005.*

Tabela 2. Podstawowe funkcje i zadania polityki społecznej

Polityka społeczna szczebla centralnego – poziom makro- (parlament, rząd)	
Funkcje	Zadania
1. deklarowanie <i>za co i za kogo</i> państwo bierze odpowiedzialność jako kreator, katalizator i gwarant warunków, sprzyjających rozwojowi jednostki i zbiorowości w różnych fazach rozwojowych	1. opracowywanie wieloletnich planów polityki społecznej uwzględniających prerogatywy socjalne Unii Europejskiej oraz zalecenia organizacji międzynarodowych (ONZ, WHO)
2. określanie kierunków i ram strukturalno-institutionalnych polityki społecznej poprzez <i>wyznaczanie obszarów chronionych i/lub wyłączonych z czystej gry rynkowej</i>	2. inicjowanie rozwiązań normatywnych i ustawowe regulowanie warunków decydujących o rozwoju, jakości życia i partycypacji społecznej obywateli
3. wyznaczanie ram prawno-organizacyjnych gwarantujących równoprawne traktowanie obywateli, grup, zbiorowości w procesie ich rozwoju oraz służących ochronie warunków i jakości życia	3. monitorowanie prawa socjalnego na poszczególnych poziomach organizacyjnych państwa, jego aktualizowanie oraz ewaluowanie efektywności istniejących rozwiązań (<i>relacja nakłady-rezultaty</i>)
4. stosowanie zasady pomocniczości, sprawiedliwości i solidaryzmu w redystrybucji zasobów finansowych i instytucjonalnych	4. opracowywanie, aktualizowanie i wspieranie programów socjalnych zgodnie z potrzebami gospodarki oraz zmianami cywilizacyjnymi i kulturowymi
5. przydzielanie odpowiedzialności i kompetencji poziomom organizacyjnym struktur państwa i społeczeństwa obywatelskiego w procesie konstruowania i realizacji polityki społecznej	5. opracowywanie, aktualizowanie i wspieranie programów aktywizacji zawodowej (priorytet: <i> długotrwałe bezrobotni, starzejący się pracownicy oraz jednostki z ograniczeniem sprawności</i>)
6. określanie podmiotów i adresatów polityki społecznej oraz zasad współpracy międzysektorowej w zaspokajaniu potrzeb jednostkowych i zbiorowych	6. wspieranie i łączenie zasobów zróżnicowanych podmiotów działających na rzecz integracji i spójności społecznej (<i>inkluzywne społeczeństwo</i>)
Lokalna polityka społeczna – poziom mezo- (region, powiat, gmina)	
1. reprezentowanie spraw, potrzeb i problemów ludzi/grup/zbiorowości, za których samorząd statutowo odpowiada	1. stwarzanie/wspieranie/wzmacnianie warunków sprzyjających aktywności indywidualnej i zbiorowej stanowiącej podstawę utrzymania jednostki/rodziny
2. planowanie i wdrażanie programów służących zaspokajaniu potrzeb mieszkańców społeczności lokalnej	2. powstrzymywanie i redukowanie sił destrukcyjnych zagrażających rozwojowi i funkcjonowaniu jednostek i zbiorowości
3. rozbudowa infrastruktury społecznej służącej zrównoważonemu rozwojowi, dostępności, spójności i integracji społecznej	3. rozwijanie zróżnicowanych i zindywidualizowanych form wsparcia społecznego, pomocy społecznej i opieki środowiskowej dla ludzi w potrzebie
4. określanie zadań lokalnej polityki społecznej i dystrybucja finansów na programy socjalne (priorytet: <i>profilaktyka-wyprzedzanie zdarzeń</i>)	4. stwarzanie pola aktywności obywatelskiej i wspieranie działalności służącej wzmacnianiu i/lub odzyskiwaniu przez ludzi zdolności do samodzielnego funkcjonowania
5. partnerstwo, doradztwo i konsultowanie podmiotów działających na rzecz rozwiązywania problemów społecznych i zaspokajania potrzeb społeczności	5. tworzenie warunków sprzyjających artykulowaniu potrzeb grup zagrożonych marginalizacją i/lub wykluczeniem społecznym oraz izolacją

Źródło: *Opracowanie własne.*

Polskie doświadczenia ostatnich lat dowodzą, iż fragmentaryczne, wybiórcze zmiany systemu zabezpieczenia społecznego bądź realizowanie wyłącznie politycznie definiowanych programów socjalnych

powoduje, że kolejne próby przebudowy tego systemu bez przyjęcia określonej ramy koncepcyjnej polityki społecznej³¹ każdorazowo kończyły się i będą kończyć się fiaskiem (tabela 2).

Prognozy demograficzne, stan zdrowia i sprawności polskiej populacji, sytuacja gospodarcza, narastanie problemów społecznych, spadek aktywności społecznej oraz problemy współczesnej rodziny i instytucji pozarodzinnych wywoływane trudnościami ekonomicznymi i adaptacyjno-wychowawczymi młodego pokolenia, sugerują adresowanie działań klinicznej pracy socjalnej przez podmioty sceny publicznej do czterech głównych kategorii adresatów spójnych i wywiedzionych z przyjętego sposobu rozumienia polityki społecznej³²: do dzieci i młodzieży, seniorów, ludzi z ograniczeniem sprawności oraz jednostek, które znalazły się w trudnej sytuacji życiowej w wyniku niekorzystnych zjawisk (ubóstwo, bezrobocie, uzależnienia, długotrwała choroba, bezradność, pomoc dla powracających z zakładu karnego, uchodźcy, repatrianci itp.). Uzasadnieniem dla takiej właśnie decyzji jest rosnąca nierównowaga między wymogami systemu gospodarczego i społecznego oraz możliwościami sprostania tym oczekiwaniom przez wiele jednostek i grup społecznych „wrażliwych” stanowiąca barierę efektywności programów socjalnych sektora publicznego. Wiele wskazuje na to, iż polityka społeczna najbliższych lat nie będzie efektywna bez wykorzystania przez sektor publiczny potencjału organizacji ochotniczych, podmiotów sektora prywatnego oraz sieci powiązań rodzinno-przyjacielskich i sąsiedzkich oraz aktywności pojedynczych jednostek. Dynamicznie rozumiana polityka społeczna zakłada bowiem, że każdy członek społeczności – także jednostki z grup ryzyka socjalnego – może i powinien być architektem i katalizatorem zmian

³¹ Polityka społeczna to *zorganizowane, kompleksowe i międzysektorowe działania władz publicznych oraz innych podmiotów, służące kształtowaniu/poprawie/ochronie warunków, bezpieczeństwa i jakości życia oraz statusu społecznego obywateli, dające możliwość udziału w kulturze i życiu społecznym oraz szansę prowadzenia aktywnego i niezależnego życia* (definicja autora).

³² *Celem projektowanych zmian jest podniesienie efektywności systemu pomocy społecznej przez zwiększenie podmiotowości odbiorcy pomocy, który będzie miał większy niż dotychczas, wpływ na pokonanie swojej trudnej sytuacji życiowej, poprzez nie tylko współpracę z pracownikiem socjalnym, ale także poprzez świadomy wybór oferowanych usług socjalnych* (Projekt założeń..., op. cit., s. 6).

w sferach decydujących o jego życiu, funkcjonowaniu i dobrostanie (zwłaszcza na poziomie lokalnym i w małych grupach). Uwalniany jest w ten sposób ludzki potencjał oraz budowane jest zaufanie i nawiązywane są oparte na wzajemności stosunki między ludźmi, a także mobilizowane są zasoby na rzecz rozwiązywania aktualnych problemów i trudności oraz budowania pewnej wizji przyszłości i własnej w tym roli. To właśnie praca socjalna w wariacie klinicznym nie odbiera ludziom tego, co mogą zrobić sami (zasada pomocniczości) i gwarantuje zachowanie ciągłości działania oraz wyznacza wspólnie z klientem kierunki aktywności, wykorzystując posiadane zasoby oraz ucząc jednostkę przezorności i planowania przyszłego biegu zdarzeń, tworząc w tym samym czasie bazę dla niezliczonych codziennych decyzji.

Praktyka kliniczna stwarza partnerom relacji pomocowej możliwość wyboru, jest elastyczna, otwarta na alternatywne koncepcje rozwiązywania problemów życiowych jednostek/grup ryzyka socjalnego – nie głosi zatem gotowych, obowiązujących raz na zawsze recept. Uruchamiając adekwatne do rozpoznanej sytuacji jednostki/grupy procedury interwencyjne oraz specjalne formy świadczeń i usług kliniczna praca socjalna staje się także jednym z istotnych czynników kontroli społecznej na najniższym poziomie funkcjonowania społecznego (*dewiacje i patologie społeczne, ochrona ofiar nadużyć, np. maltretowanych dzieci, kobiet itp.*).

Pewne aspekty klinicznej pracy socjalnej można odnaleźć w działaniach o innej nomenklaturze – np. określanej jako autonomiczna metoda indywidualnych przypadków realizowana poza procedurą podejmowania decyzji administracyjnych³³, standaryzacja pracy socjalnej wyłącznie jako praktyki udzielania pomocy o charakterze niematerialnym³⁴, działania bezpośrednie (*w obecności i przy współudziale pracownika socjalnego i klienta*) lub też działalności skoncentrowanej na rozwiązaniach. Przytaczany już dokument rządowy zapowiadający

³³ R. Szarfenberg sugeruje, że w procesie testowania modelu asystentury rodzinnej asystenci pomagali jednocześnie tylko kilku rodzinom i nie zajmowali się czynnościami proceduralnymi związanymi z przyznawaniem świadczeń materialnych. R. Szarfenberg (red.), *Krajowy raport badawczy...*, op. cit., s. 11.

³⁴ Ibidem.

zmiany w systemie wsparcia społecznego i pracy socjalnej proponuje trzy specjalności: *asystenturę i mediację socjalną, organizatora usług socjalnych i animatora społeczności lokalnych*.

Ścieżką prowadzącą ku klinicznym formom pracy socjalnej mogłaby stać się asystentura i mediacja, będące raczej rolą niż specjalnością, jednakże dobrze wpisują się w rozległy obszar praktyki, gdyż miałyby *wspierać osoby/rodziny w przezwyciężaniu pierwszych objawów kryzysu oraz tworzyć warunki sprzyjające uwolnieniu ekspresji do współpracy z pracownikami socjalnymi (podmiotowość, świadomy wybór propozycji pomocy), a także podejmowanie mediacji nakłaniających do zmiany postaw wobec wzajemnych relacji pomiędzy członkami rodziny, a także mediacji, dzięki którym osoba czy rodzina potrzebująca wsparcia chętnie przyjmie propozycję udzielenia pomocy i będzie w procesie pomagania aktywnie uczestniczyć*. Pracownik socjalny jako asystent/mediator to indywidualny doradca (...) *wskazujący słabe i mocne strony określonych zachowań i zaniechań, osoby/rodziny wymagającej wsparcia, którą ma wspierać w znalezieniu odpowiednich dla niej dróg postępowania i indywidualnej ścieżki wychodzenia z trudnej sytuacji życiowej. Główny nacisk powinien być położony na wspieranie a nie wskazywanie, opiekę czy też przejęcie odpowiedzialności za daną osobę*³⁵.

Przytoczony zapis powinien być także silnym impulsem podjęcia pracy nad opracowaniem nowych procedur zlecania, a przede wszystkim wymuszenia na dysponentach środków publicznych poszerzenia ustawowej formuły *powierzania* zadań pracy socjalnej podmiotom niepublicznym³⁶. Autonomiczna wobec procedur administracyjnych kliniczna praca socjalna może być wykonywana w różnych instytucjonalnych kontekstach – w organizacjach pozarządowych (walor: *innowacyjność działań oraz skłonność do eksperymentowania*), spółdzielniach socjalnych i innych formach tzw. ekonomii społecznej, jak również w ramach prywatnych przedsięwzięć pracowników socjalnych (samozatrudnienie, spółki itp.).

³⁵ Projekt założeń..., *op. cit.*, s. 21-22.

³⁶ R. Szarfenberg (red.), *Krajowy raport badawczy...*, *op. cit.*, s. 11.

Pojawiające się propozycje zmian w systemie wsparcia społecznego i modelu pracy socjalnej nie są zawieszane próżni instytucjonalno-organizacyjnej, funkcjonuje bowiem wiele organizacji pozarządowych kooperujących z pomocą społeczną w zaspokajaniu potrzeb mieszkańców, wzrastają także nakłady kierowane do tego typu podmiotów przez władze publiczne. Pewne nadzieje budzą także pojawiające się w pomocy społecznej programy pakietowe, dążące do całościowego rozwiązania jakiegoś problemu, zwłaszcza mające „ostrze” prewencyjne i formy właściwe dla klinicznej pracy socjalnej projekty socjalne aktywizujące beneficjentów świadczeń i usług społecznych (*kontrakt socjalny*). Do tej kategorii zmian zaliczyć także należy podejmowanie innowacyjnych, eksperymentalnych a więc bardziej ryzykownych realizacyjnie projektów w pomocy społecznej – jednakże częściej ma to miejsce wówczas, gdy konkretne programy socjalne mają źródło finansowania poza budżetem samorządu lokalnego (*grant norweski, grant szwajcarski, środki unijne* itp.), a zwłaszcza gdy realizowane są przez organizacje pozarządowe.

Sprawą niebagatelną dla pracy socjalnej w ogóle, a dla jej klinicznego wariantu jest wizerunek i prestiż zawodu/profesji. Wśród marzeń polskiego pracownika socjalnego odnajdujemy w kolejności: oczekiwanie lepszych zarobków, wyższego prestiżu oraz możliwość realizowania skutecznej pracy socjalnej przynoszącej zadowolenie klientów³⁷. Niewiele o tym wiemy o społecznym wartościowaniu zawodu, bowiem nie znajduje się on na liście zawodów, które w Polsce poddawane są od wielu lat badaniom prestiżu (np. na Łotwie profesja ta znalazła się na 44 miejscu na 66 badanych zawodów³⁸), natomiast sami pracownicy socjalni mają poczucie niedopłacenia i niedowartościowania³⁹. Jak ważny jest

³⁷ Z badań A. Olech, M. Łuczynskiej, *Pracownicy socjalni w Polsce...*, op. cit., s. 154.

³⁸ L. Varzinskiene, *Prestige of Social Work Profession, Social Research*. 2009, 1, s. 15, 99.

³⁹ CBOS w prowadzonych od 1975 roku badaniach prestiżu zawodów nie umieszcza na liście badawczej pracownika socjalnego (A. Cybulska, *Prestiż zawodów*, Komunikat z badań BS/164/2013). Zapowiedzią zmiany wizerunku zawodu był dwuseryjny, dwudziestopięciopodcinkowy serial TVP *Głęboka woda* w reżyserii Magdaleny Łazarkiewicz, emitowany po raz pierwszy w TVP2 od 4 grudnia 2011. TVP, producent serialu, otrzymała na realizację dofinansowanie z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w ramach Projektu 1.18, Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej. Zgodnie

społeczny wizerunek pracy socjalnej powiązany z zarobkami w budowaniu prestiżu społecznego i satysfakcji z pracy (czytaj: poszukiwane studia i czekająca na absolwentów praca) świadczą dane z USA, gdzie w badaniach prestiżu z roku 2014 praca socjalna znalazła się na 89 miejscu wśród 200 zawodów, zaś kliniczny pracownik socjalny zajął w 2015 roku 5 miejsce wśród najlepiej płatnych zajęć związanych ze świadczeniem usług (zaraz za prawnikiem) oraz 5 pozycję wśród najbardziej dochodowych form praktyki socjalnej (na 1 miejscu – kadra nauczająca)⁴⁰.

Praca socjalna, a zwłaszcza jej kliniczny wariant w praktyce, potrzebuje zatem właściwego wizerunku, kampanii *public relations* i upowszechniania, które pomogą wyjaśnić politykom, podatnikom i innym profesjom, co to za zawód i czego ludzie powinni od jego wykonawców oczekiwać. Obywatele powinni wiedzieć, czym różni się pomoc pracownika socjalnego i innych profesji zajmujących się pomaganiem. To ważne i pilne zadanie Polskiego Towarzystwa Pracowników Socjalnych, rzeczników prasowych instytucji publicznych i organizacji pozarządowych oraz samych pracowników – mieniąc się profesją nie można oczekiwać zmian wizerunkowych i prestiżu wniesionego z zewnątrz⁴¹.

Pracownikom socjalnym brakuje także narzędzi i procedur umożliwiających przekładanie zasobów dokumentacyjnych instytucji formalnych i materiałów z obserwacji własnych na język syntezy pojedynczych przypadków i praktycznych zastosowań takiej wiedzy. Przeciężenie informacją stało się jednym z najistotniejszych źródeł stresu i frustracji użytkowników danych będących w dyspozycji rozmaitych instytucji, de-

z zasadami PR towarzyszyć temu powinny inne tzw. eventy i preteksty medialne upowszechniające i utrwalające wizerunek – jakkolwiek TVP wyraziła chęć produkcji trzeciej serii, jednakże propagandowo to zbyt mało i film dołączył do pakietu innych seriali. Podobną opinię sformułowała M. Dudkiewicz w opracowaniu: *Jak nas widzą, tak nas piszą – wizerunek publiczny pracowników socjalnych*, [w:] M. Rymśza red., *Pracownicy socjalni i praca socjalna w Polsce. Między służbą społeczną a urzędem*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2012, s. 121-140.

⁴⁰ *Jobs Rated 2014: Ranking 200 Jobs From Best To Worst*, The U.S. Bureau of Labor Statistics (BLS), www.careercast.com/jobs-rated/jobs-rated-2014-ranking-200-jobs-best-worst [dostęp: wrzesień 2015]; *Highest Paying Careers in Social Work*, The U.S. Bureau of Labor Statistics (BLS), www.bestmswprograms.com/highest-paying-careers-in-social-work/ [dostęp: wrzesień 2015].

⁴¹ Pisałem o tym w roku 1998 i nie dostrzegam zbyt wielu zmian w tej materii (Z. Woźniak, *Praca socjalna – między zawodem a profesją...*, op. cit., s. 22).

cydentów oraz pojedynczych pracowników. Lawinowo przyrastającym danym nie towarzyszy oparty na technologiach informacyjno-komunikacyjnych (ITC) sposób ich gromadzenia, przesyłania i prezentacji, zaś niedostatki obróbki interpretacyjnej czynią je mało przydatnymi w procesach decyzyjnych. Tempo rozwoju i wdrażania narzędzi ITC doprowadzi w nieodległej przyszłości do jakościowych zmian w kształceniu i wykonywaniu pracy socjalnej (także klinicznej), tak jak stało się to systemie edukacji, rozrywce, poradnictwie, usługach zdrowotnych itp. Jakkolwiek nie dysponujemy zbyt rozbudowaną wiedzą na temat wykorzystywania ITC w pracy socjalnej, to jednak trudne do przecenienia są szanse jakie technologie informacyjno-komunikacyjne niosą dla takich celów i zadań pracy socjalnej⁴², jak prowadzenie baz danych, wymiana informacji online w kręgu profesjonalnym i z klientami pracowników socjalnych, tworzenie wielodyscyplinarnych profesjonalnych sieci, nowe formy zarządzania i administrowania zadaniami (w tym diagnozą i zasobami infrastrukturalnymi), wykorzystywanie społecznych mediów i sieciowych platform przez instytucje publiczne i organizacje pozarządowe do aktywizowania klientów i pobudzania aktywności w społecznościach itp.⁴³.

Potencjalny i realny pluralizm ról współczesnej pracy socjalnej powinien służyć wyborowi takiej formuły uprawiania zawodu, która najlepiej

⁴² F. Mishna, S. Fantus, L. McInroy, *Informal Use of Information and Communication Technology: Adjunct to Traditional Face-to-Face Social Work Practice*, *Clinical Social Work Journal*, 7 January 2016: 1-7; L. Groshong, F. Mishna, *Introduction to Special Issue: Entering the Digital World: Cybertechnology and Clinical Social Work Practice*, *Clinical Social Work Journal*, 2015, 43, 43-119.

⁴³ Wykorzystywane w placówkach pomocy społecznej w Polsce programy komputerowe są raczej rodzajem „kartoteki”, zasobem dość „sztywnych danych” niż prawdziwą bazą danych służącą nie tylko zbieraniu informacji, ale jej szybkiemu przetwarzaniu na potrzeby pojedynczego pracownika, analiz zbiorczych oraz zintegrowanej sprawozdawczości. Znacznie intensywniej i bardziej funkcjonalnie wykorzystywane są technologie ITC przez organizacje pozarządowe. Zapowiedzią nadchodzących zmian w jest prowadzony online od 2000 roku przez Związek Miast Polskich System Analiz Samorządowych, w ramach którego zbierane i analizowane są informacje na temat zasobów kadrowych, infrastruktury oraz funkcjonowania miejskich placówek pomocy społecznej (matryca analityczna autorstwa piszącego te słowa). Patrz Z. Woźniak, *Pomoc społeczna w miastach. Ciągłość i zmiana w latach 2000-2005*, System Analiz Samorządowych, Poznań: Związek Miast Polskich, <http://213.199.192.211/zmp/sas-opracowania.jsp>. W cytowanym dokumencie resortu polityki społecznej z 2014 roku znajdujemy zapowiedź wyposażenia pracowników socjalnych pracujących w terenie w mobilne terminale.

odpowiada osobowości (*temperament, otwartość, optymizm, elastyczność poznawcza, autokrytycyzm, gotowość do zmian w odpowiedzi na nowe doświadczenia, odporność na niejasność sytuacyjną* itp.) i umiejętnościom pracownika socjalnego (*ktos lepiej funkcjonuje w instytucjach formalnych, inny preferuje żywy, bezpośredni kontakt z ludźmi, jeszcze inni sprawdzają się w badaniach diagnostycznych lub też w pracy ze społecznością i na forum politycznym* itp.) oraz potrzebom jednostek i grup, na rzecz których praca socjalna jest wykonywana (*usamodzielnianie, rzecznictwo, współudział w rozwiązywaniu problemów* itp.). A zatem nazewnictwo nie jest być może sprawą najważniejszą, ważna jest natomiast treść, formy i zasięg indywidualnej pracy z klientem, omówione w tym artykule.

Rzeczywistość podpowiada konieczność dokonania reorientacji programu studiów pracy socjalnej – zwłaszcza na studiach II stopnia podyplomowych – i ich nasycenia przedmiotami obudowującymi nie tylko klasyczną rolę pracownika socjalnego „od wszystkiego” (*generalist*), lecz także praktyka-eksperta o wyspecjalizowanych kompetencjach profesjonalnych, obiektywnie przedstawiającego adresatom swojej pracy stan rzeczy oraz różne warianty i konsekwencje aktualnych, bądź przyszłych ich decyzji, a także rozwiązującego jednostkowe problemy we współpracy z klientami oraz wieloma partnerami społecznymi i podmiotami sceny publicznej⁴⁴.

Warto zatem podjąć próbę osadzenia w kształceniu zawodowym i praktyce eklektycznej teoretycznie i metodycznie klinicznej pracy socjalnej raczej jako *specjalności* niż metody, a przynajmniej podjąć debatę na ten temat. Rośnie także zapotrzebowanie na studia podyplomowe dostarczające umiejętności przydatnych pracownikowi socjalnemu w praktyce, podnoszących nie tylko kompetencje zawodowe, ale także zwiększających szanse na rynku pracy – zwłaszcza w różnych segmentach funkcjonalnych systemu wsparcia społecznego (*zdrowie, rynek*

⁴⁴ Potrzebę taką dostrzegają także autorzy resortowego dokumentu na temat zmian w systemie wsparcia społecznego: *Konieczne jest wprowadzenie do systemu kształcenia pracowników socjalnych nowych kierunków specjalizacji, skorelowanych z propozycją wprowadzenia do rozwiązań prawnych systemu pomocy społecznej takich usług socjalnych jak: profilaktyczne, aktywizacyjne i interwencyjne* (Projekt założeń... , op. cit., s. 20).

pracy, instytucje oświatowe, instytucje wymiaru sprawiedliwości, instytucje i organizacje adresujące swój działalność do osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnością i osób starszych, zwłaszcza sędziwych starców itp.).

Szczególną rolę w tym przedsięwzięciu – obok uczelni wyższych kształcących kadre socjalną – odgrywać musi Polskie Towarzystwo Pracowników Socjalnych, które w pierwszej kolejności podjąć winno współpracę z partnerami zagranicznymi polegającą na wymianie kadry dydaktycznej, praktyków oraz słuchaczy studiów magisterskich/podyplomowych (*staże zawodowe*) z bliźniaczymi organizacjami o zaawansowanym rozwoju omawianej specjalności oraz w dalszej kolejności uruchomić sekcję klinicznej pracy socjalnej, pełniąc wspólnie pracownikami naukowymi oraz doświadczonymi praktykami rolę instytucji odpowiedzialnej za standardy klinicznej pracy socjalnej i jej licencjonowanie⁴⁵.

Doświadczenia krajów zachodnich (zwłaszcza USA) dowodzą, że zindywidualizowana – i co najważniejsze – autonomiczna praktyka interwencyjna, psychoterapeutyczna i poradnicza w rozwiązywaniu ludzkich spraw nie traci na znaczeniu, bowiem jak mówi Ryszard Szarfenberg: *nie ma jednej filozofii i metody indywidualnej pracy socjalnej. Istotne jest natomiast, który z jej wariantów lepiej realizuje cele klinicznej pracy socjalnej?*⁴⁶.

⁴⁵ Pomocną w opracowywaniu standardów kształcenia i praktykowania klinicznej pracy socjalnej stać się winna synteza materiałów zagranicznych dokonana przez M. Łuczyńską w jednym tak obszernym polskim opracowaniu na ten temat: *Kliniczna praca socjalna...*, *op. cit.*, s. 25-34.

⁴⁶ R. Szarfenberg, *op. cit.*, s. 1.

Summary

Clinical social work – desirable specialty or multiplication of beings beyond any measure?

The article is the voice in the discussion about necessity of social work practice diversification. The author considers the sense of opening clinical social work as the individual specialty, in terms of administrative aid procedures, implemented in intervention formula, involving the customer in aid process ("from the beginning to the end") and building his ability to deal with the difficulties.

Prof. dr hab. Arkadiusz Żukiewicz
Katedra Pedagogiki Społecznej
Uniwersytet Łódzki

Bezpieczeństwo pracowników służb społecznych¹

Abstrakt

Bezpieczeństwo pracowników służb społecznych jest zagadnieniem, które wymaga działań zarówno na polu teoretycznym, jak i praktycznym. Od tego zależy jakość świadczonych usług w przestrzeni opieki społecznej, pomocy społecznej czy systemu wsparcia rozwoju społecznego. Tekst ten jest wprowadzeniem do cyklu rozważań poświęconych problematyce bezpieczeństwa pracowników służb społecznych. Nawiązuje do uwarunkowań systemowych, środowiskowych i osobowych. W dalszej części zagadnienia te będą stanowiły szczegółowe pole rozważań i poszukiwań. Celem będzie odnalezienie wskazań dla praktyki działalności orientowanej na podniesienie kultury bezpieczeństwa pracowników tej grupy zawodowej.

Zagadnienia związane z bezpieczeństwem można rozpatrywać z wielu różnych perspektyw, dyscyplin czy punktów widzenia. Można także przymiotnikowo dookreślić zakreślaną problematykę w celu uniknięcia napięć związanych z ogólnikowością wywodu i dyskomfortem na etapie recepcji jego treści. Wielość możliwości i zarazem konieczność dostosowania się do ram wyznaczonych typem zamierzonej wypowiedzi prowadzą do przyjęcia kryteriów, które będą wiodące w toku dalszego rozważania. Przede wszystkim przejmuje się tu ponaddiscyplinarną perspektywę namysłu nad zagadnieniem bez-

¹ Tekst jest wprowadzeniem do cyklu rozważań poświęconych problematyce bezpieczeństwa pracowników służb społecznych. W dalszych częściach zostanie zaprezentowana koncepcja triady determinantów bezpieczeństwa reprezentantów tej profesji.

pieczeństwa. W efekcie tego następuje odniesienie do teoretycznych podstaw wywodzonych z dorobku takich nauk, jak w szczególności psychologia, socjologia, pedagogika (w tym pedagogika społeczna), a także nauk o bezpieczeństwie, politologii, ekonomii, zarządzania, administracji czy prawa². Kolejnym dookreśleniem pola analizy jest doprecyzowanie zakreślonej tematyki według kryterium podmiotowego. Celowo podkreślona została kategoria podmiotowości, gdyż w niektórych podejściach metodologicznych funkcjonuje instrumentalna perspektywa uprzedmiotowiająca osoby i grupy ludzkie. Chodzi tu w szczególności o zagadnienie przedmiotu badań, którego komponentem czyni się człowieka w indywidualnym i zbiorowym wymiarze jego istnienia oraz funkcjonowania społecznego, zawodowego, rodzinnego itp. Pozostając w perspektywie humanistycznej, odrzucam jednoznacznie możliwość utożsamiania osoby ludzkiej z jakąkolwiek formą przedmiotu. Osobowa natura człowieka wraz z towarzyszącą mu i zarazem niezbywalną godnością oraz podmiotowym charakterem jego egzystencji³ stanowią podstawową przesłankę przyjętego tu stanowiska. Sprawia ona tym samym, iż ujmowanie różnorodnych zagadnień, których aktorami są ludzie dokonuje się w świetle uznania podmiotowości każdego człowieka, co jednocześnie wyklucza możliwość dehumanizacji bądź też depersonalizacji osoby ludzkiej.

² W kontekście dyscyplinarnym można zadawać pytania o kompetencje uprawniające do sięgania po dorobek teoretyczny tak różnorodnych dyscyplin nauki. Odpowiedzi i uzasadnień jest wiele. Z owej wielości warto wskazać transparentność i powszechność nauki. Zdaje się, że jest to uzasadnienie wystarczające. Dorobek naukowy jest zaliczany do dobra powszechnie dostępnego, z którego korzyści mogą wywodzić zainteresowani danym zagadnieniem praktycy i teoretycy. Jak w przypadku większości zasad, tak i tu istnieją pewne ograniczenia. Są one związane np. z aplikacyjnymi możliwościami dorobku naukowego. Efekty te mogą być źródłem tworzenia dóbr służących życiu, ale przy odpowiednich modyfikacjach istnieje możliwość destrukcyjnego wykorzystania tego samego dorobku nauki. Stąd dopuszcza się niekiedy ograniczenia od zasady powszechności dostępu do efektów naukowego poznania. Jednakże w kontekście podjętych tu rozważań sięganie po naukowe efekty twórczości mędrców nie doznaje ograniczeń. Służy bowiem jednoznacznie dobru, jakim jest poszukiwanie modeli wzmacniających bezpieczeństwo profesjonalistów podejmujących w swej codzienności zadania wpisujące się w misję służby społecznej.

³ Szerzej o osobliwości osobowej natury ludzkiej i tego konsekwencjach patrz: K. Wojtyła, *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*, Wyd. TN KUL, Lublin 1985, s. 125 i nn.

Zgodnie z przyjętą tu koncepcją upodmiotowienia zagadnień związanych z bezpieczeństwem, rozważania będą dotyczyły w szczególności bezpieczeństwa konkretnej grupy zawodowej. Rzecz dotyczy pracowników służb społecznych, których specyfika profesji wymaga bez wątpienia analizy stanu faktycznego oraz możliwości związanych z ochroną bezpieczeństwa tej grupy specjalistów. Służą oni Drugiemu Człowiekowi i są krzewicielami idei podnoszenia jakości oraz warunków życia codziennego osób, rodzin, grup społecznych i całych społeczności. Jednakże ich służba jest obciążona niejednokrotnie wieloma różnorodnymi typami ryzyk, z których zagrożenie bezpieczeństwa to jedna z kluczowych kategorii warunkujących jakość, przebieg, a także, co istotne – efektywność owej służby.

Przed uszczegółowieniem zagadnienia bezpieczeństwa, którego wymiary zarysowują przymiotnikowe odmiany tej kategorii⁴, warto przyjąć jego bazową definicję. W toku dalszego namysłu nad przedmiotowym zagadnieniem bezpieczeństwo będzie rozumiane jako stan spokoju. Będzie tym samym oznaczało wolność od zagrożenia w najszerszym z możliwych tego pojęć⁵. Takie ujęcie bezpieczeństwa jest w kontekście przyjętych założeń metodologicznych wystarczającym punktem wyjścia dla analizy kategorii bezpieczeństwa podmiotowego wybranej grupy zawodowej. W szczególności zaś idzie tu o bezpieczeństwo pracowników służb społecznych, którzy funkcjonują w strukturze systemu polityki społecznej, a w szczególności systemów wpisujących się w odpowiednie modele opieki, pomocy czy wsparcia społecznego⁶. Dla uniknięcia możliwych niejasności zasadne zdaje się także

⁴ W szczególności można mówić o bezpieczeństwie lokalnym, krajowym i międzynarodowym, bezpieczeństwie społecznym, zbiorowym i osobistym, bezpieczeństwie socjalnym, prywatnym, publicznym czy też finansowym. Por.: *Encyklopedia popularna PWN*, Warszawa 1996, s. 81; *Nowa encyklopedia powszechna*, T. 1, PWN, Warszawa 1995, s. 134; *Słownik języka polskiego*, T. 1, PWN, Warszawa 1995, s. 139.

⁵ Por.: *Słownik współczesnego języka polskiego*, Wilga, Warszawa 1996, s. 51; M. Szymczak (red.), *Słownik języka polskiego*, T. 1, PWN, Warszawa 1978, s. 147.

⁶ O polityce społecznej i jej modelowych rozwiązaniach patrz szerzej: M. Lavalette, A. Pratt (red.), *Polityka społeczna. Teorie, pojęcia, problemy*, Difin, Warszawa 2010; A. Rajkiewicz, J. Supińska, M. Księżopolski (red.), *Polityka społeczna. Materiały do studiowania*, Wyd. Śląsk, Katowice 1998; M. Księżopolski, *Modele polityki społecznej*, w: *Polityka społeczna. Materiały do studiowania*, op. cit., s. 73-87; A. Żukiewicz,

dookreślenie kategorii pracowniczych zaliczanych do zbiorowości reprezentatywnej dla służby społecznej. Obok najbardziej eksponowanej w literaturze przedmiotu i dyskursie o służbach społecznych grupy pracowników socjalnych w katalogu tym mieszczą się także asystenci oraz asystentki rodziny, koordynatorzy oraz koordynatorki rodzinnej pieczy zastępczej, pracownicy świadczący usługi opiekuńcze w środowisku zamieszkania osób zależnych (opiekunki i opiekunowie środowiskowi), pracownicy realizujący zadania związane z opieką nad osobami starszymi w domach pomocy społecznej (opiekunowie i opiekunki w domach pomocy społecznej), asystenci i asystentki osób z niepełnosprawnością, opiekunki i opiekunowie osób starszych, specjaliści zarządzania kryzysowego, interwientki i interwienienci kryzysowi, pracownicy placówek opiekuńczo-wychowawczych, pracownicy ośrodków adopcyjnych, pracownicy środowiskowych placówek wsparcia rozwoju społecznego, animatorki i animatorzy społeczni, pracownicy świadczący usługi mediacyjne (mediatorki i mediatorzy), specjaliści do spraw rodziny, a także pozostali pracownicy instytucji i organizacji realizujących misję służby społecznej, którzy pełnią role obsługowe w sferze finansowej, administracyjnej, logistycznej czy technicznej⁷. Zaliczenie tej ostatniej ze wskazanych grup do podmiotowego katalogu służb społecznych uzasadnia fakt pełnienia ról zawodowych związanych z codzienną działalnością i funkcjonowaniem instytucji oraz organizacji systemów opieki, pomocy czy wsparcia społecznego. Stąd mimo braku bezpośredniego kontaktu z użytkownikami, a zarazem odbiorcami oferowanych usług i świadczeń systemowych, pracownicy tzw. „pionu obsługi” są kluczową kategorią zawodową zasługującą na uznanie i włączenie do wskazanego katalogu⁸. Bez tego wsparcia

Pomoc społeczna a modele polityki społecznej, w: *Ciągłość i zmiana w pomocy społecznej i pracy socjalnej*, A. Żukiewicz (red.), WO Impuls, Kraków 2009, s. 155-165.

⁷ Katalog ten jest otwarty i wykracza poza ramy normowane przepisami Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 roku w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. nr 82 z 2010r., poz. 537 z późn zm.).

⁸ Warto mieć na uwadze dynamikę rozwoju służb społecznych, co skłania do elastycznego traktowania katalogu podmiotowego, którego cechą zasadniczą jest otwartość. Specjalizacje w sferze działalności

działalność konkretnych jednostek byłaby praktycznie niemożliwa ze względu na powiązania w systemie obsługi gospodarczej, fiskalnej, ekonomicznej, administracyjnej, ubezpieczeniowej, zdrowotnej itp.

Drugą ważną kategorią, istotną dla dalszego rozważania jest służba społeczna i sposób jej rozumienia. Rozważania nad pojęciem i istotą służby społecznej w społeczno-pedagogicznym ujęciu podjęła w swej akademickiej twórczości Helena Radlińska. Zagadnienie to przedstawiła 15.06.1928 roku w trakcie Zjazdu Polskich Pracowników Społecznych w wygłoszonym referacie zatytułowanym „Istota i zakres służby społecznej”⁹. Wystąpienie swe rozpoczęła od nawiązania do Staszicowskiej koncepcji pracy kulturalnej: *Gdy chcemy ująć istotę służby społecznej – narzuca się Staszicowskie określenia pracy kulturalnej: dokonywanie przez człowieka we współnictwie z Bogiem doskonałości ziemi i natury*¹⁰. Utożsamiając się z ideą współdziałania człowieka ze Stwórcą, autorka łączyła przedmiotową kategorię z symbiozą oświaty oraz pracy społecznej. Do koncepcji doskonalenia ziemi i natury dodała „stosunki pomiędzy ludźmi”, przez co uwspółcześniła i zarazem poszerzyła perspektywę Stanisława Staszica¹¹. Zintegrowanie działalności edukacyjnej i społecznej prowadziło do urzeczywistniania idei wychowawczych we wszelkich przestrzeniach życia społecznego. Służba społeczna, zdaniem Heleny Radlińskiej, *wkracza do warsztatów pracy i usiłuje do nich wprowadzić inżyniera społecznego, który dbałby o „czynnik ludzki” nie tylko jako o ręce do obróbki surowca, lecz jako o twórców i spożywców, mających prawo do radowania się wynikami produkcji. Do zagadnień naukowej organizacji wprowadza potrzeby – człowieka. W fabrykach*

służb społecznych prowadzą do generowania nowych subprofesji. Zjawisko to zasługuje na odrębną analizę i waloryzację w kontekście efektywności działań podejmowanych w toku codziennej praktyki.

⁹ Patrz: H. Radlińska, *Istota i zakres służby społecznej*, [w:] „Opieka nad Dzieckiem”, R. 6, 1928, nr 4, s. 201-206; także: *Stosunek wychowawcy do środowiska społecznego. Szkice z pedagogiki społecznej*, Nasza Księgarnia, Warszawa 1935, s. 63-65; *Pedagogika społeczna*, Ossolineum, Wrocław 1961, s. 56-58; *Z dziejów pracy społecznej i oświatowej*, Ossolineum, Wrocław 1964, s. 444-453 i inne.

¹⁰ H. Radlińska, *Istota i zakres służby społecznej*, op. cit., s. 201.

¹¹ Helena Radlińska przez kilka lat pracowała nad rozprawą habilitacyjną poświęconą twórczości i działalności Stanisława Staszica. Wykorzystała materiały źródłowe, odkrywała i porządkowała materiał empiryczny, budując syntezę o Staszicu jako działaczu społecznym. Patrz: H. Radlińska, *Z dziejów pracy społecznej i oświatowej*, op. cit., s. 439; s. 163-257.

stwarza ludzkie warunki bytu: bezpieczeństwo i komfort. Chce uczynić pracownika z bezwolnego kółka nieznannej maszyny – świadomym uczestnikiem produkcji. Inicjuje ustawodawstwo ochronne i wyprzedza je, tworząc wzorcowe i przodownicze urządzenia. Nie poprzestaje na tworzeniu urządzeń, lecz uczy, jak z nich korzystać¹².

Wskazując szeroki zakres praktyki służby społecznej Helena Radlińska podkreślała jej humanistyczną perspektywę orientującą konkretne działania na rzecz tworzenia dobra służącego jednostkom, rodzinom, grupom społecznym i całym społecznościom. W tym kontekście rozszerzały się kręgi oddziaływania reprezentantów służb społecznych na środowiska wiejskie, miejskie, podwórka, szkoły, wspomniane w cytacie zakłady pracy, instytucje czy organizacje skupiające ludzi itp. Autorka podkreślała także: *w niektórych dziedzinach służby społecznej w zakres jej wchodzi stwarzanie warunków, ułatwiających kroczenie wytkniętą drogą, podpór, ratujących przed upadkiem. W walce z przestępczością i z alkoholizmem jest to konieczne: inaczej rozbudzenie potrzeby innego życia może zawieść¹³.* Ten wymiar służby społecznej jest obecnie jednym z najpowszechniej identyfikowalnych i tożsamych dla codziennej działalności przedstawicieli tej grupy zawodowej. Jednakże w dalszym rozważaniu pojęcie służby społecznej będzie utożsamiane z jego szeroką koncepcją obejmującą wszelkie sfery życia społecznego. Nadto z perspektywy pedagogiczno-społecznej wynika także wychowawczy wymiar działania w przestrzeni służby społecznej, co również stanowi kluczowy wskaźnik pojmowania tej kategorii. Obok tego występuje równie konstytutywny wskaźnik odnoszący się do współdziałania i współtworzenia. Służba społeczna w swej istocie nawiązuje bowiem do idei kooperatywizmu społecznego. Cechę tę podkreślała Helena Radlińska, pisząc, że *wedle ideologii służby społecznej, kształtującej się wraz z rozwojem demokratycznych form życia, nie jeden ofiarnik, lecz tysiące przodowników mają działać na wszystkich polach. Zgodnie z celem, któremu służą, nie mogą kroczyć przed gromadą. Przodownik współcze-*

¹² H. Radlińska, *Stosunek wychowawcy do...*, op. cit., s. 63.

¹³ Ibidem, s. 64.

sny idzie w gromadzie, jako towarzysz i współpracownik, nigdy nie powinien naśladować dobroczyńcy, zstępującego z wysoka do maluczkich. Wartość jego pracy mierzy się nie tem, co uczyni sam, lecz tem, co potrafi wydobyć z gromady, wśród której i z którą pracuje¹⁴.

Kooperatywizm silnie koresponduje z kategorią, która w dalszym rozważaniu będzie jedną z kluczowych, a dotyczących bezpośrednio zagadnień bezpieczeństwa pracowników służb społecznych. Chodzi o partycypację, na bazie której budowany będzie teoretyczny model bezpieczeństwa wybranej grupy zawodowej. Sięgając po idee partycypacyjnej kooperacji, można generować teoretyczne podstawy bezpieczeństwa zarówno pracowników służb społecznych, jak również innych profesji. Istotą odniesień są tu w szczególności te komponenty, które obejmują szeroki zakres czynników warunkujących poziom i jakość bezpieczeństwa oraz jego subiektywne poczucie pozostające po stronie samych zainteresowanych. Zawężona perspektywa postrzegania tego zagadnienia ogranicza bowiem skuteczność działań praktycznych, które w stosunkowo łatwy sposób mogą implikować nieefektywność przedsięwzięć pozostających w oderwaniu od sprzężonego systemu oddziaływania na jednostki i grupy ludzkie oraz środowiska ich życia i codziennego funkcjonowania zawodowego, społecznego, sąsiedzkiego, rodzinnego itp. Stąd zarówno kooperatywizm, jak i partycypacyjna perspektywa tworzenia modelowych założeń na poziomie teoretycznym zdają się uzasadnione. Przekonują przy tym do szeroko zakrojonego poszukiwania metodycznych rozwiązań, które w praktyce pozwolą eliminować tzw. luki w systemie zabezpieczenia bezpieczeństwa. Zatem ujęcie zjawisk i procesów orientowanych na bezpieczeństwo w przestrzeni przekraczającej linearny poziom percepcji zakreślonej tu problematyki będzie prowadziło docelowo do tworzenia elastycznych i otwartych na dynamikę zmian ram teoretycznych. Uwzględnia one możliwe w danych warunkach konglomerat czynników sprzyjających bezpieczeństwu. Obejmą również swym zasięgiem te elementy rzeczywistości, które generują zagrożenia czy wręcz ryzyka dla bezpieczeństwa określonych osób, grup czy całych społeczności danej profesji.

¹⁴ Ibidem, s. 69.

Modelowa koncepcja bezpieczeństwa wybranej grupy zawodowej odnosi się w przedstawianej propozycji do integralnego ujęcia łączącego trzy zasadnicze przestrzenie skupiające czynniki warunkujące owe bezpieczeństwo. W szczególności chodzi o koncepcję triady determinantów bezpieczeństwa pracowników służb społecznych, która w wymiarze modelowym odwołuje się do wymiaru osobistego, instytucjonalnego i środowiskowego. Wskazane przestrzenie wyznaczają tym samym grupy podmiotowe zainteresowane kulturą bezpieczeństwa i jego faktycznym stanem, poziomem oraz jakością. Wymiar osobisty odnosi się do bezpośrednich reprezentantów określonej profesji, a w przedstawianym rozważaniu do przedstawicieli służb społecznych poczynając od pracowników szczebla kierowniczego po reprezentantów odpowiedzialnych za bezpośrednią realizację zadań systemowych. Każdy z pracowników podejmujących działalność społeczną jest tym samym emisariuszem dobra, jakie wpisuje się w misję określonego systemu, organizacji czy instytucji służącej Innemu Człowiekowi. Jest tym samym zainteresowany i współodpowiedzialny za kreowanie kultury bezpieczeństwa poprzez doskonalenie własnych kompetencji i umiejętności oraz pogłębianie wiedzy użytecznej w tym zakresie. Jest to niezależne od wszelkich powinności wynikających z pozostałych funkcji oraz zadań, jakie przyjmuje do realizacji w chwili przystąpienia do struktur systemowych¹⁵.

Niezależnie od deontologicznej powinności wynikających z osobistego zaangażowania w służbę społeczną, odpowiedzialność i zainteresowanie wysokim poziomem kultury bezpieczeństwa owej służby jest współdzielona z instytucjonalnym jej wymiarem. Tu chodzi w szczególności o zagadnienie instytucjonalnych warunków tworzących podstawę zabezpieczenia bezpieczeństwa pracowników. Nie chodzi wyłącznie o powszechnie już realizowane zadania w zakresie BHP, ale także o te komponenty warunkujące bezpieczną służbę społeczną, które pozo-

¹⁵ Szerzej o osobistych i powiązanych z tym merytorycznych aspektach sprawności działań profesjonalnych patrz: B. Pietrusewicz (red.), *Problemy pracy i kwalifikacji pracowników w okresie przemian*, Gemini, Zielona Góra 1996; J. Burgiel, L. H. Haber, *Zarządzanie a socjologia i psychologia pracy*, Wyd. AGH, Kraków 1996; M. Fryczyński, *Pracownicy wiedzy – nowe wyzwania zarządzania organizacjami*, [w:] *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 2003, nr 1, s.25-32.

stają w związku z dostępnymi instrumentami prawnymi, finansowymi, organizacyjnymi czy technicznymi¹⁶.

Trzeci z wskazanych determinantów odnosi się do środowiska, które jest w równym stopniu zainteresowane kulturą bezpieczeństwa służb społecznych. Sprawa dotyczy zarówno środowiska wewnętrznego (środowisko pracy¹⁷), jak i zewnętrznego. W tym drugim dokonuje się synteza służby społecznej, stąd nie sposób wyłączyć jego czynniki z partycypacji orientowanej wokół zagadnień kultury bezpieczeństwa przedstawicieli tej profesji. O ile środowisko wewnętrzne w trzecim z determinantów pozostaje w silnym związku z klimatem wewnątrzspołecznym generowanym siłami więzi międzyludzkich w obszarze danej jednostki organizacyjnej, o tyle środowisko zewnętrzne odwołuje się w tym kontekście do społecznego prestiżu zawodowego, społecznych postaw wobec reprezentantów profesji, a także środowiska rodzinnego, które posiada potencjał wsparcia dla pracowników służb społecznych pozostających w relacjach pokrewieństwa czy powinowactwa.

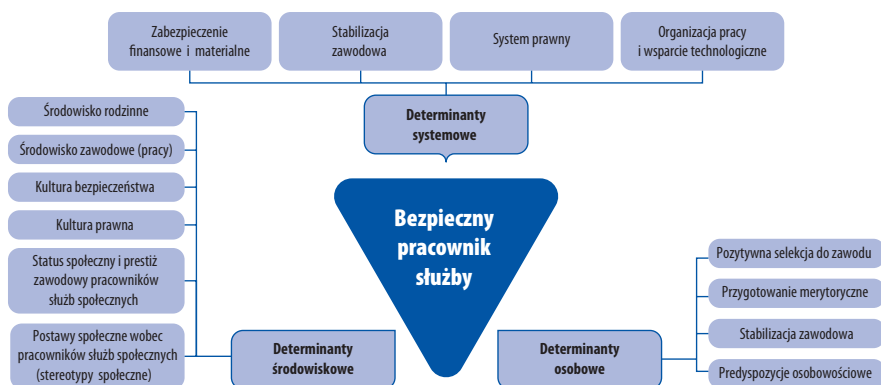
Modelową propozycję obrazuje poniższa rycina, w której zawarte są podstawowe komponenty triady determinantów bezpieczeństwa pracowników służb społecznych. Ich pogłębiona analiza będzie stanowiła treść kolejnej części rozważań poświęconych zagadnieniom bezpieczeństwa pracowników służb społecznych. Zasadność podjęcia dyskusji oraz poszukiwań teoretycznych i metodyki zabezpieczenia tej grupy zawodowej potwierdzają z jednej strony fakty z codziennej służby, z dru-

¹⁶ Szeroki wykład poświęcony zagadnieniom instytucjonalnego wspomagania procesów organizacji i kierowania prowadzi: J. A. F. Stoner, R. E. Freeman, D. R. Gilbert, *Kierowanie*, PWE, Warszawa 1999; H. Alexander, *Dyrektor zarządzający: narzędzia i metody wspomagające podejmowanie decyzji*, ABC, Warszawa 1999.

¹⁷ Środowisko pracy jest rozumiane jako obszerna grupa czynników kształtujących warunki materialne tego środowiska, do których zaliczyć należy czynniki fizyczne (klimat, temperatura, wilgotność, zapylenie, oświetlenie, akustyka, hałas, wysokość, na jakiej odbywa się praca) oraz czynniki chemiczne (rozpuszczalniki przemysłowe, poliestry, metale przemysłowe, związki chemiczne). Czynniki środowiska pracy stanowią przedmiot szczególnego zainteresowania higieny, ergonomii oraz fizjologii i psychologii pracy. Celem ograniczenia wpływu lub wyeliminowania szkodliwego działania czynników środowiska pracy na człowieka. Odrębną grupę czynników środowiska pracy stanowią ludzie i stosunki międzyludzkie a także przystosowanie miejsca pracy do człowieka na podstawie ergonomii, które w niektórych rodzajach pracy pełnią decydującą rolę. Patrz: *Nowy słownik pedagogiki pracy*, T. W. Nowacki, K. Korabiowska-Nowacka, B. Baraniak (red.), Wyd. WSP TWP, Warszawa 2000, s. 44.

giej zaś doktrynalne wskaźniki odnoszące się do efektywności działań praktycznych. Zarówno warunki pracy, jak i przygotowanie wraz z predyspozycjami osobowościowymi do określonych rodzajów aktywności zawodowej stanowią kluczową bazę dla efektywności służby. Nadto środowiskowy wymiar wsparcia, włączając w to kulturę prawną, finansową czy bezpieczeństwa, stanowi integralną przesłankę uzasadniającą kierunki poszukiwań i dociekań teorii twórczych. W efekcie tego będzie możliwe budowanie kompleksowych modeli metodycznych zgodnych z aktualnymi potrzebami i możliwościami aplikacyjnymi.

Rysunek 1. Graficzna prezentacja koncepcji determinantów bezpieczeństwa pracowników służb społecznych



SUMMARY

The safety of the employees of social services

The safety of workers of social services is an issue which requires action both on theoretical as well as practical field. From this depends the quality of services in the area of social care, social welfare or the system of supporting the social development. This text is an introduction to the cycle devoted to the problems of safety of workers of social services. It refers to the system, environmental and personal conditioning. The remainder of these issues will form the specific field of reflection and research. The aim is to find indications for practice oriented activities to improve the safety culture of the safety of workers of this occupational group.

Tymczasowość pobytu w pieczy zastępczej – prawda czy mit?

Abstrakt

Opieka zastępcza nad dzieckiem sierocym powinna mieć charakter tymczasowy, jej celem jest wsparcie rodziny w trudnej sytuacji. Wsparcie to musi stanowić niejako rodzaj działań prewencyjnych ograniczających się głównie do aktywizacji rodziców biologicznych do ponownego podjęcia zaniedbanych funkcji. Artykuł ma na celu sprawdzenie, jak realizacja owego wsparcia ma się w praktyce. Szczególnie istotne wydaje się określenie, czy faktycznie rodzinna piecza zastępcza ma charakter tymczasowy i czy dziecko wraca do rodziny naturalnej. Dla potrzeb publikacji wykorzystano dane zebrane podczas własnych badań do pracy doktorskiej w 2010-2011 roku oraz dane zebrane w 2015 przez Piotra Jaworskiego do pracy licencjackiej. Badania sondażowe przeprowadzono na terenie powiatu bialskiego.

Podstawowe zadania opiekuńcze wobec dziecka w rodzinie najczęściej pełnione są przez rodziców biologicznych. Gdy mamy do czynienia z dysfunkcją lub brakiem rodziny naturalnej, zadaniem państwa jest organizacja opieki zastępczej. Obecnie obowiązujące regulacje prawne (Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z 9 czerwca 2011 r.) wymieniają formy pieczy instytucjonalnej i rodzinnej¹.

Na pieczę rodzinną składają się: rodzina zastępcza i rodzinny dom dziecka. Wśród rodzin zastępczych funkcjonują rodziny spokrewnio-

¹ Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z 9 czerwca 2011 roku – art. 34, Dz. U. 2011, Nr 194, poz. 887.

ne tworzone przez członków będących wstępnyimi dziecka bądź jego rodzeństwem oraz rodziny niezawodowe i zawodowe, zakładane przez osoby, które do wymienionej grupy osób spokrewnionych nie należą. Rodziny zastępcze zawodowe mogą pełnić funkcję pogotowia rodzinnego, w których są umieszczane dzieci na krótki czas do momentu uregulowania sytuacji prawnej lub zakończenia postępowania sądowego oraz rodziny specjalistyczne przyjmujące pod opiekę dzieci niepełnosprawne, małoletnie matki z dziećmi lub nieletnich.

Z kolei instytucjonalna piecza zastępcza może być sprawowana w postaci: placówek opiekuńczo-wychowawczych; regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych; interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego. Placówki opiekuńczo-wychowawcze przeznaczone są dla dzieci powyżej 10. roku życia, poniżej tej granicy przyjmowane są dzieci w wyjątkowych przypadkach (np. liczne rodzeństwo). Placówka zapewnia całodobową opiekę i wychowanie; zaspokaja potrzeby dziecka; umożliwia kontakt z rodzicami biologicznymi; realizuje plan pomocy dziecku; podejmuje działania w celu powrotu dziecka do rodziny; obejmuje dziecko działaniami terapeutycznymi. Regionalne placówki opiekuńczo-terapeutyczne są jednostkami dla dzieci wymagających szczególnej specjalistycznej opieki i rehabilitacji. W placówce nie można umieścić więcej jak 30 dzieci. Interwencyjne ośrodki preadopcyjne to szczególne miejsca dla dzieci wymagających specjalistycznej opieki w okresie oczekiwania na przysposobienie. W ośrodku nie może przebywać więcej jak 20 dzieci.

Obecnie preferowane są przede wszystkim formy rodzinne, gdzie szczególne miejsce przypisane jest rodzinom zastępczym. Rodzina zastępcza jest instytucją prawną zbliżoną do modelu wychowania w rodzinie naturalnej, którą ustawodawca wyodrębnia spośród innych form organizacyjno-prawnych spełniających podobne cele społeczne². Rodzina zastępcza uważana jest za najlepsze środowisko wychowawcze zwłaszcza dla dzieci starszych, gdyż ma pozytywny wpływ na poczucie bezpieczeństwa, rozwój emocjonalny i osobowość dziecka, a przy

² J. Winiarz, *Prawo rodzinne*, PWN, Warszawa 1994, s. 247.

założeniu więzi emocjonalnej dziecka z opiekunami możliwa jest nawet korekta wad nabytych i wrodzonych³.

Należy jednak pamiętać, że opieka nad dzieckiem ma charakter tymczasowy i jest jednym z rozwiązań służących wsparciu rodziny w trudnej sytuacji. Opieka zastępcza powinna być zatem traktowana jako pewien etap w procesie „naprawczym” sytuacji rodziny naturalnej, a celem nadrzędnym jest powrót dziecka do rodziców biologicznych. Wsparcie zatem musi stanowić niejako rodzaj działań prewencyjnych ograniczających się głównie do aktywizacji rodziców biologicznych do ponownego podjęcia zaniedbanych funkcji.

Istotne zatem wydaje się sprawdzenie jak realizacja owego wsparcia ma się w praktyce. Szczególnie ważne wydaje się określenie czy faktycznie rodzinna piecza zastępcza ma charakter tymczasowy i czy dziecko wraca do rodziny naturalnej.

Tymczasowość pobytu w pieczy zastępczej

Tymczasowość pobytu w rodzinie zastępczej wpisana jest w jej charakter co podkreślają nie tylko regulacje prawne, ale też badacze tej problematyki⁴. Dla potrzeb niniejszej publikacji wykorzystano dane zebrane przez Piotra Jaworskiego na seminarium pod moim kierunkiem. Badania sondażowe przeprowadzono na niewielkiej grupie 30 rodzin zastępczych funkcjonujących na terenie powiatu bialskiego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety dla rodziców zastępczych. Następnie wyniki te porównano z badaniami autorki prowadzonymi w latach 2010-2011 w 95 rodzinach zastępczych z tego samego terenu. Badaniom podlegała m.in. kwestia długości pobytu dziecka w pieczy zastępczej. Na wykresie pierwszym oznaczono, jak kształtuje się czas pobytu w rodzinnej pieczy zastępczej w badaniach Piotra Jaworskiego w 2015 roku.

³ M. Arczewska, *Rodziny zastępcze i ich podopieczni w świetle wyników badań i analiz w Polsce*, [w:] M. Raclaw-Markowska, S. Legat, *Opieka zastępcza nad dzieckiem i młodzieżą – od form instytucjonalnych do rodzinnych*, ISP, Warszawa 2004, s. 83-94.

⁴ Wśród autorów zajmujących się tego typu problematyką można wymienić: A. Kwak (red.), *Z opieki zastępczej w dorosłe życie: założenia a rzeczywistość*, ISP, Warszawa 2006; M. Ruskowską, *Diagnoza środowiska rodzin zastępczych w obliczu dylematów współczesności*, CRZL, Warszawa 2013.

Wykres 1. Okres pobytu w rodzinie zastępczej – badania 2015

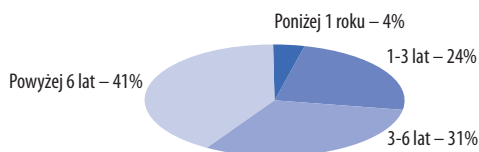


Źródło: Badania zrealizowane na potrzeby pracy licencjackiej Piotra Jaworskiego „Sytuacja opiekuńczo-wychowawcza dziecka w rodzinie zastępczej (na przykładzie powiatu bialskiego)” napisanej pod kierunkiem dr Marzeny Ruszkowskiej w 2015 roku.

Z analizy wyników widać, że pobyt krótkotrwały w rodzinnej pieczy zastępczej zdarza się niezwykle rzadko i dotyczy zaledwie 16% grupy dzieci. Ponad połowa rodzin zastępczych funkcjonuje powyżej 4 lat, co oznacza, że trudno ten czas uznać za tymczasowy, potrzebny rodzinie biologicznej tylko na regenerację i uregulowanie sytuacji życiowej. Pojawiają się też od razu inne pytania, czy w tym czasie ktoś pracuje z rodziną, czy jest ona pozostawiona sama sobie? czy rodzina zastępcza wspiera czy może zastępuje rodzinę naturalną?

Nieco inny podział długości pobytu został zastosowany w badaniach z 2010 roku, czas pobytu podzielono na cztery grupy: bardzo krótki (do 1 roku), krótki (od 1 roku do lat 3), średnio długi (od 3 do 6 lat) i długi (powyżej 6 lat). Rozkład poszczególnych okresów uwidacznia wykres 2.

Wykres 2. Okres pobytu w rodzinie zastępczej – badania 2010-2011



Źródło: Badania zrealizowane na potrzeby pracy doktorskiej Marzeny Ruszkowskiej „Rodzina zastępcza jako środowisko opiekuńczo-wychowawcze. Terenowe studium komparatystyczne”, przeprowadzone na terenie powiatu bialskiego i miasta Biała Podlaska w latach 2010-2011.

Niestety wyniki nie są zadowalające bowiem ponad 40% podopiecznych przebywa w pieczy zastępczej powyżej 6 lat, kolejna bardzo liczna grupa to pobyt średnio długi od 3 do 6 lat w rodzinie zastępczej. Oznacza to, że 70% rodzin zastępczych niejako „wciela się” w rolę rodziców biologicznych.

Jedne i drugie badania prowadzone na terenie powiatu bialskiego potwierdzają, że rodzina zastępcza rzadko stanowi formę tymczasową, zwykle ustanawiana jest na dłuższy okres i nie sprzyja reintegracji rodziny naturalnej. Być może wynika to z faktu, że zdecydowaną większość rodzin zastępczych stanowią rodziny spokrewnione z dzieckiem (tworzone przez dziadków czy starsze rodzeństwo) bądź rodziny niezawodowe tworzone przez dalszych krewnych, które do momentu wprowadzenia Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej również były rodzinami spokrewnionymi.

Rodzina spokrewniona z dzieckiem a tymczasowość pobytu w pieczy zastępczej

W polskim systemie opieki nad dzieckiem sierocym rodziny zastępcze spokrewnione z dzieckiem do roku 2011 stanowiły zdecydowaną większość. Według danych Departamentu Świadczeń Rodzinnych⁵ odsetek tych rodzin dochodził do 85%.

Podkreślić należy, iż rodziny spokrewnione pełnią pieczę zastępczą najczęściej z konieczności i poczucia obowiązku. Rodzina spokrewniona pod wieloma względami jest korzystniejsza od innych typów rodzin zastępczych chociażby ze względu na zazwyczaj silne więzi emocjonalne z dziadkami czy rodzeństwem, które według obecnie obowiązujących rozwiązań prawnych mogą tego typu rodzinę stworzyć. W doborze rodziny zastępczej uwzględnia się pierwszeństwo rodziny spokrewnionej czy spowinowaconej z dzieckiem, intencją sądu jest bowiem umieszczanie dzieci u osób, które one znają, co minimalizuje dyskomfort psychiczny dziecka, pod warunkiem jednak, że będą dawały gwarancję, że podołają obowiązkowi opiekunów zastępczych.

⁵ Dane Departamentu Świadczeń Rodzinnych, MPiPS, 2011, dane dotyczą liczby dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej z uwzględnieniem przyczyny.

Co do preferowania rodzin zastępczych spokrewnionych i spowinowanych z dzieckiem zastrzeżenia zgłasza m.in. M. Andrzejewski⁶. Uważa on, że rodziny w rodzinach tych wnikliwej ocenie powinny być poddawane kompetencje wychowawcze dziadków, będących rodzicami osób, którym odebrano dziecko, można bowiem przypuszczać, że osobom tym nie udało się należycie wychować własnego potomstwa i może nie powinni oni, opiekować się wnukami. Podkreślić należy, iż w momencie ustanawiania rodziną zastępczą dziadków, niejednokrotnie nie zmienia się sytuacji życiowej dziecka, bowiem często w jednym gospodarstwie domowym zamieszkują także rodzice biologiczni.

O innych wadach tego typu rodzin, tj.: brak odpowiedniego przygotowania do pełnienia roli opiekuna zastępczego; własne nierozwiązane kryzysy i problemy; trudności w przyznawaniu się do problemów z dzieckiem przebywającym w pieczy; brak umiejętności radzenia sobie z wychowaniem przyjętych dzieci piszą: E. Kozdrowicz i E. Bielecka⁷. Autorki dodają również, iż w wielu przypadkach nie da się uniknąć „dziedziczenia” określonych patologii rodzinnych, np. bezradności, słabych więzi emocjonalnych, uzależnień, co wpływa na ograniczanie szans rozwoju dzieci⁸. Ponadto podkreślić należy, że opieka zastępcza w rodzinach spokrewnionych zazwyczaj trwa dłużej niż w innych typach rodzin zastępczych.

Podsumowanie

Niewątpliwie jest wiele argumentów przemawiających na korzyść rodzinnej pieczy zastępczej, jednym z istotniejszych jest kwestia finansowa (rodzinna piecza zastępcza jest znacznie tańsza niż instytucjonalna), innym jest zapewnienie dziecku stałej opieki przez jedno czy dwoje opiekunów zastępczych, a nie tak, jak w placówce, kilku

⁶ M. Andrzejewski, *Prawo rodzinne i opiekuńcze*, C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 165-166.

⁷ E. Kozdrowicz, E. Bielecka, *Między chęcią a przymusem. Rozważania o spokrewnionych rodzinach zastępczych*, w: *Rodzinne formy opieki zastępczej. Teoria i praktyka*, red. A. Roguska, M. Danielak-Chomać, B. Kulig, wyd. Fundacja na Rzecz Dzieci i Młodzieży „Szansa” i Stowarzyszenie SOS Wioski Dziecięce w Polsce, Warszawa-Siedlce 2011, s. 138.

⁸ Ibidem, s. 136.

zmieniających się wychowawców. Jednakże wydaje się, że rodzinna piecza zastępcza zaczyna zatracać swą funkcję wspierającą rodziny biologiczne, na rzecz funkcji ich zastępowania. W 2011 roku wskaźnik podopiecznych rodzin zastępczych opuszczających tę formę opieki przed 18 rokiem życia wyniósł około 33%⁹. Zdecydowanie gorzej pod tym względem wypadają rodziny spokrewnione, gdzie zazwyczaj dziecko przebywa znacznie dłużej, rzadkie są powroty do rodziny naturalnej, rzadziej też dzieci są przysposobiane, co potwierdza w swoich badaniach, m.in. L. Winogrodzka¹⁰. Należy przypomnieć, iż powrót dziecka do rodziny generacyjnej i wsparcie jego rodziców naturalnych jest sensem opieki zastępczej.

⁹ *Dzieci w Polsce. Dane, liczby, statystyki*, UNICEF 2013, s. 34.

¹⁰ L. Winogrodzka, *Funkcjonowanie młodzieży z rodzin zastępczych w środowisku szkolnym*, 2006, http://www.towarzystwonaszdom.pl/filesdownload/82.w2006_sytuacjaskolna.pdf.

Summary

Temporariness of stay in foster care – truth or myth?

Foster care of orphan child should be temporary in nature, its purpose is to support families in difficulty. This support must be in a way a kind of preventive action confined mainly to the activation of the biological parents to resume neglected function. The article aims to verify how the implementation of this support is in practice. In particular, it seems important to determine whether the family foster care is actually temporary and that the child returns to the natural family. For the purpose of the publication is used data gathered during their research for her doctoral thesis in 2010-2011, and the data collected in 2015 by Piotr Jaworski for his B.A. thesis. Surveys were conducted in the Administrative Region of Biała Podlaska.

Dr Anna Jarkiewicz
Katedra Pedagogiki Społecznej
Uniwersytet Łódzki

„Zaburzenie psychiczne” w polu działania pracownika socjalnego

Abstrakt

Przedmiotem zainteresowania niniejszego artykułu jest problematyka działań pracowników socjalnych z osobami zaburzonymi psychicznie bądź zdradzającymi tego rodzaju problem. W tekście postaram się odpowiedzieć na pytanie o możliwości podejmowania pracy w tym specyficznym polu problemowym, który łączony jest jako typowy dla medycyny (psychiatrii) czy psychologii. Wskażę również na trudności, które związane są z tą pracą wraz z propozycjami rozwiązań. Podstawą do formułowania wniosków są badania przeprowadzone w ośrodku pomocy społecznej. Zasadniczym celem tych badań była rekonstrukcja działań pracowników socjalnych z osobami, u których zostało zdiagnozowane zaburzenie psychiczne, bądź jego istnienie było podejrzewane przez pracowników. Materiał badawczy był gromadzony i analizowany w oparciu o metodologię teorii ugruntowanej Gläsera, Straussa¹. Przez okres sześciu miesięcy obserwowałam pracowników socjalnych w trakcie wykonywania codziennej pracy ze szczególnym uwzględnieniem tej, która dotyczyła osób zaburzonych psychicznie.

W Polsce problematyka zaburzeń psychicznych jest tematem rzadko podejmowanym przez pedagogów społecznych bądź badaczy związanych z pracą socjalną². Również praktycy (pracownicy socjalni,

¹ G. B. Gläser, A. L. Strauss *Odkrywanie teorii ugruntowanej*, tłum. Marek Gorzko, Wyd. NOMOS, Kraków 2009.

² W ostatnich latach ukazały się dwie unikalne monografie, jedna z nich autorstwa Huberta Kaszyńskiego pod tytułem *Praca socjalna z osobami chorującymi psychicznie. Studium socjologiczne*, Wyd. UJ, Kraków 2013, druga Doroty Podgórskiej-Jachnik i Tadeusza Pietrasa zatytułowana *Praca socjalna z osobami*

pedagodzy) traktują zaburzenia psychiczne jako przedmiot zainteresowania innej specjalizacji i w rezultacie podejmują jedynie działania pośredniczące w kontakcie takiego klienta z innym specjalistą (psychiatrą, psychologiem). W związku z tym przekonaniem, że każdy tego typu przypadek wymaga interwencji psychiatrycznej, wykształciły się nawet procedury automatycznego odsyłania do psychiatry.

W konsekwencji zaburzenie psychiczne postrzegane jest jako problem nauk medycznych z wyraźnym wskazaniem, kto odpowiedzialny jest za jego diagnozowanie i rozwiązywanie, gdyż w kwestii planowania i podejmowania działań związanych z zaburzeniem psychicznym perspektywa medyczna (psychiatryczna) jest dominująca. Niestety nadrzędność (niekiedy wręcz wyłączność) tej perspektywy uniemożliwia lub co najmniej ogranicza pole działania pracowników socjalnych³. Choć w niektórych sytuacjach, na pewnym etapie pracy, ograniczenie się do pomocy psychiatrycznej wydaje się jedynym słusznym rozwiązaniem, to jednak w znaczącej większości przypadków wspomniany typ myślenia może mieć szkodliwe konsekwencje dla klienta, który mógłby wiele zyskać na niemedycznych działaniach środowiskowych.

Ograniczenie użycia tych metod w znacznej mierze uwarunkowane jest niedopuszczaniem przez samych pracowników socjalnych innego sposobu postrzegania zaburzeń psychicznych. Jak wykazały moje badania, pracownicy socjalni potrafią teoretycznie wskazać szereg alternatywnych (wobec medycznych) rozwiązań, jednak giną one na etapie planowania i realizacji rzeczywistych działań podejmowanych wobec klientów zaburzonych psychicznie. Przyczyn tego zjawiska można upa-

zaburzonymi psychicznie i ich rodzinami, seria Nowa Praca Socjalna, Warszawa 2014. Choć perspektywa postrzegania zjawiska zaburzeń psychicznych prezentowana w tym tekście, różni się od przyjętej w powyższych publikacjach, to jednak pewne podobieństwa można zaobserwować na poziomie proponowanych rozwiązań.

³ Warto wspomnieć, że w Stanach Zjednoczonych, w których praca socjalna od początku była znacznie bardziej związana ze służbą zdrowia niż w większości krajów europejskich, w przypadkach interwencji psychiatrycznej ważną, a nawet kluczową rolę odgrywa pracownik socjalny, który zarządza wsparciem udzielanym klientowi (*case management*). Takie usytuowanie pracownika socjalnego umożliwiło znaczące zmniejszenie czasu hospitalizacji osób z zaburzeniami psychicznymi, bowiem otrzymywali oni skuteczne wsparcie w miejscu ich zamieszkania.

trywać, z jednej strony w braku śmiałości pracowników socjalnych do zaznaczania swojej pozycji w polu problemów psychicznych, choć niewątpliwie mają one skutki społeczne. Z drugiej jednak strony brakuje też teoretycznego i metodycznego dorobku w tym obszarze działania, co odbija się na niedostatkach kształcenia. Z tych względów osoby zatrudnione w instytucji pomocy społecznej nie są w stanie wykorzystać wiedzy, która jako równoważna medycznej dawałaby możliwość włączenia się do dyskursu we wskazanym zakresie, wzbogacania go o perspektywę społeczną. Niestety na kształtowanie wiedzy w tym polu destrukcyjnie wpływa również fakt, że sami zainteresowani unieważniają wiele cennych wniosków, refleksji, które krążą jedynie w wewnętrznym obiegu informacji (w rozmowach pomiędzy pracownikami).

Celem moich badań była rekonstrukcja działań pracowników socjalnych z osobami zaburzonymi psychicznie, w tym działań unieważnianych (rozwijanych jedynie lokalnie lub indywidualnie). Pierwszym etapem analiz empirycznych była rekonstrukcja sposobu postrzegania „zaburzenia psychicznego”⁴ wśród pracowników socjalnych, który mógłby stanowić punkt wyjścia do orientowania działania w pracy z klientem zaburzonym psychicznie.

(Re)definicja pojęcia „zaburzenie psychiczne” w polu pracy socjalnej

Przestrzeń dyskursowa związana z problematyką zaburzeń psychicznych wydaje się być niemal całkowicie zdominowana przez medycynę. Ponieważ jednak coraz częściej dostrzegane są i uznawane za istotne (również przez niektórych reprezentantów nauk medycznych) społeczne aspekty zaburzenia psychicznego, perspektywa psychiatryczna musi

⁴ Ponieważ badania były usytuowane w perspektywie kulturowego definiowania choroby psychicznej, w szerszych opracowaniach posługiwałam się kategorią „osób postrzeganych jako zaburzone psychicznie”, a nie „zaburzonych psychicznie” (jak w dyskursie medycznym). Nieco bardziej precyzyjnie kwestie te wyjaśnione są dalej. Pozostaje jeszcze kwestia rozwijającej się ostatnio psychiatrycznej poprawności językowej nakazującej zastępowanie zwrotu „chory psychicznie” kategorią „osoba z chorobą psychiczną”. Nie wypowiadając się na temat zasadności tej tendencji, dodać trzeba, że w niniejszym tekście posługuję się kategorią „osoba (postrzegana jako) zaburzona psychicznie”, ponieważ taki jest efekt mojej rekonstrukcji empirycznej, to znaczy pracownicy socjalni traktują zaburzenie jako względnie trwałą cechę osoby (klienta).

być uzupełniona kulturową, wypracowaną w ramach nauk społecznych oraz przez reprezentantów profesji społecznych. W tym celu pracownicy socjalni wraz z pedagogami, socjologami, antropologami powinni zacząć konstruować własne stanowisko i uważniać⁵ własne propozycje działania, bowiem najważniejszym obszarem pracy socjalnej jest społeczny kontekst funkcjonowania klienta, pacjenta, podopiecznego.

Analizując materiał badawczy, moją uwagę zwrócił fakt marginalizowania przez pracowników teorii społeczno-kulturowych na etapie konturowania działania. Ich obecność zaznaczana była w prywatnych rozmowach. Tymczasem orientując działanie *stricte* powiązane z obszarem pracy socjalnej, szczególnie przydatne wydają się teorie społeczno-kulturowe, które pozwoliłyby szerzej zrozumieć sytuację klienta, wyjaśnić⁶ i następnie skonstruować plan pomocy. Właściwie już samo zakwalifikowanie przypadku do pomocy psychiatrycznej ogranicza w znacznym stopniu pole pracy socjalnej do działań pośredniczących. Aby uniknąć tej sytuacji, praca socjalna powinna uprawomocnić taki sposób definiowania zaburzenia psychicznego, który korespondowałby z teoriami społecznymi i jednocześnie dawał podstawę podejmowania własnych działań ukierunkowanych na społeczny kontekst funkcjonowania klienta.

Wykorzystując perspektywę interakcyjną⁷, zaburzenie psychiczne byłoby definiowane jako konstrukt wytwarzany w interakcji mię-

⁵ Używając pojęcie „uważnianie”, odnoszę się do zestawu pojęć Alfreda Schütza dotyczących struktur spraw ważnych i nieważnych. *Do obszaru komunikowania w ogólności należy »ustalenie relewancji, «czyli ustawiczne kształtowanie hierarchii spraw traktowanych jako ważne i nieważne. Alfred Schütz wyróżnia relewancję tematyczną (thematische Relevanz – coś, a nie coś innego, skupia naszą uwagę), interpretacyjną (Auslegungsrelevanz – to coś interpretujemy tak, a nie inaczej) oraz motywacyjną (Motivationsrelevanz – wobec tego czegoś podejmujemy takie, a nie inne działania). W zwyczajnych sytuacjach życia codziennego te trzy relewancje są od siebie wzajemnie zależne, żadna nie dominuje nad inną».* Cytat za: M. Czyżewski, *Polski spór o książkę „Strach” Jana Tomasza Grossa w perspektywie pośredniczącej. analizy dyskursu*, „Studia Socjologiczne”, nr 3, s. 9.

⁶ Pisząc „wyjaśnić”, mam na myśli wyjaśnienie sytuacji klienta, np. innym osobom mającym z nim kontakt, jak rodzina, sąsiedzi itp.

⁷ Pragnę podkreślić, że zawarta w tekście propozycja (Re) definicji „zaburzenia psychicznego” nie ma na celu unieważnienia dorobku nauk medycznych, może natomiast stanowić jej uzupełnienie.

⁸ W badaniu użyłam jako korpus teoretyczny paradygmat interpretatywny w tym w szczególności interakcjonizm symboliczny. H. Blumer, *Interakcjonizm symboliczny*, tłum. Grażyna Woroniecka, Wyd.

dzy partnerami (w tym wypadku pomiędzy pracownikiem socjalnym a klientem), gdzie jednemu z nich zostaje nadana tożsamość „zaburzonego psychicznie”⁹. Kolejne doświadczenia interakcyjne mogą doprowadzić do przekształcenia bądź utrwalenia pierwotnych interpretacji. Oznacza to, że „zaburzenie psychiczne” jest dynamicznie zmieniającym się zjawiskiem społecznym. W optyce tego podejścia „zaburzenie psychiczne” nie funkcjonuje jako fakt obiektywny, tzn. klient nie musi mieć (choć może) diagnozy psychiatrycznej, nie jest nawet konieczne, żeby w swoich doświadczeniach biograficznych posiadał tzw. epizod psychiatryczny – na przykład kontakt z lekarzem psychiatrą. Punktem wyjścia do nadania klientowi tożsamości „klienta zaburzonego psychicznie” jest uważnienie w relacji z nim elementów, które według pracownika socjalnego są symptomatyczne dla zaburzenia psychicznego.

Uważnienie oznacza tutaj dostrzeżenie przez pracownika czegoś, co później interpretowane jest jako zaburzenie psychiczne. Tak więc „zaburzenie” jest pewnym konstruktem powstającym w interakcji, w trakcie której jednostce (klientowi) zostaje nadana tożsamość o określonych charakterystycznych cechach. Chodzi tu o wyróżnienie na przykład następujących cech: zaburzony format kontaktu; problematyczna bezpośrednia komunikacja na poziomie werbalnym i niewerbalnym; specyficzny, uznany za dziwny sposób zachowania lub obszary zainteresowania (hobby); charakterystyczny wygląd zewnętrzny (określany często mianem „wyróżniający się z tłumu”) oraz wygląd mieszkania. Nadanie klientowi tożsamości „klienta zaburzonego psychicznie” kontekstualizuje i w pewien sposób zamyka relację, ograniczając ją do skonstruowanego wobec tej kategorii problemowej wzoru interpretacyjnego. Co więcej taka tożsamość mobilizuje pracownika do podjęcia określonego działania.

Formalny wymiar tego działania konstytuują takie dokumenty, jak.: ustawa o pomocy społecznej, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, wewnętrzne przepisy i zalecenia, które mogą również pochodzić z innych

Nomos, Kraków 2009.

⁹ W dalszej części tekstu termin zaburzenie psychiczne będę pisała w cudzysłowie, pragnąc podkreślić, że nie należy go odczytywać w przez pryzmat teorii medycznych.

niż pomoc społeczna instytucji, np. szpital psychiatryczny. Elementy wspomniane powyżej są jednak zaledwie częścią złożonej struktury sytuacji pracy z tą kategorią klientów. Interakcyjna organizacja działań wobec tej kategorii przebiega często w poprzek formalnych uporządkowań, a czasem nawet na przekór im, np. zalecane procedury nie są podejmowane wobec wszystkich klientów „zaburzonych psychicznie”, porządek pomocy społecznej nie zawsze opiera się na rozpoznaniach medycznych (niektórzy klienci posiadający diagnozę psychiatryczną w rzeczywistości ośrodka pomocy społecznej traktowani są standardowo, a klienci bez epikryzy postrzegani są niekiedy przez pracowników tak, jakby ją posiadali).

Ujawniające się na interakcyjnym poziomie działania, różnorodne trudności generują potrzebę wytwarzania metod umożliwiających balansowanie pomiędzy formalnymi (instytucjonalnymi) oczekiwaniami a własnymi pomysłami na rozwiązanie problemu klienta. Przedstawiony tu dystans pracowników socjalnych do diagnoz psychiatrycznych ujawnia wyraźnie nie tylko potrzebę odmiennego patrzenia w pracy socjalnej na zaburzenia psychiczne, ale również pokazuje, że taka alternatywna perspektywa jest realnie wytwarzana na poziomie działania, nawet jeżeli nie zawsze jest werbalizowana. W dalszej części tekstu przedstawione zostaną niektóre z trudności związane z orientowaniem działań wobec klientów „zaburzonych psychicznie”.

Diagnoza społeczna a medyczna

Jednym z istotnych zadań pracownika socjalnego jest diagnoza i prognoza sytuacji klienta. Wspomniany obowiązek znacząco się komplikuje w odniesieniu do klientów „zaburzonych psychicznie”, gdyż zgodnie z formalnymi przepisami, taki przypadek powinien być odelegowany do lekarza psychiatry.

Przedmiotem pracy socjalnej jest jednak człowiek funkcjonujący w określonej przestrzeni społecznej, co w znacznym stopniu utrudnia powzięcie działań, które – według pracownika socjalnego – mogą być dla niego krzywdzące. Samo zasugerowanie konsultacji psychiatrycznej jest już dość kłopotliwe, biorąc pod uwagę dosyć powszechną negatyw-

ną opinię na temat osób zaburzonych psychicznie. Nikt nie chce przecież być postrzegany w ten sposób, a wiele osób wręcz się tego obawia. Pojawia się więc ryzyko wycofania się klienta z dalszej współpracy lub bardziej strategiczne filtrowanie informacji na własny temat, co mogłoby przysporzyć trudności samemu pracownikowi. Urwanie kontaktu, biorąc pod uwagę kwalifikację problemu, jest szczególnie niebezpieczne, kiedy pracownik prognozuje niepomyślny rozwój wydarzeń, np. akty agresji klienta wobec otoczenia bądź autoagresji. Delikatna natura sprawy wymaga także szczegółowego rozpoznania. Pracownik musi mieć absolutną pewność odnośnie do własnych interpretacji, zanim podejmie kroki, które w jego opinii mogą zburzyć relację z klientem i zniszczyć pokładane w jego osobie zaufanie. Rozstrzygnięcie przypuszczeń uzależnione jest od czasu, jaki posiada pracownik na poznanie klienta. W przypadku pozytywnej weryfikacji hipotezy dalsze kroki uwarunkowane są oceną ryzyka i prognozą rozwoju wypadków. W sytuacji gdy objawy „zaburzenia” utrudniają codzienne funkcjonowanie i zakłada się ich wzmożenie, zwykle do współpracy zapraszany jest inny specjalista (psychiatra, psycholog). W praktyce zwykle oznacza to oddanie kontroli nad przypadkiem.

Wspomniany wcześniej czas potrzebny na diagnozę ważny jest, gdyż w przeważającej większości klient zyskuje przy bliższym poznaniu. Interakcyjne zbliżenie nie pozostaje bez wpływu na orientowanie działania wobec prowadzonego przypadku. Interpretacja i klasyfikacja problemu staje się bardziej sproblematyzowana. Zachowanie klienta uprzednio postrzegane jako symptomatyczne staje się częściowo bądź całkowicie zrozumiałe lub, mimo ciągłego rozpatrywania go w kategoriach „dziwactwa”, zaczyna być określane jako niegroźne dla niego i osób z jego otoczenia. Dodatkowo pozytywna ocena możliwości samodzielnego funkcjonowania klienta otwiera alternatywną ścieżkę pracy z nim, która nie wymaga współdziałania z instytucjami medycznymi. Na tym etapie pojawiają się kolejne trudności.

Orientacja działania w dużej mierze zależy od instytucjonalnego, a także społecznego kontekstu. Kategoria „zaburzenie psychiczne” nie-

sie ze sobą ubezwłasnowolniającą konotację, w ramach której pozostawienie (uważnienie) swobody w podejmowaniu decyzji oraz prawa do samodzielnej egzystencji (bez kontroli instytucji medycznych) może być odebrane przez współpracowników, zwierzchników a nawet społeczeństwo) jako jaskrawy przejaw zaniedbania obowiązków. Podnoszone wobec osób „zaburzonych psychicznie” kwestie niezdolności do samodzielnego życia, nieprzewidywalności, groźby popełnienia samobójstwa czy narażenia innych na niebezpieczeństwo dyskredytuje je jako pełnowartościowych członków społeczeństwa i daje przyzwolenie na działania ograniczające ich prawa „dla ich dobra”. W praktyce oznacza to często zastosowanie wobec nich przymusu hospitalizacji. Nawet najbardziej optymistyczna prognoza rozwoju sytuacji klienta nie daje pracownikowi gwarancji, że któreś z powyższych zdarzeń nie nastąpi (samobójstwo, akt agresji itp.). Odstępując od rygorystycznego przestrzegania formalnych procedur, pracownik skazuje siebie na działania nieformalne (niekiedy wręcz konspiracyjne), które po ujawnieniu w kontekście tragicznych wydarzeniach, stają się zagrożeniem dla jego pozycji zawodowej, np. osoba, która nie zadziałała w sposób określany przez pryzmat procedur jako właściwy, może utracić pracę.

Propozycja radzenia sobie z trudnościami

Opisane powyżej trudności mogłyby zostać znacznie ograniczone przez nadanie ważności i profesjonalnego statusu diagnozie społecznej robionej przez pracownika socjalnego. W chwili obecnej rozpoznanie dokonywane przez pracownika ma minimalne znaczenie, szczególnie w konfrontacji z innymi diagnozami (medycznymi, psychologicznymi). Sami pracownicy socjalni sprawiają wrażenie, że nie traktują niskiej rangi własnych diagnoz jako kluczowego problemu, co zmniejsza szanse na jakiegokolwiek zmiany, w szczególności oddolne. Co więcej, przekształcenia w tym aspekcie nie mogą dotyczyć jedynie poziomu praktyki (mikro strukturalnego), bowiem niezwykle ważna jest również zmiana na szczeblu instytucjonalnym (mezo strukturalnym) przez co rozumiem uznawanie a nawet legitymizację diagnozy społecznej

przez kadrę zarządzającą pomocą społeczną. Pracownik powinien czuć wsparcie ze strony instytucji, która w kontekście pozainstytucjonalnym (np. medialnym) winna podkreślać znaczenie podjętych przez niego decyzji, za którymi stoi rzetelna ocena sytuacji. Tymczasem, jak podkreślają pracownicy socjalni, w rzeczywistości bywa różnie. Błąd oceny sytuacji klienta, który zdarzyć się może każdemu profesjonalście, trudny jest do wyjaśnienia, bo jakim prawem pracownik podjął decyzję dotyczącą osoby zaburzonej psychicznie. Sytuacji nie służy zainteresowanie medialne. Reporterzy, nastawieni na znalezienie sensacji, chętnie rozpisują się na temat rzekomych zaniedbań pracowników socjalnych, poddając w wątpliwość ich kompetencje i zaangażowanie w pracę.

Z uwagi na naturę problemu (zaburzenie psychiczne) pomoc społeczna woli wycofać się z konfrontacji z innymi silnymi poglądami (np. medycznymi) podkreślając ograniczenia i brak kompetencji do uczestnictwa w tym dyskursie. Z tym podejściem można się zgodzić jedynie częściowo. Prawdą jest, że pracownicy socjalni nie mają uprawnień do polemizowania z argumentami odnoszącymi się do psychiatrycznego planu działania. To co jednak mogą, a nawet powinni robić to uwrażliwiać i uwypuklać społeczny (humanistyczny) kontekst „zaburzeń psychicznych”, który ginie w perspektywie psychiatrycznej ostro skoncentrowanej na medycznej (biologicznej) naturze problemu. Nauki społeczne dostarczają w tym względzie użytecznych wskazówek i narzędzi, by wymienić choćby teorie stygmatyzacji Goffmana¹⁰, model destygmatyzacji ukierunkowanej Watsona i Corrigan¹¹, podjęcie upelnomacniającej Beresforda¹² i wiele innych. Istotne wnioski wynikają również z praktyki pracy z osobami leczonymi psychiatrycznie, które mimo sukcesów medycznych przejawiających się zwykle farma-

¹⁰ E. Goffman *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, tłum. A. Dzierżyńska, Wyd. GWP, Gdańsk 2005.

¹¹ P. W. Corrigan, A. C. Watson, *At issue: Stop the stigma: Call mental illness a brain disease*, „Schizophrenia Bulletin”, 2004, nr 30(3), s. 875-884.

¹² Chodzi o „ruch użytkowników usług” za: P. Beresford, *Upelnomocniająca wiedza na rzecz upelnomocniającej pracy*, [w:] A. Gulczyńska, M. Granosik (red.), *Empowerment w pracy socjalnej: praktyka i badania partycypacyjne*, „Nowa Praca Socjalna”, Warszawa 2014, s. 27-41.

kologicznym unormowaniem objawów psychotycznych nie są w stanie funkcjonować społecznie, bo albo są stygmatyzowane (negatywnie lub pozytywnie) albo w procesie psychoterapii zostały nadmiernie ukierunkowane na wewnętrzne procesy psychiczne (pracę nad sobą) z pominięciem relacji społecznych.

Efektom wykorzystania diagnozy społecznej mogłaby być ocena społecznych możliwości funkcjonowania osoby zaburzonej w środowisku, a także rekomendacje ukierunkowane na sposoby naprawy stanu rzeczy w tej dziedzinie. Warto dodać, że takie postępowanie powinno być tworzone niezależnie od koncepcji medycznych. Pożądanym jest, aby pracownicy socjalni zaczęli pozycjonować własny pogląd w spektrum stanowisk i podejmować krytyczny namysł nad ogólnym stanem dyskusji w problematyce zaburzeń psychicznych. Dopiero wtedy mogą zaistnieć jako poważny partner w tym obszarze działania (równorzędny reprezentantom nauk medycznych), co z kolei otworzy możliwość synchronizowania medycznego i społecznego planu działania.

Praca ze społecznością

Kolejną trudnością w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie jest kwestia zaangażowania osób trzecich, w tym przede wszystkim sąsiadów. Dla większości, zdaniem pracowników socjalnych, człowiek „zaburzony psychicznie” jest niebezpieczny, niezdolny do samodzielnej egzystencji i należy, dla dobra jego i innych, odizolować go od społeczeństwa. Mieszkańcy bloku bądź kamienicy czują zagrożenie, kiedy ich sąsiadem jest osoba „zaburzona psychicznie”. W związku z tym zgłaszają do pomocy społecznej swoje obawy licząc na pomyślne rozwiązanie, często odesłanie takiej osoby do szpitala bądź umieszczenie w domu pomocy społecznej.

Powyższe rozwiązania zwykle postrzegane są przez pracowników jako radykalne i drastyczne, dlatego tylko w szczególnie uzasadnionych przypadkach i negatywnej prognozie rozwoju sytuacji decydują się oni rozpocząć którąkolwiek z procedur. Obserwacja, rozmowa i czas spędzony z klientem, umożliwia lepsze rozumienie jego zacho-

wań i często zdejmując z nich interpretację niebezpiecznych. Pojawia się trudność łączenia dwóch celów: klienta, który chce żyć tak, jak do tej pory oraz społeczności lokalnej, sąsiadów, którzy domagają się jego izolacji. Rodzi to profesjonalny dylemat, czyje interesy powinien reprezentować pracownik socjalny: klienta czy społeczności, przy czym nie ma możliwości trwałego pogodzenia tych sprzecznych tendencji. W praktyce, mając bardzo ograniczony czas, pracownik musi wybrać jedną z dróg: wspólny front z klientem bądź z sąsiadami. Wiele uwarunkowań decyduje o jego wyborze. Niekiedy naciski społeczności są zbyt silne i pod ich wpływem decyduje się na rozwiązanie, które w jego opinii jest krzywdzące dla klienta. Ma to związek z personalnym uwikłaniem pracownika w proces podejmowania decyzji. Wybrana przez niego strategia może zadecydować o jego dalszej karierze, zwłaszcza zaś ta, która z perspektywy czasu, okaże się złym wyborem. Mając tego świadomość pracownik socjalny, dla własnego spokoju, często podejmuje decyzję niezgodną z przekonaniem. Jeżeli jednak pomimo wszystko pracownik opowiada się po stronie klienta, ryzyko, że coś pójdzie nie tak spoczywa na nim, a myśl, że za potencjalne kłopoty odpowiedzialny będzie tylko on, obciąża kolejne działania.

Propozycja radzenia sobie z trudnościami

W powyższej sytuacji rzuca się w oczy brak uwrażliwienia społeczności na odmiennosc w sposobie zachowania, na które nakłada się etykietę zaburzeń psychicznych. Jak można się domyślać, inne niż izolacja działanie pracownika wobec klienta postrzegane będzie jako bagatelizowanie problemu czy brak prawdziwego zaangażowania w pracę. Indywidualna praca z klientem w tej sytuacji będzie nieefektywna i nie rozwiąże zasadniczego problemu, który tak naprawdę zawieszony jest pomiędzy społecznością a „nietypową” jednostką. W pomocy społecznej dominuje praca z indywidualnym przypadkiem, która jak pokazują radykalne teorie pracy socjalnej¹³ pozostawia wiele do życzenia w od-

¹³ Patrz: A. Gulczyńska, *Model radykalnej pracy socjalnej – analiza na podstawie badań nad procesem wrastania społecznego nastoletniej młodzieży w wielkomiejskim środowisku życia*, [w:] E. Marynowicz-Hetka,

niesieniu do jej celów. Jak zauważa Granosik *rozpoznanie, diagnoza w pracy socjalnej powinny odkrywać zjawiska lokalne (intersubiektywne) wraz z ich szerszymi uwarunkowaniami, bowiem to właśnie w konkretnych relacjach międzyludzkich tworzony jest społeczny wymiar życia, nawet jeżeli jest warunkowany przez bardziej ogólne zjawiska*¹⁴. Definiując cel pracy socjalnej jako przywrócenie procesu negocjowania znaczeń między osobami „zaburzonymi psychicznie” a społecznością, zadaniem pracownika socjalnego byłaby praca, nazwana za Czyżewskim, „pracą pośredniczącą”. W proponowanym przez tego autora ujęciu praca pośrednicząca jest *próbą zaradzenia rozbieżnościom w dziedzinie wzorów interpretacji świata, które mogą wystąpić między kulturami, a także stylami życia, środowiskami społecznymi lub światopoglądowo ugruntowanymi punktami widzenia w kręgu tej samej kultury*¹⁵. Czyżewski zauważa, że najbardziej efektywna praca pośrednicząca jest wtedy, gdy odbywa się „na niskim poziomie struktury społecznej i gdy realizowana jest lokalnie „twarzą w twarz”¹⁶. Kryteria tolerancji czy akceptacji odmienności wyodrębiają się wraz z osobistymi doświadczeniami (pośrednimi, bądź bezpośrednimi), dlatego praca ze społecznością wydaje się w tym miejscu odpowiednią strategią działania.

Takie format pracy wymaga jednak czasu, a pracownicy socjalni często uskarżają się na obciążenie nadmierną ilością przypadków. Dobrym rozwiązaniem wydaje się zaangażowanie asystentów, opiekunów specjalistycznych terapeutów środowiskowych czy lokalnych liderów, którzy włączyliby się do wspólnego działania mającego podnieść świadomość społeczności na temat istoty odmienności czy zaburzeń psychicznych. Celem takiego działania nie powinno być ani przekonanie klienta, że ma ulec społeczności, ani społeczności, że ma bezwarunko-

Pedagogika społeczna, Podręcznik akademicki T.I, PWN, Warszawa 2006, s. 397-410.

¹⁴ M. Granosik, *Praca socjalna w perspektywie interpretatywnej: teoria, diagnoza, działanie*, [w:] A. Skowrońska (red.), *Nowe ujęcia znanych problemów społecznych*, CRZL, Warszawa 2013, s. 9.

¹⁵ M. Czyżewski, *Praca pośrednicząca w relacjach polsko-żydowskich. Doświadczenia biograficzne i dyskurs publiczny*, [w:] A. Sitarek, M. Trębacz, E. Wiatr (red.), *Zagłada Żydów na polskiej prowincji*, IPN, Łódź 2012, s. 488.

¹⁶ Ibidem.

wo pogodzić się z kłopotliwym sąsiadem (np. z litości), ale przywrócenie negocjowania granic indywidualności w ramach wspólnoty sąsiedzkiej.

Praca w dyskursie i nad społeczeństwem

W kontekście wspomnianych powyżej trudności należy zwrócić uwagę na media, które za pośrednictwem komunikatów są w stanie oddziaływać na orientowanie działań pracowników socjalnych. Związane jest to z ich szerokim zasięgiem i zdolnością do kształtowania opinii publicznej. Jak zauważa Granosik, *z powodu silnego umedialnienia, problemy współczesne to głównie problemy istotne dla funkcjonowania zurbanizowanych społeczeństw i skutecznego nimi rządzenia, często bezosobowego i rozproszonego. We współczesnym świecie coraz więcej kwestii przesądzanych jest na poziomie dyskursu publicznego i, niezależnie od merytorycznego czy formalnego poziomu dyskusji medialnej, to właśnie jej rezultaty kształtują znaczną część codzienności*¹⁷. W moich badaniach, tak jak zauważa również Szyszka, zaobserwowałam istniejące wśród pracowników socjalnych przekonanie, że „dziennikarze mogą przede wszystkim zaszkodzić, mediów należy jak najskuteczniej unikać, a opinia o działalności ośrodka powinna bazować przede wszystkim na jego sprawnym funkcjonowaniu. „*Idą media – będzie tragedia*” – taką formułę w różnorodnych wersjach usłyszeć można podczas szkoleń, spotkań i seminariów z pracownikami socjalnymi. Ten strach wynika m.in. z przekonania, że dziennikarze pojawiają się przede wszystkim by tropić afery¹⁸. Dodatkowym utrudnieniem jest jednoczesne funkcjonowanie w mediach dwóch przeciwnych dyskursów (humanizujący i interwencyjny)¹⁹. W publicystycznym ferworze często niedostrzegany jest fakt przeplatania sprzecznych komunikatów, które

¹⁷ M. Granosik, *Praca socjalna w perspektywie interpretatywnej: teoria, diagnoza, działanie*, [w:] A. Skowrońska (red.), *Nowe ujęcia znanych problemów społecznych*, CRZL, Warszawa 2013, s. 12.

¹⁸ M. Szyszka, *Kształtowanie wizerunku instytucji pomocy społecznej w mediach*, CRZL, Warszawa 2013, s. 17.

¹⁹ Szerzej: A. Jarkiewicz, *Media i dylematyczność działania w obszarze pracy socjalnej z osobami zaburzonymi psychicznie*, Wyd. Instytut Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego, „Societas/Communitas”, 2013, nr 2(16), s. 185-205.

dezorganizują działania pracowników socjalnych. Z jednej strony, poprzez relacjonowanie spektakularnych wydarzeniach z udziałem osób „zaburzonych psychicznie”, takich jak akty agresji, czy nawet morderstwo, nawołują do kontroli i izolacji osób zaburzonych psychicznie (dyskurs interwencyjny). Z drugiej strony publikowane są też wypowiedzi ekspertów, najczęściej psychologów i psychiatrów, którzy często propagują bardziej humanistyczne rozwiązania, gdzie dobro i poszanowanie wolności pacjenta stanowi punkt wyjścia do działania (dyskurs humanizujący). Zgodnie z opinią pracowników socjalnych ten sposób postępowania, choć z teoretycznego punktu widzenia słuszny, jest bardzo trudny, a wręcz niemożliwy do aplikacji w praktyce.

Dwutorowość przekazów odczuwana jest przez tę grupę zawodową jako problem, którego istnienie rodzi różne napięcia i trudności. Dla mediów szczególnie interesujące są sprawy sensacyjne, bulwersujące, tragiczne, które demaskują nieprawidłowości w funkcjonowaniu różnych instytucji ze wskazaniem „jak powinno być”. Pomoc społeczna, w kontekście tego rodzaju wydarzeń, przedstawiana jest zwykle jako zaniedbująca obowiązki – co (bez)pośrednio jest przyczyną tragedii. Taka forma prezentacji obniża zaufanie i społeczny prestiż pracy socjalnej. Pracownicy starają się zatem unikać sytuacji, które mogłyby stać się atrakcyjne dla mediów. Groźba przedostania informacji do dyskursu medialnego staje się niekiedy wystarczającym argumentem przystąpienia do interwencji, gdyż inne działania są blokowane, z jednej strony przez media, a z drugiej przez władze ośrodka, które zakładając reakcje mediów, wywierają na pracownika presję, przekonując go do określonego typu działania.

Zbyt duże przywiązywanie uwagi do tego, co może zadziać się w mediach niesie ze sobą same zagrożenia, w tym najpoważniejsze dotyczące zewnętrznego narzucenia określonego typu pracy. W kontekście problemu zaburzeń psychicznych *wynika z tego nader kłopotliwa konsekwencja polegająca na tym, że ułatwiając zdrowie psychiczne jednym (społeczeństwu, które domaga się odseparowania osoby zaburzonej psychicznie), przez egzekwowanie ustalonego wzoru życia, szkodzimy*

*zawsze innym („zaburzonym psychicznie”)*²⁰. Z uwagi na sprzeczne dążenia, z góry skazane na porażkę są próby działania łączącego standardy obu dyskursów (humanizującego i interwencyjnego). Poza tym podążając za roszczeniami mediów pracownik przyjmuje postawę bierną, która sprawia, że udaje mu się pracować z dala od medialnego szumu, jednakże w żaden sposób nie zmienia obecnej w nich tendencji.

Propozycja radzenia sobie z trudnościami

Istnieją lepsze sposoby prezentacji pracy socjalnej w mediach, które miałyby społecznie użyteczny charakter. Przede wszystkim ważne jest, aby pracownicy socjalni zaczęli udzielać się medialnie. Powinni, na równi z innymi ekspertami (np. psychologami, psychiatrami), domagać się prawa do komentowania, przedstawiania opinii, dzielenia się ze społeczeństwem praktyczną refleksją. Świadome wkroczenie pracowników socjalnych do dyskursu medialnego może przynieść pozytywne efekty nie tylko dla nich jako grupy zawodowej, ale również dla klientów. W tym celu ich medialne pojawianie się musi przestać być przypadkowe. Istotne z punktu widzenia budowania pozycji pracy socjalnej jest zaistnienie pracowników w mediach jako ekspertów o określonych poglądach, które uwrażliwiałyby społeczeństwo na społeczne teorie różnych problemów (w tym „zaburzeń psychicznych”). Pozytywnym efektem zabierania głosu w dyskursie medialnym mógłby być wzrost prestiżu.

Medialne ujawnienie realiów pracy pomocy społecznej, przedstawienie obecnych w niej dylematów i trudności daje szansę na opracowywanie i wdrażanie odpowiednich programów działania, które byłyby zgodne z diagnozą społeczną. Taka specyficzna „dekonspiracja” pracy socjalnej ułatwiłaby uwiarygodnienie jej profesjonalności, co w przełożeniu na kontakt z klientem mogłoby przynieść efekt w postaci większej autonomii działania. Nie należy się łudzić, że medialna obecność pracowników socjalnych sprawi, że reportaże interwencyjne z ich udziałem przestaną być

²⁰ J. Sowa, *Kulturowe założenia normalności w psychiatrii*, PIW, Warszawa 1984, s. 119.

emitowane. Zdecydowane pozycjonowanie poglądów może wpłynąć na całościowy obraz, który w kontekście różnorodnych form prezentacji medialnej nie będzie jednowymiarowy i jednoznaczny, a ocena opinii publicznej powinna być bardziej problematyzowana i ostrożna.

Ponadto należy zwrócić uwagę, że praca nad dyskursem daje realną szansę na społeczną zmianę wyobrażenia na temat osób zaburzonych psychicznie. Może mieć to wpływ na ich funkcjonowanie w społeczeństwie. Trudno bowiem mówić o efektywnej pomocy bez zmiany nastawienia społecznego do osób zaburzonych psychicznie. Za pośrednictwem mediów mogłoby odbywać się mediowanie pomiędzy wkluczonymi a wykluczającymi. Spotkanie zapośredniczone w dyskursie daje szansę do zaistnienia nieobecnej perspektywy osób doświadczających wykluczenia, czy marginalizacji. Prezentacja stanowiska osób zaburzonych psychicznie jest sposobnością do zlustrowania i zmiany poglądów, które najprawdopodobniej wykształciły się w oparciu o fałszywe przesłanki, stereotypy.

Zakończenie

Jeżeli przyjąć, że rolą pracy socjalnej jest przywrócenie procesu negocjowania znaczeń pomiędzy osobami „zaburzonymi psychicznie” a zdrowymi, rolą pracownika socjalnego powinno być: przeprowadzenie diagnozy z wykorzystaniem teorii społecznych; mediacja, w tym również mediacja w dyskursie medialnym; rzecznictwo, prezentacja perspektywy osób zaburzonych psychicznie, *empowerment*. Aby to osiągnąć, muszą zaistnieć zmiany na kilku przynajmniej poziomach. Po pierwsze język opisu zaburzeń psychicznych nie może opierać się na terminologii medycznej. Konieczne jest zatem wprowadzenie zmian w definiowaniu i opisywaniu zjawiska „zaburzenia psychicznego”, tak by dało się ono odnosić do teorii społecznych i by uwrażliwiał na humanistyczne, społeczne konteksty. Po drugie pracę z osobami zaburzonymi psychicznie należy zacząć postrzegać bardziej kompleksowo. Metoda indywidualnego przypadku jest w tym kontekście niewystarczająca. Konieczne jest podejmowanie działań w środowisku

i otoczeniu tej osoby (praca ze społecznością), które redukowałyby negatywne wpływy stygmatyzacji społecznej, jak również działań medialnych umożliwiających prezentację perspektywy osób wykluczonych (dyskursowa praca ze społeczeństwem).

Oprócz wyżej wymienionych wysiłków potrzebna wydaje się także zmiana podejścia do programów edukacyjnych, które od samego początku orientowałyby myślenie przyszłych adeptów pracy socjalnej we wskazanych wyżej kierunkach.

Summary

“Mental disorder” in the field of social worker practice

The manuscript addresses the issue of the social workers actions with people who are “mentally disturbed”. In the article I will try to answer for a quation about possibility to involve social work in this specific field of work that is connect as a matter of medicine or psychology. I will highlights some dilemmas and tensions in social work, which can be observed while the activities are being design and give some proposition of solution. In the study, I applied the grounded theory research (Glaser, Strauss 2009). Due to the nature of the chosen method, it was essential for me that the daily routine of the social workers become also my daily routine. I spent 6 months in the institution of social work. In my research, I used the following material sourcing techniques: participative observation, document analysis and interviews (conversations) with social workers.

Ewelina Firlej, dr Mariola Janiszewska

Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Agnieszka Barańska

Zakład Matematyki i Biostatystyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Katarzyna Pawlikowska-Łagód

Zakład Etyki i Filozofii Człowieka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Działania polityki społecznej w kontekście zachodzących przemian demograficznych dotyczące osób starszych

Abstrakt

Obecnie obserwujemy zmiany struktury ludności, zwłaszcza w najstarszych grupach wiekowych zarówno w Polsce, jak i na świecie. Zjawisko starzenia się społeczeństw będzie utrzymywać się przez kolejne dziesięciolecia, niosąc ze sobą szereg implikacji zarówno krajów rozwiniętych i rozwijających się. Celem pracy jest analiza działań polityki społecznej w kontekście zachodzących przemian demograficznych dotyczących osób starszych. Istnienie zależności pomiędzy polityką społeczną a gospodarczą podkreśla wymiar zachodzących przemian w najstarszych grupach ludności. Wzrost odsetka osób nieaktywnych zawodowo znacznie obciąża gospodarkę państwa. Kolejnym czynnikiem mogącym obniżyć potencjał państwa jest utrata zdrowia polskich seniorów i obciążenie systemu opieki zdrowotnej. Aby przeciwdziałać negatywnym skutkom przemian demograficznych, warto wdrażać założenia inicjatyw podejmowanych na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się. Przegląd programów czy projektów pozwala na wyodrębnienie luk w systemie wymagających poprawy sytuacji życia seniorów, społeczeństw, a w konsekwencji całego państwa.

Zjawisko starzenia się ludności należy dziś do najważniejszych problemów w badaniach demograficznych szczególnie w krajach Europy¹. Zgodnie z „Prognozą ludności na lata 2014-2050” opracowaną przez GUS w 2014 roku struktura ludności Polski w okresie najbliższych 20 lat istotnie się zmieni. Polacy żyją coraz dłużej, a jednocześnie od wielu lat w naszym kraju rodzi się coraz mniej dzieci. Na skutek tych zjawisk w najbliższych dwóch dekadach liczba ludności Polski będzie się zmniejszać, a społeczeństwo w szybkim tempie starzeć. Doprowadzi to do zasadniczej zmiany struktury wiekowej. Z wyżej wymienionych powodów będziemy obserwować wzrost grupy osób w wieku produkcyjnym i zmniejszanie się grupy dzieci do lat 14. Do 2050 roku udział osób w wieku 65 lat i więcej wzrośnie około dwukrotnie, zaś wzrost liczby osób sędziwych (w wieku 85 lat i więcej) będzie, w tym samym okresie, blisko pięciokrotny^{2, 3}.

Od 2021 roku obserwować będziemy także spadek liczby osób w wieku produkcyjnym. Tym samym współczynnik obciążenia demograficznego (tj. liczba osób nieaktywnych lub biernych zawodowo, czyli w wieku nieprodukcyjnym – dzieci w wieku 0-14 lat oraz osób w wieku 60 lub 65 lat i więcej – na 100 osób w wieku produkcyjnym 15 – 59 lub 64 lata) wzrośnie w latach 2010-2035 z 55 do 74⁴. Struktura demograficzna społeczeństwa polskiego, podobnie jak i na całym świecie, pozostaje w ścisłym związku z rozwojem gospodarczym. Tzw. „odwrócona piramida demograficzna”, czyli ustawiczny wzrost populacji ludzi starych i malejący przyrost naturalny, stały się regułą procesów cywilizacyjnych⁵.

¹ Z. Długosz, *Zróżnicowanie struktury wieku ludności na świecie metody jej klasyfikacji*, „Przegląd geograficzny”, 1996, 1998, 2002, tom LXVIII, z. 1-2, s.151-165.

² Główny Urząd Statystyczny, *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, Warszawa 2014, s.159.

³ Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2000.

⁴ Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2010.

⁵ Raport UNDP o rozwoju społecznym *Polska 1999. Ku godnej, aktywnej starości*, Warszawa 1999, s. 10.

Zachodzące zmiany demograficzne pociągają za sobą wiele implikacji zarówno w wymiarze społeczno-ekonomicznym, medycznym czy socjalnym⁶. Wzrost liczby ludności w najstarszych grupach wiekowych charakteryzuje wszystkie kraje zaliczane do kategorii „rozwinętych”, czyli nacechowanych dobrą kondycją materialną i wysokim poziomem bytu ludności, jednak zjawisko malejącego przyrostu naturalnego nałożone na wzrost subpopulacji ludzi dożywających wieku sędziwego – zawsze stanowi poważne wyzwanie dla polityków społecznych⁷. Pogłębiająca się zmiana struktury demograficznej z czasem przynieść może poważne obciążenie budżetu państwa wydatkami na cele zabezpieczenia społecznego^{8,9}. W konsekwencji dotyczyć to będzie gospodarki kraju i budżetów samorządowych oraz małych środowisk lokalnych, rodzin i przede wszystkim tych, którzy wkraczać będą w kolejne fazy starości. To ta sytuacja jest przyczyną problemów nawet w najbogatszych krajach. W tych, które są dopiero na etapie organizowania struktur nowoczesnego państwa i wdrażania zasad gospodarki rynkowej – grożąca nawet utratą płynności finansów publicznych. Problem jest o tyle trudny, że presja społeczna utrudnia zmianę prognozy emerytalnego, a rola indywidualnych oszczędności w funkcjonowaniu systemu zabezpieczeń społecznych nadal jest znikoma. Zdaniem Ewy Frątczak, *starzenie się społeczeństw będzie miało wpływ na wzrost gospodarczy, poziom oszczędności i konsumpcji, na rynek pracy, na poziom rent i emerytur, a także na system podatków (...) to wyzwanie dla wszystkich instytucji i polityk, które były wcześniej ustanowione, a powinny być zmieniane*¹⁰. *O randze problemu stanowi fakt, iż proces starzenia się świata, często określany jest mianem „rewolucji demograficznej”, od kilkadziesiątu lat absorbując uwagę także organizacji międzynarodowych tj. ONZ, Unii Europejskiej czy Światowej Organi-*

⁶ L. Frąckiewicz, *Spoleczno-demograficzne problemy starzenia się polskiego społeczeństwa*, [w:] W. Pędicha (red.), *Seniorzy w społeczeństwach Europy*, Stowarzyszenie Wolontariatu Międzypokoleniowego, Białystok 2001, s. 20-39.

⁷ G. Ciechomska, *Aktywna starość*, „Gazeta Lekarska”, 1999 <http://www.nil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n1999/n199906/n19990624> (dostęp: 03.11.2015).

⁸ B. Szatur-Jaworska, *Starość w Polsce*, Warszawa 2002, s. 2.

⁹ E. Olczyk, *Kosztowna starość*, „Rzeczpospolita”, 2002, nr 161 (6238), s. 2-5.

¹⁰ *Ibidem*, s. 4-5.

*cji Zdrowia*¹¹. Przykładem może być szereg inicjatyw podejmowanych przez te podmioty międzynarodowe m.in. Światowa Organizacja Zdrowia opracowała dokument pt. *Strategi i plan działań na rzecz zdrowego starzenia w Europie 2012-2020* (WHO 2012). Ponadto WHO opracowała wykaz działań i warunków, które muszą być spełnione, aby starzenie się człowieka miało pozytywny przebieg¹².

Z kolei instytucje unijne oraz państwa członkowskie wykorzystują istniejące formuły współpracy polityczno-koordynacyjnej do podnoszenia kwestii związanych ze starzeniem się ludności. Wątki te obecne były m.in. w *Europejskiej Strategii*, odnowionej *Strategii Lizbońskiej*, otwartej metodzie koordynacji w zakresie emerytur, opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej oraz w strategii *Europa 2020*¹³. W skali globalnej znaczącą rolę w rozbudowie rozwiązań politycznych dotyczących kwestii starzenia się społeczeństw odegrało przyjęcie przez poszczególne kraje zobowiązań i przewodnich zasad zatwierdzonych przez najważniejsze konferencje organizowane przez ONZ. Z inicjatywy ONZ m.in. w kwietniu 2002 roku w Madrycie odbyło się Drugie Światowe Zgromadzenie na temat Problemów Starzenia się^{14,15}.

Niewątpliwie zachodzące zmiany strukturalne wymagają skoordynowanych działań podejmowanych na wszystkich szczeblach administracji publicznej zarówno na szczeblach lokalnych, regionalnych czy międzynarodowych, dążąc do zapewnienia odpowiednich warun-

¹¹ Drugie Światowe Zgromadzenie ONZ na temat Starzenia się Społeczeństw, Madryt, Hiszpania 8-12 kwietnia 2002 roku, www.inic.un.org/pl/ageing/info.php (dostęp: 03.11.2015).

¹² Country Reports (2012) on the implementation of the UNECE Regional Implementation Strategy (RIS) of the Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA), http://www.unece.org/pau/age/mica2011/country_reports_2012.html (dostęp: 03.11.2015).

¹³ Social Protection Committee (2010) *Interim EPC-SPC Joint Report on Pensions*, Brussels, http://europa.eu/epc/pdf/interim_epc-spc_joint_report_on_pensions_final_en.pdf (dostęp: 03.11.2015).

¹⁴ Country Reports (2012) on the implementation of the UNECE Regional Implementation Strategy (RIS) of the Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA), http://www.unece.org/pau/age/mica2011/country_reports_2012.html (dostęp: 03.11.2015).

¹⁵ Z. Szarota, *Priorytety i kierunki polityki społecznej wobec starości-wymiar globalny, regionalny i lokalny*, [w:] A. Fabiś (red.), *Instytucjonalne wsparcie seniorów-rozwiązania polskie i zagraniczne*, Wyższa Szkoła Administracji, Bielsko-Biała 2007, s. 23.

ków w wymiarze egzystencjalnym czy ekonomicznym, wspierającym tym samym inicjatywę godnego i zdrowego starzenia się.

Celem pracy będzie analiza działań polityki społecznej w kontekście zachodzących przemian demograficznych dotyczące osób starszych wiekiem.

Polityka społeczna w obliczu współczesnych wyzwań

Polityka społeczna wobec procesu starzenia się polega na podejmowaniu przez władze różnego szczebla działań zorientowanych na zrealizowaniu kilku newralgicznych celów jednocześnie. Są nimi: zaspokojenie potrzeb socjalnych osób starszych, aktywizacja seniorów (wylimitowanie wszelkich form marginalizacji i wycofania z życia) oraz podtrzymanie więzi międzypokoleniowej¹⁶. Natomiast J. Staręga-Piasek w swojej pracy zwraca uwagę na zachowanie samodzielności osób starszych jako cel polityki społecznej wobec tej grupy osób. Temu zamierzeniu służyć ma: właściwe zabezpieczenie materialne, które gwarantują określony standard życia nie tylko w kategoriach fizycznych, lecz także psychicznych¹⁷. Z kolei L. Frąckiewicz podkreśla konieczność zgodności celów polityki społecznej wobec osób starszych z ogólnymi celami polityki społecznej. Jego zdaniem, na jakość życia osób starszych składa się nie tylko sytuacja materialna, lecz także równouprawnienie seniorów, poszanowanie ich podmiotowości i suwerenności¹⁸. P. Błędowski proponuje taką definicję polityki społecznej wobec ludzi starszych, która mówi, że jest to system działań, skierowanych, do osób w wieku produkcyjnym oraz ich rodzin. Działania te powinny mieć na celu wszechstronną kompensację malejących z wiekiem możliwości samodzielnego zaspokojenia potrzeb oraz integrację z lokalną społecznością. Natomiast cele szczegółowe ukierunkowane są na: integrację społeczną i partycypację w życiu społecznym, indywidualizację, czyli dostosowanie udzielanych świadczeń do rzeczywistych potrzeb jednostki, podniesienie standar-

¹⁶ P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, SGH, Warszawa 2002, s. 70-80.

¹⁷ J. Staręga-Piasek, *Polityka społeczna wobec ludzi starych*, „Polityka Społeczna” 1982, nr 7.

¹⁸ L. Frąckiewicz, *Karta praw człowieka starego*, Inst. Wyd. Związków Zawodowych, Warszawa 1985.

du życia osób starszych przez system świadczeń materialnych i usługowych, zapewnienie im podmiotowości i samodzielności stosowanej do ich poziomu sprawności życiowej, sprzyjanie integracji między- i wewnątrzgeneracyjnej, organizowanie badań naukowych dotyczących ludzi starszych i starości¹⁹.

Polityka społeczna, realizując swe zadania wobec ludzi starych, powinna kierować się określonymi zasadami, takimi jak:

- Zasada subsydiarności, która koncentruje się na wykorzystaniu potencjału, jaki kryje się w rodzinie człowieka starego i w nieformalnych kręgach środowiskowych jego otoczenia. Jest to szczególnie ważne na samym początku wchodzenia w okres starości, gdy człowiek jest jeszcze aktywny, ma wiele czasu i cieszy się dobrym samopoczuciem. Jednak zasada ta powinna być respektowana również w późniejszych okresach życia, gdy obniża się aktywność i nasila się uzależnienie od innych ludzi. Rozwija się wtedy i stopniowo nasila potrzeba włączania w system wsparcia, już nie tylko o charakterze nieformalnym, ale i instytucjonalnym.
- Inną ważną zasadą kształtowania polityki społecznej wobec ludzi w podeszłym wieku jest zasada kompleksowości oceny potrzeb, skupiająca się na indywidualnie dokonanej analizie sytuacji życiowej człowieka starego. Zgodnie z nią niezbędne jest całościowe diagnozowanie wszystkich aspektów kształtujących warunki życia, z uwzględnieniem stanu zdrowia, warunków mieszkaniowych, poziomu dochodów, sytuacji rodzinnej, indywidualnych potrzeb i oceny możliwości ich zaspokojenia przy pomocy istniejącej infrastruktury i udziale najbliższego otoczenia.
- Na obraz działań polityki społecznej, organizowanych na potrzeby ludzi starych wpływać powinna również zasada lokalności, będąca pochodną zasady subsydiarności²⁰.

¹⁹ P. Błędowski, *Samodzielność osób starszych jako zadanie polityki społecznej*, „Gerontologia Polska”, 1998, nr 6 (3-4).

²⁰ E. KucyMBER, K. KucyMBER, *Wybrane zagadnienia polityki społecznej wobec osób starszych*, [w:] A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie*, Wyższa Szkoła Zarządzania i Marketingu, Sosnowiec 2005, s. 137-138.

Sama polityka społeczna wobec procesu starzenia się ludności ukierunkowana jest dwutorowo. Z jednej strony jest to polityka wobec osób starszych, z drugiej zaś – polityka wobec starości jako fazy życia²¹. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z typową polityką reagowania na zachodzące zmiany demograficzno-społeczne, a celem tak rozumianej polityki reaktywnej jest zaspokojenie różnorodnych potrzeb osób starszych. Wymienić tutaj można potrzeby socjalne, zdrowotne, konsumpcyjne, edukacyjne itp. Politykę tę ocenić można jako pasywną, albowiem jest ona ukierunkowana jedynie na zaspokojenie potrzeb, nie zaś na kreowanie ich zakresu i intensywności. W ostatnich dekadach, obserwujemy wyraźny wzrost znaczenia tego drugiego typu polityki społecznej jako odpowiedzi na przemiany demograficzne i ekonomiczne współczesności²².

Instrumenty polityki społecznej wspierające realizację potrzeb osób starszych

Istnieje wiele form oferowanej pomocy dla osób w podeszłym wieku, do których należy zaliczyć pomoc w formie zasiłków, pomoc i wsparcie psychologiczne, pomoc prawną, zabezpieczenie miejsc pobytu (w domach pomocy społecznej lub w innych placówkach całodobowej lub całodziennej opieki), zabezpieczenie opieki domowej (minimalne zabezpieczenie form bytowych, tj. podstawowe zaopatrzenie w niezbędne środki spożywcze, higieniczne oraz niezbędna pomoc wykonywana zazwyczaj przez pracowników socjalnych lub wolontariuszy). Poszczególne akty prawne, z których najważniejsza jest *Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o Pomocy społecznej*. Artykuł 7 tejże ustawy reguluje główne powody, dla których udziela się pomocy społecznej. Najogólniej w stosunku do osób starszych można wymienić następujące czynniki: ubóstwo, bezdomność, niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i pro-

²¹ B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2000.

²² P. Szukalski, *To idzie starości. Postawy osób w wieku przedemerytalnym. Raport z badań*, Fundacja Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2008, s. 23-24.

wadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych i wielodzietnych, zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej^{23, 24, 25}. Osoby starsze w systemie pomocy społecznej w Polsce nie są wyodrębnioną grupą świadczeniobiorców (podobnie jak w wykazach statystycznych), do której adresowane są specjalne formy pomocy w zakresie świadczeń pieniężnych, z wyjątkiem zasiłku stałego, przyznawanego również ze względu na wiek i spełnianie przez taką osobę kryterium dochodowego. Osoby starsze znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej mogą otrzymywać pomoc finansową w formie wspomnianych wcześniej świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej w postaci zasiłku stałego, zasiłku okresowego, zasiłku celowego²⁶.

W ramach świadczeń z pomocy społecznej oferowany jest także szereg świadczeń niepieniężnych, takich jak: praca socjalna oraz poradnictwo specjalistyczne. Osoby starsze mogą również korzystać z pomocy w ramach programu wieloletniego *Pomoc państwa w zakresie dożywiania* ustanowionego Ustawą z dnia 29 grudnia 2005 r. (Dz.U. nr 267, poz. 2259)²⁷.

Zarówno zwyczajnie w Polsce, jak i polityka państwa wobec osób starszych nastawione są przede wszystkim na ich wsparcie w ich środowisku naturalnym, czyli domu rodzinnym. Najważniejszym elementem systemu decydującym o przyszłości tej grupy społecznej oraz inicjującym wszelkie formy pomocy jest samorząd gminny. Do jego zadań należy jak najefektywniejsze wsparcie osoby starszej w środowisku.

²³ S. Urbanik, *Problem starzenia się ludności a zadania Gminy Miejskiej Kraków*, [w:] M. Krobicki, Z. Szarota (red.), *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, Kraków 2004, s. 129.

²⁴ J. Drobnik, J. Trnka, R. Susło, *Przegląd instrumentów opieki społecznej służących zabezpieczeniu potrzeb osób w podeszłym wieku*, [w:] T. J. Kowalewski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006, s. 244.

²⁵ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. Nr 64, poz. 593, zm. Dz.U. Nr 99, poz. 1001 i Nr 273, poz. 2703 oraz z 2005 r. Nr 64, poz. 565, Nr 94, poz. 788, Nr 164, poz. 1366, Nr 175, poz. 1462, Nr 179, poz. 1487 i Nr 180, poz. 1493).

²⁶ W. Kosiniak-Kamysz, *Polityka państwa wobec osób w wieku podeszłym w aspekcie aktywizacji zawodowej, pomocy socjalnej oraz prewencji niepełnosprawności*, [w:] B. Samoliński, F. Raciborski (red.), *Zdrożenie starzenie się: Biała Księga*, Wydawnictwo Naukowe SHOLAR, Warszawa 2003, s. 184-185.

²⁷ Ustawą z dnia 29 grudnia 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Pomoc państwa w zakresie dożywiania” (Dz.U. nr 267, poz. 2259).

W tym celu gmina świadczy usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz tworzy dzienne domy pobytu, w których organizowane są zajęcia dla tych osób, w zależności od potrzeby oraz zainteresowań uczestników. Placówki takie prowadzone są również przez organizacje pozarządowe, często otrzymujące wsparcie finansowe na ten cel ze środków publicznych²⁸. Jednak polityka społeczna nie zaspokaja rosnących potrzeb seniorów. Widoczne są braki zarówno w zakresie opieki instytucjonalnej, jak i pomocy materialnej. Pomoc świadczona przez gminy obejmuje niewielką liczbę potrzebujących. Konieczne jest rozszerzenie oferty kierowanej do osób starszych.

Polityka społeczna a polityka gospodarcza

Geneza i rozwój polityki społecznej pozostają w ścisłym związku z rozwojem przemysłu, migracją ludności wiejskiej do miast z popularyzacją społeczno-ekonomiczną społeczeństw i zmianami, jakie nastąpiły w obrębie rodziny. Ranga polityki społecznej rośnie równoległe do zakresu stawianych przed nią zadań i pojawiających się trudności w ich realizowaniu. W warunkach polskich przemian to niezmiernie ważna, ale i skomplikowana płaszczyzna aktywności państwa, jako że z jednej strony uzależniona w swej skuteczności od stanu finansów państwa, z drugiej zaś odpowiedzialna za gwarancję praw obywatelskich zapisanych w Konstytucji RP z 1997 r. w Ustawie o pomocy społecznej oraz aktach międzynarodowych ratyfikowanych przez Polskę. Rozumienie reguł polityki społecznej jest niemożliwe bez znajomości przynajmniej podstawowych reguł polityki gospodarczej. Pomiędzy tymi dwiema dyscyplinami istnieje pełna współzależność, bowiem racje ekonomiczne stanowią podbudowę polityki społecznej²⁹.

Zdrowie jako komponent ludzkiej aktywności ma także wymiar ekonomiczny. Prawda ta w sposób szczególny odnosi się do osób aktywnych zawodowo, które muszą być zdrowe, żeby wytwarzać dochód dla siebie, swoich rodzin i dla reszty społeczeństwa. Wydatki

²⁸ W. Kosiniak-Kamysz, *Polityka państwa wobec osób w wieku podeszłym*, op. cit., s. 184-185.

²⁹ E. Trafiałek, *Polska starość w dobie przemian*, „Śląsk” Sp.z.o.o., Katowice 2003, s. 54- 66.

na świadczenia związane z niezdolnością do pracy stanowią bardzo istotne obciążenie dla państwa i pracodawców – w 2010 roku wyniosły aż 28,7 mld zł, czyli 2% PKB. Oznacza to, że zarówno krótkookresowa, jak i długookresowa absencja chorobowa, własna lub z tytułu opieki nad chorym członkiem rodziny, przynosi pracodawcy obniżenie produkcji, a tym samym mniejsze przychody. Te przekładają się wprost na zmniejszenie PKB oraz przychody podatkowe państwa. Stratę powiększają także medyczne i niemedyczne koszty bezpośrednio. W sytuacji czasowej lub trwałej niezdolności do pracy pojawiają się koszty socjalne związane z wypłatami zasiłków chorobowych i rent. Konkluzja jest więc prosta – zdrowie to najbardziej wartościowy zasób, jaki posiada każdy człowiek, a jego utrata przynosi nie tylko cierpienia czy spadek jakości życia, ale w skrajnych przypadkach również niedostatek lub nawet ubóstwo³⁰.

Należy spodziewać się wyraźnej redukcji w wydatkach państwa, w tym także na sektor pomocy społecznej, choć zapotrzebowanie na osłony socjalne nadal będzie rosło. W sytuacji spadku koniunktury gospodarczej – skutki kryzysu najboleśniej odczują najslabsi i najbardziej niebezpieczni, w tym przede wszystkim utrzymujący się z niezarobkowych źródeł, czyli klienci pomocy społecznej, bezrobotni, emeryci, renciści, ludzie starzy i niepełnosprawni. To zagrożenie na progu trzeciego tysiąclecia stało się najważniejszym wyzwaniem wobec współczesnej polityki społecznej³¹.

Inicjatywy podejmowane na rzecz włączenia potencjału osób starszych w rozwój państwa

Wzrost liczby osób starszych stanowi poważne obciążenie dla gospodarek poszczególnych państw. Sytuacja demograficzna wymusiła wydłużenie i zrównanie wieku emerytalnego mężczyzn i kobiet do wysokości 67 lat. Jednakże bez podniesienia skuteczności leczenia wydłużony wiek

³⁰ Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) według metodologii Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP), s.145.

³¹ E. Trafiałek, *Polska starość w dobie przemian*, „Śląsk” Sp.z.o.o., Katowice 2003, s. 60-66.

emerytalny może nie przełożyć się na dłuższą aktywność na rynku pracy (ze względu m.in. na zły stan zdrowia)³². Należy podkreślić udział takich programów, jak *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020* oraz *Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020* wspierających inicjatywę jak najdłuższej obecności w życiu gospodarczym, społecznym, edukacyjnym czy kulturalnym osób starszych oraz podejmowanie przez nich wszelkiej aktywności w życiu codziennym. Na uwagę zasługuje także *Koalicja na rzecz Zdrowego Starzenia się: Biała Księga*, która została opracowana w kontekście jak najszybszego wprowadzenia zmian w polskiej polityce zdrowotnej i społecznej. Z kolei realizowany w ramach projektu zamawianego program badawczy *PolSenior* pt.: „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce” to szeroko zakrojony program badawczy, który dostarczył danych o stanie zdrowia oraz sytuacji społeczno-ekonomicznej najstarszej grupy społeczeństwa. W swoich rozważaniach skupię się na najważniejszych założeniach wyszczególnionych inicjatyw.

Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020

Rada Ministrów określa politykę społeczną ogółem celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy. Natomiast celem jej działań jest wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych^{33, 34}.

Założenia, choć mają charakter ramowy, to jednocześnie stanowią konkretny zestaw koniecznych działań w obszarze polityki senioral-

³² M. Gujski, W. P. Kalbarczyk, Z. Tytko, A. Ścibek, *Raport: Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiz i rekomendacje*, Warszawa 2013, s. 48-52.

³³ Uchwała Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020* (M.P. z 2014. NR 238, poz. 118).

³⁴ Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej <http://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/zalozenia-dlugofalowej-polityki-senioralnej-w-polsce-na-lata-20142020/> (dostęp: 05.11.2015).

nej w Polsce, który jest kierowany do szerokiego grona odbiorców. Po pierwsze do społeczeństwa, które ze względu na swoje kompetencje i potencjał stanowi kluczowy element w procesie budowania i rozwoju polityki aktywnego i zdrowego starzenia się. Po drugie do władz publicznych wszystkich szczebli, sektora prywatnego oraz pozarządowego i partnerów społecznych, których działania pozwolą na odpowiednie zagospodarowanie aktywów wynikających z wydłużania życia. Tak zdefiniowani adresaci działań w obszarze polityki senioralnej oraz ich ścisła wzajemna współpraca będą stanowiły o skuteczności realizacji głównego celu polityki senioralnej – poprawy sytuacji osób starszych dla godnego starzenia się w dobrym zdrowiu³⁵.

Na szczególną uwagę w ramach założeń długofalowej polityki senioralnej zasługuje inicjatywa *silver economy* tłumaczona z języka angielskiego jako „srebrna gospodarka”. Jest to system ekonomiczny ukierunkowany na wykorzystanie potencjału osób starszych i uwzględniający ich potrzeby. Ideę tę możemy rozumieć na dwa sposoby z jednej strony jako podejście skoncentrowane na potrzebach starszego pokolenia w kontekście potrzeb i popytu, z drugiej zaś na wykorzystaniu specyficznych cech ludzi starszych, dla zwiększenia ich aktywności i wykorzystania ich potencjału³⁶. *Silver economy* została zainicjowana w 2005 roku w Niemczech jako wspólna inicjatywa europejskich regionów. Głównym przekazem programu jest traktowanie starzenia się społeczeństwa nie jako zagrożenie, lecz jako wyzwanie i szansa dla osiągnięcia wzrostu gospodarczego i poprawy konkurencyjności Europy. Celem nadrzędnym jest poprawa jakości życia osób starszych, stymulowanie działalności gospodarczej na rzecz wzrostu, tworzenie miejsc pracy i spójności, wsparcie i integracja różnych regionów Unii Europejskiej. Takie podejście zwłaszcza w kontekście długofalowym przyczynia się do podnoszenia świadomości w społeczeństwie, wymiany doświadczeń i efektywniejszej komunikacji w tym obszarze.

³⁵ Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej <http://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/zalozenia-dlugofalowej-polityki-senioralnej-w-polsce-na-lata-20142020/> (dostęp: 05.11.2015).

³⁶ S. Golinowska, *Srebrna gospodarka i miejsce w niej sektora zdrowotnego. Koncepcja i regionalne przykłady zastosowania*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2011, nr 1, s. 76-85.

Do realizacji srebrnej gospodarki zostali włączeni nie tylko seniorzy, lecz także przedsiębiorcy i partnerzy gospodarczy, administracja, politycy, lokalne podmioty i sektor NGO³⁷.

Potencjał osób starszych ściśle przyczynia się do polepszenia koniunktury gospodarczej. Założenia przedstawionego systemu, który zachodzące przemiany spostrzega nie w kontekście łagodzenia kryzysu, lecz szereg korzyści, które budują kapitał państwa. Realizacja tychże zaleceń może przyczynić się do poprawy sytuacji nie tylko seniorów, ale i całego społeczeństwa. Polityka Senioralna na lata 2014-2020 porusza wiele istotnych kwestii w zakresie włączania zwiększającej się liczby seniorów w struktury życia społecznego. Kolejne lata pokażą czy ścieżka ta okazała się słusznym przedsięwzięciem i czy polscy seniorzy są gotowi realizować dalsze cele – robiąc to, co „kochają” najbardziej w kolejnej dekadzie życia.

Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020

Podstawą dla zaprojektowania Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020 stały się doświadczenia z realizacji Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013. Program został opracowany jako odpowiedź na wyzwania, jakie stawiają przed Polską procesy demograficzne i społeczne. Jego głównym celem jest tworzenie warunków do rozwoju aktywności społecznej osób starszych, które w związku z wyżem demograficznym roczników w wieku 50+ wchodzi lub w najbliższej przyszłości będą wchodziły w wiek 60+. Kończąc aktywność zawodową, pozostają nadal w dobrej kondycji psychofizycznej, mają potencjał, kwalifikacje życiowe, doświadczenie i czas wolny, który można i należy zagospodarować dzięki tworzeniu odpowiedniej oferty aktywności społecznej.

Aktywność jest jednym z niezbędnych warunków starzenia się w zdrowiu. Zdrowie z kolei jest wyznacznikiem zarówno rozwoju

³⁷ Zob. www.silvereconomy-europe.org (dostęp: 07.11.2015).

gospodarczego, jak i zmniejszenia wydatków ponoszonych na rzecz ochrony zdrowia czy pomocy społecznej. Doniosłą rolę w tym procesie odgrywa także współpraca i integracja zarówno wewnątrzpokoleniowa, jak i międzypokoleniowa. Program zakłada działania jednocześnie w czterech obszarach obejmujących aktywność społeczną seniorów. Opiera się na następujących priorytetach³⁸:

- Priorytet I. Edukacja osób starszych
- Priorytet II. Aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową
- Priorytet III. Partycypacja społeczna osób starszych
- Priorytet IV. Usługi społeczne dla osób starszych.

Za koniecznością realizacji programów na rzecz osób starszych przemawia fakt, iż w Polsce osoby powyżej 50. roku życia należą do grupy wieku, która jest najmniej aktywna na polu społecznym. Także w porównaniu z osobami w podobnym wieku zamieszkującymi inne kraje europejskie ich aktywność społeczna jest niewielka. Ze względu na rosnącą liczbę osób w wieku 50+ w kolejnych latach w tej grupie można upatrywać zwiększanie się potencjalnych zasobów aktywności społecznej³⁹. Widoczna jest potrzeba aktywizacji osób po 50. roku życia, co może w konsekwencji wpłynąć na jakość i satysfakcję z życia tychże osób, a w rezultacie ograniczyć abstynencję zawodową. Opracowany program uwidacznia lukę w zakresie działalności społecznej określonych grup populacji, co może przekładać się także na inne sfery życia jak i sektory gospodarcze.

Zdrowe starzenie się: Biała Księga

Koalicja na rzecz zdrowego starzenia się promuje zdrową i aktywną starość, dążąc do minimalizacji ekonomicznych oraz społecznych konsekwencji starzenia. Idea *Active and Healthy Ageing* stała się tak-

³⁸Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, <http://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/rzadowy-program-asos/> (dostęp: 12.11.2015).

³⁹Uchwała Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020 (M.P. z 2014. Nr 237, poz. 52).

że obszarem zainteresowań Unii Europejskiej. Ponadto działaniom jej przyświeca hasło: „Zdrowe dzieciństwo jest pierwszym krokiem do zdrowego i aktywnego starzenia się”, podkreślając umacnianie zdrowia działaniami podejmowanymi w okresie dzieciństwa i dorastania. Biała Księga zauważa także związek pomiędzy wzrostem gospodarczym a starzeniem się, co widoczne jest w spadku ludności w wieku produkcyjnym. Jednocześnie podkreśla znaczenie programów profilaktycznych i rolę państwa w życiu seniora⁴⁰. Niestety działania zapobiegawcze często ukierunkowane są na młodsze grupy wiekowe bądź realizowane są w niewystarczającym wymiarze. Mała liczba środków przeznaczonych na działania profilaktyczne wobec seniorów skutkuje wzrostem chorób i nieznajomością zasad zdrowego stylu życia.

PolSenior – aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce

Program ten zajmował się m.in. badaniem aktywności zawodowej przed osiągnięciem wieku emerytalnego. Wyniki uzyskanych badań w ramach projektu badawczego PolSenior ukazują, iż na aktywność zawodową i staż pracy oddziałują takie czynniki, jak: płeć, wiek, wykształcenie czy status zawodowy, co może przekładać się na jakość życia, absencję chorobową bądź też zmianę specyfiki pracy. Gwałtowny spadek aktywności zawodowej następuje po przekroczeniu 65. roku życia. Wówczas poziom zatrudnienia w tej grupie osób wynosi kilka procent. Z kolei po 70. roku życia jedynie pojedyncze osoby deklarują aktywność zawodową. Ponadto w grupie wiekowej 55-59 lat 15-20% badanych, którzy chcieliby pracować deklaruje bycie bezrobotnym⁴¹. Dlatego tak ważne jest wdrażanie różnorodnych rozwiązań mających na celu przedłużanie aktywności zawodowej najstarszych przedstawicieli naszego społeczeństwa. Przykładem mogą być ulgi

⁴⁰ B. Samoliński, F. Raciborski, *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2013.

⁴¹ P. Szukalski, *Aktywność zawodowa*, [w:] M. Mossakowska A. Więcek P. Błędowski (red.), *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, MIBMiK, Poznań 2012, s. 407-418.

podatkowe dla pracodawców czy pomoc we wdrażaniu idei zarządzania wiekiem w przedsiębiorstwach.

Podsumowanie

Wzrostu liczby osób starszych, możemy upatrywać zarówno w wydłużeniu przeciętnego trwania życia, spadku dzietności czy poprawie jakości życia. Nie ulega jednak wątpliwości, iż postępujący proces starzenia niesie szereg konsekwencji zarówno w zakresie społecznym, zdrowotnym czy ekonomicznym. Starzenie się obciąża zarówno sektor polityki społecznej (zasiłki, domy pomocy społecznej, różnego rodzaju usługi opiekuńcze) zdrowotnej (wydatki na ochronę zdrowia), generując spadek PKB. Istotą podejmowanych działań nie jest wzrost środków przeznaczonych na opiekę i leczenie, ale zmniejszenie osób chcących z niej skorzystać. Formy pomocy seniorom są różnorodne, lecz nie zawsze zaspokajają ich potrzeby.

Należy podkreślić rolę uregulowań, projektów, programów mających na celu poprawę sytuacji osób starszych wiekiem. Dużą rolę w tej dziedzinie odgrywa państwo oraz prowadzona polityka podejmowana na wszystkich szczeblach administracji zarówno lokalnej, regionalnej czy krajowej. Działania służące zwiększeniu aktywności osób nieaktywnych zawodowo w życiu społecznym, mogą przyczynić się do odbudowy koniunktury gospodarczej obniżając popyt na świadczenia zdrowotne. Państwo powinno zapewnić swoim „najstarszym obywatelom” możliwość rozwoju własnych zainteresowań, umiejętności czy wiedzy. Mała liczba programów profilaktycznych skierowanych do tej grupy populacji jak i niska odpowiedź na podejmowane przedsięwzięcia generuje wiele niekorzystnych skutków tj. obniżenie jakości życia, brak satysfakcji osób starszych, co przekłada się na wzrost wizyt lekarza rodzinnego czy alienację społeczną. Ludzie starsi wymagają także „oswojenia” z koncepcją zdrowego i aktywnego starzenia się. Często zmiany stylu życia, zwiększenie aktywności w życiu społecznym seniora są sprzeczne z przyjmowanymi normami i wartościami stąd ważną rolę odgrywają akcje informacyjne.

Polityka społeczna wspiera, wspierała i będzie wspierać w większym lub mniejszym stopniu osoby starsze. Jednak czy w dobie starzejących społeczeństw, wszystkie państwa są w stanie pokryć, stale zwiększające się koszty leczenia i opieki? Czy bardziej skuteczną formą działań będzie wdrażanie założeń teoretycznych w praktyczną sferę zadań? Zapewne nie. Konieczne jest podejmowanie działań praktycznych na wszystkich płaszczyznach życia seniorów, a zwłaszcza w zakresie opieki nad osobą starszą wiekiem. Filar początkowy stanowią rozwiązania teoretyczne wyznaczające kierunki przyszłych zmian i oczekiwanych efektów.

Summary

The activities of social policy in the context of demographic changes among older people

Currently in Poland and in the world changes in the population structure takes place, especially in the oldest age groups. The phenomenon of demographic aging will persist for decades, bringing with it a number of implications for developed countries and developing countries. The aim of the study was to analyze measures of social policy in the context of demographic changes and an overview of the initiatives undertaken in favor of the aging process. There is a relationship between social policy and economic policy, shows that the multidimensionality of changes taking place. The increase in the number of inactive persons and the elderly absence puts a burden on the economy of the state. Another factor that may reduce potential state is the loss of health and financial losses the healthcare system. In order to prevent negative consequences of demographic assumptions should implement initiatives for active and healthy aging. Overview policies, programs or projects shows the shortcomings of the health care system, requiring repair and improvement of life of seniors, societies and consequently the entire state.

Dr hab. Izabela Krasiejko

Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie

Asystent rodziny – towarzysz czy interwent?

Abstrakt

Asystowanie w teoretycznym ujęciu modelowym to kompleksowe działanie pomocowe polegające na towarzyszeniu z zachowaniem profesjonalnych relacji. Jednak asystentura rodziny, w której dochodzi do potrzeby zmian w zachowaniach rodziców tworzących środowisko wychowawcze dla swego potomstwa, nie wszędzie w naszym kraju ma charakter działań wspierających. W niniejszym opracowaniu zostały przedstawione wyniki badań, z których wynika, że w praktyce nie występuje jedno rozumienie roli, zadań i sposobów wykonywania pracy przez asystenta rodziny, lecz całe kontinuum: od towarzyszenia członkom rodziny w rozwoju ich umiejętności rodzicielskich i życiowych po dyrektywne narzucanie zadań i rozliczanie z nich oraz kontrolowanie i interwencję.

Termin „asystent” został wprowadzony od słowa „asysta”, które jest określeniem na osobę towarzyszącą komuś, współobecną, pomagającą, będącą w pogotowiu¹. Asystentura to kompleksowe działanie polegające na towarzyszeniu z zachowaniem profesjonalnych relacji².

Podstawowym zadaniem asystenta rodziny jest wspieranie rodziców w prawidłowym wypełnianiu przez nich funkcji opiekuńczo-wychowawczej³. Do innych zadań należą między innymi: pomoc rodzinie

¹ A. Dunajska, D. Dunajska, B. Klein, *Asystentura w pomocy społecznej*, Wyd. Verlag Dashofer, Warszawa 2011, s. 37-38.

² I. Krasiejko, *Metodyka działania asystenta rodziny*, Wyd. Naukowe Śląsk, Katowice 2012, I. Krasiejko, *Zawód asystenta rodziny w procesie profesjonalizacji*, Wyd. Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2013.

³ Art. 11.1 i art. 15.6 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; Dz. U. 2011 Nr 149 poz. 887.

w rozwiązywaniu problemów socjalnych, psychologicznych, wychowawczych, w aktywizacji społecznej i zawodowej oraz motywowanie rodziców i dzieci do skorzystania z innych form pomocy i integracji⁴. Asystent rodziny realizuje pracę socjalno-wychowawczą z elementami terapii w środowisku zamieszkania rodziny i w miejscu przez nią wskazanym. Głównym jego działaniem powinna być pedagogizacja oraz wspieranie informacyjne, emocjonalne, instrumentalne, czasem rzeczowe rodziny. Główną formą jego pracy winno być towarzyszenie (asystowanie). Asystowanie, bowiem w odróżnieniu od dyrektywnego przydzielania zadań lub wyręczania polega na obecności, towarzyszeniu w czymś, uczestniczeniu, służeniu wsparciem⁵. Asystent motywuje i dopinguje członków rodziny do podejmowania działań mających na celu poprawę ich sytuacji. Monitoruje również postępy rodziny w realizacji wspólnie opracowanego planu pracy.

Według M. Licińskiego, jednego z pierwszych realizatorów asysty rodziny jeszcze w latach 90. XX wieku na warszawskim Powiślu, warunkiem koniecznym prowadzenia asystentury rodziny jest zmiana charakteru pracy przedstawiciela służb społecznych z arbitralnego i „urzędniczego” na służebny, towarzyszący i partnerski⁶. W modelowym ujęciu do zadań i zarazem działań asystenta rodziny należy informowanie i wsparcie psychologiczne, natomiast interwencja w wyjątkowych wypadkach i monitorowanie w ograniczonym zakresie⁷.

Po czterech latach od wdrożenia do praktyki zapisów ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, na podstawie której wprowadzono wsparcie rodziny w postaci asystentury warto odpowiedzieć na pytanie: czy realizowane jest modelowe ujęcie roli i zadań asystenta rodziny, polegające na wspieraniu, towarzyszeniu, pedagogizacji

⁴ Art. 15 ustawy o wspieraniu rodziny ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; Dz. U. 2011 Nr 149 poz. 887.

⁵ I. Krasiejko, *Metodyka działania asystenta rodziny*, op. cit., I. Krasiejko, *Zawód asystenta rodziny w procesie profesjonalizacji*, op. cit.

⁶ Por. M. Liciński, *Asysta rodzinna*, www.przeciw-ubostwu.brpo.gov.pl (dostęp: 31.08.2011).

⁷ T. Świtek, *Asystentura rodziny – parę refleksji o wspieraniu zmian w rodzinie*, [w:] I. Krasiejko, *Zawód asystenta rodziny w procesie profesjonalizacji*, Wyd. Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2013, s. 403-405 (artykuł w aneksie dołączonym do publikacji).

i ewentualnych działaniach zaradczych w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa dzieci? A jeśli nie, to jakie czynniki to powodują? W tym celu przeprowadzono diagnostyczne jakościowe badania sondażowe metodami: zogniskowanych dyskusji grupowych, ankiety i analizy dokumentacji. Asystenci rodziny uczestniczący w badaniach to zarówno przedstawiciele środowisk wielkomiejskich, z mniejszych miast, jak i środowiska wiejskiego, przedstawiciele ośrodków pomocy społecznej, samorządowych placówek wsparcia dziennego oraz organizacji pozarządowych w liczbie około 350 osób, czyli około 10% wszystkich asystentów rodziny, o stażu pracy od kilku miesięcy do 3 lat. Badania zrealizowane były w okresie wrzesień 2014 – wrzesień 2015. Ich wyniki po raz pierwszy zaprezentowane były na IV Ogólnopolskim Zlocie Asystentów Rodziny, który odbył się w październiku 2015 roku w Centrum Kopernik w Warszawie⁸.

Rola i dominujące działania asystenta rodziny – praktyka

Z przeprowadzonych badań wynika, że w praktyce nie występuje jedno rozumienie roli, zadań i sposobów wykonywania pracy przez asystenta rodziny, lecz całe kontinuum: od towarzyszenia członkom rodziny w rozwoju ich umiejętności rodzicielskich i życiowych po dyrektywne narzucanie zadań i rozliczanie z nich oraz kontrolowanie i interwencję.

Asystent rodziny jako towarzysz profesjonalista

W naszym kraju są asystenci rodziny, pracujący pojedynczo w danej gminie lub w zespołach asysty, którzy realizują wspierającą rolę asystenta rodziny. Jego unikalna metodyka pracy zwiiera niedyrektywne

⁸ Wnioski z badań wstępnych były zaprezentowane na Zjeździe Polskiego Stowarzyszenia Szkół Pracy Socjalnej w listopadzie 2014 roku oraz w rozdziale monografii: I. Krasiejko, T. Świtek, Między wsparciem a kontrolą – różne rozumienie roli asystentów rodziny, [w:] T. Biernat, J. A. Malinowski, K. M. Wasilewska-Ostrowska (red.), *Rodzina w pracy socjalnej – aktualne wyzwania i rozwiązania*, Wyd. Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2015; częściowo wyniki badań są zawarte w opracowaniu I. Krasiejko, *Rola i zadania asystentów rodziny oraz postulaty zmian w ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*, Raport Polskiego Instytutu Mediacji i Integracji Społecznej, Częstochowa 2015, www.asystentrodziny.info (dostęp: 16.11.2015), jednak tam większy nacisk położono na postulaty zmian w ustawie o wspieraniu rodziny.

metody motywowania do zmiany⁹. Aby nie naruszać miru domowego, wizyty są zapowiedziane.

Asystenci prowadzą dla rodziców poradnictwo i trening w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego i załatwiania spraw urzędowych oraz doradztwo zawodowe. Towarzyszą członkom rodziny w urzędach, ośrodkach zdrowia i innych instytucjach, modelując i trenując umiejętności społeczne służące realizacji różnych spraw. Wskazują możliwości, np. zachęcają do udziału w projektach systemowych, informują o zajęciach kulturalno-oświatowych, rekreacyjnych, sportowych. Motywują do udziału w grupach samopomocowych. Udzielają informacji oraz poszerzają świadomość w zakresie przysługujących klientom praw. Prowadzą pedagogizację rodziców, dotyczącą prawidłowego wychowania i opieki nad dziećmi, m.in. przekazują informacje na temat prawidłowych postaw rodzicielskich, sposobów komunikowania się, metod wychowawczych, uświadamiają rodziców odnośnie ich roli w stosunku do dzieci, pokazują korzyści z tworzenia pozytywnych wzorców. Dostarczają informacji dotyczących sposobów i miejsc spędzania czasu wolnego z dziećmi. Modelują zachowania rodziców względem dzieci. W czasie kontaktów z rodziną pokazują, jak spokojnie rozmawiać z dziećmi, jak wydawać polecenia i je egzekwować, jak pomagać dzieciom w odrabianiu lekcji. Motywują rodziców do dbałości o edukację i rozwój dziecka, do aktywnego uczestnictwa w życiu szkolnym dziecka, do kontrolowania osiągnięć szkolnych dzieci, pokazywania korzyści z uczęszczania dziecka do szkoły. Towarzyszą w kontaktach z pracownikami szkoły. W razie niepokojących objawów w zachowaniu dziecka motywują rodziców do zdiagnozowania poziomu rozwoju, potrzeb i możliwości oraz zaburzeń rozwojowych i zachowań dys-

⁹ I. Krasiejko, *Praca socjalna w praktyce asystenta rodziny. Przykład Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach*, Wyd. Naukowe Śląsk, Katowice 2013, I. Jaraczewska, I. Krasiejko (red.), *Dialog Motywujący w teorii i praktyce*, Wyd. Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2013, I. Krasiejko, *Etapy metodycznego działania asystenta z rodziną w ujęciu Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach*, „Podlaski Przegląd Społeczny”, 2014, nr 3 (21), s. 19-32.

funkcyjnych dzieci i młodzieży w poradniach psychologiczno-pedagogicznych lub innych poradniach specjalistycznych¹⁰.

Asystenci rodziny prowadzą również metodyczne działania pedagogiczne skierowane do dzieci. Są to czynności z zakresu wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci w wieku przedszkolnym, takie jak np. prowadzenie zabaw plastycznych, ruchowych, logopedycznych lub pracy korekcyjno-komensacyjnej dla dzieci starszych.

Asystenci rodziny prowadzą również działania pośrednie, polegające na łączności z innymi pracownikami służb społecznych, czyli doraźnych kontaktach służących wymianie informacji w sprawach dotyczących rodziny lub wsparciu w sytuacjach zagrażających bezpieczeństwu dzieci wymagających czynności zaradczych oraz interwencyjnych. Ponadto koordynują działania multiprofesjonalne na rzecz danej rodziny lub prowadzą wielopłaszczyznową współpracę z organizacjami wspierającymi rodzinę dotyczącą pomocy kilku rodzinom. Dominujące działania asystenta rodziny z tej grupy zaprezentowane są na schemacie 1.

Schemat 1. *Dominujące działania asystenta rodziny wynikające z jego unikalnej roli w systemie pomocy rodzinie – teoria i praktyka*



Źródło: Opracowanie własne.

¹⁰ Szerzej na ten temat napisałam w pozycjach: I. Krasiejko, *Praca socjalno-wychowawcza asystenta z rodziną*, [w:] J. Szymanowska (red.), *Wyzwania współczesnego dzieciństwa i rodzicielstwa. Praca socjalna w perspektywie działań wychowawczych*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2014, I. Krasiejko I., *Pedagogiczne aspekty pracy asystenta rodziny*, [w:] E. Kantowicz, M. Ciczowska-Giedziun, L. Willan-Horla (red.), *Wielowymiarowość wsparcia we współczesnej rodzinie polskiej*, Wyd. UWM, Olsztyn 2015.

O realizacji tego modelu świadczą następujące wypowiedzi asystentów rodziny:

W mojej pracy najbardziej dominujący jest obszar górny piramidy. Praca z rodzinami polega głównie na wspieraniu ich w różnych sytuacjach życiowych. Takie sytuacje pojawiają się codziennie, są wpisane w życie. Plan, który układamy i omawiamy z rodziną to tylko rys zawierający cele i działania. Czasami w trakcie pracy z rodziną następuje zwrot, który całkowicie zmienia tor pracy. Wtedy trzeba być elastycznym, poszukiwać nowych rozwiązań, pokazać rodzinie, że nowe sytuacje nadsuwają nowe rozwiązania. Duże efekty przynosi nauka rozwiązywania problemów. Zauważyłam, że pewien schemat: problem – poszukiwanie różnych rozwiązań – rozwiązanie problemu wdrożony w życie rodzin przynosi pozytywne efekty, ponieważ wcześniej problemy nie były rozwiązywane, co je nawarstwiało (wieloproblemowość). Pozostałe dwa obszary także są realizowane – pedagogizacja, wsparcie w trudnościach opiekuńczo-wychowawczych, praca socjalna – w porozumieniu z pracownikiem socjalnym. Wsparcie rzeczowe to na ogół przekazywanie używanych sprzętów AGD, odzieży, obuwia. Rodzina informuje mnie, że czegoś potrzebuje, jak również sama widzę braki rzeczowe i w miarę możliwości sukcesywnie je uzupełniamy. Informuję także rodzinę, że pomoc będzie realizowana w miarę możliwości, że to może potrwać i oni również powinni być zaangażowani w „zdobycie” niezbędnych rzeczy. Nigdy nie załatwiam też pomocy od A do Z, zawsze moje rodziny uczestniczą w procesie doposażenia (np. ja załatwiam sprzęt, oni starają się o transport, ja zdobywam odzież oni odbierają ją z OPS itd.) Daje im to poczucie uczestnictwa w dbaniu o swoją rodzinę. Interwencje także zdarzają się w mojej pracy, ale są to sytuacje wyjątkowe. W interwencje na ogół zaangażowane są także inne służby społeczne (pracownik socjalny, kurator, policja). Podjęte są wtedy, kiedy stwierdzam, że zagrożone jest życie lub zdrowie członków rodziny, najczęściej dzieci. Zdaję sobie sprawę, że moja praca nie polega na kontroli, to ja mam wypracować z rodziną lepszą przyszłość dla nich [AR 15].

W mojej pracy dominującym obszarem jest pedagogizacja rodziców – z wykształcenia jestem pedagogiem, posiadam wcześniej zdobyte doświadczenie w tym zakresie i pewnie dlatego praca w tym obszarze zajmuje u mnie znaczące miejsce. Praca socjalna i wsparcie rzeczowe zajmuje duży zakres w pracy asystenta [AR 1].

Asystenci rodziny uczestniczący w badaniach, którzy deklarują, że stosują to modelowe ujęcie metodycznego działania, uważają, że jest to możliwe dzięki ich wiedzy i wcześniejszym doświadczeniom zawodowym i osobistym, szkoleniom doskonalącym z zakresu pracy z rodziną, a przede wszystkim zrozumieniu roli i zadań asystenta oraz zezwoleniu na taką pracę przez kadre kierowniczą. Ponadto ważnym czynnikiem, ich zdaniem, jest wsparcie wśród zespołu pracowniczego ośrodka pomocy społecznej oraz właściwa realizacja zadań przez inne służby społeczne, dzielenie się wykonywaniem ich adekwatnie do roli danej profesji. Jeśli zaś nie jest to możliwe to umiejętność asertywnego odmawiania wykonywania zadań spoza roli, o czym świadczą kolejne wypowiedzi osób uczestniczących w badaniach:

Niestety z praktyki ponad 2-letniej wynika, że instytucje takie jak OPS (pracownik socjalny), Sąd (sędzia, kurator), PCPR oraz domy dziecka często chcą odwrócić powyższą piramidę. W swojej pracy „walczę” o zachowanie jej w takiej formie, jak jest przedstawiona. Jest możliwym praca asystenta w roli, do jakiej został zatrudniony, ale spotyka się to z niezrozumieniem, krytyką i brakiem wiedzy o zasadności takiej, a nie innej formy działania. Tym samym połowę sił tracę na trzymanie się działań przypisanych asystentowi rodziny, w tym walki z instytucjami oraz tłumaczeniu charakteru swojej pracy. W mojej pracy udaje mi się pracować zgodnie natężeniem działań przedstawionym na obrazku [AR 8].

Jako zespół asystentów działamy zgodnie z podanym schematem, nie znajduje to jednak zrozumienia np. u pracowników socjalnych, którzy forsują swoje wyobrażenie o pracy asystenta rodziny. Dużo czasu i sił tracimy na tłumaczeniu swojej roli innym służbom pracującym z rodziną [AR 6].

Do czynników ułatwiających pracę według zaprezentowanego schematu należy również możliwość towarzyszenia członkom rodziny, czyli sfinansowanie delegacji, kosztów dojazdu do instytucji, dostateczna ilość czasu oraz co się z tym wiąże liczba rodzin 8-12. Preferowane będzie też szybkie nawiązanie relacji współpracy z rodzicami oraz ich chęć oraz gotowość do zmian swoich zachowań, na co zwraca uwagę kolejna asystentka:

Dominujące działania asystenta to wsparcie informacyjne, emocjonalne, towarzyszenie w sytuacjach dnia codziennego. Ważne jest poszukiwanie rozwiązań najbardziej trafnych, wyciąganie wniosków z porażek. Pedagogizacja rodziców poprzez trening umiejętności i modelowanie jest bardzo często stosowana, lecz z trudem przyjmowana przez rodzinę, która od lat tkwi w swoim wyobrażeniu o wychowaniu [AR 23].

Są rodziny, które tak naprawdę nie chcą współpracować z asystentem nad głębszymi zmianami w ich życiu. Pasuje im pomoc, wsparcie, towarzyszenie, ale tylko do pewnej granicy. Mam gorzkie doświadczenie zaniechania współpracy przez rodzinę w chwili, kiedy wydawało się, że praca idzie w dobrym kierunku. Okazało się, że klientom nie zależało na zmianach, tylko na wykorzystaniu asystenta do pomocy w uzyskaniu korzyści dla siebie [AR 21].

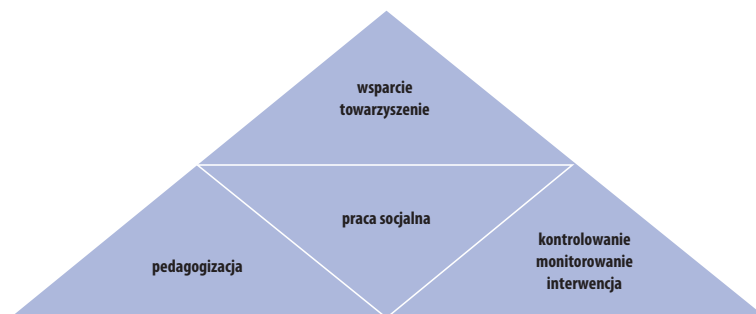
Aby popularyzować właściwe rozumienie asysty rodzinnej asystenci rodziny wykazali się inicjatywą i opracowali ulotki dotyczące swej roli i zadań dla przedstawicieli innych służb społecznych i rodzin¹¹.

Asystent rodziny jako wszechstronny działacz

Z opisu pracy dokonanej przez asystentów rodziny wynika, że dominujący w praktyce jest schemat działań, gdzie wszystkie z wymienionych czynności wykonywane są w podobnej częstotliwości.

¹¹ Ulotka, jak i inne narzędzia do pracy asystenta rodziny jest dostępna na stronie internetowej www.asystentrodziny.info w zakładce materiały.

Schemat 2. Działania asystenta rodziny – częsta praktyka



Źródło. Opracowanie własne.

Asystenci ci często wchodzą w role i zadania innych służb społecznych. Jak twierdzi jedna z osób badanych:

(...) asystent jest zmuszony do kontrolowania, interwencji i monitorowania, brakuje wsparcia innych służb, które powinny się tym głównie zająć [A 3].

Asystenci deklarują również, że wykonują dużo pracy socjalnej, za obciążonych obowiązkami lub mało aktywnych pracowników socjalnych:

Bardzo często wykonuję zadania i pomagam klientom załatwić sprawy „zaległe”, które leżą prawdopodobnie w zakresie zadań pracownika socjalnego (orzeczenia o niepełnosprawności, dodatki mieszkaniowe, przygotowywanie dokumentów o świadczenia rodzinne, opiekuńcze, alimentacyjne). Często na własną rękę organizuję pomoc rzeczową dla klientów (na miarę moich możliwości): ubrania, używane meble [A 11].

Zdaniem niektórych asystentów rodziny duża częstotliwość podejmowania przez nich działań kontrolnych wobec rodziny wynika ze stylu życia rodziców (nadużywanie alkoholu, niepanowanie nad impulsami, zaniedbywanie potomstwa) lub nieporadności życiowej, związanej z niepełnosprawnością oraz konieczności ochrony bezpieczeństwa dzieci. Jak twierdzi jedna z asystentek:

Ponieważ sama kształtuję swój system pracy dominują wsparcie, towarzyszenie i pedagogizacja. Nie ukrywam, że są rodziny, w których głównie umawiam się i sprawdzam, i sprawdzam, i sprawdzam... [AR 31].

Według osób uczestniczących w badaniach, asystent rodziny wprowadzany jest do rodziny za późno. Często słyszy, że „ta rodzina jeszcze może poczekać” i w gruncie rzeczy to, co było możliwe do poprawy po upływie czasu ulega znacznemu pogorszeniu, ponieważ jeden problem wygenerował kolejne. Zamiast do rodzin jeszcze wydolnych wychowawczo, ale ryzyka asystenci są często kierowani do rodzin, gdzie zawiodły już wszystkie środki. Asystent rodziny jest przydzielany po tym jak kurator, pracownik socjalny już nie widzi szans na zmianę w rodzinie, a asystent ma tylko zweryfikować i potwierdzić, że dzieci należy odebrać. W wielu przypadkach forma wsparcia w postaci asystenta rodziny wprowadzana jest do tak zwanych rodzin „wielopokoleniowo patologicznych”, z oczekiwaniem uzyskania zmiany, gdzie jednocześnie brak zmiany ma świadczyć o braku kompetencji asystenta. Zgodnie z założeniami asystenci rodziny mieli realizować profilaktykę drugorzędową, czyli podejście skierowane do rodzin, gdzie rozpoznane zostały czynniki ryzyka krzywdzenia dzieci, ale poprzez właściwie przeprowadzoną edukację rodziców w zakresie umiejętności opiekuńczo-wychowawczych oraz pomocy w radzeniu sobie z innymi sytuacjami dnia codziennego lub dotyczącymi etapów rozwoju rodziny da je się wyeliminować¹². W praktyce okazuje się, że asystentura przybiera postać działań interwencyjnych w sytuacji faktycznego krzywdzenia dzieci (przemoc fizyczna, psychiczna, seksualna, zaniedbanie).

Asystent rodziny jako interwent

W niektórych ośrodkach pomocy społecznej rozumienie roli asystenta rodziny ma tendencje do podkreślania funkcji kontrolnych oraz interwencyjnych, przy jednoczesnym instrumentalnym traktowaniu metod nawiązywania relacji ze środowiskiem w oparciu o budowa-

¹² M. Kątna, K. Przyborowska, M. Dalek, D. Drab, *Monitorowanie Losów Dziecka – interdyscyplinarna ochrona dzieci przed krzywdzeniem i przemocą*, Wyd. CRZL, Warszawa 2015, s. 12.

nie zaufania przez asystenta rodziny (por. schemat 3). Nie chodzi tutaj o oficjalny przekaz danej placówki, zapisany w dokumentach czy też programach pracy, a o oczekiwania w relacjach osobistych pomiędzy przełożonymi, pracownikami socjalnymi, innymi specjalistami pracującymi z rodziną a asystentami rodzin. Wiele razy istniała duża różnica pomiędzy oficjalnymi deklaracjami placówki, a praktyką dnia codziennego. Oczekuje się od asystentów rodziny, że będą odwiedzać (nachodzić) rodziny bez zapowiedzi, również wieczorem i w weekendy. Tam, gdzie nie udaje się pozyskać potrzebnych informacji o rodzinie, wprowadza się asystenta rodziny, w celu nawiązania bliskiej relacji, która ma pozwolić na pozyskanie informacji potrzebnych do przeprowadzenia interwencji wobec rodziny (zabranie dzieci, nienależnie pobranych świadczeń). W wielu przypadkach, można mówić o próbie zastosowania strategii na „konia trojańskiego” czy też „szpiega”, w której najpierw tworzy się kontekst zaufania, a następnie realizuje ukryte cele¹³.

Niewątpliwie wynika to z odwiecznego dylematu służb społecznych, jak łączyć w jednej roli jawną (pomoc) i ukrytą (kontrola) funkcję pracy socjalnej, jak wspierać rodziców z wieloma problemami i motywować ich do zmiany oraz jednocześnie chronić dzieci przed ich destrukcyjnymi zachowaniami, których potrzeby zmiany, zwłaszcza na początku współpracy z asystentem, nie zauważają. Jednak należy pamiętać, że strategia taka, to rażące naruszenie zasad etyki zawodowej, w której profesjonalista przedmiotowo wykorzystuje podmiotową jakość zaufania w relacji. Coraz bardziej w praktyce rola i zakres działań asystenta przypomina pracę kuratora sądowego.

Asystenci rodziny uczestniczący w badaniach dosyć często skarżyli się, że zazwyczaj przedstawiciele innych zawodów oczekują od nich wymuszenia na klientach szybkiego przystąpienia do działania i natychmiastowych efektów. Presja, aby różne sprawy rodzin zostały zrealizowane szybko wymusza wyręczenie rodzin (w miejsce modelowania, treningu umiejętności i towarzyszenia w nich), co w efekcie prowadzi do jeszcze większego uzależnienia osób wspieranych od pomo-

¹³ I. Krasiejko, T. Świtek, Między wsparciem a kontrolą, op. cit., s. 283- 285.

cy i powiększanie się – zamiast zmniejszania, poczucia kontroli nad własnym życiem. Dużym problemem asystentów rodziny jest oczekiwanie ze strony przełożonych, przedstawicieli innych profesji społecznych oraz mediów „cudotwórstwa” oraz utrzymania jedności rodziny za wszelką cenę. Asystent rodziny dość szybko z „bohatera rodziny” – *jeśli nic nie działa to damy asystenta i on sobie poradzi* – przechodzi w „kozła ofiarnego” – *to jego wina, że nic się nie zmienia lub rodzina znów doświadczyła porażki*. Zapomina się, że asystent rodziny jest częścią zespołu multiprofesjonalnego, złożonego ze specjalistów mających różne role i zadania w systemie pomocy rodzinie i że nie jest on w stanie w kilka miesięcy rozwiązać problemów rodziny, które powstawały latami, tym bardziej pracując samodzielnie.

Schemat 3. Dominujące działania asystenta rodziny – coraz częstsza praktyka



Źródło. Opracowanie własne.

O realizacji tego modelu świadczą następujące wypowiedzi asystentów rodziny:

Coraz bardziej kontrola, nakaz, jesteśmy pierwsi na interwencji (chyba to dominuje). Praca socjalna (bardzo dużo tej pracy). Potem dopiero wsparcie, towarzyszenie, asystowanie (i telefony). Pedagogizacja rodziców (brak czasu na to) [AR 4].

W praktyce piramida jest odwrócona: dominuje kontrolowanie i interwencja nad wspieraniem, towarzyszeniem, pedagogizacją [A 10].

Podstawowym czynnikiem powodującym dominowanie działań interwencyjnych w pracy asystenta rodziny jest, zdaniem badanych, oczekiwanie kierownictwa i innych służb społecznych, w tym sędziów rodzinnych, które to niestety bardzo często nie posiadają wiedzy, na czym tak naprawdę polega praca asystenta.

W praktyce niestety jest zupełnie inaczej, często wynika to z niewiedzy kadry kierowniczej oraz pozostałych pracowników ośrodków pomocy, którzy przerzucają swoje obowiązki na asystentów [AR 15].

Naszym zdaniem piramida odwrócona odzwierciedlałaby rzeczywistą pracę asystenta. Przede wszystkim pracownicy socjalni, kuratorzy, koordynatorzy rodzinnej pieczy zastępczej, pracownicy placówek opiekuńczo-wychowawczych oczekują od asystentów roli interwenta i kontrolującego rodzinę. Brak jest zrozumienia roli asystenta. W naszym zespole staramy się negocjować ze współpracującymi służbami, bronić się przed niektórymi działaniami i promować rzeczywistą rolę asystenta rodziny [AR 9].

Asystenci rodziny zwracali również uwagę, że odchodzenie od wspierającej roli asystenta rodziny powoduje opór rodziny, nie tylko przed zmianą, ale osobą i metodyką działania pracownika, czym tracimy użyteczność kolejnej służby społecznej w poprawie sytuacji dzieci w rodzinach:

Bardzo często dominujące jest monitorowanie i kontrolowanie, co wywołuje zupełnie inne efekty od oczekiwanych [AR 12].

Kolejnym utrudnieniem w realizacji asystentury jest niska możliwość towarzyszenia – brak pieniędzy na dojazdy, zbyt rozległy teren. Jak ocenia to jedna z asystentek:

W praktyce wygląda to tak, że towarzyszenie podopiecznym np. w urzędach, podczas wizyt lekarskich itp. nie zawsze jest możliwe. Wiąże się to z ograniczeniami terytorialnymi (jestem asystentem w GOPS, do najbliższego miasta jest około 30 km). Następnie ograniczenia klienta: nie zawsze mają środki finansowe na podróżowanie we własnym zakresie, niektórzy są niezaradni w załatwianiu spraw urzędowych, a jeszcze inni nie wykazują motywacji do podejmowania tego typu działań. Nie wolno

przewozić nam klientów własnym samochodem, a kierownik nie zawsze wyraża zgodę na podróżowanie razem z klientem np. autobusem, ponieważ, jak wiadomo, trzeba wysłać wtedy asystenta w delegację, a to kosztuje [AR 21].

Warunki pracy asystentów rodziny w niektórych gminach nie są dostosowane do potrzeb związanych z wykonywaniem tak trudnego pod względem merytorycznym, metodycznym i emocjonalnym zawodu. Ustawa o wspieraniu rodziny nie gwarantuje superwizji, zaś daje możliwość zatrudnienia na umowę zlecenia, co rodzi wiele niekorzystnych skutków dla asystentów rodziny¹⁴. Tylko 32% ogółu wydatków na asystenturę pochodzi z budżetu gmin¹⁵ i te środki finansowe są przeznaczone głównie na podstawowe uposażenie asystentów rodziny. Dotacja z Ministerstwa wypłacana jest z dużym opóźnieniem, co powoduje przerwy w realizacji asystentury i dużą fluktuację kadr¹⁶.

Podsumowanie

Różne rozumienie roli przez asystentów rodziny i innych osób pracujących z rodziną czasami wynika z ich osobistych przekonań, czasami zaś z tego, jakie rozumienie tej roli stworzył dany zakład pracy, którym najczęściej jest ośrodek pomocy społecznej. Na tworzenie się nowej roli społecznej ma bowiem wpływ nie tylko jej realizator (asystent rodziny), ale również partnerzy roli (władze rządowe i samorządowe, kadra kierownicza ośrodka pomocy społecznej, przedstawiciele innych służb społecznych od wielu lat pracujących z rodziną, członkowie rodziny), środowisko lokalne i jego polityka społeczna oraz warunki pracy, a w wielu miejscach są one niezada-

¹⁴ I. Krasiejko, *Asystenci rodziny zatrudnieni na umowę zlecenia jako prekariusze – zagrożenia dla profesjonalizacji nowego zawodu*, „Polityka Społeczna”, 2016, nr 1.

¹⁵ *Informacja Rady Ministrów o realizacji w roku 2013 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* (2014), <http://www.mpips.gov.pl> (dostęp: 12.01.2015).

¹⁶ NIK, *Funkcjonowanie asystentów rodziny w świetle ustawy o wspieraniu rodziny i systemie zastępczej. Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa 2015.

walające (zatrudnienie na umowę zlecenia, niskie dofinansowanie dojazdu do rodzin i instytucji).

Należy zadbać o rozwój tzw. kultury profesjonalnej tego nowego zawodu oraz budowanie tożsamości poprzez tworzenie okazji do namysłu nad własną rolą oraz refleksyjną edukacją teorii i metodyki pracy socjalno-wychowawczej z rodziną, promowanie asystentury i podnoszenie świadomości społecznej w tym zakresie. Do dobrych praktyk zaliczyć można regionalne spotkania asystentów rodziny w postaci koleżeńskich grup wsparcia, szkolenia dla kadr pomocy społecznej oraz powołanie Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Asystentów Rodziny. Asystenci rodziny postulują też o zmiany w ustawie o wpieraniu rodziny, przede wszystkim gwarantujące dostęp do obowiązkowej superwizji, poprawę warunków pracy. Ponadto skonkretyzowanie kategorii rodzin jako beneficjentów wsparcia oraz wykreślenie z zadań asystenta rodziny działań interwencyjnych, aby przywrócić asystenturze wspierający i profilaktyczny wymiar. Również P. Sałustowicz w swych rozważaniach¹⁷ wyraził pogląd, że nie warto dalej inwestować w asystenturę, jeśli działanie w zakresie wspierania i profilaktyki jest instrumentem dyscypliny, kontroli i represji.

Racjonalne zastosowanie formy pomocy w postaci asystentury rodziny wydaje się sugerować użycie jej w środowiskach, gdzie zmiana wydaje się możliwa w krótkim lub średnim okresie czasu, pod warunkiem wsparcia w postaci asystenta rodziny. W przypadku rodzin z wieloma problemami stosowanie asystentury rodziny może mieć sens w dużej mierze w perspektywie długoterminowej (około 3 lat)¹⁸. Asystent rodziny nie powinien być pozostawiony sam w pracy z rodzinami, a być członkiem zespołów multiprofesjonalnych, w których asystentowi rodziny zezwoli się na wspierający model pracy. Być

¹⁷ P. Sałustowicz, *Czy warto inwestować w asystenturę rodzinną?*, „Praca Socjalna”, 2015, nr 4.

¹⁸ Pierwsze badania z zakresu efektywności asystentury rodziny są w pozycji pod red. M. Szpunar, *Asystentura rodziny. Analiza efektywności specjalizacji pracy socjalnej w kontekście projektu systemowego MOPS w Gdyni „Rodzina bliżej siebie”*, Wyd. MOPS w Gdyni, Gdynia 2011, w tym artykuł: I. Krasiejko, A. Imielińska, *Efektywność asystentury rodziny na przykładzie badań realizowanych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Częstochowie*.

może dobrym pomysłem jest dodatkowo powołanie koordynatorów ochrony dziecka¹⁹, których rolą jest monitorowanie losów dzieci zagrożonych krzywdzeniem i w razie potrzeby uruchamianie procesu pomocy lub interwencji.

¹⁹ M. Kątna, K. Przyborowska, M. Dalek, D. Drab, *Monitorowanie Losów Dziecka – interdyscyplinarna ochrona dzieci przed krzywdzeniem i przemocą*, op. cit., s. 14-16.

Summary

Family assistant – companion or intervenor?

According to the theoretical model, family assistance is a complex activity involving companionship within limits of professional relations. However, in cases which require changes in parents' behaviour – pertaining to their role in creating environment for their offspring's upbringing – family assistance might involve actions other than support. The research results presented in this study show that in practice there is no single role, task, or method of work of the family assistant, but instead a whole spectrum: from helping family members in developing their parenting and life skills, to directive imposition of tasks and their assessment, as well as control and intervention.

Piotr Gierek

Katedra Gerontologii, Geriatrii i Pracy Socjalnej

Akademia Ignatianum w Krakowie

O zawodzie pracownika socjalnego, kształceniu i motywach jego wyboru – komentarz z badań

Abstrakt

Głównym założeniem artykułu jest prezentacja wyników badań przeprowadzonych wśród studentów kierunku: praca socjalna Akademii Ignatianum w Krakowie. Problemy poruszane w badaniach koncentrowały się na motywach wyboru zawodu pracownika socjalnego, cechach kandydatów do zawodu pracownika socjalnego, prestiżu zawodu pracownika socjalnego oraz trudnościach związanych z wykonywaniem zawodu pracownika socjalnego. Artykuł charakteryzuje także zawód/profesję pracownika socjalnego, ukazując jego specyfikę.

Zawód jest jednym z najważniejszych wyznaczników miejsca jednostki w świecie społecznym, która poprzez to sytuuje się w strukturze społecznej. Według M. Webera zawód to *kompleks wyspecjalizowanych czynności będących dla jednostki sposobem zaspokajania potrzeb i stanowiący źródło zarobkowe*¹. Podstawowymi cechami zawodu są zadania wykonywane systematycznie, które oparte są na określonej wiedzy i czynnościach w celu zaspokojenia odpowiednich potrzeb, a zadania związane z zawodem stanowią podstawę pozycji społecznej pracownika. Tematyka zawodu ściśle wiąże się z profesjonalizacją², a zagadnienie

¹ Za: T. Nowacki, *Podstawy dydaktyki zawodowej*, PWN, Warszawa 1977, s. 10.

² Profesjonalizacja nazywana jest *procesem, poprzez który konkretny zespół umiejętności i czynności zostaje społecznie określony i zdefiniowany jako zawód, wraz z wyznaczeniem wymaganego zakresu wiedzy, który obejmuje kompetencje danej profesji*. K. Olechnicki, P. Załęcki, *Słownik socjologiczny*, Graffiti BC, Toruń 2002, s. 164.

zawodu jest obiektem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych, w tym socjologii, która zajmuje się problemami związanymi z zawodem, do których można zaliczyć m.in.: przeprowadzenie badań, jakie właściwości psychofizyczne i psychospołeczne są uwarunkowane wykonywaniem danego zawodu oraz jaki jest prestiż określonego zawodu w danym społeczeństwie i od czego jest zależny³.

Podobnie rzecz się ma w przypadku zawodu pracownika socjalnego, który także sytuuje osoby go podejmujące w konkretnej strukturze społecznej. Zawód ten ewaluował przez kilkadziesiąt lat rozwoju pracy socjalnej, a obecnie postrzegany jest jako profesja naznaczona określoną misją, której realizacja wymaga szczególnych predyspozycji⁴, w tym przede wszystkim osobowościowych. Profesjonalizacja pracy socjalnej, zawodu pracownika socjalnego, która dzieje się także „na naszych oczach”, jest procesem i ma miejsce nie tylko w kontekście regulacji prawnych, lecz także w przygotowywaniu i kształceniu młodych adeptów szkół pracy socjalnej. Profesjonalizacja rozumiana jest również jako budowanie etosu zawodowego pracowników socjalnych i tożsamości grupowej, a także jako proces przebiegający na poziomie jednostek, obejmujący definiowanie satysfakcji zawodowej, ścieżki kariery i rozwoju zawodowego.

Istota zawodu pracownika socjalnego zawiera się w tym, że praca socjalna, jaką wykonuje pracownik socjalny w wymiarze praktycznym i teoretycznym odnosi się do społecznego funkcjonowania jednostki, grupy i środowiska lokalnego. Stąd można stwierdzić, że pracownik socjalny koncentruje swoją uwagę przede wszystkim na funkcjonowaniu społecznym, które jest nadrzędnym celem pracy socjalnej⁵. Pracownik

³ J. Sztumski, *Socjologia pracy*, GWSH, Katowice 1999, s. 50.

⁴ Można zaliczyć do niech gotowość i przekonanie w wartość niesienia pomocy innym, zdolność rozumienia ich i dostarczenie wsparcia w drodze do lepszego funkcjonowania w społeczeństwie. Wymaga to zarówno ogromnej odporności, jak i wrażliwości, jest to praca w E. Marynowicz-Hetka (red.), *Badanie, działanie, kształcenie, czyli o przydatności dyscyplin społecznych dla doskonalenia praktyki profesji społecznych w dziedzinie oświat, kultury i pracy socjalnej*, Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź 2002, s. 87.

⁵ M. Bieńko, *Dylematy profesji i roli w refleksyjnym projektowaniu tożsamości współczesnego pracownika socjalnego na przykładzie pracowników powiatowych centrów pomocy rodzinie*, [w:] M. Rymusza (red.), *Pracownicy socjalni i praca socjalna w Polsce. Między służbą społeczną a urzędem*, ISP, Warszawa 2012, s. 94.

socjalny to nie tylko rzemieślnik znający niezbędne techniki wykorzystywane w jego pracy, ale posiadający także wiedzę o człowieku i społeczeństwie. Jak zauważa Z. Butrym: *zakres właściwego pola wiedzy dla pracy socjalnej wypływa z natury człowieka, który jest istotą złożoną, posiadającą potrzeby wywodzące się ze współzależnych dziedzin: biologicznej, intelektualnej, społecznej, emocjonalnej i duchowej. Wynika z tego, że wszelka wiedza, która przyczynia się do lepszego rozumienia jednostki ludzkiej funkcjonującej w społeczeństwie ma istotną wartość i znaczenie*⁶. Pracownik socjalny to zawód nie tylko wypływający z chęci pomocy drugiemu człowiekowi, który znalazł się w sytuacji kryzysowej, ale to przede wszystkim profesja, na którą – według R. Mertona – składają się następujące wartości etyczne: *po pierwsze, znaczenie, jakie przypisuje się systematycznej wiedzy oraz intelektowi, po drugie, nacisk na sprawności techniczne i osiągnięte umiejętności, po trzecie znaczenie, jakie przypisuje się połączeniu wiedzy i sprawności nakierowanych na służbę innym*⁷. Profesja zakłada działania na rzecz jednostek, rodzin, grup i środowisk społecznych, umożliwiające im realizację własnych potrzeb i zadań. Sposób takiego działania oparty musi być na ustalonych zasadach, a nie na prostych rutynowych czynnościach, stąd analiza i rozwiązywanie problemu zgłaszanego przez rodzinę wymaga od pracownika poszukiwania rozwiązań zarówno w posiadanej wiedzy, jak i w umiejętnościach praktycznych. Zdaniem fińskiego filozofa T. Airaksinena, pracownik socjalny zasługuje na najwyższy społeczny szacunek, podobnie jak trzy inne profesje: lekarza, nauczyciela i prawnika⁸. Pracownika socjalnego jako profesjonalistę łatwo rozpoznać, gdyż posługuje się pojęciami technicznymi, jest niezastąpiony, posiada wiedzę, która jest ceniona i umiejętności, które są potrzebne do diagnozowania i komunikacji. Umiejętności i wie-

⁶ Z. Butrym, *Istota pracy socjalnej*, Kraków 1996, s. 53. Por. za: K. Leśniak-Moczuk, *Zmiany jakościowe w pracy socjalnej w okresie przemian społeczno-gospodarczych*, [w:] Frysztacki K., Piątek K. (red.), *Wielowymiarowość pracy socjalnej*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2002, s. 116.

⁷ Za: D. Trawkowska, *Portret współczesnego pracownika socjalnego*, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2006, s. 15.

⁸ Szerzej na ten temat za: J. Hołówka, *Profesje przeciw wykluczeniu*, [w:] M. Orłowska (red.), *Skazania na wykluczenie*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2005, s. 68.

dza⁹ są potrzebne, ponieważ bazują na wartościach, dlatego tak istotna jest etyka i aksjologia pracy socjalnej. Problemy etyczne w pracy socjalnej występują zawsze, bo praca socjalna przesycona jest wartościami.

Pracownik socjalny często określany jest jako „specjalista od pomagania” lub „do spraw ludzkich”, a jego role zawodowe zmieniają się w zależności od potrzeb osób potrzebujących pomocy oraz zmieniającego się otoczenia, w którym funkcjonuje. Warto zaznaczyć, że prowadzenie badań dla pracy socjalnej i nad pracą socjalną jest istotnym warunkiem rozwoju tej dyscypliny. Pracownikom socjalnym zaś w podstawowym modelu zaleca się by wykorzystywali wyniki badań, a jednocześnie wzbogacali i rozwijali profesjonalną wiedzę poprzez prowadzenie badań w praktycznym działaniu¹⁰.

Badania własne

Istotnym elementem kształcenia przyszłych pracowników socjalnych jest wiedza na temat wybranego przez nich zawodu. Informacje te mogą tworzyć monitoring cech przyszłych pracowników socjalnych. Mogą przybliżać obraz ich nastawienia do poszukiwania pracy w tym zawodzie, a także znajomość barier i trudności towarzyszących jej wykonywaniu. Powyższe refleksje stały się inspiracją do przeprowadzenia badań na temat zawodu pracownika socjalnego i motywów jego wyboru w opinii studentów Akademii Ignatianum w Krakowie¹¹. Problemy poruszane w badaniach dotyczyły motywów wyboru zawodu

⁹ Szerzej na ten temat: P. Gierek, *Kompetencje, wiedza i umiejętności w kształceniu pracowników socjalnych*, [w:] L. Woszczyk, T. Grabiński, A. Tabor (red.), *Kompetencje, wiedza, umiejętności. Teoria i praktyka w rozwoju nauki, społeczeństwa i gospodarki*, WSPiM, Chrzanów 2014, s. 97-105.

¹⁰ Szerzej na ten temat: M. Mendel, M. Rymusza, *Po co nam pracownicy socjalni-organizatorzy społeczności. Solidarność, partnerstwo, przymierze w środowisku pracy socjalnej*, [w:] M. Rymusza (red.), *Pracownicy socjalni i praca socjalna w Polsce. Między służbą a urzędem*, ISP, Warszawa 2012; a także: V. Tanaś, *Rola komunikacji międzykulturowej w pracy socjalnej*, [w:] U. Michalik, M. Michalska-Suchanek M. (red.), *Language and The Environment*, tom II, WGWSP, Gliwice 2013.

¹¹ Akademia Ignatianum w Krakowie studia pierwszego stopnia na kierunku praca socjalna otworzyła w roku akademickim 2011/2012 w systemie stacjonarnym. Od roku 2013/2014 zostały uruchomione na kierunku specjalności: praca socjalna z dzieckiem i rodziną oraz praca socjalna z osobami starszymi i niepełnosprawnymi, która od roku 2015/2016 przyjęła nazwę: aktywizacja, poradnictwo i wsparcie osób starszych i niepełnosprawnych. W bieżącym roku akademickim wychodząc naprzeciw współczesnym problemom społecznym uczelnia uruchomiła specjalność: praca socjalna z migrantami i uchodźcami.

pracownika socjalnego, cech kandydatów do zawodu pracownika socjalnego, prestiżu zawodu pracownika socjalnego oraz trudności związanych z wykonywaniem zawodu pracownika socjalnego¹².

Uzyskanie tych informacji stało się celem badań sondażowych przeprowadzonych w Instytucie Nauk o Wychowaniu AI wśród 55 studentów kierunku praca socjalna w październiku 2015 roku z liczby 64 studentów aktualnie studiujących pracę socjalną¹³. 9 studentów nie przystąpiło do badania z uwagi na nieobecność w okresie prowadzenia badań. Podstawowym narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety zawierający 11 pytań oraz metryczkę. Dobór próby badawczej miał charakter celowy, a badania miały charakter wyczerpujący, ponieważ zostały skierowane do wszystkich studentów pracy socjalnej. Respondenci stanowili 20 studentów z III roku (36,4% badanych), 15 studentów z II roku (27,2% badanych) oraz 20 studentów z roku I (36,4% badanych). Warto podkreślić, że respondenci przede wszystkim z I roku pozbawieni byli doświadczeń praktycznych wynikających z udziału w praktykach zawodowych czy hospitacjach, w odróżnieniu od studentów II i III roku, których także plany zawodowe były bardziej skonkretyzowane i związane z pracą socjalną w przyszłości.

Wśród badanych respondentów dominowały kobiety 53 (96,4%), zaś mężczyzn było zaledwie 2 (3,6%). Ma to oczywiście przełożenie na fakt feminizacji zawodu pracownika socjalnego. Najwięcej ankietowanych było w wieku 18-21 lat (76,4%), resztę respondentów stanowiły osoby w wieku 22-25 lat (23,6%). Wszyscy respondenci legitymowali się wykształceniem średnim, ponadto 14 badanych (25,5%) wskazało, że ukończyli szkołę policealną na różnych specjalnościach. Żaden z respondentów nie posiadał wykształcenia licencjackiego lub magisterskiego.

¹² Pomocne przy realizacji niniejszych badań stały się badania przeprowadzone przez R. Wielgos-Struck i M. Bozacką wśród studentów Uniwersytetu Rzeszowskiego dot. wyboru i wykonywania zawodu pracownika socjalnego, zawarte w: R. Wielgos-Struck, M. Bozacka, *Wybór i wykonanie zawodu pracownika socjalnego w opiniach studentów Uniwersytetu Rzeszowskiego*, [w:] M. Teodorczyk (red.), *Widzieć – rozumieć – pomagać. Przykłady rozwiązań stosowanych w codziennej pracy pracownika socjalnego*, CRZL, Warszawa 2013.

¹³ Stan na dzień 25.01.2016 roku, gdzie: 27 studentów studiuje na I roku, 15 na II roku oraz 22 osoby na III roku.

Motywy wyboru zawodu pracownika socjalnego

Wybór dalszego kształcenia absolwentów szkoły średniej zależy od wielu czynników m.in. bierze się pod uwagę osobiste zainteresowania, a z drugiej strony przyszłe szanse zatrudnienia, a co za tym idzie zapewnienia sobie dobrego standardu warunków życia. Chcąc poznać te uwarunkowania, zadałem pytanie w kwestionariuszu ankiety dotyczące motywów wyboru zawodu pracownika socjalnego. Respondenci mieli możliwość wybrania maksymalnie dwóch odpowiedzi, zestawienie odpowiedzi przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Motywy wyboru zawodu pracownika socjalnego

L.p.	Motywy wyboru	Liczba wskazań	%
1.	Zainteresowania w zakresie pracy socjalnej	19	34,5
2.	Chęć pomocy osobom potrzebującym	46	83,6
3.	Przemyślana decyzja, zawsze chciałem/łam profesjonalnie pomagać	15	27,2
4.	Przekonanie o zapotrzebowaniu wykwalifikowanych pracowników socjalnych na rynku pracy	13	23,6
5.	Przypadkowy wybór	12	21,8
6.	Brak możliwości kształcenia w pobliżu miejsca zamieszkania w innym zakresie	2	3,6
7.	Tradycja rodzinna w wykonywaniu zawodu pracownika socjalnego	2	3,6

Źródło: Badanie własne. Udział % dokonanych wyborów nie sumuje się do 100%, ponieważ respondenci mogli wybierać maksymalnie dwie odpowiedzi.

Odpowiedzi ankietowanych pokazują, że w największym stopniu dokonany wybór zawodu kształtowany był chęcią niesienia pomocy osobom potrzebującym (83,6%). Kolejne czynniki, choć zdecydowanie w mniejszym stopniu, to: zainteresowania w zakresie pracy socjalnej (34,5%), chęć profesjonalnego pomagania (27,2%) oraz zapotrzebowanie na wykwalifikowanych pracowników socjalnych na obecnym rynku pracy (23,6%), na uwagę także zasługuje wybór przypadkowy zawodu (21,8%).

Cechy kandydatów do zawodu pracownika socjalnego

Specyfika pracy pracownika socjalnego wymusza nie tylko od samych pracowników, ale także od kandydatów spełnienia pewnych szczególnych kryteriów oceny i posiadania odpowiednich umiejętności. Stąd w kolejnym pytaniu poprosiłem o określenie, co powinno być oceniane u kandydatów do roli pracownika socjalnego. Ankietowani mieli możliwość wybrania maksymalnie dwóch odpowiedzi, które zestawione są w tabeli 2.

Tabela 2. Kryteria oceny kandydatów do pełnienia roli pracownika socjalnego

L.p.	Specyfika oceny	Liczba wskazań	%
1.	Zainteresowania w zakresie niesienia pomocy potrzebującym	15	27,2
2.	Udział w akcjach/programach na rzecz niesienia pomocy potrzebującym lub społecznościowych	13	23,6
3.	Wiedza ogólna z zakresu problematyki pomocy społecznej	11	20
4.	Predyspozycje osobowościowe	32	58,1
5.	Umiejętność nawiązywania kontaktów interpersonalnych/ prowadzenie rozmów z osobami potrzebującymi pomocy	39	70,9

Źródło: Badanie własne. Udział % dokonanych wyborów nie sumuje się do 100%, ponieważ respondenci mogli wybierać maksymalnie dwie odpowiedzi.

Prawie $\frac{3}{4}$ (70,9%) respondentów wskazała na umiejętność nawiązywania kontaktów interpersonalnych/prowadzenie rozmów z osobami potrzebującymi pomocy, nieco mniej (58,1%) predyspozycje osobowościowe, które są niezmiernie ważne w pracy pracownika socjalnego. Powyższą tezę stawiam jako czynny pracownik socjalny z 10-letnim stażem w tym zawodzie.

W kwestionariuszu zamieszczono także kolejne 2 pytania w celu doprecyzowania predyspozycji osobowościowych, tak bardzo niezbędnych przy wykonywaniu zawodu pracownika socjalnego, przy ocenie kandydatów do pełnienia tej roli (tabela 3) oraz oceny własnych predyspozycji, które stanowią mocną stronę badanych (tabela 4).

Tabela 3. *Predyspozycje osobowościowe przy ocenie kandydatów do pełnienia roli zawodowej pracownika socjalnego*

L.p.	Rodzaj predyspozycji osobowościowych	Liczba wskazań N=55	%
1.	Konsekwencja w działaniu	16	29
2.	Cierpliwość	10	18,2
3.	Optymizm	3	5,5
4.	Wrażliwość	3	5,5
5.	Tolerancja	6	10,9
6.	Empatia	17	30,9
	RAZEM	55	100

Źródło: *Badania własne.*

Najważniejsze predyspozycje osobowościowe przy ocenie kandydatów do roli pracownika socjalnego w opinii respondentów to: empatia (30,9%), konsekwencja w działaniu (29%) oraz cierpliwość (18,2%). W przypadku pytania dotyczącego własnych predyspozycji osobowościowych ankietowani mieli możliwość wskazania dowolnej liczby odpowiedzi.

Tabela 4. *Własne predyspozycje osobowościowe potrzebne do wykonywania zawodupracownika socjalnego, które są mocną stroną badanych*

L.p.	Rodzaj własnych predyspozycji osobowościowych	Liczba wskazań	%
1.	Konsekwencja w działaniu	25	45,4
2.	Cierpliwość	25	45,4
3.	Optymizm	25	45,4
4.	Wrażliwość	38	69,1
5.	Tolerancja	30	54,5
6.	Empatia	44	80

Źródło: *Badanie własne. Udział % dokonanych wyborów nie sumuje się do 100%, ponieważ respondenci mogli wybierać dowolną ilość odpowiedzi.*

W przypadku własnych predyspozycji respondenci podobnie wskazywali empatię (80%), a także wrażliwość (69,1%) i tolerancję (54,5%), co pokazuje powyższa tabela.

Respondenci także zostali poproszeni w ankiecie, aby określić stopień opanowania przez nich podstawowych umiejętności przydatnych do wykonywania zawodu pracownika socjalnego (tabela 5) oraz tych umiejętności, które stanowią mocną stronę w ocenie badanych (tabela 6).

Tabela 5. *Umiejętności przydatne do wykonywania zawodu pracownika socjalnego*

L.p.	Rodzaj umiejętności	Liczba wskazań N=55	%
1.	Komunikacja społeczna	15	27,2
2.	Umiejętności negocjacyjne	1	1,8
3.	Umiejętności rozwiązywania problemów	35	63,7
4.	Umiejętności rozwiązywania konfliktów	4	7,3
	RAZEM	55	100

Źródło: *Badania własne.*

W przypadku umiejętności przydatnych do wykonywania zawodu pracownika socjalnego respondenci wskazali umiejętności rozwiązywania licznych problemów zgłaszanych przez klientów (63,7%), w zdecydowanie mniejszym stopniu wskazali komunikację społeczną (27,2%), a także umiejętności rozwiązywania konfliktów (7,3%) i umiejętności negocjacyjne (1,8%). W pytaniu dotyczącym własnych umiejętności przydatnych do zawodu pracownika socjalnego, które są ich mocną stroną, ankietowani mieli możliwość wyboru dowolnej ilości odpowiedzi.

Tabela 6. *Umiejętności przydatne do wykonywania zawodu pracownika socjalnego, które są mocną stroną badanych*

L.p.	Rodzaj umiejętności, które są mocną stroną badanych	Liczba wskazań	%
1.	Komunikacja społeczna	43	78,2
2.	Umiejętności negocjacyjne	15	27,2
3.	Umiejętności rozwiązywania problemów	38	69,1
4.	Umiejętności rozwiązywania konfliktów	20	36,4

Źródło: *Badanie własne. Udział % dokonanych wyborów nie sumuje się do 100%, ponieważ respondenci mogli wybierać dowolną ilość odpowiedzi.*

Przy ocenie własnych umiejętności, które są mocną stroną badanych, respondenci uznali komunikację społeczną (78,2%) oraz także umiejętności rozwiązywania problemów (69,1%), w mniejszym stopniu umiejętności rozwiązywania konfliktów (36,4%) i umiejętności negocjacyjne (27,2%).

Prestiż zawodu pracownika socjalnego

Wysoko ceniony zawód oceniany w społeczeństwie w dużym stopniu może wpływać na wyobrażenie o atrakcyjności przyszłej pracy i może stanowić zapowiedź satysfakcji z jej wykonywania. Zatem wcześniejsze pytania w ankiecie zostały uzupełnione pytaniem dotyczącym prestiżu zawodu pracownika socjalnego. Odpowiedzi badanych przedstawia tabela 7. Ponadto respondenci zostali poproszeni o uzasadnienie swojego wyboru.

Tabela 7. *Prestiż zawodu pracownika socjalnego w opinii badanych*

L.p.	Prestiż zawodu pracownika socjalnego	Liczba wskazań N=55	%
1.	Bardzo wysoki	0	-
2.	Wysoki	4	7,3
3.	Średni	19	34,5
4.	Niski	23	41,8
5.	Bardzo niski	9	16,4
	RAZEM	55	100

Źródło: *Badania własne.*

W uzasadnieniu respondenci, którzy wskazali, iż zawód pracownika socjalnego cieszy się średnim prestiżem (34,5%), argumentowali swój wybór tym, że pracownicy socjalni mają niskie zarobki, że zawód ten jest niedoceniany oraz to, że jest to praca z ludźmi przy dużych ograniczeniach finansowych (niska pula pieniędzy na pomoc i świadczenia z pomocy społecznej). W przypadku wskazania niskiego prestiżu (41,8%), respondenci uzasadniali to faktem, że wiele osób nie ma pojęcia, kim jest i czym się zajmuje pracownik socjal-

ny, zaznaczali, że zawód ten jest negatywnie odbierany przez niektóre grupy społeczne, że ludzie stereotypowo myślą o pracy socjalnej (osoba, która *odbiera dzieci albo daje zasiłek*), a także badani wskazywali na niskie zarobki. Natomiast w przypadku bardzo niskiego prestiżu (16,4%) ankietowani zwracali uwagę na biurokratyzację pracy pracownika socjalnego (głównie w ośrodkach pomocy społecznej), że zawód ten jest mało popularny, a ponadto, że negatywnie kreowany jest w mediach.

Powyższe wyniki zgodne są z licznymi badaniami¹⁴, także ogólnopolskimi przeprowadzonymi na ten temat wśród pracowników socjalnych, którzy mają świadomość niskiej pozycji swojego zawodu, zatem można powiedzieć, że cieszą się uznaniem i prestiżem w niewielkim stopniu. Uznaniem obdarzają ich zazwyczaj grupy, które z pomocy społecznej nie korzystają. To te grupy przyznają im pewne zasługi, uznają pozycję i prestiż. Z drugiej strony można wymienić wiele czynników, które prestiż i uznanie dyskwalifikują, np. niskie dochody tej grupy zawodowej, jak i brak efektywnych narzędzi do pomagania (w tym także ograniczone środki finansowe pomocy społecznej), zbyt rozbudowana biurokratyzacja, ale także utrudnienia we wprowadzaniu nowoczesnych metod i technik pracy socjalnej w miejscu pracy, co ponadto budzi u wielu pracowników frustrację, zniechęcenie, popadanie w rutynę i w rolę urzędniczą¹⁵. W obecnych czasach w odczuciu większości osób w społeczeństwie prestiżem i autorytetem cieszą się ci, którzy odnieśli sukces, a sukces to m.in. odpowiednio wysoka pozycja finansowa, bo wysokość płacy jest *swoistym wyróżnieniem pracownika, a tym samym jednym ze źródeł jego prestiżu*¹⁶. Jak zauważa K. M. Słomczyński, w szczególności jednostki, pracujące w prestiżowych zawodach, bardziej wy-

¹⁴ Zob. m in.: R. Morawski, *Prometeusz w opresji? O społecznym funkcjonowaniu pracownika socjalnego*, WWSP TWP, Warszawa 2010, s. 67-70.

¹⁵ Zob. P. Gierek, *Prestiż zawodu pracownika socjalnego w polskim systemie pomocy społecznej*, [w:] D. Błasiak, I. Piątkowska-Lipka (red.), *Rola pracy socjalnej w przeciwdziałaniu zjawisku wykluczenia społecznego*, ROPS WŚ, Katowice 2012, s. 33-46.

¹⁶ J. Sztumski, *Socjologia pracy*, GWSH, Katowice 1999, s. 84.

kształcone i więcej zarabiające – a więc na ogół przynależące do klas średnich i wyższych – okazują się bardziej tolerancyjne, w większym stopniu cenią niezależność sądów, ufają innym i wyżej oceniają swoje talenty i możliwości niż osoby o niskim wykształceniu, pracujące w mniej cenionych zawodach i mało zarabiające¹⁷. A B. Szacka dodaje, że doświadczenia związane z pracą z czasem zaczynają określać poglądy nie tylko na samą pracę, ale także na świat i na samego siebie¹⁸. Chodzi mianowicie o to, że doświadczenia zawodowe wpływają na to, w jaki sposób wychowujemy dzieci oraz czy jesteśmy otwarci na innych i na siebie. Należy dodać, że poprawa prestiżu zawodowego pracowników socjalnych zależy od przeobrażeń w kierunku dalszej wysoko posuniętej specjalizacji zawodowej i profesjonalizacji pomocy społecznej. Nastąpi to wtedy, gdy pracownik socjalny będzie uznawany za autorytet w swoim otoczeniu, będzie niezależny finansowo¹⁹ i odpowiednio gratyfikowany²⁰, a także przy równoczesnej poprawie kondycji gospodarczej państwa, kiedy problemy społeczne i egzystencjalne zostaną zaspokojone.

Trudności z wykonywaniem zawodu pracownika socjalnego

Praca pracownika socjalnego i jego specyfika, a przede wszystkim to, że spotyka się w swojej pracy z różnymi kategoriami społecznymi, często także z trudnymi klientami, uważana jest powszechnie za trudną, co pokazują liczne badania empiryczne na grupie pra-

¹⁷ K. M. Słomczyński, *Struktura społeczna a osobowość w warunkach zmiany społecznej*, [w:] J. Kurczewska (red.), *Zmiana społeczna. Teorie i doświadczenia polskie*, IFiS PAN, Warszawa 1999, s. 138.

¹⁸ B. Szacka, *Wprowadzenie do socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2003, s. 143.

¹⁹ Inne przedsięwzięcia, które mogłyby wpłynąć na wzrost prestiżu zawodu pracownika socjalnego w opinii pracowników socjalnych prezentują badania zamieszczone w raporcie *Czy podejście aktywizujące ma szansę? Pracownicy socjalni i praca socjalna w Polsce 20 lat po reformie systemu pomocy społecznej*, red. M. Rymśa, ISP, Warszawa 2011 (szczególnie rozdział 3: M. Bienko: *Wybrane tożsamościowe aspekty zawodu pracownika socjalnego*, podrozdział: *Poziom identyfikacji zawodowej w płaszczyźnie normatywno-aksjologicznej*, s. 111-118).

²⁰ A. Zasada-Chorab, *Kształtowanie się zawodu pracownika socjalnego w Polsce*, Centrum AV, Częstochowa 2004, s. 156.

owników socjalnych²¹. Chcąc sprawdzić tą kwestię, zadałem pytanie w kwestionariuszu ankiety dotyczące trudności związanych z wykonywaniem zawodu pracownika socjalnego, które mogłyby zniechęcić respondenta do podjęcia pracy w tym zawodzie. Odpowiedzi badanych przedstawia tabela 8.

Tabela 8. *Trudności z wykonywaniem zawodu pracownika socjalnego w opinii badanych*

L.p.	Trudności w zawodzie pracownika socjalnego	Liczba wskazań N=55	%
1.	Roszczeniowa postawa klientów pomocy społecznej	14	25,5
2.	Ograniczone środki finansowe na realizację zadań	13	23,7
3.	Duża biurokracja	21	38,2
4.	Niski prestiż zawodowy	3	5,4
5.	Zbyt duże rejonu pracy/zbyt duża liczba środowisk	1	1,8
6.	Zbyt różnorodna i duża ilość problemów zgłaszanych przez klientów	0	-
7.	Inne	3	5,4
	RAZEM	55	100

Źródło: *Badania własne.*

Analizując powyższe odpowiedzi, można uznać, że respondenci przede wszystkim za główną trudność w pracy pracownika socjalnego uznali dużą biurokrację (38,2%) w pomocy społecznej. W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że badani postulowali oddzielenie pracy socjalnej od przyznawania świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej. ¼ badanych (25,5%) wskazała roszczeniową postawę klientów pomocy społecznej, a także wskazała na ograniczone środki finansowe na realizację zadań (23,7%). Na uwagę zasługuje znikoma liczba wskazań na niski prestiż zawodowy (5,4%), a także zbyt duże rejonu pracy (1,8%), choć w wielu badaniach sami pracownicy socjalni przyznają, że są przeciążeni pracą w tym dużą ilością środowisk. Interesu-

²¹ Zob. m. in. A. Kotlarska-Michalska, *Trudności w pracy zawodowej pracownika socjalnego w świetle badań socjologicznych*, [w:] J. Brągiel, I. Mudrecka (red.), *Problemy kształcenia pracowników socjalnych*, INP UO, Opole 1998; D. Trawkowska, *Portret współczesnego pracownika socjalnego*, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2006, a także P. Gierek, *O ludziach niechcianych – wykluczonych i marginalizowanych*, „Praca Socjalna”, 2010, nr 4, s. 39-45.

jące jest jednak to, że 3 osoby badane (5,4%) stwierdziły, że nic nie jest w stanie ich zniechęcić do podjęcia pracy w tym zawodzie. Bardzo pocieszający fakt, pokazujący wysoką determinację tych osób chcących pracować w tym zawodzie.

Istotną kwestią w kwestionariuszu ankiety były pytania, czy respondenci po zakończeniu kształcenia chcą pracować w zawodzie pracownika socjalnego, jeśli tak to, w jakiej konkretnie instytucji. Na pierwsze pytanie 26 ankietowanych (47,3%) odpowiedziało tak, że chce pracować w przyszłości w zawodzie pracownika socjalnego, (43,6%), tj. 24 badanych wskazało, że raczej tak. Znikoma liczba badanych (7,3%) stwierdziła, że trudno powiedzieć, natomiast jeden respondent stwierdził, że raczej nie chce po zakończeniu kształcenia pracować w tym zawodzie. W przypadku pytania dotyczącego konkretnych instytucji, w których badani chcą podjąć pracę po zakończeniu kształcenia odpowiedzi zawarte są w tabeli 9.

Tabela 9. Rodzaj instytucji, z którą studenci chcą związać się w przyszłości

L.p.	Instytucje	Liczba wskazań	%
1.	Ośrodki pomocy społecznej	19	34,5
2.	Domy dziecka, placówki opiekuńczo-wychowawcze	31	56,4
3.	Świetlice środowiskowe	10	18,2
4.	Ośrodki interwencji kryzysowej	24	43,6
5.	Sądy jako kuratorzy sądowi	16	29,1
6.	Organizacje pozarządowe	10	18,2

Źródło: Badanie własne. Udział % dokonanych wyborów nie sumuje się do 100%, ponieważ respondenci mogli wybierać maksymalnie 2 odpowiedzi.

Respondenci najczęściej wskazywali domy dziecka, placówki opiekuńczo-wychowawcze (56,4%), ośrodki interwencji kryzysowej (43,6%) oraz ośrodki pomocy społecznej (34,5%). W wyborze ośrodków pomocy społecznej zadziwiające jest to, że to właśnie w nich jest widoczna dość duża biurokracyzacja, która stanowi największą trud-

ność w wykonywaniu zawodu pracownika socjalnego w opinii ankietowanych.

Ostatnią kwestią, na którą zwrócono uwagę w badaniach to fakt, że ważnym atrybutem wykonywania zawodu pracownika socjalnego jest poziom wykształcenia, rozumianego jako ciągle dokształcanie się i doskonalenie swojego warsztatu pracy. Na pytanie: *jako przyszły absolwent pracy socjalnej i wykwalifikowany pracownik socjalny czy widzi Pan/Pani potrzebę pogłębiania wiedzy specjalistycznej zdobytej na studiach w formie studiów podyplomowych, specjalistycznych kursów czy poprzez udział w szkoleniach lub konferencjach?* Aż 53 badanych (96,4%), widzi potrzebę dokształcania się, ale nie było w stanie konkretnie określić, z jakich form doskonalenia zawodowego będzie korzystać w przyszłości. Respondenci ogólnie wskazywali specjalizacje w zawodzie pracownika socjalnego, studia podyplomowe, np. z zakresu mediacji, pedagogiki resocjalizacyjnej czy kursy, w tym na opiekuna osoby starszej i niepełnosprawnej. Dwie osoby z spośród badanych (3,6%) nie widzi konieczności pogłębiania wiedzy specjalistycznej zdobytej na studiach, ponieważ, jak przyznali, nie interesuje ich ten kierunek.

Wnioski

Najważniejszym czynnikiem wpływającym na wybór zawodu pracownika socjalnego, w opinii badanych, jest chęć niesienia pomocy osobom potrzebującym, w dalszej kolejności zainteresowania w zakresie pracy socjalnej. Istotne w ocenie kandydatów do pełnienia roli pracownika socjalnego uznane zostały następujące kryteria umiejętności w nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych/prowadzenie rozmów z osobami potrzebującymi pomocy, a w dalszej kolejności predyspozycje osobowościowe, z których najważniejsza jest empatia i konsekwencja w działaniu, natomiast oceniając własne predyspozycje osobowościowe respondenci jednak wskazali oprócz empatii także wrażliwość na potrzeby innych. Ankietowani za najważniejsze umiejętności przydatne do wykonywania zawodu pracownika socjalnego wskazali umiejętności rozwiązywania problemów, w przypadku oce-

ny własnych umiejętności postawili na komunikację społeczną. Zdaniem połowy badanych zawód pracownika socjalnego posiada niski prestiż, mimo to większość respondentów stwierdziła, że po zakończeniu studiów chce podjąć pracę na stanowisku pracownika socjalnego w różnych instytucjach przede wszystkim w placówkach opiekuńczo-wychowawczych czy ośrodkach interwencji kryzysowej. Największe trudności z wykonywaniem zawodu pracownika socjalnego w opinii badanych to duża biurokratyza oraz roszczeniowa postawa klientów pomocy społecznej. Pocieszające jest jednak to, że przyszli absolwenci pracy socjalnej mają świadomość konieczności kształcenia ustawicznego, co może zwiększyć ich szanse na wykonywanie pracy dającej satysfakcję.

Zawód/profesja pracownika socjalnego wymaga dużego zaangażowania i predyspozycji ze strony osób, które go wykonują, pomimo tego, że nie cieszy się on należytytym szacunkiem i wysokim prestiżem. Wobec tego istotny jest dobór odpowiednich osób do jego wykonywania, w tym kontekście nabiera dużego znaczenia także kształcenie do tej profesji, które realizuje szereg uczelni w Polsce.

Summary

The social worker education and its choice motives – commentary research

The main objective of this article is to present the results of research carried out among students of the faculty: Social Work Ignatianum Academy in Krakow. Issues addressed in the studies focused on the motives of choice of occupation social worker, qualities of candidates to the profession of a social worker, social worker profession's prestige, and the difficulties associated with the pursuit of the profession of social worker. Article characterized also occupation / profession of a social worker, revealing its specifics.

Iryna Drozd

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rzeszowie

Źródło i skala finansowania pomocy społecznej w Polsce i na Ukrainie (analiza porównawcza 2008-2014)

Abstrakt

Polska i Ukraina – dwa postkomunistyczne sąsiadujące ze sobą kraje, połączone historią, mają zarówno wspólne cechy, jak i znaczące różnice. Można stwierdzić, że Polska ma już za sobą proces transformacji ustrojowej, natomiast na Ukrainie ten proces nadal trwa, a wydarzenia z lat 2013-2014 pokazują, że to państwo potrzebuje wzorców i wsparcia zewnątrz. Polska – państwo Europy Środkowej o powierzchni 312 679 km², zamieszkała przez prawie 38,5 miliona ludzi. Ukraina – państwo w Europie Środkowej o powierzchni 603 700 km² (wraz z Republiką Autonomiczną Krymu). Zamieszkała przez 45,4 miliona ludzi (2010). Ukraina jest zatem państwem o powierzchni dwukrotnie większej od Polski, a ludność jest większa jedynie o 7,9 miliona ludzi. Czy zatem wydatki na politykę społeczną na Ukrainie są większe niż w Polsce? Czy liczba osób potrzebujących pomocy jest również większa niż w Polsce? Odpowiedź na te pytania przedstawia niniejsze opracowanie na podstawie analizy danych statystycznych (zastanych) z urzędów statystycznych obu państw.

Polska i Ukraina – dwa postkomunistyczne sąsiadujące ze sobą kraje, połączone historią, mające zarówno wspólną cechy, jak i różnice. Można stwierdzić, że Polska ma już za sobą proces transformacji ustrojowej, natomiast na Ukrainie nadal trwa ten proces i nie tylko ustrojowej, gdyż wydarzenia 2013-2014 pokazują, że to państwo potrzebuje wzorców i wsparcia z zewnątrz.

Ukraina jest przykładem kraju postsocjalistycznego, którego doświadczenia transformacyjne dowodzą, jak trudno jest wykorzystać potencjał wysokiej aktywności ekonomicznej, jeżeli abstrahuje się od sprawdzonych wzorców porządku konkurencyjnego i rozwiązań ładu instytucjonalnego spójnych z wyzwaniem sprawnych rynków, rewolucji informatyczno-telekomunikacyjnej, globalizacji i tendencji integracyjnych. Aspiracje społeczeństwa ukraińskiego dotyczące skracania dystansu rozwojowego w rozsądnym przedziale czasu zmuszają do rozstrzygnięć, jaki wzorzec rozwojowy i rynku jest właściwy dla tego kraju¹.

Przed omówieniem kwestii polityki społecznej Polski i Ukrainy warto dokładnie przyjrzeć się tym dwóm państwom.

Polska, Rzeczpospolita Polska (RP) – państwo unitarne w Europie Środkowej położone między Morzem Bałtyckim na północy a Sudetami i Karpatami na południu, w przeważającej części w dorzeczu Wisły i Odry. Powierzchnia administracyjna Polski wynosi 312 679 km², co daje jej 70. miejsce na świecie i 9. w Europie. Zamieszkała przez prawie 38,5 miliona ludzi (2014), zajmuje pod względem liczby ludności 34. miejsce na świecie, a 6. w Unii Europejskiej. Terytorium RP jest podzielony na 16 województw, 314 powiatów, 66 miast na prawach powiatu oraz 2479 gmin².

Ukraina – państwo unitarne, położone w Europie Wschodniej. Powierzchnia administracyjna Ukrainy wynosi 603 700 km² (wraz z Republiką Autonomiczną Krymu). Zamieszkała przez 45,4 miliona ludzi (2010 r.). Terytorium Ukrainy w I rządzie dzieli się na 24 obwody oraz 2 miasta wydzielone (Kijów i Sewastopol) i 1 republikę autonomiczną (Republikę Autonomiczną Krymu) mającą własną konstytucję i rząd. Sewastopol i Republika Autonomiczna Krymu zostały w marcu 2014 roku jednostronnie inkorporowane do Rosji; jednak na arenie międzynarodowej uznawane są za część Ukrainy. W II rządzie Ukra-

¹ M. G., Woźniak, *Wstęp*, [w:] Woźniak M. G., Chuzhykov V. I., Lukianenko D. G. (red), *Konwergencja modeli ekonomicznych Polska i Ukraina*, Wydawnictwo Fundacji Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2009, s. 17.

² Zob. <https://pl.wikipedia.org/wiki/Polska>.

ina dzieli się na 492 rejony³. Ukraina jest państwem, powierzchnia którego jest większa od terytorium Polski w 2 razy a ludność jest większa jedynie o 7,9 miliona ludzi. Czy zatem wydatki na politykę społeczną na Ukrainie są większe niż w Polsce? Czy liczba osób potrzebujących pomocy jest również większa niż w Polsce? Odpowiedź na te pytania przedstawi niniejsze opracowanie na postawie analizy danych statystycznych z urzędów statystycznych obu państw.

Charakterystyka podstawowych pojęć

Polska

Pomoc społeczna – jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości⁴. Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej (minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, wojewodowie) i samorządowej (marszałkowie województw, starostowie na poziomie powiatów oraz wójtowie, burmistrzowie (prezydenci miast) na poziomie gmin⁵. Realizując zadania pomocy społecznej, współpracują oni, na zasadzie partnerstwa, z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi. Pomoc społeczna wspiera potrzebujące osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia podstawowych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka. Zadaniem pomocy społecznej jest też zapobieganie trudnym sytuacjom życiowym poprzez podejmowanie działań zmierzających do życiowego usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem. Rodzaj, forma i rozmiar świadczenia z pomocy społecznej powinny być odpowiednie do okoliczności uzasadniających

³ Zob. <https://pl.wikipedia.org/wiki/Ukraina>.

⁴ Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12.03.2004 r. art. 2. ust 1 (Dz. U. z 2015 r. poz. 163 z późn. zm.).

⁵ Zob. <https://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoeczna>.

udzielenie pomocy. Potrzeby osób i rodzin korzystających z pomocy społecznej powinny zostać uwzględnione, jeżeli odpowiadają celom i mieszczą się w możliwościach pomocy społecznych⁶.

Na podstawie art. 7 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12.03.2004 r. pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom, w szczególności z powodu:

- ubóstwa;
- sieroctwa;
- bezdomności;
- bezrobocia;
- niepełnosprawności;
- długotrwałej lub ciężkiej choroby;
- przemocy w rodzinie;
- potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;
- potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
- bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
- braku umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej całodobowe placówki opiekuńczo-wychowawcze;
- trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;
- trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
- alkoholizmu lub narkomanii;
- zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
- kłęski żywiołowej lub ekologicznej⁷ (Ustawa, 2004, art. 7)

Pomoc społeczna polega w szczególności na:

- przyznawaniu i wypłacaniu świadczeń,
- pracy socjalnej,
- prowadzeniu i rozwoju niezbędnej infrastruktury socjalnej,

⁶ Ustawa o pomocy społecznej, art. 3.

⁷ Ibidem, art. 7.

- analizie i ocenie zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej,
- realizacji zadań wynikających z rozeznaczonych potrzeb społecznych,
- rozwijaniu nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb⁸.

Główne cele pomocy społecznej:

- wsparcie osób i rodzin w przezwyciężeniu trudnej sytuacji życiowej, doprowadzenie – w miarę możliwości – do ich życiowego usamodzielniania i umożliwienie im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka,
- zapewnienie dochodu na poziomie interwencji socjalnej – dla osób nieposiadających dochodu lub o niskich dochodach, w wieku poprodukcyjnym i osobom niepełnosprawnym,
- zapewnienie dochodu do wysokości poziomu interwencji socjalnej osobom i rodzinom o niskich dochodach, które wymagają okresowego wsparcia,
- zapewnienie profesjonalnej pomocy rodzinom dotkniętym skutkami patologii społecznej, w tym przemocą w rodzinie,
- integracja ze środowiskiem osób wykluczonych społecznie,
- stworzenie sieci usług socjalnych adekwatnych do potrzeb w tym zakresie⁹.

Świadczenia finansowe – świadczenie (zasiłki) pieniężne przyznane osobie potrzebującej, celem zaspokojenia potrzeb życiowych. Do zasiłków pieniężnych należą; zasiłki stałe, okresowe, celowe, pomoc pieniężna na usamodzielnienie, pomoc ekonomiczna na usamodzielnienie¹⁰.

Świadczenie usługowo-opiekuńcze:

⁸ Ibidem, art. 15.

⁹ Zob. *www.mpips...*, *op. cit.*

¹⁰ Ibidem.

Usługi opiekuńcze – obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

Zarówno usługi opiekuńcze, jak i specjalistyczne usługi opiekuńcze przyznawane są osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona. Taki rodzaj pomocy może być również przyznany osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni, nie mogą takiej pomocy zapewnić¹¹.

Dom pomocy społecznej – osoba, która wymaga całodobowej opieki z powodu wieku choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w środowisku zamieszkania jest kierowana do domu pomocy społecznej odpowiedniego typu, zlokalizowanego jak najbliżej środowiska zamieszkania osoby kierowanej, chyba że okoliczności sprawy wskazują inaczej. Dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających¹². Domy, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone dzielą się na domy dla:

1. Osób w podeszłym wieku
2. Osób przewlekle somatycznie chorych
3. Osób przewlekle psychicznie chorych
4. Dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
5. Dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie
6. Osób niepełnosprawnych fizycznie¹³.

¹¹ Ustawa o pomocy społecznej, art. 50 ust. 1-4.

¹² Ibidem, art. 54 ust.1 i ust. 2, art. 55 ust. 1.

¹³ Ibidem, art. 55 ust 1i 2, art. 56.

Do jednostek organizacyjnych pomocy społecznej należą:

- regionalne ośrodki polityki społecznej
- powiatowe centra pomocy rodzinie
- ośrodki pomocy społecznej
- domy pomocy społecznej
- placówki specjalistycznego poradnictwa, w tym rodzinnego
- ośrodki wsparcia
- ośrodki interwencji kryzysowej.

Podstawy prawne funkcjonowania pomocy społecznej w Polsce:

- Ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 z późn. zm.),
- Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592 z późn. zm.),
- Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163 z późn. zm.),

Innych ustaw, a w szczególności:

- Ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992 z późn. zm.),
- Ustawy z dnia 21 czerwca 2001 r. o dodatkach mieszkaniowych (Dz. U. z 2001 r. Nr 71, poz. 734 z późn. zm.),
- Ustawy z dnia 22 kwietnia 2005 r. o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 86, poz. 732 z późn. zm.),
- Ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2005 r. Nr 249, poz. 2104 z późn. zm.)
- oraz uchwały odpowiednich samorządów¹⁴.

¹⁴ Zob. www.mopszreszow.pl.

Źródła finansowania pomocy społecznej

Finansowanie pomocy społecznej realizowane jest w oparciu o zasady wynikające z ustawy o finansach publicznych z 27 sierpnia 2009 – Dz. U. Nr 157, poz. 1240) oraz ustawy o rachunkowości (Dz. U. Z 2009 r. Nr 152, poz. 1223).

Przy finansowaniu instytucji pomocy społecznej działających w ramach samorządu zastosowanie mają także właściwe (odpowiednie do szczebla) ustawy:

- o samorządzie gminnym – 8 marca 1990 r. (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 z późn. zm.) (stan na dzień 02.01.2014)
- o samorządzie powiatowym – 5 czerwca 1998 r. (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592 z późn. zm.) (stan na dzień 02.01.2014)
- o samorządzie województwa – 5 czerwca 1998 r. (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1590 z późn. zm.) (stan na dzień 02.01.2014)
- ustawa o pomocy społecznej – 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2013r poz. 182 z późn. zm.) (stan na dzień 02.01.2014).

Zasady finansowania uzależnione są od typu realizowanego zadania oraz formy organizacyjno-prawnej jednostki.

Źródła finansowania Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej

- środki własne
- środki z budżetu państwa.

Źródła finansowania Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej

Środki wydatkowane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w części pochodzą z budżetu miasta, oraz z budżetu państwa. Ośrodek Pomocy Społecznej, poza budżetem, realizuje zadania wynikające z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Miejskie Ośrodki Pomocy Rodzinie łączące zadania MOPS i PCPR realizują też zadania finan-

sowane z PFRON i wtedy już jako MOPS prowadzą Wypożyczalnię Sprzętu Rehabilitacyjnego i Urzędzeń Pomocniczych¹⁵.

Ukraina

Do jednostek organizacyjnych pomocy społecznej na Ukrainie należą:

- na poziomie rządowym władzy ustawodawczej realizację pomocy społecznej nadzoruje Ministerstwo Polityki Społecznej. Kontrola parlamentarna nad przestrzeganiem praw konstytucyjnych i wolności człowieka wykonywane są przez Komisarza Rady Najwyższej Ukrainy. W ramach Rady Najwyższej Ukrainy działa Komisja do Sprawy Polityki Społecznej i Pracy. Funkcją Ministerstwa Polityki Społecznej jest przede wszystkim: rozwiązywanie krytycznych problemów społecznych, takich jak reformy, płace i emerytury, ograniczenie ubóstwa, realizacji programów rządowych w zakresie polityki społecznej i humanitarnej pracy. Koncepcja realizacji reformy płac, programy krajowe medyczno-społecznej rehabilitacji osób niepełnosprawnych, ochrona pracy i bezpieczeństwa życia, rządowe programy ukierunkowane na wsparcie ubogich, wprowadzenie zasadniczego nowego poziomu ochrony socjalnej społeczeństwa w warunkach rynkowych,
- na szczeblu centralnym władzy wykonawczej, z wyjątkiem Ministerstwa Polityki Społecznej, są również zaangażowane w rozwiązywanie problemów społecznych: Ministerstwo Ekonomicznego Rozwoju i Handlu, Ministerstwo Infrastruktury, Ministerstwo Edukacji Młodzieży i Sportu, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Nadzwyczajnych Sytuacji, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego budownictwa i Sektora Usług Mieszkalnych, Ministerstwo Finansów, Fundusz Emerytalny Ukrainy,
- Na szczeblu lokalnym zadania wykonywania polityki społecznej powierzone są obwodowym i rejonowym Departamentom Pracy i Opieki Społecznej, wiejskim Ośrodkom Pracy i Zabezpieczenia

¹⁵ Zob. <http://imw.projekty.solveo.pl/bazy/system-obslugi/zrodla-finansowania-osrodkow-pomocy-spoecznej>.

Społecznego w ramach administracji państwowej i samorządowej. Samorządy mają znaczne kompetencje w dziedzinie ochrony społecznej i socjalnej społeczności¹⁶,

- Instytucje pomocy społecznej na Ukrainie finansowane są z budżetu państwa oraz z budżetu samorządów.

Na Ukrainie świadczenie pieniężne udzielane są z takich powodów, jak:

- Pomoc finansowa dla sierot i dzieci pozbawionych opieki rodzicielskiej, zabezpieczeń pieniężnych rodziców zastępczych i adopcyjnych, na świadczenie usług społecznych w domach dziecka rodzinnego typu i w rodzinach zastępczych, zgodnie z zasadą „pieniądze podążają za dzieckiem” (Uchwała Gabinetu Ministrów Ukrainy z dnia 31.01.2007 № 81).
- Pomoc dla samotnych matek.
- Pomoc przy adopcji dziecka.
- Pomoc społeczna państwa dla osób niepełnosprawnych od dzieciństwa i dzieciom – niepełnosprawnych.
- Pomoc społeczna państwa dla potrzebujących rodzin.
- Wypłata świadczeń dla osób zapewniających pomoc i opiekę niepełnosprawnym osobom powyżej 80. roku życia.
- Płatności na rzecz osób, które świadczą usługi społeczne.
- Pomoc w związku z ciążą i porodem.
- Pomoc dla dzieci lub dla tych dzieci, które są objęte opieką i mają przyznanego kuratora.
- Comiesięczna pomoc pieniężną dla osoby mieszkającej z osobą niepełnosprawną (zaburzenia psychiczne) 1 lub 2 grupy inwalidztwa, gdyż jest wskazanie przez komisje lekarską instytucji medycznej, iż osoba niepełnosprawna wymaga stałej opieki domowej.

¹⁶ Zob. <http://lib.chdu.edu.ua/pdf/posibnuku/315/10.pdf>.

- Pomoc finansowa dla osób nie uprawnionych do emerytury i osób niepełnosprawnych niemających prawa do renty, ale wymagających opieki pomocy społecznej.
- Tymczasowa pomoc państwa dla dzieci, których rodzice nie chcą płacić alimentów, nie są w stanie wspierać dziecko lub ich miejsce zamieszkania nie jest znane
- Jednorazowa wypłata dla kobiet, którym został przyznany tytuł „Matki Bohaterki Ukrainy”.
- Jednorazowa pomoc finansowa dla osób, które ucierpiały z powodu handlu ludźmi¹⁷.

Metody pracy i analiza danych

W niniejszym opracowaniu wykorzystano analizę danych zastanych, polegającą na przetwarzaniu danych celem uzyskania na ich podstawie potrzebnych informacji i wniosków. Dane statystyczne powzięto z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego Polski (GUS), roczników statystycznych wydawanych przez Derzhavną Służbę Statystyki Ukrainy (DSSU) oraz danych z Ministerstwa Finansów Ukrainy (MFU).

Zamieszczone poniżej tabele i wykresy przedstawiają liczbowe dane osób korzystających z różnych form pomocy opieki społecznej takich jak: opieka instytucjonalna, tzn. domy pomocy społecznej zarówno dla osób w podeszłym wieku, jak i dla dzieci oraz osób nieletnich; opieka zastępcza – dla dzieci i inne formy pomocy dzieciom (rodzinne domy dziecka, centra psychologiczno-rehabilitacyjne) oraz świadczenia finansowe.

W Polsce istnieją domy pomocy społecznej (DPS) państwowe i prywatne. Państwowe DPS-y podlegają władzy samorządowej. Liczbę wszystkich placówek przedstawia tabela nr 1.

¹⁷ Zob. http://3222.ua/ru/article/sotsalna_dopomoga_v_ukran.htm.

Tabela 1. Liczba DPS podlegających do różnych organów samorządu (Polska)

Rodzaj samorządu/lata	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Samorząd gminny	81	91	97	110	118	115	118
Samorząd powiatu	667	653	649	677	671	667	661
Samorząd województwa	4	14	13	11	9	12	14
Organ niepubliczny	0	0	730	784	828	863	883
Razem	752	758	1489	1582	1626	1657	1676

Źródło: Analiza własna na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

Jak wynika z tabeli nr 1 do 2010 roku najwięcej DPS-ów podlegało pod samorząd powiatowy. Od 2010 roku w Polsce powstają prywatne domy opieki i ich liczba jest większa niż pozostałych placówek. Zaobserwowano wzrost takiego rodzaju placówek. Na przestrzeni lat 2008-2013 liczba DPS-ów różnego rodzaju zwiększyła się o dwa razy.

Tabela 2 przedstawia liczbę pensjonariuszy w różnego rodzaju domach pomocy społecznej.

Tabela 2. Liczba mieszkańców DPS w Polsce

Liczba mieszkańców/lata	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
DPS gminne	3655	4488	4961	5069	5930	5761	6080
DPS powiatowe	64672	61515	61426	61899	61388	60634	60592
DPS wojewódzkie	170	1235	988	924	637	952	977
DPS niepubliczne	0	0	33824	34057	36503	36969	38013
Razem	68497	67238	101199	101949	104458	104316	105662

Źródło: Na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

Jak wynika z analizy tabeli 2, 1/3 pensjonariuszy są mieszkańcami prywatnych DPS-ów. Specyfiką niepublicznych DPS-ów jest kameralna liczba osób do ok. 50 miejsc, natomiast państwowe placówki, to przeważnie duże domy mające od 50 do 200 miejsc.

Tabela nr 3 przedstawia ilość DPS-ów na Ukrainie, są to wszystkie placówki państwowe. W rocznikach statystycznych DSSU nie zamiesz-

czono informacji o niepublicznych DPS. Placówki te przeznaczone zarówno tak dla osób starszych i niepełnosprawnych, jak i dla dzieci.

Tabela 3. Liczba DPS wraz z miejscami do zamieszkania na Ukrainie (obwody Ukrainy)

Obwody Ukrainy/lata/miejsc	2008	Liczba miejsc	2009	Liczba miejsc	2010	Liczba miejsc	2011	Liczba miejsc	2012	Liczba miejsc	2013	Liczba miejsc	2014	Liczba miejsc
Republika Krym	11	1994	12	1983	11	1985	11	1977	11	1977	11	1979	-	-
Winnicki	10	2041	10	2041	10	2041	10	2041	10	2041	10	2071	10	2041
Wołyński	6	915	6	915	6	915	6	825	6	825	6	827	6	833
Dniepropietrowski	18	3954	18	3931	18	3925	18	3971	18	3971	18	3948	18	3961
Doniecki	20	6131	20	6204	21	6194	21	6234	21	6234	21	6192	11	3726
Żytomierski	15	2637	15	2640	15	2630	15	2606	15	2606	15	2611	15	2617
Zakarpaccy	7	1343	7	1353	7	1310	7	1311	7	1311	7	1311	7	1322
Zaporoski	11	3096	11	2590	11	2590	11	2679	11	2679	11	2809	11	2779
Iwanofrankiwski	8	1251	9	1440	9	1440	9	1440	9	1440	9	1440	9	1256
Kijowski	12	1988	12	2026	10	1874	11	2026	11	2026	11	2038	11	2010
Kirowogradzki	12	1900	12	1900	12	1890	12	1855	12	1855	12	1890	12	1890
Ługański	19	3347	20	3536	20	3540	20	3528	20	3528	20	3556	10	1288
Lwowski	13	1800	13	1810	13	1808	13	1823	13	1823	13	1834	13	1831
Mikołajowski	10	1593	10	1582	10	1553	10	1553	10	1553	10	1553	10	1553
Odeski	10	2175	10	2173	10	2180	10	2164	10	2164	10	2180	10	2180
Połtawski	14	2695	14	2555	14	2555	14	2465	14	2465	14	2405	14	2400
Równieński	7	1203	7	1213	7	1214	7	1213	7	1213	7	1214	7	1215
Sumski	13	2031	13	2001	13	2001	13	1992	13	1992	13	1915	13	1920
Tarnopolski	7	1276	7	1276	7	1276	7	1276	7	1276	7	1276	7	1046
Charkowski	18	3392	18	3338	18	3315	18	3353	18	3353	18	3352	18	3352
Chersoński	11	1718	11	1713	11	1688	11	1688	11	1688	11	1644	11	1641
Chmielnicki	31	2025	31	2025	31	2025	31	2025	31	2025	30	2025	29	2025
Czerkaski	14	2317	14	2317	14	2317	14	2307	14	2307	14	2313	14	2309
Czernihowski	7	1030	7	1110	7	1140	7	1140	7	1140	7	1140	7	1147
Czerniowiecki	9	2113	9	2114	9	2117	9	2007	9	2007	9	2019	9	2015
M. Kijów	8	2647	8	2647	8	2647	8	2707	8	2707	8	2707	8	2707
M. Sewastopol	1	179	1	179	1	179	1	179	1	179	1	179	-	-
Razem	322	58791	325	58612	323	58349	324	58385	324	58385	323	58428	290	51064

Źródło: Na podstawie danych DSSU.

Z analizy tabeli 3 wynika, iż najwięcej placówek instytucjonalnej opieki znajduje się w obwodzie Chmielnickim – 29 domów (2014 r.) z miejscami do zamieszkania – 2025, natomiast w obwodzie Dniepropietrowskim, mimo że jest tylko 18 domów, ale miejsc jest – 3961

(2014 r.). Świadczyć to może o przeludnieniu takich placówek. Najmniej DPS-ów jest w obwodzie Wołyńskim – 6, z miejscami do zamieszkania – 833 (2014 r.). Zgodnie z rocznikami statystycznymi z lat 2011 i 2012 liczba DPS-ów i liczba miejsc w tych placówkach jest jednakowa. W 2014 r. zmalała również liczba DPS-ów z 323 w 2013 r. do 290 DPS-ów. Zjawisko to wynika z tego powodu, iż nie brano pod uwagę DPS-ów znajdujących się na terytorium Republiki Krym i m. Sewastopola oraz wzięto pod uwagę tylko placówki z obwodów Ługańskiego i Donieckiego, które znajdują się pod wpływem Rządu i Prezydenta Ukrainy.

Tabela nr 4 pokazuje liczbę miejsc w domach pomocy społecznych na Ukrainie w latach 2008-2014.

Tabela 4. Liczba DPS wraz z miejscami do zamieszkania (Ukraina)

Liczba DPS/lata	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
liczba DPS	322	325	323	324	324	323	290
liczba miejsc	58791	58612	583349	58358	58358	58428	51064

Źródło: Na podstawie danych DSSU.

Zgodnie z tabelą nr 4 liczba miejsc w DPS na Ukrainie spada. Skokowy spadek liczby DPS-ów i miejsc w tych placówkach w 2014 r. wynika z sytuacji politycznej na Ukrainie trwającej do dziś od listopada 2013 r.

Tabela 5. Liczba osób umieszczonych w DPS dla osób w podeszłym wieku oraz dzieci i młodzieży (Ukraina)

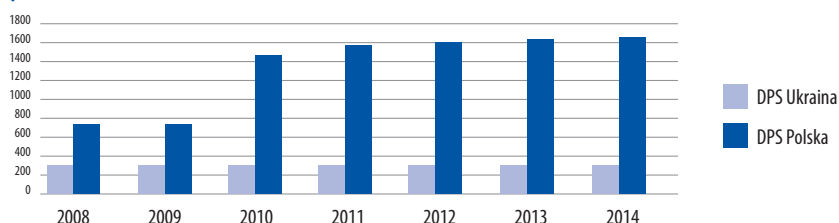
Liczba osób/lata	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
liczba osób dorosłych (tys.)	50,5	50,4	50,3	50,4	50,2	50,8	41,3
liczba dzieci (tys.)	8,3	8,2	8,1	8	7,9	7,6	6,0

Źródło: Na podstawie danych DSSU.

Jak wynika z tabeli nr 5, liczba osób umieszczonych w placówkach całodobowej opieki systematycznie maleje. Spadek liczby miejsc w placówkach całodobowej opieki w 2014 r. wynika ze zmniejszonej liczby DPS-ów na terytorium Ukrainy.

Wykres nr 1 przedstawia liczbę DPS-ów w Polsce i na Ukrainie na przestrzeni lat 2008-2014.

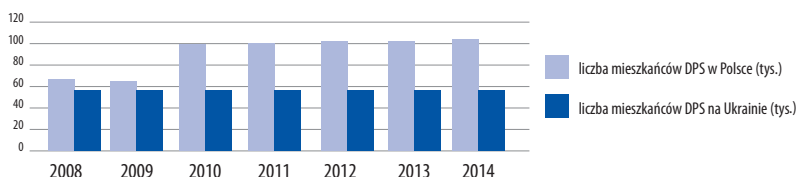
Wykres 1. Liczba DPS Polsce i na Ukrainie w latach 2008-2014



Źródło: Na podstawie danych urzędów statystycznych w Polsce i na Ukrainie.

Z analizy wykresu nr 1 wynika, iż w Polsce liczba DPS-ów wzrasta, z kolei na Ukrainie – spada. W 2014 roku w Polsce DPS było w ponad 5 raz więcej niż na Ukrainie.

Wykres 2. Liczba mieszkańców DPS w Polsce i na Ukrainie w latach 2008-2014



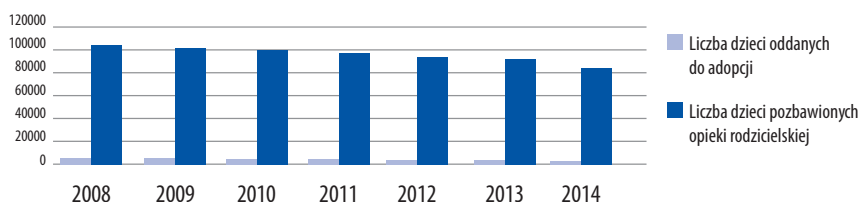
Źródło: Na podstawie danych urzędów statystycznych w Polsce i na Ukrainie.

Z wykresu nr 2 wynika, że w Polsce mieszkańców w domach pomocy społecznej jest w 2 razy więcej niż na Ukrainie.

Poniższe wykresy i tabele przedstawiają sytuacje dzieci potrzebujących pomocy i wsparcia ze strony pomocy społecznej.

Wykres nr 3 pokazuje sytuację dzieci pozbawionych opieki rodzicielskiej. Część dzieci zostało adoptowanych, pozostałe przebywają w różnych placówkach opiekuńczych.

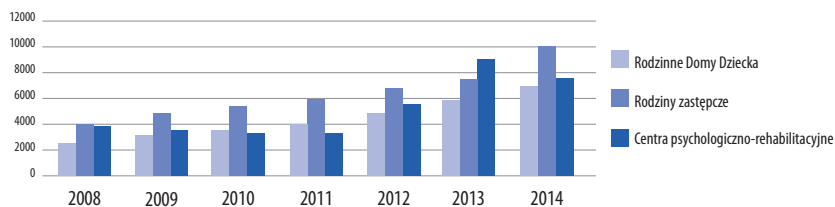
Wykres 3. Liczba dzieci adoptowanych i potrzebujących opieki rodzicielskiej na Ukrainie



Źródło: Na podstawie danych DSSU.

Z wykresu nr 3 wynika, że na Ukrainie liczba dzieci pozostających bez opieki rodzicielskiej jest w 20 razy większa niż dzieci adoptowanych (2008). Na przestrzeni lat zaobserwowano nieznaczny spadek liczby dzieci potrzebujących pomocy.

Wykres 4. Liczba dzieci korzystających z różnego rodzaju pomocy w latach 2008-2013 na Ukrainie



Źródło: Na podstawie danych DSSU.

Z analizy wykresu nr 4 wynika, że od 2008 roku liczba dzieci w korzystających z różnych form pomocy opieki społecznej wzrasta. W 2014 r. najwięcej dzieci skorzystało z pomocy w formie umieszczenia w rodzinach zastępczych.

Sytuacje dzieci w Polsce przedstawiają poniższe tabele i wykresy.

Tabela 6. Liczba rodzin zastępczych wraz z wychowankami do 18 r.ż. na przestrzeni lat 2008-2014 (Polska)

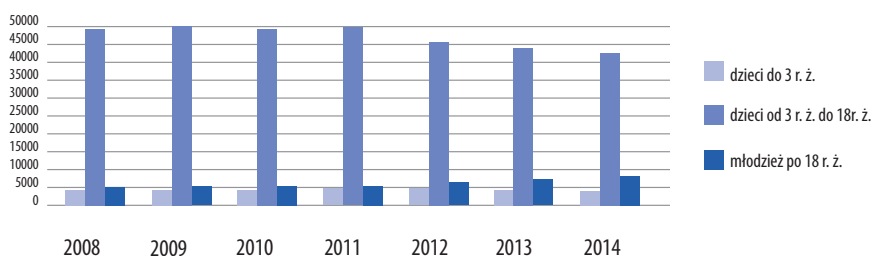
Lata/Liczba rodzin/dzieci	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
liczba rodzin zastępczych	37296	37663	37395	37344	39537	39144	38651
liczba dzieci w rodzinach zastępczych do 18 r.ż.	53357	54344	53798	54160	50235	48436	46581

Źródło: Na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

Z analizy w/w tabeli wynika, iż do 2012 r. liczba rodzin zastępczych w Polsce wzrastała. Od 2013 r. zaobserwowano nieznaczny spadek liczby rodzin, natomiast liczba dzieci w nich umieszczona od 2011 r. systematycznie spada.

Wykresy nr 5 i nr 6 przedstawiają liczbę dzieci i młodzieży w rodzinach zastępczych z uwzględnieniem wieku i płci w poszczególnych latach.

Wykres 5. Liczba dzieci w rodzinach zastępczych w latach 2008-2014 (wiek) (Polska)



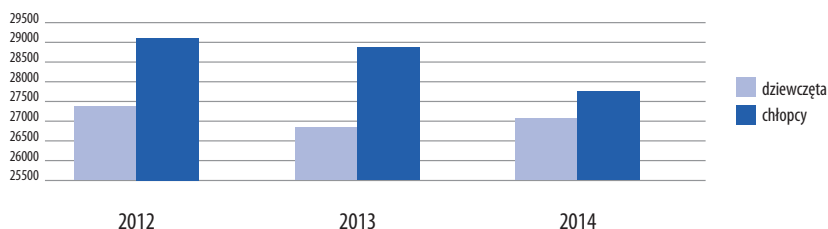
Źródło: Analiza własna na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS¹⁸.

Z wykresu nr 5 wynika, że najczęściej w rodzinach zastępczych umieszczane są dzieci w wieku od 3 r.ż. do 18 r.ż. Od 2011 r. liczba dzieci przebywających w rodzinach zastępczych w wieku od 3 r.ż. do 18 r.ż. maleje, z kolei liczba dzieci do 3 r.ż. zostaje prawie na tym samym poziomie,

¹⁸ Ibidem.

a liczba młodzieży po 18 r.ż. wzrasta. Zauważalny jest fakt, że od 2011 r. liczba dzieci w rodzinach zastępczych systematycznie spada.

Wykres 6. Liczba dzieci w rodzinach zastępczych w latach 2012-2014 (płeć) (Polska)



Źródło: Na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS¹⁹.

Z wykresu nr 6 wynika, że częściej w rodzinach zastępczych umieszczone są chłopcy. Od 2012 r. liczba chłopców w rodzinach zastępczych systematycznie spada, z kolei liczba dziewczynek systematycznie wzrasta. Dane ogólne dotyczące płci dzieci w latach 2008-2011 w BDL GUS są niekompletne.

Tabela 7. Liczba placówek (łączyjących zadania opiekuńcze) i dzieci w nich przebywających na przestrzeni lat 2008-2014 (Polska)

lata/liczba placówek/dzieci	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
liczba placówek opiekuńczych	146	171	195	183	122	117	129
liczba dzieci przebywających w placówkach	6681	7112	7704	7253	-	-	-
opiekuńczo-wychowawczych do 18 r.ż.							

Źródło: Na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

Z tabeli nr 7 wynika, iż od 2011 r. liczba placówek opiekuńczo-wychowawczych systematycznie zmniejsza się. Danych od 2012 r. o liczbie dzieci w tych placówkach w BDL GUS nie ma.

¹⁹ Ibidem.

Tabela nr 8 przedstawia liczbę rodzinnych domów dziecka oraz dzieci w nich przebywających ze zróżnicowaniem na płeć dziecka.

Tabela 8. Liczba Rodzinnych Domów Dziecka i dzieci w nich przebywających w latach 2012-2014 (Polska)

Lata/Liczba RDD i ich mieszkańców	Ilość RDD	Dziewczyny	Chłopcy	Ogółem
2012	225	659	743	1402
2013	331	1061	1064	2125
2014	395	1320	1271	2591

Źródło: Na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

Z w/w tabeli wynika, iż liczba RDD jak i dzieci w nich umieszczonej ma tendencje wzrostową. W 2014 r. liczba RDD powiększyła się w prawie dwa razy. Chłopców w tej formie pomocy jest więcej, lecz w 2014 r. sytuacja była odwrotna i dziewczynek było więcej (o 49 osób).

Jak wygląda wsparcie finansowe dla osób potrzebujących pomocy w analizowanych państwach – poniższe tabele i wykresy przedstawia zakres tego zagadnienia.

Tabela 9. Liczba osób korzystających ze świadczeń z pomocy społecznej i kwoty przyznanych środków na te cele na przestrzeni lat 2009-2014 (Polska)

Liczba osób korzystających z pomocy społecznej/kwoty świadczeń/lata	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
liczba osób korzystających z pieniężnej formy pomocy	-	1730997	1759634	1697703	1634632	1723038	1639645
kwoty przyznanych środków na ten cel (tys.)	-	2686798,1	2716183,9	2698219,0	2205103,2	2651253,0	2632851,8
liczba osób korzystających z niepieniężnej formy pomocy	-	1055064	1017365	994230	959685	986611	928133
kwoty przyznanych środków na ten cel (tys.)	-	902078,0	932841,2	950332,3	940926,6	991951,4	986524,5
liczba osób korzystających z pomocy społecznej (ogółem)	-	2082801	2085495	2017690	1926328	1987597	1873901
kwota przyznanych środków na pomoc społeczną (tys.)	-	3588876,1	3649025,1	3648551,3	3146029,9	3643204,4	3619376,2

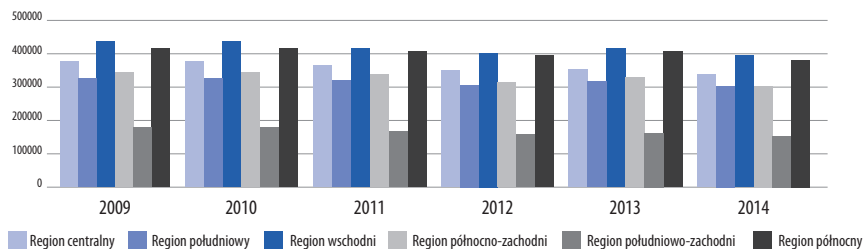
Źródło: Na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

Z analizy danych tabeli nr 9 wynika, że od 2009 r. w Polsce liczba osób potrzebujących pomocy wzrasta, nieznaczny spadek liczby osób

potrzebujących zauważalny jest w 2014 r. Na pomoc finansową zapotrzebowanie jest prawie 2 razy większe niż na pomoc niepieniężną.

Wykres nr 7 przedstawia liczbę osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej ze zróżnicowaniem na regiony Polski.

Wykres 7. Liczba osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej w latach 2009-2014

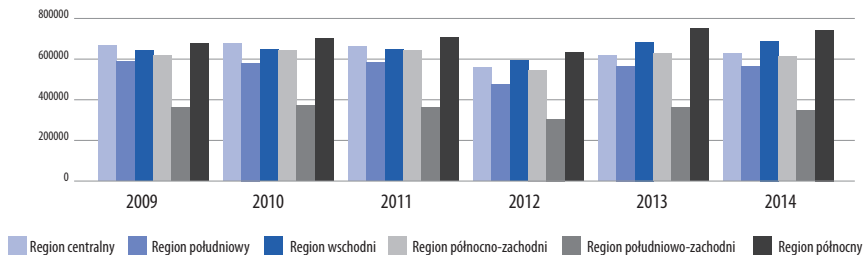


Źródło: Na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

Z wykresu nr 7 wynika, iż najczęściej korzystają z pomocy społecznej mieszkańcy Regionu Wschodniego i Północnego. Najrzadziej z pomocy społecznej korzystają mieszkańcy Regionu Południowo-Zachodniego.

Wykres nr 8 przedstawia kwoty środków przyznanych na świadczenie z pomocy społecznej dla osób potrzebujących wsparcia i pomocy w Polsce.

Wykres 8. Kwoty przyznanych środków na świadczenie z pomocy społecznej w latach 2009-2014 (Polska)



Źródło: Na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

Z analizy powyższego wykresu wynika, że w 2014 r. najwięcej pieniędzy na pomoc społeczną przeznaczono w Regionie Północnym – 749,85 mln zł rocznie, z kolei w Regionie Południowo-Zachodnim – najmniej środków – 352, 88 zł rocznie.

Sytuacja na Ukrainie z przyznaniem środków finansowych wygląda nieco inaczej niż w Polsce. Duże kwoty dofinansowania do czynszu i do gazu otrzymują Ukraińcy.

Tabela 10. Liczba osób korzystających z dofinansowania do rachunków mieszkaniowych i dopłat do czynszu (tzw. dodatki mieszkaniowe) wraz z kwotami na przełomie lat 2008-2014 (Ukraina)

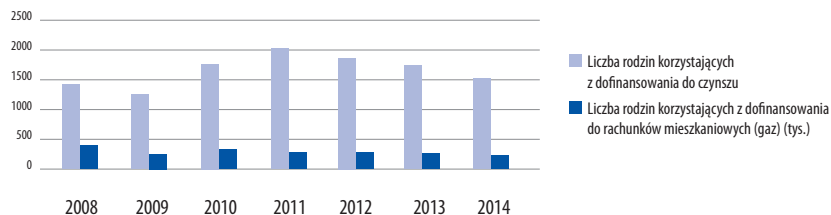
Liczba rodzin/kwoty świadczeń/Lata	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
liczba rodzin (tys.)	1424,6	1249,3	1766,8	2016,7	1845,3	1734,9	1510,1
kwota przyznanych środków z pomocy społecznej na dopłaty mieszkaniowe (czynsz)(tys. hrn)	128343,8	143443,8	2374,421	317980,7	292416,7	281,6	348,8
liczba rodzin (tys.)	399,5	256	327,8	296	295,8	272,5	242,3
kwota przyznanych środków z pomocy społecznej na dofinansowanie do rachunków mieszkaniowych (gaz) (tys. hrn)	198367	89249,9	1374,013	163500,7	244647	214643,9	203700

Źródło: Na podstawie danych DSSU.

Z analizy tabeli nr 10 wynika, że liczba rodzin korzystających z takiego rodzaju ulg jak i kwoty na ten cel przeznaczony systematycznie spadają.

Wykres nr 9 pokazuje, jak kształtuje się sytuacja rodzin korzystających z dopłat z budżetu państwa do czynszu i rachunków mieszkaniowych.

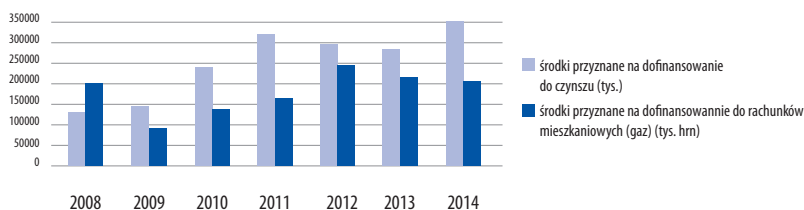
Wykres 9. Liczba osób korzystających z dofinansowania do rachunków mieszkaniowych i czynszu w latach 2008 – 2014 (Ukraina)



Źródło: Na podstawie danych DSSU.

Jak wynika z wykresu nr 9, od 2011 r. coraz mniej rodzin może skorzystać z dofinansowania do czynszu. Bynajmniej nie jest to spowodowane zmniejszeniem liczby osób potrzebujących pomocy, lecz zmniejszeniem kosztów przeznaczonych na ten cel.

Wykres 10. Kwoty przyznanych środków na dofinansowanie do opłat mieszkaniowych i czynszu w latach 2008-2014 (Ukraina)

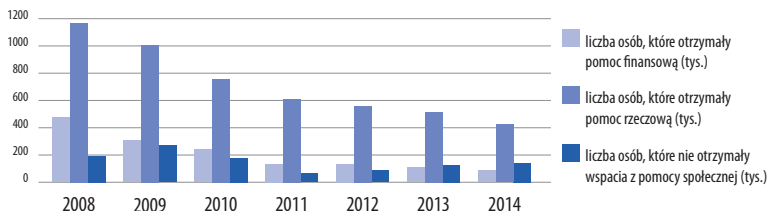


Źródło: Na podstawie danych DSSU.

Z analizy wykresu nr 10 wynika też, że od 2011 r. zmniejszane są kwoty dofinansowania do czynszu i gazu dla obywateli, aczkolwiek w 2014 r. dopłata do czynszu sięgnęła najwyższego pułapu, tj. 348,8 mln hrn, tj. 57,87 mln zł (kurs walut NBP z dnia 10.12.2015 r., w 2008 r. – 128,3 mln hrn tj. 21,28 mln zł (kurs walut NBP z dnia 10.12.2015)²⁰.

Wykres nr 11 pokazuje, jak kształtuje się sytuacja osób potrzebujących pomocy, ile osób tę pomoc otrzymało a ile zostaje bez pomocy.

Wykres 11. Liczba osób (niezdolnych do pracy), którym odmówiono świadczeń i tych, którym zostały przyznane świadczenia z pomocy społecznej w latach 2008-2014 (Ukraina)



Źródło: Na podstawie danych DSSU.

²⁰ Zob. <http://www.nbp.pl/home.aspx?f=/kursy/kursy.html>.

Jak wynika z wykresu nr 11 liczba osób potrzebujących pomocy systematycznie spada. Zdecydowana większość potrzebujących wsparcia otrzymują pomoc w formie rzeczowej. Jednak pozostaje ok. 130 tys. osób, którzy nie otrzymują żadnej formy pomocy ze środków pomocy społecznej.

Tabela 11. Liczba opiekunów i kwoty wypłat świadczenia dla opiekunów osób z zaburzeniami psychicznymi

Liczba opiekunów/ kwoty/lata	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
liczba opiekunów	10809	7794	6966	6791	19863	56600	-
średnia kwota pomocy na osobę (hrn)	-	-	92,2	100,4	1134	1153	-
kwota środków przyznanych na zasiłki dla opiekunów dla osób z zaburzeniami psychicznymi	9,6	6,6	7,6	8,2	236,2	800,8	-

Źródło: Na podstawie danych Ministerstwa Finansów Ukrainy (MFU)²¹.

Jeżeli chodzi o świadczenia przyznane z tytułu konieczności sprawowania opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, to sytuacja tych osób zdecydowanie się poprawiła. Od 2010 r. kwota miesięcznej wypłaty wzrosła o 10 razy i kwoty środków przeznaczonych na ten cel z budżetu państwa w porównaniu do 2010 r. wzrosły w 105 razy. Danych z 2014 r. na stronie MFU nie ma.

Tabela nr 12 przedstawia liczbę osób korzystających z zasiłków z tytułu niezdolności do pracy z najuboższych rodzin.

Tabela 12. Liczba zasiłkobiorców z tytułu niezdolności do pracy z najuboższych rodzin na przestrzeni 2008-2014 (Ukraina)

Liczba zasiłkobiorców/lata	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
liczba (tys.)	595,7	557,2	526,2	502,7	480,4	461,4	400,13
średnia kwota pomocy na osobę (hrn)	43,67	43,70	43,86	43,87	43,75	43,66	43,58

Źródło: Na podstawie danych DSSU.

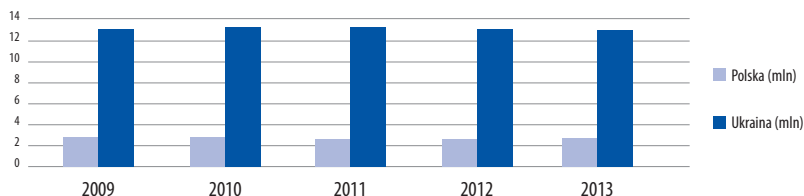
Z analizy w/w tabeli wynika, że coraz mniej osób korzysta z takiego rodzaju wsparcia z pomocy społecznej. Natomiast średnia kwoty wy-

²¹ Zob. http://minfin.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=398672&cat_id=398671.

płatanej takim osobom pozostaje od lat na takim samym poziomie. W przeliczeniu na złote polskie kwota miesięcznego zasiłku z 2014 r. 43,58 hrn wynosi – 7,38 zł (kurs NBP – stan na dzień 10.12.2015)²².

Wykres nr 12 pokazuje ile osób w Polsce i na Ukrainie korzysta z różnego rodzaju wsparcia z pomocy społecznej w latach 2009-2013 (danych z 2008 r. i 2014 r. w ukraińskich rocznikach statystycznych nie ma).

Wykres 12. Liczba osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej w Polsce i na Ukrainie na przestrzeni lat 2009-2013



Źródło: Na podstawie danych MFU, DSSU, GUS.

Z analizy wykresu nr 12 wynika, że sytuacja ludności ukraińskiej i polskiej bardzo się różnią od siebie. Na Ukrainie w około 5 razy więcej ludzi korzysta z wsparcia i pomocy ze środków pomocy społecznej (w 2013 r. na Ukrainie ponad 12,9 mln, w Polsce – ok. 2,71 mln).

Uwzględniając wyniki tabeli nr 9, z której wynika, że w Polsce na opiekę społeczną w 2014 r. przyznano ok. 3,62 mld zł (danych statystycznych, ile pieniędzy na Ukrainie przyznawano na cele pomocy społecznej w latach 2008-2014 nie znaleziono) oraz z informacji ze strony internetowej MFU²³ z dnia 10.05.2015, z której wynika, że na pomoc społeczną w budżecie państwa przewidziano ok. 40 mld hrn rocznie – 6,64 mld zł (kurs walut NBP z dnia 10.12.2015)²⁴, można wywniosko-

²² Zob. <http://www.nbp.pl/home.aspx?f=/kursy/kursy.html>.

²³ Zob. http://minfin.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=398672&cat_id=398671.

²⁴ Zob. <http://www.nbp.pl/...>, op. cit.

wać, iż na Ukrainie w 2 razy więcej środków przeznaczano na pomoc społeczną niż w Polsce.

Podsumowanie

W Polsce statystycznie na 1 osobę potrzebującej pomocy przypada ok. 1328 zł rocznie. Jeżeli chodzi o Ukrainę, to na 1 osobę potrzebującej pomocy statystycznie przypada ok. 515 zł rocznie i jest to w 2,6 razy mniej środków przyznanych na świadczenie społeczne niż w Polsce. W Polsce korzysta z pomocy społecznej ok. 7% ludności, na Ukrainie – ok. 28% ludności. Można stwierdzić, że Ukraińcy znajdują się w trudnej sytuacji materialnej, ekonomicznej, społecznej i dobrze by było, żeby Ukraina wyciągnęła wnioski z doświadczenia Polski poprzez zaciśnięcie współpracy. Aczkolwiek między Polską a Ukrainą istnieją zasadnicze różnice w kwestii zmiany instytucjonalnej:

- w Polsce gospodarka centralnie planowana miała swoje specyficzne cechy niewystępujące ani na Ukrainie, ani w żadnym kraju należącym do bloku ZSSR. W tych specyficznych cechach gospodarki kierowanej przez państwo, wynikających z nieprywatnej gospodarki centralnie planowanej, wyrastały kanony myślenia działania dotyczące problemów efektywności ekonomicznej, sprawiedliwego podziału, nieprawidłowości państwa, roli wolności wolnego wyboru i prywatnej własności;
- społeczeństwo ukraińskie poddane zostało co najmniej o jedno pokolenie dłużej kolektywistycznym rozwiązaniom instytucjonalnym, nie miało też elit politycznych i intelektualnych, jak również warunków geopolitycznych do zaryzykowania zmian szokowych. Sprawa transformacji podejmowana była tu prawie od zera;
- akcesja Polski do UE w 2004 r. umożliwiła uformowanie się podstaw prawnych nowego ładu instytucjonalnego ukierunkowanego na harmonizowanie porządku konkurencyjnego z koordynacją nierynkową przy pomocy instrumentów jurydycznych

- i decyzji politycznych podejmowanych w ramach rządów prawa z liberalnymi standardami sprawiedliwości społecznej;
- pozostawienie Ukrainy poza porządkiem prawnym UE, jak również brak jednolitego stanowiska w tej kwestii zarówno Komisji Europejskiej, oraz wśród sił politycznych i społecznych tego kraju, nie sprzyja budowaniu spójnego ładu instytucjonalnego kierującego się rządami praw, porządku konkurencyjnego i liberalnymi normami sprawiedliwości społecznej. Nie budzi wątpliwości fakt, iż Ukraina nie może liczyć na intensywne zewnętrzne wsparcie logistyczne, finansowe, intelektualne i polityczne, jak to było w sytuacji Polski czy innych państw członkowskich;
 - Ukraina musi zdecydowanie stawiać czoła procesowi zastępowania tradycyjnych sposobów redystrybucji za pomocą regulacji prawnych, które mogą się okazać zdecydowanie trudniejsze do wykrycia;
 - Ukraina, jako demokratyczne państwo zmierzające do rządów prawa, musi uporać się z korupcjogennymi, korupcjotwórczymi i korupcjoochronnymi regulacjami²⁵.

W walce z zubożeniem i marginalizacją obywateli zarówno Ukraina jak i Polska winne dążyć do spójności społeczno-ekonomicznej. Przez spójność przyjmuje się zgodność własności porównywanych obiektów, podobieństwo tych obiektów do wzorca, zgodność przebiegu procesów, integracja obiektów poprzez kształtowanie pewnych zobowiązań²⁶.

W praktyce *spójność społeczną można osiągnąć przez tworzenie warunków:*

- *równego dostępu do wykształcenia, miejsca pracy oraz awansu zawodowego,*

²⁵ M. G. Woźniak, *Zamiast podsumowania, czyli lekcje z doświadczeń zmiany instytucjonalnej w Polsce*, [w:] M. G. Woźniak, V. I. Chuzhykov, D. G. Lukianenko (red.), *Konwergencja modeli ekonomicznych Polska i Ukraina*, Wydawnictwo Fundacji Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2009, s. 656-657.

²⁶ M. G., Woźniak, *Gospodarka Polski 1990-2011*, t. 3, PWN, Warszawa 2012, s. 13.

- *pełnej mobilności ludności (swobody przemieszczenia, osiedlania, podejmowanie pracy, tworzenie nowych miejsc pracy, tworzenia nowych miejsc pracy itp.),*
- *wzmacniających solidarność w społeczeństwie na rzecz przeciwdziałanie marginalizacji, ubóstwu społecznemu i wykluczeniu,*
- *ochrony najsłabszych za pomocą transferów środków budżetowych do środowisk dyskryminowanych i marginalizowanych*²⁷.

²⁷ Ibidem, s. 16

Summary

The source and scale of funding of social assistance in Poland and Ukraine (Comparative analysis of 2008-2014)

Poland and Ukraine – two neighboring post-communist countries, connected by history, have both common features and significant differences. It can be argued that Poland is already behind the process of political transformation, while in Ukraine this process continues, and the events of the years 2013-2014 show that this country needs support and outside models. Poland – a Central European country with an area of 312 679 square kilometers, inhabited by nearly 38.5 million people. Ukraine – a country in Central Europe with an area of 603 700 square kilometers (including the Autonomous Republic of Crimea). Inhabited by 45.4 million people (2010). Thus, Ukraine is a country with an area twice as big Poland, while the population is higher by only 7.9 million people. So are expenses on social policy in Ukraine higher than in Poland? Is the number of people who need assistance also higher than in Poland? The answer to the question is presented in this paper on the basis of statistical data (existing) from statistical offices of both countries.

Dr. hab. Andrzej Mielczarek

Wyższa Szkoła Kultury Społecznej i Medialnej w Toruniu

Praca socjalna w domu pomocy społecznej na rzecz chorych na otępienie starcze

Abstrakt

W ostatnich kilkudziesięciu latach w krajach wysoko rozwiniętych i w Polsce obserwuje się intensywność procesu starzenia się ludzi (powyżej 65. roku życia). Wzrost liczby osób starych skutkuje znacznym wzrostem liczby osób dotkniętych otępieniem starczym. Do tego rodzaju schorzeń zalicza się także chorobę Alzheimera. W ostatnich latach choroby otępienne zaczynają osiągać rozmiary globalnej epidemii. Znacznym wzrostem zapadalności na choroby otępienne wiąże się z istotnymi konsekwencjami ekonomicznymi, społecznymi i zdrowotnymi. Zwiększa też zapotrzebowanie na profesjonalną opiekę pielęgniarzką i generuje potrzebę kształtowania odpowiedniej polityki społecznej i zdrowotnej. Otępienie starcze powoduje, że chory nie może prawidłowo funkcjonować w społeczeństwie i musi pozostawać pod opieką innych osób. Dzięki poczuciu miłości najbliższych, większość chorych może godnie przeżywać w swoim domu. Gdy nie ma możliwości zapewnienia im opieki w warunkach domowych, konieczne jest ich zamieszkanie w placówce opiekuńczej (np. w domu pomocy społecznej). Placówki te powinny zapewnić realizację wszystkich potrzeb życiowych swoich podopiecznych, wykorzystując do tego takie narzędzia, jak: odpowiednie wyposażenie placówki, wiedza, mądrość i doświadczenie pracowników oraz współpraca z rodziną. Praca na rzecz osób na otępienie starcze jest niezmiernie trudnym zadaniem.

Ludzie starzeją się i starzeją, jednak w ostatnich kilkudziesięciu latach intensywność tego zjawiska znacznie wzrosła. Dotyczy to szczególnie państw wysoko rozwiniętych¹. Obecnie w krajach rozwiniętych

¹ Narodowy Program Badań Chorób Mózgu Prowadzących do otępienia, Projekt z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego projekt programu przygotowali prof. Maria Barcikowska, prof. Jacek Kuźnicki i prof. Andrzej Szczudlik (grudzień 2010).

populacja ludzi powyżej 65. roku życia wynosi około 170 mln osób i stanowi 14% ogółu ludności. Natomiast w 2030 roku ich liczba wzrośnie do 275 mln, co będzie stanowić 23% wszystkich osób. W Polsce żyje 4 750 000 osób powyżej 65. roku życia; zgodnie z przyjętymi szacunkami w 2030 roku liczba ta wyniesie około 8 milionów. Prognozuję się, że w ciągu najbliższych 30 lat nastąpi dalszy wzrost liczby ludzi starszych, szczególnie w grupie najstarszej, powyżej 80 lat. Aktualnie w tej grupie wiekowej żyje na świecie ponad 70 mln osób; szacuje się, że do 2050 roku liczba ta wzrośnie kilkakrotnie².

Starość jest nieuniknionym i końcowym okresem ludzkiej egzystencji. Można ją rozpatrywać pod względem fizjologicznym, psychologicznym, społecznym i duchowym. Wymiar psychologiczny łączy się bezpośrednio z wymiarem fizjologicznym; zmiany zachodzące wewnątrz organizmu, szczególnie w układzie nerwowym, mogą powodować psychologiczne objawy starości takie, jak: obniżanie możliwości intelektualnych oraz zaburzenia pamięciowe³, zwiększone ryzyko zachorowań na zespoły otępienne, do których zalicza się także chorobę Alzheimera (50% wszystkich przypadków otępienia)⁴.

Według kryteriów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), otępienie to *zespół objawów spowodowanych przewlekłą i postępującą chorobą mózgu, w którym zaburzone są funkcje poznawcze. W szczególności zachwiana zostaje koncentracja, pamięć, logiczne myślenie, orientacja, liczenie, zdolność uczenia się i kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem i motywacją*⁵. Otępienie starcze, nazywane inaczej demencją starczą lub potocznie „Alzheimerem”, spowodowane jest uszkodzeniem mózgu, co skutkuje obniżeniem sprawności umysłowej i prowadzi do całkowitej degradacji człowieka w sferze bio-

² G. Opala, *Starzenie się społeczeństwa – aktualne dane, prognozy demograficzne i rekomendacje wynikające z polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej* [w:] *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera; Raport RPO*, Warszawa 2014, s. 8.

³ K. Białożyty, N. Pikula, *Niektóre zaburzenia psychiczne w podeszłym wieku – zespół depresyjny i otępienie*, [w:] A. A. Zych (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość*, Łask 2012, s. 176.

⁴ Narodowy Program Badań Chorób Mózgu, *op. cit.*

⁵ A. Skalska, *Majaczenia* [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Gdańsk 2006, s. 98.

logicznej, psychicznej i społecznej, uniemożliwiając mu samodzielną egzystencję⁶. Ma ono przewlekły i pogłębiający się skutek i powoduje, że chory nie może prawidłowo funkcjonować w społeczeństwie i musi pozostawać pod opieką innych osób. Demencja starcza jest jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności i śmiertelności⁷.

Znaczny wzrost zapadalności na choroby otępienne wiąże się z licznymi i istotnymi konsekwencjami ekonomicznymi, społecznymi i zdrowotnymi⁸, które stawiają przed decydentami i społeczeństwem nowe wyzwania związane z zapewnieniem tej populacji ludzi odpowiednich warunków życia i możliwości rozwoju. Przede wszystkim zwiększa zapotrzebowanie na profesjonalną opiekę pielęgniarzką i generuje potrzebę kształtowania odpowiedniej polityki społecznej i zdrowotnej⁹. Chodzi o to, ażeby wszystkie działania skutkowały jak najdłuższym utrzymaniem chorego na możliwie najlepszym poziomie funkcjonowania, opóźnianiem postępów choroby, leczeniem schorzeń towarzyszących oraz zapewnieniem poczucia bezpieczeństwa¹⁰.

Gdy chory nie ma możliwości zapewnienia mu właściwej opieki w warunkach domowych z różnych powodów, konieczne jest jego zamieszkanie w stacjonarnej placówce opiekuńczej, np. w domu pomocy społecznej (DPS)¹¹. Odpowiednie wyposażenie takiej placówki, wiedza i doświadczenie personelu oraz współpraca opiekunów z rodziną chorego powinny sprostać wyzwaniom w zakresie opieki i wsparcia chorych na otępienie starcze.

⁶ Program Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera i Innymi Zaburzeniami Demencyjnymi i ich opiekunom (rodzinom) na lata 2008-2009, Gdańsk 2008, s. 3.

⁷ T. Gabryelewicz, *Epidemiologia choroby Alzheimera*, [w:] *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera; Raport RPO*, Warszawa 2014, s. 17.

⁸ *Narodowy Program Badań Chorób Mózgu Prowadzących do otępienia*. Projekt powstał z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego, który przygotowali prof. Maria Barcikowska, prof. Jacek Kuźnicki i prof. Andrzej Szczudlik (grudzień 2010).

⁹ M. Klucznik, *Choroba Alzheimera jako przykład niepełnosprawności osób starzejących się i starych* [w:] A. A. Zych (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość*, Łask 2012, s. 215.

¹⁰ A. Nowicka, *Organizacja opieki nad osobami dotkniętymi chorobą Alzheimera w Polsce*, [w:] A. A. Zych, Łask, *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość*, 2012, s. 215.

¹¹ J. Jarkiewicz i współprac., *Opieka nad chorymi z chorobą Alzheimera w Polsce- ocena aktualnego stanu*. [w:] G. Schwarz (red.), *Choroba Alzheimera – poradnik dla chorych i opiekunów*, Warszawa 2006, s.123.

Aktualna liczba osób cierpiących na otępienie starsze a prognozy demograficzne

Zdaniem G. Opali, *znaczne rozpowszechnianie zespołów otępiennych uchodzi za jedno z najpoważniejszych zagrożeń zdrowotnych w XXI wieku; to swoista bomba demograficzna, czy też cicha rewolucja, która w niedługim czasie doprowadzi do ogromnych zmian, szczególnie w krajach rozwiniętych*¹². Według raportu *Alzheimer Europe*, pozarządowej organizacji będącej platformą współpracy i koordynacji europejskich stowarzyszeń alzheimerowskich, liczba chorych na chorobę Alzheimera w Europie w 2006 roku przekroczyła 6 milionów, a w ciągu następnych 20 lat podwoi się¹³. Według Światowej Organizacji Zdrowia liczba chorych na choroby otępienne przekroczy w 2040 roku 80 milionów. Zjawisko to nie ominie również Polski, gdzie obecnie cierpi na otępienie około 400 tysięcy osób, co stanowi od 8 do 10% osób powyżej 65. roku życia, przy czym liczba ta podwaja się w ciągu 5 lat. Każdego roku na świecie rozpoznawanych jest 4,5 mln nowych przypadków otępienia, a wśród populacji w wieku powyżej 85. roku życia już co druga osoba cierpi na tego rodzaju chorobę. Zespoły otępienne stają się prawdziwym wyzwaniem dla lekarzy, filozofów, etyków, biologów molekularnych, biochemików i genetyków. Każdy z wymienionych specjalistów ma na celu wynalezienie skutecznego leku przeciw chorobie Alzheimera¹⁴.

Czym charakteryzuje się otępienie starcze i jakie są jego przyczyny?

Najczęstszymi dolegliwościami chorych na otępienie starcze są: zagubienie z powodu zmiany warunków zewnętrznych, trudności w adaptacji do nowych warunków, zaburzenia orientacji w czasie i przestrzeni oraz trudności z rozpoznawaniem najbliższych osób. To także niezrozumienie komunikatów, zapominanie znaczenia niektórych słów i trudności z wyrażaniem się (zubożenie języka), bierność

¹² G. Opala, *op. cit.*, s. 8.

¹³ M. Kacperska, *Otępienie starcze (demencja starcza)*; <http://wylecz.to/pl/choroby/neurologia-i-psykiatria/otepienie-starcze-demencja-starcza.html> (dostęp: 12.12.2015).

¹⁴ T. Gabryelewicz, *op. cit.*, s. 17.

i brak wiary we własne możliwości, obniżenie nastroju z powodu świadomości utraty dawnych możliwości i ról społecznych. Chorzy cierpią na zaburzenie rytmu dnia i nocy i są agresywni z powodu poczucia zagrożenia i niemożności decydowania o sobie. Wymienić tu należy także: obniżenie sprawności fizycznej, trudności z utrzymaniem higieny ciała, ubierania się i przyjmowania pokarmów, załatwiania potrzeb fizjologicznych i przyjmowania leków. Chorzy często cierpią na podwyższone ciśnienie tętnicze spowodowane procesem miażdżycowym. W zaawansowanym okresie choroby u chorych pojawiają się halucynacje, urojenia, nietrzymanie zwieraczy, postępujące osłabienie, czego efektem jest leżący tryb życia, częste infekcje i odleżyny¹⁵.

Różne są przyczyny otępienia i do końca niewyjaśnione. Wiele z nich bierze się z emocji, jakie towarzyszą reakcjom na wiadomość o chorobie, zwłaszcza o przewlekłym przebiegu i niekorzystnym rokowaniu. Także cukrzyca u dorosłych, czyli cukrzyca typu 2 zwiększa znacznie ryzyko wystąpienia objawów choroby Alzheimera¹⁶. Przyczyna może tkwić także w przeżywaniu żałoby po utracie bliskiej osoby, może to być konsekwencja leczenia chorób somatycznych lekami psychotropowymi, skutek utraty roli czy też statusu społecznego, utrata poczucia własnej wartości, utrata słuchu, wzroku, mobilności, (aż po całkowite zniedołężnienie), utrata kompetencji (aż po całkowitą bezsilność), zła sytuacja finansowa czy też zmiana miejsca pobytu. Brak perspektywy odnośnie do przyszłości oraz negatywne oddziaływanie środowiska, to jeszcze inne przyczyny demencji starczej. Największym wrogiem dla chorych na otępienie starcze jest samotność, izolacja i wykluczanie poza nawias życia¹⁷.

Poprawne rozpoznanie choroby wymaga wiedzy i doświadczenia; z tym radzą sobie najlepiej lekarze specjaliści: psychiatrzy, neurolo-

¹⁵ A. Kajut, K. Kurowska, *Samoocena jakości życia osób starszych na przykładzie pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS)*, „Psychogeriatrya Polska” 2011, nr 8(2), s. 55-62.

¹⁶ *Poradnik dla rodzin i opiekunów osób starszych*. Praca zbiorowa pod red. B. Arczewska, I. Bus, G. Podgórski, Fundacja „Milorząb”, s. 7.

¹⁷ E. Grond, *Altersschwermut*, Munschen-Basel 2001, s. 34.

dzy i geriatrzy¹⁸. Opieka nad pacjentem z otępieniem wymaga kompleksowego podejścia, w którym współdziała wyspecjalizowany zespół złożony z lekarzy, pielęgniarek, pracowników socjalnych, opiekunów, grup wsparcia i organów instytucjonalnych¹⁹.

Zadaniem lekarza jest prowadzenie procesu diagnostycznego oraz terapeutycznego pacjenta, co spowalnia progres zmian otępiennych, poprawia jakość życia, wydłuża czas jego samodzielności i chroni przed koniecznością zapewnienia całodobowej opieki instytucjonalnej w ośrodku leczniczym lub opiekuńczym. Lekarz powinien pełnić rolę koordynatora prac zespołu medyczno-socjalnego opiekującego się chorym, edukować pacjenta i jego opiekunów oraz informować ich o możliwościach uzyskania specjalistycznej pomocy i wsparcia. Pamiętać należy, że konstrukcja systemu opieki zdrowotnej nie daje lekarzowi rodzinnemu faktycznych uprawnień do koordynowania działań innych specjalistów lub pracowników niemedycejskich. Lekarz rodzinny nie sprawuje też bezpośredniego nadzoru nad pracą psychoterapeuty, fizjoterapeuty czy pracownika socjalnego. Może też kierować na wybrane zabiegi do poradni rehabilitacyjnej.

Lekarz rodzinny ma możliwość oceny środowiska, w którym przebywa pacjent, m.in. pod kątem bezpieczeństwa. Sugestie dotyczące instalacji udogodnień dla osób niepełnosprawnych mają większą szansę znaleźć przełożenie praktyczne, gdy wspiera je autorytet profesjonalisty²⁰. Mankamentem jest fakt, że ci lekarze nie wywiązują się zbyt dobrze z tych zadań, co wynika m.in. z niewystarczającej liczby specjalistów a także z braku odpowiednich środków finansowych, przeznaczanych na leczenie osób z otępieniem starczym²¹.

Do zadań pielęgniarki należą: edukacja opiekuna w zakresie bezpośredniej opieki nad chorym obejmującej: pielęgnację, karmienie, higienę, proponowanie rozwiązań usprawniających funkcjonowanie

¹⁸ A. Szudlik, *Współczesne metody rozpoznawania choroby Alzheimera i innych otępień*, [w:] *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera; Raport RPO*, Warszawa 2014, s. 22.

¹⁹ A. Kajut, K. Kurowska, *op. cit.*, s. 55-62.

²⁰ *Poradnik dla rodzin i opiekunów...*, *op. cit.*, s. 12-13.

²¹ *Leczenie zespołów otępiennych*, pod red. Hansa Förstla; Wrocław 2014, s. 12.

mieszkańca w środowisku oraz koordynacja pracy opiekunów z pracą lekarza²². Natomiast rolą pracownika socjalnego jest koordynacja opieki pozamedycznej, pośredniczenie w otrzymaniu odpowiedniego wsparcia z ośrodków pomocy społecznej oraz realizacja formalności dotyczących umieszczenia chorego w instytucji opiekuńczej²³.

Opieka i wsparcie mieszkańców domu pomocy społecznej chorych na otępienie starcze

DPS, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa²⁴, powinien zapewniać mieszkańcom chorym na otępienie starcze świadczenie usług w zakresie: miejsca zamieszkania, potrzeb bytowych: wyżywienia, zapewnienia odzieży i obuwia, utrzymania czystości, realizacji potrzeb opiekuńczych, pielęgnacji i załatwiania spraw osobistych oraz ułatwiać integrację ze środowiskiem zewnętrznymi, a ponadto gwarantować miłą, zbliżoną do panującej w domach rodzinnych atmosferę. Pracownicy DPS w sposób szczególny powinni angażować się w niesienie profesjonalnej opieki i wsparcia na rzecz swoich podopiecznych. Głównym celem personelu DPS jest aktywizowanie podopiecznego i jego emocjonalne stabilizowanie²⁵. Warto pamiętać, że źródłem problemów wcale nie są podopieczni, ale w dużej mierze ich przeszłość, czyli między innymi osoby, które kiedyś źle ich potraktowały, wyrządziły im krzywdę, nie rozumiały ich problemów²⁶. Wynika z tego, że placówki te nie powinny się sprowadzać jedynie do roli szpitala.

Mieszkaniec ma swoje prawa i należy je respektować. Dopóki potrafi o czymkolwiek współdecydować, cokolwiek wybierać, dopóki może

²² A. Nowicka, *Organizacja opieki nad osobami dotkniętymi chorobą Alzheimera w Polsce*, [w:] A. A. Zych, *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość*, Łask 2012, s. 215.

²³ Ibidem, s. 216.

²⁴ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.), ostatnio opublikowana w Dz.U.2015.163 oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej z dnia 23.08.2012.

²⁵ Ibidem, s. 3.

²⁶ A. Smrokowska-Reichmann, *Zachowanie asocjalne i agresywne u naszych podopiecznych. Jak reagować w ekstremalnie trudnych sytuacjach?*, Część I, „Wspólne Tematy”, 2003a, nr 4, s.18.

być aktywny, choćby w minimalnym zakresie, dopóty należy mu umożliwić praktyczne korzystanie z tego marginesu wolności²⁷.

Mieszkaniec w DPS powinien liczyć na podmiotowe traktowanie, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, poszanowania prawa do wolności, intymności i godnego traktowania, mieć możliwość korzystania z opieki lekarskiej, dostęp do usług wspomagających, psychologicznych, religijnych i kulturalnych. Także do korzystania z różnych form pracy socjalnej (indywidualne lub grupowej oraz w zakresie jego funkcjonowania w środowisku społecznym), rozwinięcia lub wzmocnienia jego aktywności i samodzielności życiowej²⁸. Ważnym czynnikiem jest wczucie się w sytuację chorego, jednak nie do tego stopnia, by to doprowadziło pracownika do wypalenia wewnętrznego. Wszystkie działania na rzecz mieszkańca powinny prowadzić do podnoszenia jego rozwoju, sprawności fizycznej i psychicznej, rozwijania zainteresowań, zdolności i umiejętności²⁹.

Nie ma skutecznych, przyczynowych metod terapii otępienia, dlatego też leczenie farmakologiczne sprowadza się do leczenia objawowego; leki zaledwie spowalniają deteriorację funkcji poznawczych i poprawiają okresowo funkcjonowanie chorych. Wobec niepełnej skuteczności farmakoterapii, znaczenia nabierają inne oddziaływania na chorego. Wymienić tu należy m.in.: podtrzymywanie aktywności poznawczej poprzez treningi pamięci, wykonywanie podstawowych czynności życiowych czy też próby orientacji w rzeczywistości. Wskazana jest także fototerapia (leczenie światłem), regulująca w pewnym stopniu rytm dobowy seniora i poprawiający mu sen nocny³⁰. To także minimalizowanie przyczyn zaburzeń w zachowaniu chorego, np. poprzez łagodze-

²⁷ S. Kraus, *Pacjent z chorobą Alzheimera. Rady przydatne dla opiekunów profesjonalnych i domowych*, „Na temat. Zeszyty dla profesjonalnie pomagających”, 2006, nr 2, s. 15.

²⁸ B. Anzorge, *Marketing usług w Domach Pomocy Społecznej*, Częstochowa 1999, niepublikowany maszynopis pracy dyplomowej, s. 18.

²⁹ *Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej*, Dz. U. 2005 Nr 217, poz. 1837.

³⁰ A. Szafrąńska, *Zaburzenia psychiczne w przebiegu otępienia. Formy terapii i oddziaływań*, [w:] *Kierunki rozwoju rynku usług medycznych dla osób w podeszłym wieku. Materiały z VIII Konferencji Opieki Długoterminowej*, Toruń 2005, s. 28.

nie bólu, ograniczanie hałasu, czy też poprzez wprowadzenie istotnych zmian w najbliższym otoczeniu. I tak: dom powinien być wolny od barier architektonicznych oraz zapewniać mieszkańcowi wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa. Na poprawę życia seniorów z demencją szczególny wpływ ma właściwy system zabezpieczenia budynków, w których przebywają mieszkańcy. Chodzi o likwidację wszelkich barier architektonicznych. Osoby z demencją starczą nie powinny samodzielnie opuszczać placówki, w związku z tym w budynku powinny być specjalne zabezpieczenia; drzwi wyposażone w taki system zabezpieczenia, który pozwala na kontrolę wychodzenia podopiecznych poza obiekt, a winda wyposażona w system kodowy³¹.

Trudna jest praca socjalna w domu pomocy społecznej na rzecz osób cierpiących na zespoły otępienne³². Choroba Alzheimera przejawia się w różnym stopniu nasilenia, ma postać dynamiczną, zmienia się, prezentuje rozmaite symptomy i przechodzi poszczególne stadia. Stąd konieczne jest reagowanie na potrzeby mieszkańca, zdroworozsądkowego podejścia, opartego o wiedzę medyczną i pielęgniarzką i na cierpliwości opiekuna, pielęgniarzki czy też członka rodziny mieszkańca. Koniecznością staje się kompleksowe wspieranie chorego, eliminowanie stresów, objęcie pomocą różnych sfer jego życia, tj. stanu zdrowia, socjalizacji, możliwości pokonywania codziennych trudności i rehabilitacji. Wszystkie te działania mają doprowadzić chorego do zrozumienia sensu życia i cierpienia, nauczyć go radzić sobie z obciążeniami wynikającymi z choroby. Ponieważ osoby cierpiące na zespół otępienny często mają wrażenie, że inni nie chcą im robić przykrości i tylko dlatego ich tolerują, dlatego też trzeba dawać im odczucie, że i oni coś wnoszą do społeczności. Wówczas mimo zmęczenia czy też zniechęcenia, ich nastrój poprawia się, co stanowi skuteczną formę walki z chorobą otępienną³³.

³¹ M. Liszewska, *Dom pomocy społecznej dla seniorów – pytania o jakość opieki*, „Wspólne Tematy”, 1997, nr 10, s. 2-3.

³² S. Kraus., *Rewolucja w rozumieniu demencji oraz jej praktyczne konsekwencje dla procesu opieki i pielęgnacji seniora*, „Wspólne Tematy”, 2005, nr 11-12, s. 13.

³³ *Ibidem*, s. 29.

W pracy socjalnej na rzecz seniora z zespołem otępiennym konieczna jest stymulacja wszystkich zmysłów, wielowątkowa stymulacja kognitywna, możliwość wykonywania kreatywnych zajęć, twórczego wypowiedzania się i gimnastyka. Ponadto konieczny jest zachowawczy trening sprawności fizycznej, współpraca interakcyjna, praca indywidualna oraz grupowa z chorym oraz uczestniczenie w dialogu. Chory lubi przebywać w miłej, spokojnej i relaksującej atmosferze, lubi powracać do wspomnień i zajmowania się jego biografią a także mieć gwarancję autentycznej autonomii. Konieczne jest korzystanie z szans przynajmniej częściowego aktywizowania seniora, z wykorzystaniem kiedyś zdobytych umiejętności, jego zdolności, opartych na spontanicznych relacjach międzyludzkich i na wyrażaniu własnych emocji³⁴.

Niezbędnym warunkiem udzielania pomocy mieszkańcowi jest tworzenie planu terapeutyczno – opiekuńczego; *postępowanie się specjalistycznym planem, to znak naszych czasów, wyraz wszechobecnej standaryzacji i profesjonalizacji*³⁵. Taki plan powinien mieć charakter zindywidualizowany, nakierowany na mieszkańca, oparty na wiedzy ze wszystkich sfer jego życia: biografii, stanie zdrowia, wykonywanym dawniej zawodzie, upodobaniach, więzami z rodziną i środowiskiem, organizacji porządku dnia przed przybyciem do placówki opiekuńczej, jego potrzebach w zakresie pielęgnacji. Opracowanie planu należy poprzedzić kompleksowymi badaniami w zakresie stanu zdrowia, deficytów i potrzeb w zakresie rehabilitacji. Trzeba też poznać życzenia, nadzieje i obawy mieszkańca oraz jego kondycję w aspekcie psychicznym, fizycznym, socjalnym i duchowym. Należy też określić, co jeszcze podopieczny potrafi a co zabrała mu bezpowrotnie choroba. Personel realizujący ów plan powinien być nie tylko zdyscyplinowany i skuteczny, ale po prostu ludzki, bo „każdy program jest tak dobry, jak realizują go ludzie”. Im pełniej uda się personelowi poznać i zrozumieć przeszłość i terażniejszość mieszkańca, tym będzie można udzielić mu

³⁴ A. Szafrńska, *op. cit.*, s. 29.

³⁵ A. Smrokowska-Reichmann, *Zachowanie asocjalne...*, *op. cit.*, s. 17.

bardziej skutecznej pomocy³⁶, zredukować przeżycia związane z utratą dotychczasowego środowiska życia i szybciej adaptować w nowym otoczeniu. Bazując na codziennych obserwacjach, należy mieszkańcom także zaproponować właściwy sprzęt pomocniczy i ortopedyczny, odpowiadający jego deficytom³⁷.

Dużo jest osób stale leżących, często umieszczanych we wspólnych pokojach. Zwiększa to wprawdzie ich bezpieczeństwo i ułatwia organizację pracy personelu, jednak wśród leżących podopiecznych pogłębia się izolacja społeczna, rośnie poczucie osamotnienia, co jest częstą przyczyną depresji. Godne traktowanie mieszkańca przez personel, ciepło, serdeczność, cierpliwość i wyrozumiałość może zmniejszyć poczucie wyizolowania ze środowiska i upokorzenia³⁸.

W początkowym okresie choroby pomocna może być psychoterapia, terapia zajęciowa, treningi pamięci. Udział w takich zajęciach podnosi nastrój pacjenta i pozwala dłużej zachować sprawność. Dla mieszkańców z chorobą Alzheimera nadają się takie aktywności, które: są im znane i głęboko osadzone w pamięci długotrwałej, są proste do przeprowadzenia i łatwe do powtarzania, a zarazem dopasowane do osoby dorosłej, dające gwarancję sukcesu w ich wykonywaniu oraz dostarczające licznych i zróżnicowanych doświadczeń sensorycznych. Takie aktywności, które mają coś wspólnego z grupowymi przyjemnościami i przebywaniem w towarzystwie innych ludzi, są związane z ruchem, mogą wywoływać wspomnienia, stwarzają okazje do podejmowania prostych decyzji, umożliwiają wzięcie aktywnego udziału w ich wykonywaniu, są czynnościami prostymi i dowolnie powtarzalnymi oraz mają praktyczne znaczenie dla innych osób. Dodać też, że powinny one dostarczać natychmiastowego odczucia sukcesu, niewymagają-

³⁶ M. Liszewska, *Demencja. Konstruowanie procesu opieki i pielęgnacji na bazie obiektywnej oceny symptomów. Strategie efektywnej komunikacji z seniorem. Otoczenie, w którym senior czuje się bezpiecznie*, Część II, „Wspólne Tematy”, 2004a, nr 9, s. 3.

³⁷ *Typowe trudności w relacjach z klientem w podeszłym wieku*, „Wspólne Tematy”, 2000, nr 6, s. 28.

³⁸ T. Leśniak, A. Kwiecień., *Specyfika psychoterapii pacjentów depresyjnych w starszym wieku*, „Gerontologia Polska”, 1997, tom 5, nr 1, s. 23.

ce korzystania z pamięci krótkotrwałej oraz były związane z porą roku czy też ze świętem rodzinnym oraz miały coś wspólnego z pracą³⁹.

Niezbędnym elementem pracy socjalnej z osobami otępiętymi jest ich aktywizacja. To znakomity sposób na zachowanie ich sprawności fizycznej i psychicznej, redukowanie niektórych symptomów demencji i zachowań problemowych, poprawę jakości życia, zmniejszenie lęków i niepokojów oraz zaburzeń zachowania. Każdy mieszkaniec DPS-u musi mieć poczucie bycia potrzebnym i dlatego też należy tak organizować jego czas, by był aktywny i uczestniczył w różnych zajęciach aktywizujących⁴⁰. Osoby z chorobą Alzheimera i z innymi zaburzeniami detencyjnymi chcą być aktywne, chcą coś robić, czymś się zajmować. Potrzeba zaangażowania się w jakieś zajęcia powinna znaleźć odzwierciedlenie w różnych formach terapii zajęciowej. Mieszkańcy nie tylko, że potrzebują proponowania im atrakcyjnych zajęć, ale często sami je wyszukują⁴¹.

W DPS stosowane są różne formy terapii zajęciowej seniorom z otępieniem starczym. Można tu wymienić m.in. muzykoterapię, która redukuje trudności codziennego życia mieszkańca, ułatwia nawiązywanie kontaktów i ogranicza konflikty, pobudza emocjonalnie i podwyższa umiejętność koncentracji. Połączona ze śpiewem, tańcem, wspólną zabawą jest doskonałym sposobem do nawiązywania kontaktów z innymi mieszkańcami. Mieszkańcy DPS chętnie słuchają muzyki i śpiewają piosenki. Rytm melodii, czy też słuchanie głosów przyrody (szum morza, śpiew ptaków, świst wiatru itp.) przynosi ulgę i uspokaja. Ponieważ chorzy z chorobą otępienną często są pobudzeni, odpowiednio dobrana muzyka jest doskonałym sposobem na wyciszenie i relaks. Muzyka pozwala zapomnieć o własnym cierpieniu, chorobie, samotności.

³⁹ Ibidem, s. 15.

⁴⁰ A. Smrokowska-Reichmann, *Czy zmiecie nas „demencyjne tsunami”? Konsekwencje starzenia się społeczeństwa. Punkt do dyskusji dla sektora pomocy społecznej i ochrony zdrowia, cz.1*, „Wspólne Tematy”, 2013, nr 1, s. 14-21.

⁴¹ J. Gielas, *W jaki sposób i czym zająć seniora z demencją? O potrzebie robienia czegoś sensownego*, „Wspólne Tematy”, 2009, nr 11-12, s. 51-62.

Inna forma terapii zajęciowej chorych na demencję starczą jest plastykoterapia, która usprawnia zdolności manualne podopiecznych, ćwiczy pamięć, daje możliwość wyrażenia tych przeżyć, które są trudno do przekazania w słowach. Zajęcia terapeutyczne plastyczne mogą być prowadzone indywidualnie i grupowo. Mieszkaniec DPS powinien sam decydować, czy zgadza się na propozycję terapeuty, którego zadaniem jest zachęceniu do podejmowania prób uczestnictwa w terapii i do samodzielnego tworzenia z użyciem różnych materiałów (kredki, farby, plastelina itp.). Wszystkie osoby uczestniczące w terapii powinny być jednakowo ważne i w odpowiedni sposób nagrodzone za efekty swojej pracy poprzez (przytulenie czy też pochwałę). Gry, zabawy, konkursy to jeszcze inna forma terapii zajęciowej, stanowiąca źródło radości i zadowolenia. Wszystkie rozwijają potrzebę wspólnego działania i są świetną okazją do nawiązania bliższych kontaktów, usprawniają fizycznie i psychicznie, rozwijają intelektualnie, pobudzają pomysłowość i odwagę, ożywiają i mobilizują do pracy. Dogoterapia to metoda wykorzystująca psy w rehabilitacji osób z zespołem otępienym, stymulująca ruch i aktywność, pomagająca pokonywać samotność i depresję oraz zmniejszająca stres. Inną jeszcze formą terapii jest silwoterapia, czyli bezpośredni kontakt z przyrodą (naturą) i świeżym powietrzem. Obcowanie z przyrodą wpływa korzystnie na organizm chorego, uspokaja go i relaksuje. Szczególnie zaleca się jej połączenie z ćwiczeniami fizycznymi, słuchaniem głosu ptaków itp. Wskazane jest także rozwiązywanie krzyżówek, szarad oraz czytanie książek. Okazuje się, że terapia zajęciowa prowadzona w optymalny sposób, wywiera pozytywny wpływ na samopoczucie osób starszych w wielu aspektach, w tym również ogranicza rozwój demencji⁴².

Wszystkie formy aktywności pozwalają mieszkańcom chorym na demencję starczą czuć się potrzebnymi, realizować potrzeby: przynależności, uznania i samorealizacji. Wprawdzie postępująca choroba zmniejsza zakres aktywności seniora, jednak nawet osoby z głębokim

⁴² J. A. Sienkiewicz Wilowska, *Samopoczucie w okresie późnej dorosłości u uczestników terapii zajęciowej w Dziennych Domach Pomocy Społecznej*, <http://www.psychologia.amu.edu.pl> (2015.01.12)

otępieniem zawsze powinni wykazywać pewną aktywność w zakresie samoobsługi, nawiązywania kontaktów interpersonalnych i udziale w zajęciach użytecznych. Przebywając z osobą cierpiącą na demencję, należy pamiętać, aby zaakceptować ją taką, jaką jest, dlatego też opiekun powinien się zapoznać z istotą jego choroby, co pozwoli mu znaleźć rozwiązanie jak jej pomóc godnie żyć. Ważnym jest także unikanie sytuacji, w których senior będzie musiał zapamiętać jakieś informacje, bowiem w otępieniu staje się to wielkim problemem. Praca socjalna z pacjentem z demencją ma być szeregiem płynnie zazębiających się działań. Nie ma tam miejsca na wprowadzanie elementów destabilizujących⁴³. Życie seniora detencyjnego realizuje się prawie w stu procentach w terażniejszości – bez świadomości przyszłości i bez zadawania sobie sprawy przeszłości. Przeszłość rysuje się dla niego bardzo mgliście, a przyszłość jest pojęciem nieniosącym żadnych skojarzeń, dlatego też zajęcia w żaden sposób nienawiązujące do biografii seniora wywołują w nim tylko stres i złość. Niedopuszczalne jest przedmiotowe traktowanie podopiecznego, posługiwanie się rutynowymi technikami, bez zastanawiania się nad specyfiką jego stanu zdrowia. To nie może być tylko pilnowanie chorego i kierowanie zachowaniem, a senior ignorowany czy okłamywany. Nie wolno robić mu wyrzutów odnośnie spraw, na które nie ma wpływu. Chodzi o to, by chory zawsze był osobą, której należy się pozytywna i konstruktywna opieka, taka, która sprawia choremu satysfakcję. Chory, tak jak każdy człowiek, chce wiedzieć, że jest dla innych ludzi potrzebny, ważny i że inni się z nim liczą. Potrzebuje zapewnienia poczucia bezpieczeństwa, zaufania, miłości i bliskości innych ludzi, przeżywania własnej tożsamości, przynależności do zespołu, potrzebuje pracować, potrzebuje fachowego wsparcia i komunikowania się z osobami, chce rozumieć świat⁴⁴.

Chory jest zdezorientowany, a tylko właściwa terapia może poprawić jego świadomość. Pracownik socjalny powinien stworzyć choremu „podporę” w obszarze emocjonalnym i intelektualnym, tak by mógł le-

⁴³ L. Heller, *The preparation of volunteers for work in dementia care*, Bradford 2006, s.122.

⁴⁴ T. Kitwood., *Dementia reconsidered: The person comes first*, Buckingham 2005, s. 23-34.

piej sobie poradzić w codziennym życiu. Powinien być dla podopiecznego tzw. „podręczną pamięcią”, porządkować jego świat, tak, by mógł w nim funkcjonować⁴⁵. Często chory na demencja starczą potrzebuje nic-nie-robiącej obecności, spokojnego i życzliwego kontaktu. Wobec chorego bezwzględnie należy stosować zasadę: to nie mieszkaniem ma dopasować się do otoczenia, lecz to otoczenie musi mieć charakter środowiska terapeutycznego i stwarzać podopiecznemu możliwości satysfakcjonującego życia, pomimo zaawansowanych i nienaprawialnych deficytów zdrowotnych oraz stopnia otępienia⁴⁶.

T. Kitwood jest zdania, że współczesny opiekun zdezorientowanego seniora powinien być w pierwszej kolejności nakierowany na mieszkańca (pacjenta), a dopiero w drugiej kolejności na instytucjonalne rygory. Bycie najedzonym i wyspanym nie wystarcza już, by uznać, że „mieszkańcowi niczego nie brakuje”. W opiece geriatrycznej XXI wieku odchodzi się na szczęście od psychologicznie nieadekwatnego traktowania osoby z demencją, coraz rzadziej szkodzi się jej błędnym postępowaniem, ale mimo to, w codziennej opiece i pielęgnacji zbyt mało jest elementów odpowiadających na potrzeby psychiczne/emocjonalne tej szczególnej grupy podopiecznych. Ciągłe jeszcze barierami są: niedostateczne uwrażliwienie personelu na specyficzne potrzeby seniora oraz braki kompetencji u osób opiekujących się pacjentem z demencją.

Koncepcję poprawy na tej płaszczyźnie określa się terminem „pozytywna praca z osobą z demencją”⁴⁷. Oto jej praktyczne wymiary:

- Uznanie chorego jako osoby poprzez okazywanie mu doceniania jego indywidualności za pomocą komunikacji werbalnej i niewerbalnej;
- Negocjowanie w zakresie życzeń i potrzeb seniora;

⁴⁵ S. Kraus, *Rewolucja...*, op. cit., s. 23.

⁴⁶ J. Gielas, *Lalki dla seniorów z demencją? Nowa forma oddziaływania terapeutycznego na podopiecznego z otępieniem starczym*, „Wspólne Tematy”, 2002a, nr 11-12, s. 42.

⁴⁷ Tom Kitwood i jego koncepcja zorientowanej na osobę pielęgnacji pacjenta z demencją (cz. II). *Jest dobrze, powinno być jeszcze lepiej, opracowanie redakcyjne*, „Wspólne Tematy”, 2009, nr 10, s. 18.

- Współpraca w ramach prowadzonych zajęć terapeutycznych, zabiegów pielęgnacyjnych itp., poszanowanie prawa do własnej inicjatywy; zabawa adekwatna do jego potrzeb, możliwości, wieku i sprawności;
- Timalacja, czyli postrzeganie sensoryczne, stymulowanie do odbioru miłych bodźców, np. aromaterapia lub masaż. Dają one poczucie bezpieczeństwa, spokoju, przyjemności, pozostawania w bliskiej relacji z drugim człowiekiem;
- Świątowanie, które towarzyszy każdemu człowiekowi – od dzieciństwa aż do starości: święta religijne, imieniny, niedziele itp. Opiekunowie przede wszystkim powinni w tym szczególnym czasie stworzyć z podopiecznymi jednolitą grupę, bez akcentowania różnic i hierarchii;
- Odpoczynek, odprężenie, relaks. Najczęściej senior potrafi się odprężyć tylko wtedy, gdy odczuwa bezpośredni kontakt fizyczny z drugim człowiekiem. Pozostawienie seniora samym, skazuje go na docieranie do niego niezrozumiałych bodźców, które są źródłem lęku;
- Walidacja, czyli akceptowanie subiektywnej rzeczywistości pacjenta z demencją;
- Przytrzymywanie (holding), czyli zajmowanie się osobą demen tywną. Zapewnia to pozbywanie się negatywnych emocji, a tym samym nie prowadzi do depresji, melancholii czy złości. Opiekun nie opuszcza chorego człowieka, nie zniechęca się, nie reaguje na agresję nawet przy skrajnie negatywnych zachowaniach;
- Ułatwianie, czyli wyręczanie seniora tylko tam, gdzie trzeba, co poszerza zakres aktywności starego człowieka;
- Kreatywność wychodząca od seniora, która powinna być podtrzymywana przez opiekuna;
- Obdarowywanie, czyli takie nastawienie do chorego, które nacechowane jest sympatią i otwartością na najbardziej podstawowe zachowania emocjonalne podopiecznego⁴⁸.

⁴⁸ T. Kitwood, *Dementia reconsidered: The person comes first*, Buckingham, 2005, s. 123.

Jak twierdzą badacze problemu, ten „nowy model” pracy socjalnej zapewnia wyjątkową efektywność, wzmacnia osobowość mieszkańca, ułatwia rozpoznawanie zachowanych jeszcze kompetencji i zdolności seniora, poprawia jakość jego życia i daje szanse przeżywania własnej indywidualności. Wsparcie podopiecznego musi być tak przemyślane, aby wszystkie działania wobec podopiecznego, związane głównie z jego aktywizowaniem pozostawały wobec siebie we właściwych proporcjach, były komplementarne i nie stanowiły dla seniora nadmiernego obciążenia. Praca socjalna z osobą otępiąłą oparta na nowych rozwiązaniach wymaga profesjonalnego reagowania. Nie ma dobrej, humanistycznej, terapeutycznej opieki i pielęgnacji bez cierpliwości opiekuna. Rozmowa z opiekunem przynajmniej na pewien czas przywraca seniorowi poczucie kontroli i porządku i redukuje negatywne stany emocjonalne. Prowadzone rozmowy powinny mieć przyjemny, relaksacyjny charakter, polegające na wykazywaniu choremu dodatnich aspektów życia⁴⁹.

Bardzo ważne jest kompleksowe stosowanie komunikacji z podopiecznym poprzez słowa, mimikę, kontakt wzrokowy i łagodny dotyk. Modulacja głosu, gestykulacja, przytulenie, trzymanie za rękę, głaskanie, siedzenie koło seniora wpływa na niego kojąco, zapewnia atmosferę pełną ufności i poczucia bezpieczeństwa. Mimika, gesty, postawa ciała powinny emanować serdecznością i szczerością. Nie należy się zrażać, jeśli rozmowa przypomina dialog lub po prostu jest monologiem. Terapeutyczny efekt wywiera sama obecność osoby, która łagodnym głosem mówi do mieszkańca; liczy się tu spontaniczność i intuicyjne wyczulenie, także styl i sposób konwersacji z podopiecznym, udzielanie pochwał i wniosków. Wszystko to odnawia w chorym poczucie własnej wartości, pomaga identyfikować się ze sobą samym, zjednuje sympatię mieszkańca. W każdej sprawie prowadzący rozmowę najpierw powinien cierpliwie wysłuchać, co ma do powiedzenia podopieczny, a następnie przedstawić mu swój punkt widzenia. Konsekwencje zaniedbań, zła, krzywd, niesprawiedliwości, nadmiernych obciążeń emocjonalnych nie powinny

⁴⁹ Ibidem, s. 124.

stanowić tematów rozmów z osobą chorą, ponieważ nawet po kilkadziesiąt lat wywołują one negatywne reakcje i stanowią trudne zadania do przepracowania dla opiekunów⁵⁰.

Senior cierpiący na demencję z pewnością potrzebuje więcej czasu na wszystko, w porównaniu ze swym rówieśnikiem niecierpiącym na otępienie starcze. Wolniej reaguje, wolniej działa, nie zdaje sobie sprawy ze znaczenia upływającego czasu. Wszystko to chroni go przed lękiem, stresem, poczuciem zagrożenia. W zwolnionym tempie własnej rzeczywistości senior czuje się bezpiecznie i szczęśliwie; utrata cierpliwości w kontaktach z pacjentem jest świadectwem braku profesjonalizmu⁵¹. Opiekun musi umieć rozróżnić zachowania ukierunkowane demencją od zachowań, których przyczyny leżą w sferze pogarszającego się stanu zdrowia. Zapewnia to możliwość zauważenia rzeczywistych zagrożeń w podopiecznym, kontrastu między cechami pozytywnymi i negatywnymi, zrozumienie, jak źle czuje się ten człowiek w swojej chorobie i jak bardzo mu ona dolega⁵².

Zakończenie

DPS musi w szczególny sposób nastawić się na mieszkańców z zespołem otępiennym i opracować dla nich strategię wsparcia i pomocy. Struktura organizacyjna i przestrzenna musi stwarzać poczucie niezagrażonego bezpieczeństwa i spokoju. Demencja, tak jak wszystkie choroby, wymaga od personelu ogromnej wrażliwości i głęboko humanistycznego nakierowania na osobę podopiecznego. Tu oferta terapeutyczna musi zawierać nie tylko elementy aktywizacji, ale również pomoc w wyciszeniu się, uspokojeniu⁵³. Jeżeli jednak mieszkańiec domaga się aktywnej pomocy w przezwyciężaniu utraty pamięci, to trzeba solidarnie podjąć z nim tę walkę. Stary człowiek chętnie i relatywnie łatwo daje się zachęcić do czynności, które zachował na dnie swojej pamięci jako przyjemne i pożyteczne. Znajomość jego zainte-

⁵⁰ Ibidem, s. 15.

⁵¹ S. Kraus, *Rewolucja w rozumieniu demencji...*, op. cit., s. 14.

⁵² Tom Kitwood i jego koncepcja zorientowanej..., op. cit., s. 19.

⁵³ J. Gielas, *W jaki sposób...*, s. 50.

resowań, przyzwyczajień, hierarchii wartości umożliwia wypracowanie funkcjonującej strategii reorientacyjnej. Dlatego nawet w zaawansowanym stadium choroby można mieszkańca angażować do zajęć grupowych, otwierających możliwości przeżyć emocjonalnych, do muzykoterapii itp.

Polskie domy pomocy społecznej mają wiele naleciałości szpitalnych, tzn. organizacji pracy na wzór szpitali, dominującej roli pielęgniarek. Jednak ich zadania są zupełnie inne. Muszą one spełniać rolę ośrodka pomocy i opieki, w tym również medycznej, ale w zupełnie innych proporcjach. Dominującą rolę powinna tu odgrywać profesjonalna praca socjalna oraz stosowanie różnych form aktywizacji, terapii zajęciowej, komunikacja z lokalnym środowiskiem oraz rehabilitacja oparta na zainteresowaniach mieszkańców⁵⁴. Trudnością jest fakt, że w Polsce brakuje placówek opiekuńczych o specjalnym przeznaczeniu, np. dla osób z chorobą Alzheimera oraz tworzenie małych domów specjalistycznych. Wspólne zamieszkiwanie osób otępiąłych z osobami starszymi, nie zawsze pozwalają realizować pracę socjalną w oparciu o wyżej omówione zasady. W DPS zamieszkuje dużo osób, brakuje intymności i stosownej opieki geriatrycznej. Niejednokrotnie osoby cierpiące na demencję starczą niesłusznie przenosi się do domów przeznaczonych dla osób psychicznie chorych, co wywołuje stres i pogłębia otępienie. To zaprzeczenie dobrze wykonywanej pracy socjalnej na rzecz tej populacji chorych⁵⁵. Uważam, że pomoc chorym na otępienie jest poważnym wyzwaniem dzisiejszych czasów. Obok leczenia farmakologicznego, konieczna jest kompleksowa praca socjalna, dostosowana do indywidualnych potrzeb jednostki, oparta na podmiotowym traktowaniu, cierpliwości i dialogu. Taka praca socjalna wymaga od personelu stosownych umiejętności i zamiłowania do sprawowania opieki nad innymi osobami. Należy tu jeszcze

⁵⁴ A. Smrokowska-Reichmann, *Czy zmiecie nas „demencyjne tsunami”? Konsekwencje starzenia się społeczeństwa. Punkt do dyskusji dla sektora pomocy społecznej i ochrony zdrowia*, cz.1, „Wspólne Tematy”, 2013, nr 1, s. 14-21.

⁵⁵ S. Kraus, *Pacjent z chorobą Alzheimera. Rady przydatne dla opiekunów profesjonalnych i domowych*, „Na temat. Zeszyty dla profesjonalnie pomagających”, 2006, nr 2, s. 15.

raz podkreślić: ażeby należycie wykonywać taką trudną pracę społeczną, konieczne jest zatrudnienie w DPS osób z wysokimi kwalifikacjami zawodowymi, uzupełniającymi wiedzę poprzez systematyczne kształcenie i posiadanie zamiłowania do takiej pracy.

Summary

Social work in public nursing home for the patients suffering from senile dementia

Within the last several dozen years, in highly developed countries as well as in Poland, we can observe the intensity of people ageing process (over 65 years old). Increasing percentage of elderly persons results in significant growth of number of people suffering from senile dementia. Alzheimer's disease can be included to this type of illnesses, too. Within last years, dementia diseases have been starting to reach the size of global epidemic. Significant increase of incidence rate of dementia diseases is related with considerable economic, social and health consequences. It also intensifies the demand for professional nursing care and generates the need to create adequate social and health policy. Senile dementia causes, that the patient is not able to function correctly in the society and has to stay under close care of other people. Thanks to sense of love from the family and friends, majority of ill persons can live with dignity with their families. However when suffering individual does not have a possibility for such care in home conditions, it is necessary to provide accommodation to him or her in special care institution (e.g. in public nursing home). Such institutions should assure realization of all life needs for their beneficiaries, using for the purpose such tools as: suitable equipment of the institution, knowledge, wisdom and experience of employees as well as cooperation with patient's family. Working for people suffering from senile dementia is an extremely difficult task.

Kinga Mickiewicz, Arleta Babska, Agnieszka Günther-Jabłońska, Karolina Głogowska
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Wypalenie zawodowe asystentów rodziny a kompetencje społeczne i strategie radzenia sobie ze stresem

Abstrakt

W artykule podejmujemy zagadnienie wypalenia zawodowego asystentów rodziny. Przeprowadziliśmy badania na grupie 39 asystentów rodziny z różnych województw. Celem badań było określenie, czy wypalenie zawodowe asystentów jest związane z ich kompetencjami społecznymi oraz stylami radzenia sobie ze stresem. Zebrano podstawowe informacje na temat badanych oraz problemów, z którymi spotykają się w pracy. Zastosowano narzędzia: LBQ – Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (Santinello, 2014), CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2005) oraz KKS – Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (Maczak, 2001). Wyniki badań wskazały, że asystenci rodziny są grupą, która jest zagrożona wypaleniem zawodowym. Ponadto wykazano związek pomiędzy strategiami radzenia sobie ze stresem i kompetencjami społecznymi asystentów a poziomem ich wypalenia zawodowego.

Termin „wypalenie zawodowe” jako pierwszy wprowadził w 1975 roku Freudenberger¹. Obecnie jest to coraz powszechniejsze zjawisko, dotyczące niemal wszystkie grupy zawodowe. Aktualnie praca staje się wartością deficytową, a niepewność zatrudnienia powoduje

¹ M. Santinello, *Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Link*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2014.

niepokój, pracownik stara się wykonywać swe obowiązki jak najlepiej, czasem poświęcając się bez reszty pracy zarobkowej. Łączenie wielu różnych ról życiowych oraz obowiązków nieustającego podnoszenia swoich kwalifikacji sprawiają, że ludzie coraz częściej mogą odczuwać przytłoczenie, spadek energii, motywacji oraz ogólne wyczerpanie.

Problematyka wypalenia zawodowego może dotyczyć różnych grup zawodowych, znamienne jest jednak to, że na syndrom ten narażone są osoby mające stosunkowo krótki staż pracy. W tym czasie bowiem początkowo wyidealizowany obraz pracy, zderza się z rzeczywistością, która jednak często znacznie różni się od wcześniejszych oczekiwań i wyobrażeń. Według badań, w grupie pracowników socjalnych wypalenie zawodowe pojawia się już po ok. 2-4 latach od podjęcia pracy². W naszych badaniach postanowiłyśmy zająć się grupą zawodową, jaką są asystenci rodziny i znaleźć odpowiedź na pytanie, czy ze względu na charakter pracy, którą wykonują, są w szczególny sposób podatni na wystąpienie syndromu wypalenia zawodowego oraz czy istnieją jakieś indywidualne predyspozycje – dotyczące kompetencji społecznych i radzenia sobie ze stresem, które mogą wiązać się z tym, że wypalenie zawodowe asystentów rodziny będzie wyższe. Temat ten wydał nam się bardzo interesujący, ponieważ stanowisko asystenta funkcjonuje w Polsce dopiero od kilku lat. Jest to zatem grupa, która jest stosunkowo mało poznana w kontekście badań psychologicznych.

Wypalenie zawodowe

Jak zauważono we wprowadzeniu pierwsze prace dotyczące wypalenia zawodowego sięgają czasów Freudenbergera. Opisano wówczas stwierdzone wśród pracowników doświadczenie wyczerpania emocjonalnego wiążącego się ze spadkiem motywacji i zaangażowania. Termin w krótkim czasie zyskał dużą popularność początkowo w Stanach Zjednoczonych, a następnie w Europie. Podjęto również pierwsze próby badań dotyczących relacji pomagania oraz jej wpływu na pracow-

² E. Wilczek-Różycka, *Wypalenie zawodowe pracowników medycznych*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2014.

ników i pojawiających się w tym kontekście ewentualnych kosztów. Kolejni autorzy skupiali się na identyfikowaniu syndromu wypalenia zawodowego u osób wykonujących typowe zawody związane z pomaganiem. Zwracano uwagę, iż pojawia się on w sytuacji przyjmowania przez osobę danej roli zawodowej postrzeganej przez nią jako ambiwalentną, konfliktową, a także rozczarowującą zarówno w obszarze zawodowym, jak i osobistym. Christina Maslach opisując zjawisko wypalenia zawodowego, wskazuje, iż pewnym wyznacznikiem tego syndromu jest utrata zainteresowania ludźmi, z którymi się pracuje, w odpowiedzi na zbyt stresującą sytuację zawodową. Cherniss wskazuje, iż wypalenie zawodowe jest procesem, w którym to, co człowiek postrzegał za swoje powołanie staje się powinnością. Traci wówczas entuzjazm, pasję i poczucie odpowiedzialności za wykonywany przez siebie zawód. Początkiem wystąpienia tego zjawiska jest brak równowagi między zasobami pracownika, a wymaganiami, jakie zostają przed nim postawione. Sytuacja ta powoduje napięcie i lęk, który o ile nie zostanie zredukowany przez jakieś aktywne zajęcie, będzie prowadził do zmiany postawy wobec klientów. W odniesieniu do operacyjnej definicji wypalenia zawodowego ważnym punktem była definicja zaproponowana przez Maslach i Jackson w Kwestionariuszu Wypalenia Zawodowego Maslach (*Maslach Burnout Inventory MBI*). Autorki zwracają uwagę na trzy wymiary: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację oraz obniżone poczucie dokonań osobistych na polu zawodowym, które mogą się pojawiać u osób pracujących w kontakcie z innymi osobami. W modelu rozwoju wypalenia zawodowego Maslach i Goldberg, autorzy wskazują, iż na początku pojawia się wyczerpanie emocjonalne, które następnie prowadzi do depersonalizacji. Poczucie dokonań osobistych jest wymiarem niezależnym od dwóch pozostałych i słabnie ono w sposób autonomiczny. Ważnym czynnikiem wpływającym na wypalenie zawodowe są wymagania środowiska pracy. Kluczowym elementem są również niedobory zasobów takich jak: wsparcie społeczne, kompetencje zawodowe, autonomia, udział w podejmowaniu decyzji, bierne radzenie sobie ze stresem. Niewątpliwie koszty, jakie

niesie za sobą wypalenie zawodowe nie dotyczą wyłącznie pracownika, ale często całej organizacji, w której funkcjonuje³.

Wypalenie zawodowe a radzenie sobie ze stresem i kompetencje społeczne

W rozważaniach teoretycznych dotyczących pojęcia stresu, a także w badaniach empirycznych istotną rolę odgrywa koncepcja Richarda Lazarusa i Susan Folkman, w której stres definiowany jest jako *relacja między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi*⁴.

Lazarus wprowadzając termin „transakcja” podkreśla w ten sposób znaczenie wzajemnych oddziaływań w układzie jednostka – środowisko. Zakłada on, że ważną rolę w dynamice procesów stresu, a także radzenia sobie odgrywają procesy subiektywnej oceny stresorów i własnych zasobów. Ocena pierwotna i ocena wtórna odgrywają decydującą rolę w dynamice stresu. Pierwotna ocena codziennych obciążeń zawodowych i stresowych wydarzeń zawodowych może mieć charakter korzystny albo niekorzystny, czyli wywołujący napięcie. Stresory mogą być oceniane jako: wyzwanie, zagrożenie bądź uszkodzenie (strata). Dokonanie oceny wiąże się z procesami radzenia sobie ze stresem. Wtórna ocena związana jest z posiadanymi umiejętnościami, a zwłaszcza kompetencjami społecznymi. Po ocenie sytuacji jako stresującej zostaje uruchomiony proces radzenia sobie ze stresem, czyli poznawcze i behawioralne próby uporania się z wymaganiami, które zagrażają lub przekraczają zasoby podmiotu. Proces ten może być ukierunkowany na rozwiązanie zadania, na emocje, bądź może przybierać formę różnych obronnych i realistyczno-racjonalnych aktywności wykorzystujących zasoby społeczne i indywidualne. Z badań Jerusalema (1990) stanowiących rozwinięcie koncepcji Lazarusa i Folkman wynika, że ocena sytuacji stresowej jest bardzo złożona i najczęściej nie jest ona jednoznaczna, a raczej zawiera wszystkie trzy wymiary: wyzwanie, zagrożenie, stratę, z dominacją jednego z nich. Autor podkreśla

³ A. Jaworowska, M. Santinello, *op. cit.*

⁴ R. S. Lazarus, S. Folkman, *Stress appraisal and coping*, New York: Springer – Verlag, 1984, s. 19.

duże znaczenie oceny wtórnej dostępnych zasobów a także umiejętności skutecznego działania tj. posiadanych kompetencji. H. Sęk w swoich badaniach eksperymentalnych wykazała, że przy wysokim poczuciu kompetencji stresory najczęściej oceniane są w kategoriach wyzwania, a rzadziej jako zagrożenie, bądź strata. Przy niskim poczuciu kompetencji ta tendencja jest odwrotna⁵.

Z kolei Endler i Parker – autorzy narzędzia badawczego CISS (*Coping Inventory for Stressful Situation*), mimo iż w swojej koncepcji nawiązują bezpośrednio do transakcyjnego modelu Lazarusa, rozumieją radzenie sobie nie jako proces, lecz względnie stały styl, czyli typowy dla danej jednostki sposób zachowania w różnych sytuacjach stresowych⁶.

W nawiązaniu do poznawczych uwarunkowań wypalenia i stresu zakłada się, że jednym z najważniejszych czynników przyczyniających się do rozwoju wypalenia jest zgeneralizowane doświadczenie niepowodzenia w radzeniu sobie ze stresem i nabranie przeświadczenia o nieumożności efektywnego radzenia sobie z trudnościami, problemami czy sytuacjami frustrującymi w życiu zawodowym⁷. Wypalenie nie tyle jest efektem przewlekłego stresu, co raczej stresu pracy niezmodyfikowanego własną aktywnością zaradczą⁸.

Zasoby osobiste to względnie stałe czynniki osobowe i społeczne wpływające na to, jak jednostka radzi sobie w trudnych sytuacjach. Mogą ułatwiać opanowanie sytuacji stresowej i przeciwdziałać powstawianiu negatywnych skutków zdrowotnych. Niedostrzeżenie własnych zasobów może powodować poczucie bezradności i bez nadziejności. Jednakże ich przecenianie może wpływać na podejmowanie wysiłków skierowanych na nierozwiązywalny problem, co może prowadzić do wyczerpania. Do zasobów mających istotny wpływ na spo-

⁵ H. Sęk, *Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej*, [w:] H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe Przyczyny Mechanizmy Zapobieganie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2000.

⁶ J. Strelau, A. Jaworowska, K. Wrześniewski, P. Szczepaniak, *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2005.

⁷ H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe Przyczyny Mechanizmy Zapobieganie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2000.

⁸ Ibidem.

soby radzenia sobie zaliczyć można: asertywność, poczucie koherencji, własnej wartości, skuteczności, dyspozycyjny optymizm, posiadanie zainteresowań, poczucie humoru, a także wsparcie społeczne. Warto nadmienić, że zasobami szczególnie ważnymi w sytuacji pracy są kompetencje społeczne oraz związana z nimi inteligencja emocjonalna⁹. W *Kwestionariuszu Kompetencji Społecznych*, narzędziu, które zostało wykorzystane w naszych badaniach, kompetencje społeczne definiowane są jako *złożone umiejętności warunkujące efektywność radzenia sobie w określonego typu sytuacjach społecznych, nabywane przez jednostkę w toku treningu społecznego*¹⁰. Stwierdzono związek pomiędzy sposobami radzenia sobie w sytuacjach stresowych, a poziomem kompetencji społecznych jednostki. Człowiek charakteryzujący się wysokimi kompetencjami społecznymi, otrzymuje w sytuacjach trudnych więcej wsparcia ze strony innych ludzi, co wpływa na redukcję stresu i pozwala na jego efektywniejsze funkcjonowanie. Wysokie kompetencje społeczne sprzyjają więc aktywnym sposobom radzenia sobie ze stresem, natomiast niskie kompetencje społeczne wiążą się z przejawianą w trudnych sytuacjach biernością jednostki. Można więc oczekiwać dodatnich korelacji pomiędzy wysokimi kompetencjami społecznymi, a zadaniowym stylem radzenia sobie w sytuacji stresowej¹¹. W myśl tej zasady osoby o niskich kompetencjach społecznych powinny zaś przyjmować styl unikowy, gdy znajdą się w trudnej sytuacji społecznej. Wiedza i kompetencje społeczne bywają więc pomocne w rozwiązywaniu trudnych sytuacji życiowych oraz osiągnięciu celów jednostki. Udowodniono, że poczucie własnej wartości jednostki oddziałuje na spostrzeżenie własnej podatności na stres, a także wpływa na wybór strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych¹². Przekonania na temat własnej skuteczności wpływają na ewaluację zasobów osobistych jednost-

⁹ N. Ogińska-Bulik, *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych, źródła-konsekwencje-zapobieganie*, Centrum Doradztwa i Informacji Difin sp.z o.o., Warszawa 2006.

¹⁰ A. Matczak, *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS*, Pracownia Testów Psychologicznych PTB, Warszawa, 2001.

¹¹ J. Strelau, A. Jaworowska, K. Wrześniewski, P. Szczepaniak, *op. cit.*

¹² N. Ogińska-Bulik, *op. cit.*

ki w wybór adekwatnej intencji działania. Człowiek wysoko oceniający swoją wartość i skuteczność jest więc silny, odporny psychicznie, pewny siebie i charakteryzuje go wiara we własne możliwości. Z kolei niskie poczucie własnej wartości wpływa na obniżenie wiary w siebie, skłonność do przygnębienia oraz rezygnację z podejmowania działania w sytuacjach trudnych. Blokuję zatem dostęp do potencjalnych zasobów i wpływa na ograniczenie działania jednostki do wyboru wypróbowanych, lecz nie koniecznie skutecznych strategii obronnych¹³. Cherniss w badaniach podłużnych nad wypaleniem w różnych grupach zawodowych wykorzystał koncepcję własnej skuteczności Bandury. Zakłada ona, że ludzie z większym poczuciem własnej skuteczności doświadczają mniej stresu, a dana sytuacja uważana jest za mniej stresogenną, kiedy człowiek wyraża przekonanie, że w skuteczny sposób może się z nią uporać. Uznając powyższą prawidłowość i zakładając, że kompetencje przejawiane w kontaktach interpersonalnych wymagających zaangażowania odgrywają istotną rolę, można stwierdzić, że wypalenie zawodowe jest związane z poczuciem własnej skuteczności. Osoby z wyższym poczuciem własnej skuteczności w warunkach spostrzeganych jako niesprzyjające – dużego przeciążenia pracą, podejmują działania mające na celu zmianę tych warunków lub lepsze przystosowanie się do nich. W takiej samej sytuacji w przypadku osób o niskim poczuciu własnej skuteczności można zauważyć rezygnację, apatię, rozczarowanie¹⁴.

Asystentura rodzinna

Stanowisko asystenta rodzinnego wprowadziła Ustawa o Wspieraniu Rodziny i Systemie Pieczy Zastępczej z dnia 9 czerwca 2011 roku. Na mocy tej ustawy wprowadzono na poziomie samorządu gminnego obowiązek zapewnienia wsparcia rodzinom mającym trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych¹⁵. Głównym założe-

¹³ Ibidem.

¹⁴ H. Sęk, *op. cit.*

¹⁵ Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 9 czerwca 2011 roku, (Dz.U. 2013 r, poz. 135 z późn.zm.).

niem koncepcji wprowadzenia tego nowego stanowiska było podjęcie działań pomocowych rodzinom, w taki sposób, aby dzieci zagrożone odebraniem lub znajdujące się już w pieczy zastępczej mogły pozostać lub wrócić do swoich rodzin biologicznych¹⁶.

Początkowo ustawa określała, że jeden asystent może mieć pod opieką maksymalnie 20 rodzin. Liczbę tę jednak ograniczono do 15 na mocy ustawy z dnia 25 lipca 2014 o zmianie Ustawy o Wspieraniu Rodziny i Systemie Pieczy Zastępczej¹⁷. Ograniczenie to związane było z ogromem obowiązków, które zobligowany jest wypełnić asystent. Do jego zadań należą m.in.: skonstruowanie planu pracy z rodziną i pomoc w jego realizacji. Każdy plan powinien zawierać termin realizacji oraz określać spodziewane efekty¹⁸. Ponadto do obowiązków asystenta należy szczegółowa analiza i diagnoza rodzin, z którymi pracuje, rozpoznanie i ustalenie ich potrzeb, określenie zasobów. Co więcej, powinien skupiać się on na podejmowaniu działań zmierzających do poprawy sytuacji beneficjentów, poprzez opracowanie i prowadzenie kontraktów socjalnych, indywidualnie dostosowanych do danej rodziny. Asystent powinien skupiać się na motywowaniu poszczególnych członków rodziny do realizowania wspólnie ustalonych działań oraz wspierać ich, gdy członkowie tracą zapał i wiarę w możliwość poprawy. Również mają za zadanie stwarzać warunki do rozwoju, motywować do uczestnictwa w różnych formach wsparcia, wskazywać nowe możliwości¹⁹. Do jego zadań należy też podejmowanie działań interwencyjnych i zaradczych w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa w rodzinie, monitorowanie jej funkcjonowania, a w razie konieczno-

¹⁶ K. Mickiewicz, K. Głogowska, *Wspieranie rodziny źle funkcjonującej z perspektywy asystenta rodziny i psychologa. Szczególne problemy przywiązania*, „Praca Socjalna”, 2014, nr 4, s. 15-34.

¹⁷ Ustawa z dnia 25 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2014 poz. 1188.

¹⁸ Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu, *Asystentura Rodzinna w województwie kujawsko-pomorskim – wyniki badania*, Wydawnictwo Multigraf, Toruń 2014, s. 6-14.

¹⁹ K. Łangowska, *Asystent rodziny – realizacja projektu Rodzina bliżej siebie w Gdyni*, [w:] M. Szpunar (red.), *Asystentura rodziny jako nowa metoda pomocy społecznej w Polsce*, Wydawnictwo MGT, Gdynia 2010, s. 16-30.

ści sporządzanie na wniosek sądów ewentualnych opinii o rodzinie²⁰. Z drugiej strony asystent musi dbać o własny warsztat pracy, regularnie uczestniczyć w spotkaniach zespołu projektowego oraz realizować własne szkolenia. W każdej chwili powinien kierować się w pracy dobrem swych beneficjentów, a jego nadrzędnym celem jest utrzymanie ciągłości i trwałości rodziny²¹.

Należy podkreślić, że stanowisko to niesie ze sobą zarówno szanse jak i zagrożenia. Z racji tego, że asystentura jest nowym zawodem, może się z nim wiązać duża fala zainteresowania oraz wzmożone dyskusje. Są to plusy, mogące płynąć z „mody” na asystenturę. Zagrożeniem stanowić może jednak wykonywanie tego zawodu przez osoby nie w pełni do tego przygotowane, niemające odpowiednich kompetencji, które nie są w stanie dostrzec szeregu niuansów niezbędnych do kompetentnego wykonywania tej pracy. Z drugiej strony innym niebezpieczeństwem może być elitaryzm asystentury. Osoba wykonująca ten zawód musi nie tylko dysponować odpowiednim wykształceniem, ale również doświadczeniem w pomaganiu innym oraz własnym bagażem doświadczeń, z którego będzie potrafiła czerpać. Asystent rodziny powinien ponadto rozumieć podstawowe mechanizmy rządzące ludźmi, ich zachowaniami w grupie, społecznościach itp. Te wszystkie czynniki powodują, że wymagania stawiane przed asystentami są niezwykle wysokie, co z kolei może skutkować oczekiwaniem przez tą grupę szczególnego traktowania, uznania, specjalnej pozycji. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż ta forma pracy socjalnej daje możliwość realizowania najczystszych idei związanych z tym obszarem – *zestknięcia ludzkich potrzeb z twórczymi ludzkimi możliwościami*²². Niezwykle ważnym czynnikiem, który może wiązać się z nowym zawodem w tym również asystenturą jest ortodoksja metodologiczna polegająca na tym, iż osoby związane z wykonywaniem tego zawodu bardzo sztywno trzymają

²⁰ Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 9 czerwca 2011 roku, (Dz.U. 2013 r, poz. 135 z późn.zm.)

²¹ K. Łangowska, *op. cit.*

²² J. Józefczyk, Szanse i zagrożenia dla asystentury – refleksja praktyka, [w:] M. Szpunar (red.), *Asystentura rodziny jako nowa metoda pomocy społecznej w Polsce*, Wydawnictwo MGT, Gdynia 2010.

się początkowo przyjętych zasad i reguł, nie dopuszczając do modyfikacji i zmian. Otwartość jest niezwykle ważna, ponieważ rzeczywiste wymagania środowiska i pojawiające się okoliczności modyfikują pierwotne założenia dotyczące nowego zawodu. Niezwykle istotne czynniki związane z samą istotą wykonywania tego zawodu to: konieczność głębokiej diagnostyki sytuacji w środowisku, czasochłonność pracy, specyficzna relacja wytwarzająca się pomiędzy rodzinami a asystentem, powodują, iż jest on narażony na wiele zagrożeń m.in. zatarcie granic w relacjach, uzależnienie od systemu wsparcia, utrata profesjonalizmu czy syndromu wypalenia zawodowego²³.

Wypalenie zawodowe asystentów rodziny

Powyższe rozważania wskazują na niejednoznaczność i wielowymiarowość roli asystenta. Zróżnicowanie w obrębie funkcji, które pełnić może prowadzi do jego dezorientacji, jak i współpracujących z nim rodzin. Z jednej strony ma on za zadanie wspierać rodzinę, być jej powiernikiem i sprzymierzeńcem, z drugiej jednak powinien kontrolować jej członków, weryfikować ich postępy i wyciągać ewentualne konsekwencje. Musi łączyć więc w swojej funkcji profilaktykę i interwencję, co jest zadaniem niezwykle trudnym i budzącym dylemat niejasności roli. Tak, jak wspomniano wcześniej, asystent powinien być osobą, która w sposób efektywny i adekwatny funkcjonuje w trudnych sytuacjach, posiada wysokie kompetencje społeczne oraz potrafi w sposób skuteczny wykorzystywać nabytą wiedzę i umiejętności. W swojej pracy spotyka się on bowiem z rodzinami wieloprogowymi. W niektórych z nich występuje na przykład zarówno przemoc fizyczna, jak i psychiczna oraz nadużywanie alkoholu, co znacząco rzutuje na dzieci. Rodzice często prezentują bardzo niskie kwalifikacje zawodowe i niechętnie angażują się w aktywności, które mogą im pomóc w poprawie warunków bytowych. Przyszłość dzieci z takich rodzin jest często niepewna, w związku z przejawianymi przez nie trudnościami wychowawczymi oraz brakiem zabezpie-

²³ J. Jóźefczyk, *op. cit.*

czenia ich przyszłości przez rodziców. Asystent powinien więc dążyć do zapobiegania rozpadowi rodziny, tak aby podejmować z nią pracę, zmierzającą do powrotu wcześniej odebranych dzieci. Należy również dodać, że asystent poza wcześniej omówioną pracą z rodziną, jest również zobligowany do wykonywania szeregu obowiązków biurowo – administracyjnych takich jak raportowanie, wypełnianie dokumentacji, czy dokładny zapis prowadzonych działań. To wszystko sprawia, że asystent może czuć się z jednej strony przytłoczony ogromem narzuconych na niego obowiązków, a z drugiej niedookreśleniem funkcji, które winien pełnić²⁴.

Te wszystkie cechy wiążą się z podwyższonym ryzykiem pojawienia się wypalenia zawodowego w tej grupie zawodowej. Ze względu na wielość i skomplikowanie problemów rodzin, z jakimi borykają się asystenci rodziny jest prawdopodobne, że będą odczuwać zmęczenie, które z biegiem czasu może przerodzić się w wyczerpanie emocjonalne. Ponadto, w tym samym czasie może rozwijać się także niechęć do osób, z którymi pracują. Niejednokrotnie zachowanie asystenta ma charakter obronny – na przykład asystent z powodu przeciążenia wszystkimi problemami nie potrafi lub nie ma już siły, aby angażować się w kolejne emocjonalnie trudne sytuacje. W związku z tym początkowo może skracać swoje wizyty u rodzin, traktować podopiecznych w sposób instrumentalny, co w konsekwencji prowadzi do ich depersonalizacji. Wszystko to łączy się z niskim poczuciem dokonań osobistych na polu zawodowym. Osoba, która jest wyczerpana emocjonalnie, nie potrafi czerpać satysfakcji z kontaktu z podopiecznymi czy z mierzenia się z ich trudnymi sprawami. Jednocześnie istnieje ryzyko, że będzie odbierać siebie jako osobę niekompetentną. Maslach opisując wypalenie zawodowe, kładzie szczególny nacisk właśnie na wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację oraz obniżone poczucie dokonań osobistych na polu zawodowym²⁵.

²⁴ K. Mickiewicz, K. Głogowska, *op. cit.*

²⁵ C. Maslach, *Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej* [w], H. Sęk (red.) *Wypalenie Zawodowe Przyczyny, Mechanizmy, Zapobieganie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.

Metoda

Grupa badana

W badaniu wzięło udział 39 asystentów z Miejskich Ośrodków Pomocy Rodzinie i Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej z Bydgoszczy, Gdańska, Torunia i Więcborka, w tym 3 mężczyzn i 36 kobiet. Badani byli w wieku od 25 do 54 lat; średni wiek wynosił 35 lat ($SD=7,30$). Dwie osoby posiadały wykształcenie średnie pozostałe wyższe, w tym 27 osób miało tytuł magistra. Badani różnili się między sobą stażem pracy na stanowisku asystenta rodziny – najkrótszy wynosił 5 miesięcy, najdłuższy prawie 4 lata. Należy zaznaczyć, że maksymalny okres liczony był jako czas od momentu wprowadzenia stanowiska asystenta rodziny Ustawą o Wspieraniu Rodziny i Systemie Pieczy Zastępczej z dnia 9 czerwca 2011 roku do momentu przeprowadzenia badania. Średni staż pracy na stanowisku asystenta w badanej grupie wyniósł 15 miesięcy.

Narzędzia badawcze

Metryczka

Utworzona metryczka umożliwiła zebranie informacji dotyczących: daty urodzenia, płci, wykształcenia, stażu pracy na stanowisku asystenta oraz związanego z obszarem pracy socjalnej. Badani ponadto podawali informacje dotyczące aktualnej liczby rodzin, która jest pod ich opieką, dotychczas odebranych dzieci, okresu, jaki upłynął od momentu odebrania ostatniego dziecka. Metryczka umożliwiła zebranie informacji dotyczących najczęstszych problemów rodzin a także tych, na które napotykają asystenci rodzin w swojej pracy. Badani oceniali również stopień satysfakcji z wykonywanej pracy na 10-stopniowej skali oraz określali, czy wiążą swoją przyszłość z dotychczas wykonywanym zawodem.

Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (*Link Burnout Questionnaire; LBQ*)

Pomiaru wypalenia zawodowego dokonaliśmy przy użyciu Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego M. Santinello (2014) w polskiej

adaptacji A. Jaworowskiej (2014). Narzędzie składa się z 24 stwierdzeń, do których badany ustosunkowuje się na pięciostopniowej skali. Kwestionariusz umożliwia pomiar czterech aspektów wypalenia zawodowego, które poniżej zostaną krótko scharakteryzowane.

Wyczerpanie psychofizyczne – wymiar związany z oceną własnych zasobów psychofizycznych. Jeden kraniec opisany jest jako wyczerpanie, zmęczenie, poczucie napięcia, znajdowania się „pod presją”, drugi jako bycie pełnym energii i bycie aktywnym ($\alpha = 0,85$).

Brak zaangażowania w relacje z klientem – wymiar opisujący jakość relacji z pacjentem (klientem), jeden z krańców oznacza przedmiotowe traktowanie, obojętność, dystans, w pewnych sytuacjach wrogość, drugi kraniec oznacza indywidualne podejście do klienta, zaangażowanie ($\alpha = 0,84$).

Poczucie braku skuteczności zawodowej – związane jest z oceną własnych kompetencji zawodowych. Jeden kraniec charakteryzowany jest jako poczucie skuteczności w pracy, efektywności w realizacji poszczególnych celów zawodowych, przeciwny kraniec jako poczucie braku rezultatów w pracy i braku skuteczności ($\alpha = 0,61$).

Rozczarowanie – ten aspekt dotyczy oczekiwań egzystencjalnych, motywacji, jaką kierują się osoby wybierające zawody związane z pomaganiem innym ludziom, traktujący swoją pracę jako misję w której niosą pomoc innym, a siebie widzą jako osobę czyniącą dobro. W przypadku skonfrontowania swojej wizji i oczekiwań z rzeczywistością może dojść do silnego rozczarowania. W związku z tym jeden kraniec charakteryzowany jest jako czerpanie satysfakcji, entuzjazmu, pasji z wykonywanej pracy, drugi jako rozczarowanie, brak entuzjazmu ($\alpha = 0,85$)²⁶.

Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS)

Do pomiaru kompetencji społecznych wykorzystaliśmy Kwestionariusz Kompetencji Społecznych autorstwa Anny Matczak²⁷. Narzędzie

²⁶ A. Jaworowska, M. Santinello, *op. cit.*

²⁷ A. Matczak, *op. cit.* 2001

umożliwia ocenę umiejętności radzenia sobie w sytuacjach społecznych.

I – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych, oznaczające bliskie kontakty interpersonalne i związane z ujawnieniem się partnerów (np. zwierzanie się) ($\alpha = 0,77$).

ES – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej – oznaczające bycie w centrum uwagi i potencjalnej oceny ze strony wielu osób ($\alpha = 0,91$).

A – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności – osiąganie własnych celów, potrzeb poprzez wywieranie wpływu na innych, bądź też opieranie się wpływowi ($\alpha = 0,86$)²⁸.

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (*Coping Inventory for Stressful Situations; CISS*)

Styl radzenia sobie ze stresem badanych został określony przy użyciu Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych autorstwa Norman S. Endler i James D. A. Parker (1990a) w polskiej adaptacji: J. Strelaua, A. Jaworowskiej, K. Wrzeźniewskiego, P. Szczepaniaka²⁹. Kwestionariusz umożliwia ocenę stylu radzenia sobie ze stresem.

Styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ) – polegający na aktywnym rozwiązywaniu problemów, czyli podejmowaniu zadań. Osoby, które uzyskują wysokie wyniki w tej skali, mają tendencję do podejmowania wysiłków mających na celu rozwiązanie problemu, starają się zmienić sytuację i dokonują poznawczych przekształceń. Jednostka jest nastawiona na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu ($\alpha = 0,84$).

Styl skoncentrowany na emocjach (SSE) – osoby, które uzyskują wysoki wynik w tej skali w sytuacjach stresowych mają tendencję do skupiania się na sobie i własnych przeżyciach emocjonalnych (złość, poczucie winy, napięcie). Towarzyszy temu również tendencja do myślenia życzeniowego oraz fantazjowania. Tego typu działania zaradcze

²⁸ Ibidem, s. 11

²⁹ J. Strelau, A. Jaworowska, K. Wrzeźniewski, P. Szczepaniak, *op. cit.*

mają na celu obniżenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją trudną. Działania te mogą jednak niekiedy powiększać poczucie stresu, powodować wzrost napięcia i przygnębienie ($\alpha=0,80$).

Styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) – styl ten charakteryzuje osoby, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do unikania myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej, w której się znaleźli. Styl ten może przyjmować dwie formy:

Angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ) – podejmowanie działań lub innych czynności mających na celu uniknięcie konfrontacji z sytuacją stresową np. oglądanie telewizji, sen, objadanie się ($\alpha=0,73$);

Poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT) – angażowanie się w kontakty interpersonalne w celu uniknięcia przeżywania, myślenia o sytuacji stresowej ($\alpha=0,67$)³⁰.

Cel badań

Badania mają na celu określenie nasilenia wypalenia zawodowego u asystentów rodziny. Ponadto, ich zadaniem jest opisanie związków pomiędzy zasobami osobistymi asystenta (kompetencjami społecznymi i stylami radzenia sobie ze stresem) a wypaleniem zawodowym oraz wskazanie czynników związanych ze specyfiką pracy sprzyjającej wystąpieniu podwyższonego ryzyka wypalenia zawodowego.

Pytania badawcze

Postawiono następujące pytania:

1. Jakie problemy są najczęściej zgłaszane przez rodziny, z którymi pracują asystenci?
2. Jakie są główne obszary problemowe zgłaszane przez asystentów dotyczące pracy z rodziną?
3. Jaki jest poziom kompetencji społecznych wśród przebadanych asystentów?
4. Jakich strategii radzenia sobie ze stresem używają badani asystenci?

³⁰ Ibidem, s. 17.

5. Jaki jest poziom wypalenia zawodowego wśród przebadanych asystentów?
6. Czy występuje związek pomiędzy kompetencjami społecznymi a wypaleniem zawodowym?
7. Czy występuje związek pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem a wypaleniem zawodowym?
8. Jakie zmienne dotyczące specyfiki pracy asystentów związane są z wypaleniem zawodowym?

Wyniki

P1: Jakie problemy są najczęściej zgłaszane przez rodziny, z którymi pracują asystenci?

Najczęściej zgłaszanymi problemami z którymi borykają się członkowie rodzin współpracujących z asystentami są: używki, głównie alkohol i narkotyki, które zostały wymienione przez 95% badanych. Kolejnymi problemami zgłaszanymi asystentom przez podopiecznych są: niezaradność rodzin (88%) i bezrobocie (84%). Ponadto niepełnosprawność intelektualna lub choroba psychiczna któregoś z członków rodziny (71%), przemoc psychiczna (66%), przemoc fizyczna (44%) oraz inne (17%).

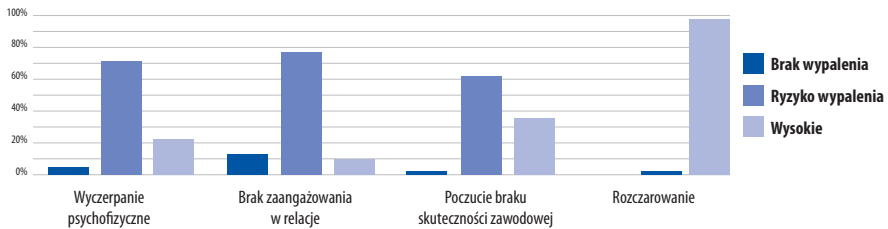
P2: Jakie są główne obszary problemowe zgłaszane przez asystentów dotyczące pracy z rodziną?

Najczęstszymi problemami, utrudniającymi w ocenie asystentów pracę z rodzinami są: niechęć do współpracy, brak motywacji oraz negatywne nastawienie członków rodzin (51%), uzależnienia (44%), nieudolność wychowawcza rodzin i towarzyszące jej problemy opiekuńczo-wychowawcze (37%).

P3: Jaki jest poziom wypalenia zawodowego wśród przebadanych asystentów?

Zaprezentowane poniżej wyniki wskazują, że badane osoby w każdym aspekcie wypalenia zawodowego w zdecydowanej większości znajdują się w grupie ryzyka lub charakteryzują się jego wysokim poziomem (wykres 1).

Wykres 1. Poziom wypalenia zawodowego wśród przebadanej grupy asystentów rodzin

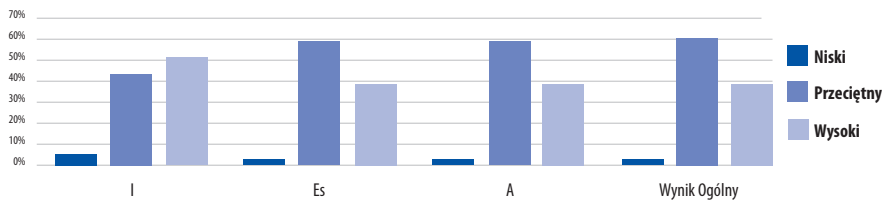


Należy zwrócić szczególną uwagę na aspekt rozczarowania, w przypadku którego wśród badanych nie ma żadnej osoby, u której nie występowalby syndrom wypalenia zawodowego, jest jedna osoba z ryzykiem wypalenia, pozostałe 37 osób należy zaliczyć do grupy wysokiego ryzyka.

P4: Jaki jest poziom kompetencji społecznych wśród przebadanych asystentów?

Większość przebadanych asystentów cechuje się przeciętnym (62%) poziomem kompetencji społecznych. Około 36% badanych osób posiada wysoki poziom owych kompetencji. 20 osób (51%) wykazuje wysokie, a 17 osób (44%) przeciętne kompetencje społeczne w odniesieniu do sytuacji intymnych. W odniesieniu do sytuacji ekspozycji społecznej i sytuacji wymagających asertywności uzyskane przez asystentów wyniki kształtują się w podobny sposób – prawie 60% badanych uzyskało wyniki przeciętne, a 38% wysokie.

Wykres 2. Poziom kompetencji społecznych wśród przebadanej grupy asystentów rodzin



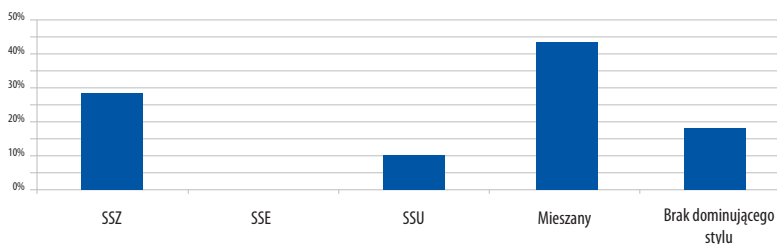
I – kompetencje społeczne w sytuacjach intymnych Es –kompetencje społeczne w sytuacjach ekspozycji społecznej

A-kompetencje społeczne w sytuacjach wymagających asertywności

P5: Jakich strategii radzenia sobie ze stresem używają badani asystenci?

Przebadani asystenci w większym lub mniejszym stopniu korzystają ze wszystkich dostępnych strategii radzenia sobie ze stresem. Nam zależało jednak na wyłonieniu tych dominujących. Poniższy wykres przedstawia otrzymane wyniki.

Wykres 3. Strategie radzenia sobie ze stresem stosowane przez asystentów rodzin



SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu, SSE – styl skoncentrowany na emocjach, SSU – styl skoncentrowany na unikaniu.

Jak widać na powyższym wykresie, u 28% badanych dominuje styl skoncentrowany na zadaniu, u 10 % styl skoncentrowany na unikaniu. Żadna z osób badanych nie radzi sobie ze stresem za przede wszystkim przy pomocy stylu skoncentrowanego na emocjach. Warto tu jednak zaznaczyć, że u 18%, czyli siedmiu osób nie ma dominującego stylu, a prawie połowa badanych (44%) ma dominację dwóch stylów. U 14 osób jest to styl skoncentrowany na zadaniu i na unikaniu, a u pozostałych 3 osób styl skoncentrowany na emocjach i na unikaniu.

P6: Czy występuje związek pomiędzy kompetencjami społecznymi a wypaleniem zawodowym?

Dane pokazujące związek między kompetencjami społecznymi a wypaleniem zawodowym zestawiono w tabeli 1, do ich uzyskania przeprowadzono analizę korelacji Rho-Spearmana.

Tabela 1. Związek pomiędzy kompetencjami społecznymi a wypaleniem zawodowym

Wypalenie zawodowe	Kompetencje społeczne			
	KKS_I	KKS_ES	KKS_A	KKS_Sum
Wyczerpanie psychofizyczne	-0,50**	-0,21	-0,39*	-0,39*
Brak zaangażowania	-0,12	-0,03	-0,05	-0,06
Poczucie braku skuteczności zawodowej	-0,14	-0,20	-0,02	-0,15
Rozczarowanie	-0,34*	-0,18	-0,33*	-0,32*

*p<0,05; **p<0,01

Sześć korelacji okazało się istotnymi statystycznie. Na ich podstawie możemy stwierdzić, że im niższy jest poziom kompetencji osób badanych w sytuacjach intymnych tym wyższy jest ich poziom wyczerpania psychofizycznego, a także rozczarowania. W zakresie kompetencji dotyczących sytuacji wymagających asertywności, zależność jest dokładnie taka sama: wraz z ich spadkiem wzrasta poziom wyczerpania psychofizycznego oraz rozczarowania.

P7: Czy występuje związek pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem a wypaleniem zawodowym?

Obliczono współczynnik korelacji rho Spearmana pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem a wypaleniem zawodowym (tabela 2). Wynik okazał się istotny statystycznie tylko w odniesieniu do relacji styl skoncentrowany na emocjach a wyczerpanie psychofizyczne ($r=0,44$; $p<0,01$) i rozczarowanie ($r=0,44$; $p<0,01$). Im częściej osoba radzi sobie ze stresem poprzez skoncentrowanie na emocjach tym wyższy jest jej poziom wyczerpania psychofizycznego i rozczarowania.

Tabela 2. Związek pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem a wypaleniem zawodowym (korelacja porządku rang Spearmana)

Style radzenia sobie ze stresem	Aspekty wypalenia zawodowego			
	Wyczerpanie psychofizyczne	Brak zaangażowania w relacje z klientem	Poczucie braku skuteczności zawodowej	Rozczarowanie
SSZ	-0,17	0,01	0,01	-0,06
SSE	0,44**	0,15	0,30	0,44**
SSU	0,06	0,07	0,01	0,02
ACZ	0,26	0,16	0,04	0,16
PKT	-0,24	-0,17	-0,27	-0,19

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

P8: Jakie zmienne dotyczące specyfiki pracy asystentów związane są z wypaleniem zawodowym?

W tabeli 3 przedstawiłyśmy wszystkie analizowane przez nas zmienne, które dotyczą specyfiki pracy asystentów i mogą mieć związek z poziomem ich wypalenia zawodowego.

Tabela 3. Związek pomiędzy zmiennymi dotyczącymi specyfiki pracy asystentów związane a wypaleniem zawodowym (korelacja porządku rang Spearmana)

Zmienne dotyczące specyfiki pracy asystentów	Aspekty wypalenia zawodowego			
	Wyczerpanie psychofizyczne	Brak zaangażowania w relacje z klientem	Poczucie braku skuteczności zawodowej	Rozczarowanie
Wiek	-0,25	-0,52**	0,02	-0,23
Wykształcenie	0,19	0,38*	0,26	0,24
Staż pracy na stanowisku asystenta	0,18	-0,10	-0,13	0,13
Staż pracy w Opiece społecznej?	0,09	-0,28	-0,15	0,13
Liczba rodzin	-0,18	-0,39*	-0,36*	-0,06
Liczba odebranych dzieci	0,09	-0,14	-0,09	0,20
Czas, który upłynął od ostatniego odebrania dziecka rodzinie	-0,19	-0,31	-0,45**	-0,22
Satysfakcja	-0,75***	-0,44**	-0,38*	-0,77***
Przyszłość	0,31	0,15	0,22	0,50**

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

Zaobserwowano następujące relacje: wyższy brak zaangażowania w relacje wykazują osoby młodsze oraz posiadające wyższy poziom wykształcenia. Dość zaskakujące wyniki otrzymano w przypadku zmiennej liczba rodzin znajdujących się pod opieką asystenta. Im badani współpracowali z mniejszą liczbą rodzin tym wykazywali większy brak zaangażowania w relację oraz wyższy brak skuteczności. Innym słowy wraz ze wzrostem liczby rodzin asystenci byli bardziej zaangażowani w relacje ze współpracującymi rodzinami oraz odczuwali niższe poczucie braku skuteczności. Wyniki przedstawione w tabeli 3 wskazują również na fakt, iż asystenci mają większe poczucie braku skuteczności im krótszy okres upłynął od momentu odebrania dziecka. Satysfakcja wiąże się ze wszystkimi aspektami wypalenia zawodowego. Wraz z jej spadkiem wzrasta poziom wypalenia zawodowego. Również wraz

ze wzrostem rozczarowania pracą zmniejsza się zainteresowanie asystentów dalszym wykonywaniem tego zawodu.

Wnioski

Asystenci są grupą zawodową, która jest szczególnie narażona na wypalenie zawodowe. Ponadto, badania wskazują na wysokie rozczarowanie tej grupy zawodowej. Poczucie rozczarowania bierze się z refleksji nad doświadczeniem, gdy wcześniejsze wyobrażenia i oczekiwania, zderzają się z twardą i niepodatną na zmiany rzeczywistością³¹. Prawdopodobnie wynika to z podnoszonej już we wstępie teoretycznym niejasności roli, a także wykluczających się zadań asystenta rodziny. Wpływ na takie wyniki może mieć również specyfika grupy z jaką pracują asystenci rodziny. Bardzo często efekty ich intensywnej pracy bywają niewielkie i/lub także zauważalne po długim okresie czasu.

Kompetencje społeczne

W związku z powyższym wydaje się, że asystenci rodziny powinni posiadać odpowiednie kompetencje społeczne, które będą stanowiły czynnik ochronny przed wypaleniem zawodowym. Wyniki przeprowadzonego przez nas badania wskazały na związek między takimi wskaźnikami wypalenia zawodowego, jak wyczerpanie psychofizyczne i rozczarowanie, a kompetencjami społecznymi. Dokładniej, niezwykle ważne i chroniące przed wystąpieniem wypalenia zawodowego w pracy asystenta rodziny są kompetencje, które warunkują efektywność w bliskich relacjach, jak i sytuacjach, które wymagają asertywności. Również wpisuje się to w szeroki zakres obowiązków asystenta rodziny, w zakresie którego z jednej strony wymaga się nawiązania bliskich relacji z rodzinami, a z drugiej egzekwowania od rodzin pewnych zachowań, zmian.

Styl radzenia sobie ze stresem

Styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach wydaje się najbardziej niekorzystny w pracy asystenta rodziny. W konsekwencji

³¹ A. Jaworowska, M. Santinello, *op. cit.*

może także prowadzić do wyczerpania psychicznego i rozczarowania u pracownika. Być może prezentują go osoby, które bardzo angażują się w pracę z rodziną, która niejednokrotnie bywa trudna – i jak wspomniano – jej rezultaty, i to niekiedy niewielkie, można zaobserwować po długim czasie, stąd rozczarowanie. Nie odnotowano żadnego związku między stylem skoncentrowanym na unikaniu, a wypaleniem zawodowym. Można postawić hipotezę, że styl skoncentrowany na unikaniu stanowi obronną postawę – nie pozwala na konfrontację z negatywnymi czy trudnymi emocjami i sytuacjami, dlatego też nie łączy się z wypaleniem zawodowym. Interesujące byłoby również podjęcie tematyki skuteczności zawodowej, a stylu radzenia sobie ze stresem.

Zaangażowanie młodych pracowników w relacje z rodzinami jest znacznie mniejsze, co można rozumieć jako mechanizm obronny wynikający z zetknięcia się z trudnymi, często krańcowymi doświadczeniami innych ludzi, a także z lęku kompetencyjnego. Interesujący jest natomiast wynik, który wskazuje, że im większa liczba rodzin, tym pracownicy bardziej angażują się w relacje z rodziną oraz mają poczucie większej skuteczności. Taki wynik niejako stoi w sprzeczności z badaniami wskazującymi na większą efektywność pracy asystentów rodziny, jeżeli mają mniej rodzin pod opieką³². Należy zwrócić uwagę, że w badanej grupie każdy z asystentów miał pod swoją opieką minimum 9 rodzin. Być może jest to zbyt duża liczba rodzin, czego konsekwencją może być błędna percepcja większego zaangażowania. W sytuacji rozproszenia (wiele problemów wielu rodzin) asystenci rodziny mogą dostrzegać mniej trudności, a rozwiązanie każdego problemu daje im większe poczucie sprawstwa. Być może asystenci, którzy mają więcej czasu na analizowanie sytuacji – mniejszą liczbę rodzin pod opieką – zdają sobie sprawę z ogromu problemów i to powoduje, że unikają zaangażowania, a także mają mniejsze poczucie skuteczności. Otrzymany przez nas rezultat można tłumaczyć również deklaratywnością

³² K. Łangowska, *op. cit.*

badanych i być może również ich poczuciem, że większa ilość rodzin zwiększa ich potencjalne szanse na udaną pomoc.

Badania wskazały także, że niewielkie zaangażowanie nie łączy się z satysfakcją z wykonywanej pracy, co można tłumaczyć tym, że tylko prawdziwe i podmiotowe traktowanie rodziny pozwala na postrzeganie swojej pracy jako dającej korzyści i ważnej.

Interesujące jest, że osoby z wyższym wykształceniem (im wyższe wykształcenie) w mniejszym stopniu angażują się w relacje. Być może jest to wynikiem postawy obronnej. Kolejnym wytłumaczeniem może być to, że osoby z wyższym wykształceniem mają większe oczekiwania wobec wykonywanej pracy, co w konfrontacji z rzeczywistością może prowadzić do frustracji i mniejszego stopnia zaangażowania się w relacje. Podobną tendencję zaobserwowała w swych badaniach N. Ogińska-Bulik³³. Autorka wskazuje, że pracownicy z wyższym wykształceniem gorzej znoszą obciążenie psychiczne pracą, brak nagród i stresujące kontakty społeczne, w porównaniu z osobami o niższym poziomie wykształcenia.

Odbiór dziecka

Odbiór dzieci z rodziny, z którą pracuje asystent jest bardzo obciążającym doświadczeniem. Łączy się z brakiem poczucia skuteczności zawodowej (szczególnie, jeżeli czas od odbioru dziecka jest krótki).

Dyskusja

Przeprowadzone badania wskazały, że asystenci rodziny są grupą zagrożoną wypaleniem zawodowym. Ponadto jest ono związane ze stylem radzenia sobie ze stresem oraz kompetencjami społecznymi asystentów rodziny. Otrzymane wyniki mają również implikację dla praktyki. Ze względu na zagrożenie asystentów wypaleniem zawodowym oraz między innymi wysokie rozczarowanie tej grupy zawodowej istotna jest współpraca między ośrodkami w zakresie zbudowania dobrych praktyk w pracy asystenta. Wydaje się, że warto było

³³ N. Ogińska-Bulik, *op. cit.*

by uwzględnić także superwizje dla asystentów rodziny, które z jednej strony pomogłyby uzyskać lepsze rozumienie rodziny, z którą pracują a z drugiej uzyskać wsparcie.

Wyniki niniejszych badań należy jednakże traktować z pewną ostrożnością. Choć wskazują one pewien kierunek w rozumieniu wypalenia zawodowego asystentów rodziny, to jednak były prowadzone na dość małej grupie. Ze względu na obiecujące doniesienia warto prowadzić dalsze badania w tym zakresie.

Summary

The burnout of family assistants in relation to their social competences and stress coping strategies

In this article we deal with the issue of burnout of family assistants. We conducted a study on a group of 39 family assistants from various regions of Poland. The aim of the study was to determine whether burnout is related to their social competence and stress coping strategies. The study uses proprietary questionnaire through which collected basic information on subjects and problems faced at work. Tools used: LBQ – Burnout Questionnaire (Santinello, 2014), CISS – Questionnaire Coping with stressful Situations (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2005) and KKS – Social Competence Questionnaire (Maczak, 2001). The test results indicated that the family assistants are a group that is at risk of burnout, particularly manifesting a big disappointment. In addition, studies have shown associations between strategies of coping with stress and social competence with the level of the burnout.

Dr Krzysztof Chaczko

Instytut Pracy Socjalnej

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Czy w systemie opieki społecznej Drugiej Rzeczypospolitej istniały zasiłki pieniężne?

Abstrakt

W artykule opisuję rzadko poruszany wątek zasiłków pieniężnych w opiece społecznej Drugiej Rzeczypospolitej. Wychodząc od opisu systemu opieki społecznej w Drugiej Rzeczypospolitej, charakteryzuję podstawy prawne zasiłków pieniężnych oraz omawiam ich funkcjonowanie, skupiając się na przypadku miasta Warszawy. Artykuł kończą wnioski oraz hipotezy, wśród których wyróżnia się konstatacja, iż mała liczba publikacji na ten temat we współczesnej literaturze przedmiotu wynika z prostego faktu braku realizacji zasiłków pieniężnych w opiece społecznej Drugiej Rzeczypospolitej.

Doskonale wiemy, iż w sformalizowanym kształcie świadczenia pieniężne pojawiły się w polskiej opiece (pomocy) społecznej po II wojnie światowej. Jednorazowe (doraźne) zasiłki pieniężne wprowadzono już w pierwszych latach powojennych, w 1956 r. pojawiły się zasiłki okresowe, a rok później zasiłki stałe¹. W następnych latach PRL-u, za pomocą zarządzeń i instrukcji ministerialnych² uformowano

¹ E. Burawska [bez tytułu], „Opiekun Społeczny” 1974, nr 2(55), s. 46.

² Zob. Zarządzenie nr 19/3 Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 19 marca 1959 r. w sprawie udzielania pomocy społecznej w formie świadczeń pieniężnych przez właściwe do spraw pomocy społecznej organy prezydiów rad narodowych, Dz. Urz. MPiOS, 1959 r., nr 3, poz. 14; Instrukcja nr 27/64 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 sierpnia 1964 r. w sprawie udzielania pomocy społecznej w formie świadczeń pieniężnych przez właściwe do spraw pomocy społecznej organy prezydiów rad narodowych, Dz. Urz. MZiOS, 1964 r., nr 17, poz. 92; Instrukcja nr 5/68 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 lutego 1968 r. w sprawie pomocy społecznej w formie świadczeń pieniężnych, Dz. Urz. MZiOS, 1968 r., nr 6,

strukturę świadczeń pieniężnych, których np. nazewnictwo, pozostało praktycznie niezmienione do dziś³.

Niestety o wiele mniej wiemy o funkcjonowaniu przedwojennej opieki społecznej w tym zakresie, a przecież kwestia ta wydaje się niezmiernie ważna – choćby z punktu widzenia faktograficznego opisu rozwoju polskiej pomocy społecznej (która wielkimi krokami zbliża się do obchodów stulecia). Jeśli już odnajdujemy w literaturze przedmiotu informacje na ten temat, to zazwyczaj mają one formę raczej oszczędną, jak np. u Ludwika Malinowskiego, gdzie czytamy, iż: (...) *w realizacji [opieka społeczna w II RP – K. Ch.] nie polegała (...) na wypłacaniu zapomóg pieniężnych chociaż z tego też nie rezygnowano, bardziej natomiast na dostarczaniu środków materialnych, takich jak: żywność, odzież, obuwie*⁴. Znacznie częściej jednak pomija się kwestię przedwojennych zasiłków pieniężnych *sensu stricto*, skupiając się na generalnych formach wsparcia w tym obszarze. Jerzy Krzyszkowski zanotował, iż *Zakres przedmiotowy opieki społecznej tworzyła pomoc materialna, świadczona głównie w naturze w miejscu zamieszkania*⁵. Z kolei Karolina Stopka stwierdziła ogólnikowo, że *znamienną cechą stworzonego w 1923 roku systemu opieki społecznej było doraźne, okresowe lub trwałe dostarczenie potrzebującemu środków niezbędnych dla jego utrzymania*⁶. Podobnie rzecz ma się u Dariusza Zalewskiego, który w swojej fachowej pracy nie wspomina o zasiłkach pieniężnych w tym okresie, skupiając się głównie na wsparciu instytucjonalnym⁷.

poz. 33. Zob. też: J. Rosner (red.), *Poradnik pracownika socjalnego*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1973, s. 36-42; M. Karczewski, *Opieka społeczna*, [w:] A. Rajkiewicz (red.), *Polityka społeczna*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1979, s. 507-509.

³ Zob. Art. 37-41 *Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*, Dz. U., 2004 r., nr 64, poz. 593.

⁴ L. Malinowski, *Geneza opieki socjalnej w Drugiej Rzeczypospolitej*, [w:] L. Malinowski, M. Orłowska (red.), *Praca socjalna służbą człowiekowi*, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 1998, s. 22.

⁵ J. Krzyszkowski, *Fenomen pomocy społecznej w Łodzi do II wojny światowej*, [w:] A. Małek, K. Slany, I. Szczepaniak-Wiecha (red.), *Z zagadnień historii pracy socjalnej w Polsce i w świecie*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 94. Por. też E. Leś, *Zarys historii dobroczynności i filantropii w Polsce*, Wyd. Prószyński i S-ka, Warszawa 2001.

⁶ K. Stopka, *Zasada subsydiarności w prawie pomocy społecznej*, Difin, Warszawa 2009, s. 54.

⁷ Zob. D. Zalewski, *Opieka i pomoc społeczna. Dynamika instytucji*, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005.

Pytania, które warto sobie w tym momencie postawić brzmią: czy zasiłki pieniężne w opiece społecznej Drugiej Rzeczypospolitej (raczej nie występowały, i stąd tak lakonicznie potraktowanie tego zagadnienia w literaturze przedmiotu; czy może wciąż cierpimy na brak ustaleń w tym zakresie? Spróbuję zatem w niniejszym artykule zastanowić się między innymi nad tymi zagadnieniami, rozpoczynając narrację od umiejscowienia tych świadczeń w przedwojennym systemie opieki społecznej.

System opieki społecznej w Drugiej Rzeczypospolitej

Przedwojenny system opieki społecznej funkcjonował w oparciu o *Ustawę o opiece społecznej z dnia 16 sierpnia 1923 r.*, oraz rozporządzeń Prezydenta Polski i Ministra Pracy i Opieki Społecznej⁸. Konstrukcja wspomnianej *Ustawy* opierała się na dwóch powiązanych ze sobą filarach. Z jednej strony, opieka społeczna była obowiązkiem państwa względem wszystkich potrzebujących pomocy, a z drugiej strony, zadanie sprawowania opieki leżało w gestii – jakbyśmy to dziś określili – jednostek samorządu terytorialnego⁹. Artykuł 4 *Ustawy* wyraźnie mówił, iż *obowiązek sprawowania opieki społecznej ciąży na związkach komunalnych*, co w praktyce oznaczało, iż poza wyjątkami, związki te – a przede wszystkim gminy – zobowiązane zostały do udzielania i finansowania opieki społecznej¹⁰.

⁸ Zob. *Ustawa z dnia 16 sierpnia 1923 r. o opiece społecznej*, Dz. U. RP, 1923 r., nr 92, poz. 726; *Rozporządzenie Prezydenta RP z dnia 6 marca 1928 r. o rozgraniczeniu obowiązków opiekuńczych związków komunalnych*, Dz. U. RP, 1928 r., nr 26, poz. 233; *Rozporządzenie Prezydenta RP z dnia 6 marca 1928 r. o opiekunach społecznych i komisjach opieki społecznej*, Dz. U. RP, 1928 r., nr 29, poz. 267; *Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 11 kwietnia 1929 r. w sprawie ustanowienia opiekunów społecznych i sposobu wykonywania przez nich obowiązków*, Dz. U. RP, 1929 r., nr 30, poz. 291.

⁹ L. Krzywicki, *Służba społeczna w Polsce*, Wydawnictwo Związku Spółdzielni Spożywców, Warszawa 1928, s. 15.

¹⁰ Należy zaznaczyć, iż na terenie byłego zaboru pruskiego (województwa pomorskie i poznańskie) rozciągał się jedynie art. 22 wspomnianej *Ustawy*, ustanawiający Ministra Pracy i Opieki Społecznej jako zwierzchnią władzę w sprawach opieki społecznej. Wynikało to z faktu, iż wspomniane województwa oraz część województwa śląskiego pozostały przy ustawach niemieckich z tego zakresu. Również i na Śląsku Cieszyńskim obowiązywały przepisy austriackiej ustawy o przynależności gminnej z 1863 r. Zob. L. Krzywicki, *op. cit.*, s. 14-15; M. Brenk, *Minęło 90 lat od uchwalenia Ustawy o opiece społecznej w Polsce*, „Praca Socjalna” 2014, nr 1, s. 114-115.

Wspomniane finansowanie opieki społecznej w II Rzeczypospolitej wynikało z kolei z art. 16 omawianej *Ustawy*, nakazującej pokrywanie kosztów opieki społecznej z budżetów związków komunalnych; dochodów z majątków przeznaczonych na ten cel w myśl postanowień osób fizycznych lub prawnych; sum przeznaczonych specjalnymi przepisami prawnymi (np. kar lub grzywien); oraz (w wyjątkowych sytuacjach) z sum dodatkowych udzielanych przez państwo.

Kolejne przepisy prawne (rozporządzenia) w tym zakresie ukształtowały system opieki społecznej, w którym gminy wiejskie i miejskie zobowiązane zostały do wykonywania bezpośredniej opieki, polegającej głównie na udzielaniu poszczególnych świadczeń (zob. niżej). Powiatowe związki komunalne miały z kolei za zadanie zorganizowanie i prowadzenie zakładów opieki nad rodzinami, sierotami, starcami oraz niezdolnymi do pracy. Zaś najwyższy poziom administracji samorządowej, czyli wojewódzki, zobligowany został do prowadzenia zakładów dla dzieci i dorosłych wymagających opieki specjalistycznej¹¹. Mówiąc innymi słowami, czym wyższy stopień specjalizacji opieki społecznej, tym odpowiedzialność za realizację tych zadań spoczywała na wyższym stopniu administracji samorządowej. Organizacją wspomnianych powyżej zadań miały zajmować się komisje opieki społecznej tworzone na poziomie gminnym (w gminach powyżej 5 tys. mieszkańców – gminne komisje opieki społecznej); powiatowym (powiatowe komisje opieki społecznej); oraz wojewódzkim (wojewódzkie komisje opieki społecznej)¹². Dopełnieniem przedwojennego systemu opieki społecznej byli opiekunowie społeczni, którzy w sensie instytucjonalnym, byli *specjalnymi komunalnymi organami opieki społecznej*¹³. Przepisy normujące tę materię nakazywały powołanie co najmniej jed-

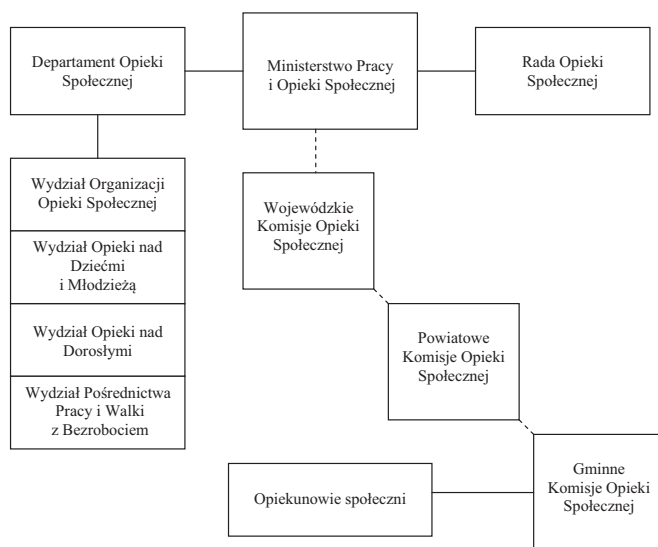
¹¹ Zob. Art. 1-5 *Rozporządzenia Prezydenta RP z dnia 6 marca 1928 r. o rozgraniczeniu obowiązków opiekuńczych związków komunalnych*, op. cit.

¹² Zob. Art. 10-21 *Rozporządzenia Prezydenta RP z dnia 6 marca 1928 r. o opiekunach społecznych*, op. cit. W 1932 r., zarejestrowano 6304 (gminnych) wiejskich komisji opieki społecznej, 558 (gminnych) miejskich, 255 powiatowych oraz 15 wojewódzkich (bez Warszawy oraz woj. śląskiego i krakowskiego). *Mały Rocznik Statystyczny*, GUS, Warszawa 1934, s. 158.

¹³ Art. 1. *Rozporządzenia Prezydenta RP z dnia 6 marca 1928 r. o opiekunach społecznych*, op. cit.

nego opiekuna społecznego w każdej gminie. Dobór opiekunów społecznych był już autonomiczną decyzją rady gminnej, która na wniosek gminnej komisji opieki społecznej powoływał opiekuna społecznego na okres trzyletni, spośród dorosłych osób zamieszkałych na terenie gminy od przynajmniej roku¹⁴. Badanie stosunków majątkowych osób chcących skorzystać z opieki społecznej i wnioskowanie o udzielenie odpowiedniego wsparcia, leżała właśnie w gestii opiekunów społecznych, którzy – co nie jest bez znaczenia – pełnili swoje funkcje honorowo (bezpłatnie)¹⁵.

Rysunek 1. *Struktura opieki społecznej w II RP (l. 30 XX w.)*



Źródło: M. Bornstein-Lychowska, „10 lat polityki społecznej państwa polskiego”, Warszawa 1928, s. 10, oraz ustalenia własne.

¹⁴ Zob. *Ibidem*, art. 2-3.

¹⁵ W niektórych środowiskach zawodowych pracowników społecznych – jak wtedy określano tę grupę zawodową – koncepcja honorowych opiekunów społecznych była mocno krytykowana jako powrót do działalności dobroczynnej w starym stylu. Zob. A. Uziembło, *Reforma służby zdrowia i opieki społecznej zarządu miejskiego miasta stołecznego Warszawy*, [w:] *Opieka społeczna w Warszawie 1923-1947*, (oprac.) M. Gładkowska i in., Interart, Warszawa 1995, s. 29.

Podstawy prawne zasiłków pieniężnych w opiece społecznej Drugiej Rzeczypospolitej

Mając na oku system opieki społecznej w Drugiej Rzeczypospolitej, warto w tym momencie skupić się na zakresie przedmiotowym tego obszaru, gdyż interesujące nas zasiłki pieniężne mieszczą się właśnie w tej przestrzeni. Otóż w myśl art. 3 *Ustawy o opiece społecznej z 1923 r.*, do zadań związków komunalnych należało dostarczenie:

- a. koniecznych środków żywności, bielizny, odzieży i obuwia;
- b. odpowiedniego pomieszczenia z opałem i światłem;
- c. pomocy w nabyciu niezbędnych narzędzi pracy zawodowej oraz pomocy w dziedzinie higieniczno-sanitarnej;
- d. pomocy w przywróceniu utraconej lub podniesieniu zmniejszonej zdolności do pracy¹⁶.

Zwrócimy uwagę, iż w powyższych punktach nie występuje literalny zapis o jakichkolwiek świadczeniach pieniężnych. Mało tego, w całej – liczącej co prawda zaledwie kilka stron – *Ustawie o opiece społecznej*, także nie ma o tym mowy. Być może stąd zrodziło się mniemanie, iż w czasach przedwojennej opieki społecznej świadczenia pieniężne nie występowały. Jednak wątpliwość istnienia (w wymiarze formalnym) zasiłków pieniężnych rozwiewają późniejsze rozporządzenia w tej materii. Mowa tu o dwóch – jak się wydaje, nieco mniej znanych – przepisach z tego okresu: *Rozporządzeniu Prezydenta RP z dnia 6 marca 1928 r. o rozgraniczeniu obowiązków opiekuńczych związków komunalnych* oraz *Rozporządzeniu Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 11 kwietnia 1929 r. w sprawie ustanowienia opiekunów społecznych i sposobu wykonywania przez nich obowiązków*. Dla dokładnego zobrazowania ich wymowy, przytoczymy dosłowne brzmienie trzech paragrafów zawierających przepisy na ten temat.

- a. Art. 1. *Rozporządzenia Prezydenta RP z dnia 6 marca 1928 r. mówił: Obowiązkiem gmin wiejskich i miejskich jest bezpośred-*

¹⁶ Art. 3 *Ustawy z dnia 16 sierpnia 1923 r. o opiece społecznej*, op. cit.

nie wykonywanie opieki społecznej, polegającej na udzielaniu poszczególnych świadczeń (...) bądź w naturze bądź w postaci zasiłków pieniężnych [podkreślenie autora].

- b. Z kolei w drugim ze wspomnianych rozporządzeń, w art. III § 25 czytamy: *Zasady organizacji opieki społecznej w gminie mogą przewidywać, iż wypłata świadczeń z tytułu opieki społecznej w gotówce lub w naturze dokonywana ma być za pośrednictwem opiekuna społecznego [podkreślenie autora].*
- c. W tym samym Rozporządzeniu, w § 26 odnajdujemy zaś kolejne wytyczne w tym zakresie: *Instrukcja uchwalona przez radę gminną (miejską) określi maksymalną wysokość świadczeń, jakich w wypadkach niezbędnej pomocy doraźnej udzielać może samodzielnie opiekun społeczny, sposób wypłaty tych świadczeń oraz sposób korzystania i wyrachowania się przez opiekuna społecznego z funduszy na ten cel przeznaczonych (...) [podkreślenie autora].*

Zacytowane wyżej trzy punkty, kluczowe z punktu widzenia interesującego nas tematu, stanowiły niewątpliwie źródło prawne (ewentualnego) funkcjonowania zasiłków pieniężnych w opiece społecznej Drugiej Rzeczypospolitej. Słowo „ewentualnego” wzięłem w nawias, gdyż jak się wydaje, akurat ta forma świadczeń była zadaniem fakultatywnym. Wynika to faktu, iż po pierwsze, jak wspominałem, nie ma o tym mowy w głównym akcie prawnym w tym zakresie, czyli *Ustawie o opiece społecznej*; po drugie, w zasygnalizowanych rozporządzeniach zawarty jest element dowolności wyboru formy – albo świadczenia w naturze, albo pieniężne (co nie wykluczało realizacji jednocześnie obu form); i po trzecie, decyzja dookreślająca tę formę świadczeń leżała w gestii gmin, które – jak sądzę – analizując własną sytuację budżetową, starały się w pierwszej kolejności realizować literalne zapisy (artykułu 3) *Ustawy o opiece społecznej*.

Posiadając już wiedzę na temat formalnych aspektów istnienia zasiłków pieniężnych w okresie przedwojennym, warto zastanowić się

w dalszej części analizy nad ich rzeczywistym wymiarem występowania.

Funkcjonowanie zasiłków pieniężnych w opiece społecznej Drugiej Rzeczypospolitej

Od razu należy zaznaczyć, iż odpowiedź na to pytanie jest niezmiernie trudna. Głównie z powodu niewielkiej ilości źródeł z tego zakresu opieki społecznej. Opisy funkcjonowania tej dziedziny polityki społecznej tamtych czasów, zazwyczaj podejmują ogólny wątek problemów ekonomicznych opieki społecznej¹⁷. Na przykład, Maria Bornstein-Łychowska już w 1928 r. zwracała uwagę na ogromny problem niedofinansowania związków komunalnych pod tym względem. Autorka twierdziła, iż odsetek osób, które powinny korzystać z opieki społecznej w formach ustawowych, wynosił w Polsce co najmniej 1 proc. ludności, czyli 265 tys. osób (bez województwa śląskiego). To z kolei oznaczało (przy oszczędnym rachunku) ogólny koszt 46 milionów złotych rocznie, co znacznie przekraczało możliwości związków samorządowych (w 1923 r. ich wydatki na opiekę społeczną wynosiły ponad 14 mln zł.)¹⁸. W 1938 r. Jan Starczewski pisał zaś w branżowym czasopiśmie „Opiekun Społeczny”: *Rychło (...) okazało się, że doskonała organizacja tej opieki jest tylko teorią. Odciażyło się państwo z wielu obowiązków. (...) Prawie cały ciężar sprawowania opieki społecznej i ponoszenia jej kosztów spadł na barki samorządu, któremu mimo to nie dano żadnych dodatkowych źródeł podatkowych. (...) Gminy, zwłaszcza uboższe, znalazły się w sytuacji tragicznej*¹⁹. Problem ten obejmował rzecz jasna także opiekunów społecznych, którzy – jak wynika z powyższych ustaleń – mogli mieć możliwość udzielania zasiłków pieniężnych. *Co ma zrobić opiekun*

¹⁷ Również we współczesnej literaturze z tego zakresu można odnaleźć sugestię, iż w całym obszarze przedwojennej polityki społecznej najbardziej niedofinansowana była właśnie opieka społeczna. Zob. P. Grata, *Założenia i priorytety polskiej polityki społecznej w latach 1918-1939*, „Polityka i Społeczeństwo”, 2012, nr 10, s. 34-35.

¹⁸ M. Bornstein-Łychowska, *10 lat polityki społecznej państwa polskiego*, Warszawa 1928, s. 54-55.

¹⁹ J. Starczewski, *Ustawodawstwo o opiece społecznej, op. cit.*, s. 3.

społeczny np. w jednej z gmin województwa wileńskiego – pisał dalej J. Starczewski – *która przez cały rok ubiegły [1937 – przyp. autora] wydatkowała na opiekę społeczną 3 zł? Nic też dziwnego, że przepisy o opiekunach społecznych pozostały w wielu miejscowościach martwą literą*²⁰.

Wiedzę na temat funkcjonowania zasiłków pieniężnych w omawianym okresie dostarczają co prawda opisy realizacji opieki społecznej w Warszawie, tyle że zawierają w sobie pewne zastrzeżenie. Mianowicie, jak się wydaje, Warszawa – nie tylko z powodu liczby mieszkańców, ale także przepisów tam obowiązujących – znacznie odbiegała od standardów reszty gmin w Polsce. Na przykład w stolicy kraju dopiero w 1935 r. wprowadzono instytucję opiekunów społecznych (w większości pozostałych gmin w Polsce po roku 1928). Trzy lata później, czyli w 1938 r., w Warszawie zarejestrowano (zaledwie) 303 opiekunów społecznych (którzy funkcjonowali zresztą obok opłacanych opiekunów miejskich z tego zakresu), podczas gdy w całej Polsce było ich ponad 21 tys.²¹. Ponadto Ośrodki Zdrowia i Opieki Społecznej, które wdrażano od połowy lat 30. XX wieku z zamiarem zintegrowanego sposobu realizacji zadań opiekuńczych²², najpełniejszy wyraz znalazły właśnie w dużych miastach – a szczególnie w stolicy. Prężnie funkcjonujący po zreformowaniu w 1934 r. Wydział Opieki Społecznej i Zdrowia Publicznego Miasta Stołecznego Warszawy, był raczej wyjątkiem w skali kraju niż normą²³. Stąd

²⁰ Ibidem, s. 4-5.

²¹ *Mały Rocznik Statystyczny*, GUS, Warszawa 1938, s. 288.

²² Zob. J. Starczewski, *Geneza Ośrodków Zdrowia i Opieki*, „Opiekun Społeczny”, 1938, nr 12. Agata Samsel podaje, iż *w zasadzie dopiero od 1935 roku dotychczasową doraźną pomoc społeczną zastąpiono szeroko zakrojoną, kompleksową opieką społeczną, której koordynatorem były Ośrodki Zdrowia i Opieki*. A. Samsel, *Rodziny potrzebujące wsparcia w II Rzeczypospolitej – jakość życia, realizacja podstawowych funkcji, opieka społeczna*, „Wychowanie w Rodzinie”, 2013, t. VII (1), s. 250.

²³ Zob. A. Uziębło, *Reforma służby zdrowia i opieki społecznej zarządu miejskiego miasta stołecznego Warszawy*, *op. cit.*, s. 18. Pozytywne opinie o funkcjonowaniu przedwojennej, warszawskiej opieki społecznej możemy odnaleźć nawet w publikacjach PRL-owskich. Na przykład, w 1972 roku Stefania Rak zachwalała organizację stołecznych opiekunów społecznych: *Inaczej przedstawiała się sytuacja opiekunów społecznych w Warszawie, gdzie władze miejskie nadały działalności opiekunów wysoką rangę. W stolicy powołano około 300 opiekunów społecznych, którzy pracowali w specjalnie wyznaczonych obwodach opiekuńczych. Działalność ich organizowali opiekunowie miejscy, pracownicy ośrodków zdrowia i opieki*.

perspektywa funkcjonowania zasiłków pieniężnych w Warszawie raczej nie oddaje sytuacji pod tym względem występującej w pozostałych częściach Drugiej Rzeczypospolitej.

Mając na uwadze to zastrzeżenie, odnotujemy, iż już w na początku lat 30. XX wieku, w Warszawie wsparcie polegało przede wszystkim na udzielaniu zapomóg w gotówce lub w naturze oraz umieszczaniu podopiecznych w instytucjach zamkniętych²⁴. Po wspomnianych zmianach w 1934 r., sposób przyznawania zasiłków pieniężnych w stolicy kraju został zreformowany. *Zapomogi starano się przydziałać na określony cel, na przykład na spłatę jakiegoś szczególnie obciążającego długu, na komorne, na potrzeby szkolne, tak by otrzymujący ją zdawał sobie sprawę, że chodzi o pomoc w jakiejś szczególnie trudnej sytuacji, zaspokojenie szczególnej potrzeby. (...) Zapomoga przestała więc być okresowym wsparciem, a miała pomóc w unormowaniu życia rodziny*²⁵. Do głównych grup beneficjentów zasiłków pieniężnych w przedwojennej Warszawie należały osoby stare, chorzy, niezdolni do pracy, wdowy, samotne matki oraz – w najmniejszym stopniu – osoby bezrobotne, gdyż ta grupa podlegała pod odrębne świadczenia z Funduszu Pracy²⁶. Osoby te mogły liczyć na – przyznać trzeba – niezwykle skromne zasiłki pieniężne. Na przykład pod

*W szeregach opiekunów społecznych na terenie Warszawy pracowało setki ofiarnych, postępowych działaczy, którzy hasło pracy społecznej propagowali czynem, wciągając do działalności opiekuńczej szerokie rzesze społeczeństwa (...) Byli nie tylko opiekunami, ale i wychowawcami rodzin, dzieci i młodzieży. (...) Działalność opiekunów społecznych w Warszawie była piękną kartą w historii pomocy społecznej tego okresu. S. Rak, *Opiekunowie społeczni*, [w:] J. Rosner (red.), *Polityka społeczna i służby społeczne w PRL*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1972, s. 223-224.*

²⁴ A. Uziembło, *Reforma służby zdrowia i opieki społecznej zarządu miejskiego miasta stołecznego Warszawy*, op. cit., s. 16.

²⁵ *Ibidem*, s. 22-23.

²⁶ Sposób przyjmowania zgłoszeń w opiece społecznej przedwojennej Warszawy przypominał obecną procedurę obowiązującą w ośrodkach pomocy społecznej. Mianowicie, podanie o wsparcie składało się w okienku rejestracji, po czym zgłoszenie to trafiało do odpowiedniego opiekuna miejskiego (od 1935 r. mógł to być opiekun społeczny). Następnie opiekun orientował się, czy danej osobie przysługuje prawo do świadczeń z opieki społecznej. Ów pierwszy etap orientacji polegał na rozmowie w ośrodku. Jeśli były jakiegokolwiek wątpliwości w tym zakresie, w drugim etapie przeprowadzano wywiad opiekuńczy w miejscu zamieszkania zgłaszającego. Zob. M. Aszoff, *Działalność opiekuńcza II Ośrodka Zdrowia i Opieki w śródmiejskiej dzielnicy Warszawy*, [w:] *Opieka społeczna w Warszawie 1923-1947*, (oprac.) M. Gładkowska i in., Interart, Warszawa 1995, s. 36.

koniec lat 30. XX w., w Ośrodku Zdrowia i Opieki Społecznej warszawskiej dzielnicy Śródmieście, osoby niezdolne do pracy (zwykle przewlekłe chore) i żyjące w fatalnych warunkach materialnych otrzymywały zasiłki pieniężne w wysokości do 30 zł miesięcznie. Najczęściej jednak było to zaledwie 10 zł (ponad 30 proc. tej grupy), najrzadziej 25-30 zł (13 proc. tej grupy)²⁷. Jak nietrudno się domyśleć, wysokość tych świadczeń uzależniona była od stanu zdrowia oraz warunków materialnych wnioskodawców. Zasiłki pieniężne o bardzo podobnej wielkości otrzymywały także osoby z wyżej wymienionych grup kwalifikujących się do opieki społecznej. Patrząc z tej perspektywy na jedną z najzamożniejszych (jak na tamte czasy) gmin w Drugiej Rzeczypospolitej, już intuicyjnie można zaryzykować hipotezę, iż na choćby zbliżone świadczenia pieniężne w tym zakresie nie mieli co liczyć beneficjenci opieki społecznej pozostałych gmin w Polsce²⁸.

²⁷ M. Aszoff, *op. cit.*, s. 42-43. Wspomnianą, najczęściej występującą wysokość zasiłków pieniężnych w postaci 10 zł, odnajdujemy także w innych źródłach. W przedwojennych *Pamiętnikach bezrobotnych*, czytamy następującą relację jednego z warszawskich bezrobotnych: *Więc usłuchałem się i napisałem o jakiegokolwiek wsparcie do opieki społecznej (...) Zgłosiłem się do opieki to mi powiedziano, żebym się dowiedział za 2 tygodnie, a tu ja już głodny i dzieci, przeczekałem w męczarniach głodu, mrozu z dziećmi te dwa tygodnie. Przychodzi do mnie niewiasta jako wywiad z opieki i powiada mi, że mnie zawiadomią. Zdenerwowany myślę: przecież ja człowiek kaleka na zdrowiu i na nogę, mam przestrzeloną szczęścioma kulami na polsko-bolszewickiej wojnie. (...) W opiece patrzę na ludzi przyzwocie ubranych, że otrzymują wsparcie, a ja biedny człowiek nic z tymi dziećmi. Począłem zwracać uwagę Panu Kierownikowi i opowiadać los swego przeżycia, na co miałem trochę dowodów piśmiennych, ten mnie się zlitował i dał kartkę do kasy i dostałem 10 zł. To była ostatnia i pierwsza pomoc z opieki. Pamiętniki bezrobotnych (reedycja z 1933 r.), Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1967, s. 48. Dla porównania dodajmy, iż zgodnie z *Małym Rocznikiem Statystycznym* z 1938 r., kilogram cukru kosztował 1 zł; jeden chleb żytny 0,35 zł, zaś litr mleka 0,28 zł. *Mały Rocznik Statystyczny, op. cit.*, s. 234.*

²⁸ W przytoczonych już wyżej przedwojennych *Pamiętnikach bezrobotnych*, odnajdujemy opowieści osób spoza stolicy kraju. Na przykład bezrobotny z Łodzi skarżył się w l. 30. XX w., iż jego *Ojciec się starał, żeby coś dostać na życie z Opieki Społecznej m. Łodzi, lecz dostał odpowiedź, że ma dzieci, więc mu się nie należy* (s. 230). Z kolei w jednej z miejscowości w województwie pomorskim, udało się w 1926 r. otrzymać z opieki społecznej: *2 kg chleba na tydzień na osobę, 1 kg kaszy, 1 kg grochu i 1 ctn. węgla, dla dzieci oprócz chleba, 1 litr mleka ½ kg cukru, ½ kg okrasz* (s. 425). Podobne niepieniężne świadczenia otrzymali autorzy pamiętników z Cieszyna (s. 468), Bochni (s. 502), Lwowa (s. 518) czy Sanoka (s. 558).

Wnioski i hipotezy

Kończąc rozważania nad zagadnieniem zasiłków pieniężnych w opiece społecznej Drugiej Rzeczypospolitej, warto przedstawić kilka ogólnych wniosków oraz zaproponować wstępne hipotezy wyłaniające się z powyższej analizy.

Po pierwsze, unormowania prawne w postaci rozporządzeń zakładały możliwość istnienia zasiłków pieniężnych w przedwojennej opiece społecznej. Regulacje te były jednak bezceremonialnie ogólne, zaś *Ustawa o opiece społecznej* w ogóle o nich nie wspominała.

Po drugie, świadczenia te był zadaniem fakultatywnym, natomiast ewentualne dookreślenie sposobu realizacji oraz wysokości wypłat zasiłków pieniężnych pozostawiono w gestii gmin (uchwalanych w formie instrukcji rad gminnych).

Po trzecie, przerzucając na gminy ciężar finansowania tych świadczeń, prawdopodobnie liczone, iż w miarę własnych zasobów finansowych gminy dookreślą odpowiedni do swoich możliwości rozmiar tych świadczeń (lub go po prostu nie dookreślą). Idąc tym tropem można, założyć hipotezę, iż w omawianym okresie mieliśmy do czynienia ze zdaje się jedynym w historii Polski przypadkiem zupełnie oddolnej (samorządowej) inicjatywy w kształtowaniu świadczeń pieniężnych w opiece społecznej²⁹.

Po czwarte, wydaje się, iż z powodów finansowych większość gmin nie korzystała z tej możliwości (a jeśli już to zapewne w minimalnych rozmiarach). Przypadek Warszawy akurat mógł być tu wyjątkiem.

²⁹ Rzadko obecnie porusza się kwestię krytyki usamorządowienia opieki społecznej w Drugiej Rzeczypospolitej. Być może wynika to z faktu, iż na tej koncepcji oparty jest obecnie funkcjonujący system pomocy społecznej w Polsce. Jednak zastrzeżenia co do sposobu organizacji przedwojennej opieki społecznej pojawiają się wielokrotnie w literaturze przedmiotu tamtych czasów. Przytoczmy choćby słowa Konstantego Krzeczковского z 1936 r.: *Wszystkie działy (...) opieki społecznej podejmują jako zasadnicze zadania samorządy. Uważają funkcje wypełniane przez te instytucje za lokalne, za własne. (...) Natomiast polityka społeczna jest głównie funkcją państwa i ciał zainteresowanych i dokonywa swej pracy z pominięciem, a przynajmniej nieogłdaniem się na samorządy. Otóż ten punkt widzenia jest obustronnie szkodliwy i obustronnie wymaga rewizji, wymaga uzgodnienia nie tylko pola działania, ale metod i sposobów prowadzenia akcji, wzajemnego zgodnego uzupełniania się.* K. Krzeczkowski, *Uwagi nad drogami opieki społecznej*, b.w., Warszawa 1936, s. 25-26.

Po piąte, nieobecność szczegółowych opisów tego zagadnienia we współczesnej literaturze przedmiotu, wynikać może z prostego faktu braku źródeł na ten temat, spowodowanych nikłą skalą realizacji tej formy wsparcia w opiece społecznej Drugiej Rzeczypospolitej.

Summary

Does the social care in the Second Republic were cash benefits?

In this paper I describe an unknown topic of cash benefits in the social care in the Second Republic. At the beginning I describe the social care system in the Second Republic. Then I characterizes the law basis for cash benefits and I discuss the functioning of cash benefits in pre-war Poland, focusing on Warsaw. The paper ends with conclusions and hypothesis. I write that a small number of publications on this subject due to the non-implementation of cash benefits in the social care in the Second Republic.

Dr hab. Ewa Kantowicz, prof. UWM

Katedra Pedagogiki Społecznej, Wydział Nauk Społecznych

UWM w Olsztynie

Beata Szluz, Tatiana Matulayova, Ilona Pesatova (red.),
Cross-sectoral cooperation in order to solve social problems,
Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego,
Rzeszów 2015.

Monografia pt. *Cross-sectoral cooperation in order to solve social problems*, pod redakcją Beaty Szluz, Tatiany Matulayovej i Ilony Pesatovej, podejmuje problematykę współpracy międzysektorowej – ukierunkowanej na rozwiązywanie problemów społecznych w kontekście przemian społeczeństwa polskiego, czeskiego i słowackiego początku XXI wieku, stanowiąc ważne uzupełnienie dotychczasowych opracowań skoncentrowanych na procesach transformacji i systemach wsparcia, a także konieczności podejmowania działań aktywizująco-integrujących na rzecz osób i grup narażonych na marginalizację czy wykluczenie. Dziś współpraca między różnymi organizacjami, w powiązaniu z działaniami profesjonalnymi oraz aktywizacją środowisk lokalnych stanowi punkt wyjścia wielu projektów socjalnych realizowanych przy wsparciu funduszy Unii Europejskiej, toteż dyskurs nad procesami kooperacji w pomocy społecznej, opiece i edukacji, jak również wstępna ewaluacja tych działań jest nieoceniona.

Monografia koncentruje się na wielowymiarowości procesów społecznych związanych z działaniami instytucjonalnymi oraz aktywizacją jednostek, grup i środowisk narażonych na wykluczenie w perspektywie zmian struktur, a także sposobów zarządzania organizacjami oraz zasobami ludzkimi. Jak wynika z zawartości poszczególnych tekstów, proces ten ma wieloaspektowy charakter, a jego konsekwencje odnoszą się do kwestii ekonomicznych, socjalnych, edukacyjnych

i zdrowotnych. W tych kontekstach profesjonalna współpraca na różnych płaszczyznach stanowi ważny czynnik budowania społecznego kapitału.

Niniejsze opracowanie jest próbą odpowiedzi na wiele wyzwań związanych z kreowaniem społeczeństwa obywatelskiego w krajach Środkowej Europy oraz egzemplifikacją badań i dobrych praktyk działań socjalno-wychowawczych. Ważność naukowo-poznawcza pracy uwiadacznia się szczególnie w rozpatrywaniu problematyki efektywności współpracy międzysektorowej oraz między-profesjonalnej na płaszczyźnie pomocy społecznej i edukacji w perspektywie kilku krajów (Czech, Polski, Słowacji, Ukrainy), mających z jednej strony zbliżone doświadczenia polityczne oraz nie zawsze chlubne sposoby rozwiązywania (lub ukrywania) problemów społecznych, a z drugiej strony bogate tradycje ruchów społecznych oraz solidarnościowych i aktywizacji społeczności lokalnych.

Zawartość merytoryczna książki jest ważna poznawczo, a jej konstrukcja uwzględnia eksplorowane przez poszczególnych autorów wątki tematyczne dyskursu, nawiązujące do tytułu opracowania. Praca dedykowana jest pamięci wybitnej kreatorki słowacko-czeskiej pedagogiki społecznej i pracy socjalnej – Profesor Annie Tokarowej, składa się ze wstępu oraz 23 rozdziałów.

Rozdział pierwszy Sarki Ulcakovej pt. *Social entrepreneurship and its connection to modernisation of the society* podejmuje interesujący dyskurs nad koncepcją społecznej przedsiębiorczości i jej rozwoju w krajach europejskich w ostatnich dekadach.

Kolejny rozdział: *Partnership for combating social exclusion, for example, the subcarpathian social cooperative* – Beaty Szluz uzasadnia ideę partnerstwa w zwalczaniu wykluczenia społecznego na przykładzie działań podejmowanych przez podkarpackie spółdzielnie socjalne.

Rozdział trzeci pt. *Good practices against exclusion, an example of social economy in podkarpackie voivodeship* – Katarzyny Błaszczuk jest kontynuacją promowania kierunków polityki społecznej i programów ekonomicznej wdrażanych przez UE w wielu krajach oraz pre-

zentacją “dobrych praktyk” przeciwdziałania marginalizacji w województwie podkarpackim poprzez aplikację europejskich rozwiązań w tym zakresie.

Social reintegration exemplified by the specific example of the social integration centre in Sanok, autorstwa Piotra Frączka i Sylwii Drozd to kolejny przykład działań aktywizująco-integracyjnych podejmowanych przez Centrum Integracji Społecznej w Sanoku. Artykuł przybliża wstępną ewaluację efektywności programów realizowanych przez tę instytucję w ostatnich latach.

Ester Danihelkova w kolejnym rozdziale podejmuje dyskurs nad koncepcją ekonomii społecznej w perspektywie pracy socjalnej, podkreślając obecność i zasadność uwzględniania aspektów ekonomicznych w działaniach na rzecz osób wykluczanych społecznie. Marketyzacja obecna również w systemie pomocy (w Republice Czeskiej) stanowi przedmiot debat oraz zarówno pozytywnych, jak i negatywnych ocen. W konkluzji Autorka przedstawia kilka propozycji wykorzystania ekonomii społecznej i zasad przedsiębiorczości w pracy socjalno-edukacyjnej.

W rozdziale piątym Vendula Gojova w artykule pt. *What can social work seek and find in the area of civil society?* przedstawia koncepcję społeczeństwa obywatelskiego i społecznej przedsiębiorczości, uzasadniając potencjalne możliwości ich wykorzystania w pracy socjalnej.

Paweł Walawender w rozdziale pt. *Inter-sectoral Cooperation exemplified by EU financed projects implemented in podkarpackie voivodeship* – koncentrując się na międzysektorowej współpracy przybliża program i inicjatywy, które były wdrażane na rynku pracy w województwie podkarpackim.

Cultural anthropology and its practical dimension in projects which include cross-sectoral partnership autorstwa Mateusza Sikory podkreśla rolę partnerstwa w podejmowaniu inicjatyw lokalnych i rozwiązywania społecznych problemów. Artykuł zwraca uwagę na wyzwania i zagrożenia wynikające ze współpracy między publicznym i niepublicznym sektorem. Perspektywa antropologii kulturowej stanowi cenne wzbog-

gacenie refleksji nad procesem inkluzji w kontekście międzyinstytucjonalnej współpracy.

Kolejny rozdział Tatiany Matulayevej, Ilony Pestakovej i Zdenki Michalovej pt. *Opportunities for development of social work in Czech Schools* omawia rezultaty projektu badawczego, związanego z rozpoznaniem sytuacji wychowawczej, opiekuńczej i socjalnej uczniów w szkołach czeskich oraz wskazuje na potrzeby rozwiązywania problemów uczniów szczególnie ze środowisk ryzyka, nie tylko przez nauczycieli, wychowawców i psychologów, ale również specjalistę – „szkolnego pracownika socjalnego”.

Maria Shved w rozdziale pt. *Professional competences of social teacher in context of corporation without borders* analizuje zakres kompetencji i obecny stan przygotowania zawodowego nowych profesjonalistów, zatrudnianych w szkołach w charakterze pedagoga socjalnego, który w perspektywie nowych wyzwań i zagrożeń uczniów może odgrywać wiodącą rolę w działaniach opiekuńczo-wychowawczych w szkole.

W rozdziale dziesiątym pt. *A graduate in the labour market – a partnership for problem solving* Monika Łagowska-Cebula w kontekście danych o bezrobociu w powiązaniu z rodzajem wykształcenia w regionie południowo-wschodniej Polski, prezentuje obecną sytuację absolwentów uniwersytetu na rynku pracy. Wskazuje także na bieżące problemy tej grupy absolwentów w województwie podkarpackim i powody nawiązywania kontaktów z agencjami zatrudnienia oraz potencjalnymi możliwościami rozwijania partnerstwa w tym obszarze.

Dana Rosova w rozdziale pt. *The meaning of life for unemployed people* podejmuje dyskurs nad wartościami, ważnymi w życiu osób bezrobotnych. Autorka przedstawia interesujące wyniki badań ilościowych przeprowadzonych wśród 130 osób krótko i długotrwale bezrobotnych, przedstawiając pewne rekomendacje do pracy socjalnej z tą grupą wykluczanych.

Kolejny rozdział Jitki Reissmannovej nt. *Experiential learning – developing prosocial students of the Department Of Health Education Faculty of Education, Masaryk University in Brno* to prezentacja innowacji pro-

gramowych, wdrażanych na Wydziale Zdrowia i Edukacji Uniwersytetu Masaryka w Brnie w zakresie rozwoju kompetencji prospołecznych studentów. Według Autorki, wyniki kształcenia eksperymentalnego wśród studentów wskazują na możliwości wdrażania elementów edukacji prospołecznej i prozdrowotnej także w programach kształcenia niższego szczebla.

The perception of a health disability within society in context of volunteering and the attitude of Czech and Polish university students to persons with a health disability autorstwa Marie Chraskovej – na tle danych o niepełnosprawności i wolontariacie w Republice Czeskiej, przybliży wyniki badań komparatystycznych przeprowadzonych wśród studentów Uniwersytetów w Ołomoucu i Rzeszowie, dotyczących postaw studentów wobec osób niepełnosprawnych i postrzegania tej grupy wykluczanych w środowisk społecznych. Autorka wskazuje także na potrzebę mobilizacji różnych podmiotów i sił społecznych w zakresie tolerancji i wsparcia niepełnosprawnych.

Kolejny rozdział Małgorzaty Stępa pt. *Help for the terminally ill and the dispute over the permissibility of euthanasia* dotyka ważnego problem osób terminalnie chorych oraz możliwości pomocy niesionej zarówno choremu, jak i jego rodzinie. Badania przeprowadzone w dwóch hospicjach wskazują na szeroki zakres pomocy udzielanej przez te instytucje. Wyniki badań nad stosunkiem do eutanazji wskazują, że integracja działań w tym zakresie i mobilizacja różnych podmiotów może zapobiegać potrzebie eutanazji.

W rozdziale piętnastym Aleksandra Rachwał w rozdziale pt. *Conflict management and its diagnostics in social structure relationship networks*, podejmuje dyskurs nad opieką paliatywną w odniesieniu do osób chorych na raka i problemem zarządzania konfliktem, który wynika z odmiennych interesów grupy profesjonalistów (zaangażowanych w opiekę) i rodziny przeżywającej kryzys. Poprzez refleksję teoretyczno-praktyczną autorka wskazuje na konieczność poszerzenia autonomii rodziny w rozwiązywaniu problemu opieki oraz rozwijania sieci profesjonalnego wsparcia w środowisku życia chorego.

Michaela Hrinova i Jana Majerova to autorki kolejnego rozdziału nt. *Social issues in Czech elementary schools curriculum as related to children with specific educational needs and in context of cooperation with professional institutions*, który przybliży założenia programów wychowawczych czeskich szkół podstawowych, dotyczące prewencji zachowań ryzykownych oraz projekty współpracy między-instytucjonalnej w tym obszarze.

Dana Rosova, Olga Orosova i Eva Ziakova w rozdziale pt. *The meaning of life, self esteem, and social support of homeless people* autorki omawiają koncepcje znaczenia życia, samooceny i społecznego wsparcia w odniesieniu do ludzi bezdomnych. Wyniki badań empirycznych przeprowadzonych wśród bezdomnych wskazują na znaczenie udzielanej pomocy w bardziej pozytywnym postrzeganiu siebie i otoczenia oraz planowaniu przyszłego życia.

Kolejny rozdział Elżbiety Szczygieł pt. *„Children rough sleepers”- from the analysis of the phenomenon to an attempt to solve the problem* opisuje rezultaty projektu podjętego dzięki wsparciu Unii Europejskiej na rzecz dzieci bezdomnych, dzieci ulicy, lub/i doświadczających różnych form przemocy oraz wyniki badań przeprowadzonych wśród 20-oro dzieci w Polsce.

Badania wskazują na kontekstualność tego problemu oraz potrzebę Multi-profesjonalnej współpracy w obszarze wsparcia tej grupy populacji dziecięcej.

W rozdziale dziewiętnastym pt. *Family in postmodern society* autorki Helena Kolabova i Jana Jihlaveca podejmują dyskurs teoretyczny nad fenomenem rodziny w postmodernistycznym społeczeństwie, wskazując na normatywno-ontologiczne uwarunkowania funkcjonowania rodziny.

Svitlana Kohut w rozdziale pt. *Cooperation of education and social institutions in solving problems of the contemporary family* kontynuując dyskusję nad współczesną rodziną i jej funkcjami, wskazuje na konteksty pracy socjalno-wychowawczej z rodziną oraz formy socjalno-pedagogicznego wsparcia.

Kolejny rozdział Magdy Urbańskiej pt. *Intersectoral Corporation for solving the problem of working parents – ad hoc activities or long-term policy* to kolejna propozycja między-sektorowej współpracy w zakresie pomocy pracującym rodzicom. Autorka odwołując się do założeń legislacyjnych oraz wyników badań nad zaangażowaniem kobiet/matek na rynku pracy, wskazuje na instrumenty polityki rodzinnej, które mogą sprzyjać większej aktywizacji zawodowej rodziców.

Serhiy Trojan i Paweł Trojan w rozdziale pt. *The volunteer movement in Ukraine and its role in cross-sectoral partnership* przybliżają krótką historię działań wolontariackich na Ukrainie, wskazując na rozwój różnych form wolontariatu w ostatnich dwóch dekadach oraz zaangażowanie szczególnie młodych ludzi w nieformalnych i pozarządowych programach pomocy. Autorzy tekstu omawiają także główne obszary wolontariatu na Ukrainie i wzrost liczby organizacji pozarządowych, które angażują się w rozwiązywanie różnych problemów społecznych.

W ostatnim rozdziale pt. *Development of partnership and cooperation to counteract social exclusion phenomena. To start... Why partnership?* Autorki – Agnieszka Belcer i Anna Wojnarowska, próbują znaleźć podsumowujące uzasadnienia partnerstwa i między-profesjonalnej współpracy jako warunku przeciwdziałania i przezwyciężania procesów wykluczenia.

Poszczególne rozdziały monografii stanowią ważny wkład do wiedzy o koncepcjach i kontekstach współpracy międzysektorowej, a większość z nich odwołuje się do badań empirycznych oraz wdrażanych projektów. Zawarte w podsumowaniach rozdziałów rekomendacje praktyczne mogą również sprzyjać wdrażaniu „dobrych praktyk” w obszarze współpracy międzyinstytucjonalnej. Szczególnie ważne poznawczo z perspektywy tego międzynarodowego projektu, jakim jest przedłożona do recenzji monografia, są teksty egzemplifikujące przykłady działań w polu multiprofesjonalnej współpracy na rzecz rozwiązywania kwestii socjalno-wychowawczych w kilku krajach Europy Środkowej i wymiana doświadczeń badawczo-praktycznych oraz rozdział prezentujący nadal unikalne badania komparatystyczne (Marie Chraskovej).

Niewątpliwym atrybutem opracowania jest jego wymiar epistemologiczno-pragmatyczny oraz możliwość zapoznania Czytelnika z koncepcjami i badaniami empirycznymi dotyczącymi procesów współpracy między-sektorowej w Polsce, Czechach i Słowacji oraz jej różnymi formami. Analizując aplikacyjne znaczenie pracy, można przypuszczać, że monografia pt. *Cross-sectoral cooperation in order to solve social problems* pod redakcją Beaty Szluz, Tatiany Matulayovej i Ilony Pesatovej, znajdzie szerokie grono odbiorców zarówno wśród teoretyków, jak i praktyków działalności socjalnej i edukacyjnej w Polsce i innych krajach, będąc ważnym uzupełnieniem dotychczasowych publikacji skoncentrowanych na tej problematyce. Książka kierowana może być także do osób zainteresowanych poszukiwaniem różnorodnych rozwiązań w sektorze pomocy społecznej, opieki i edukacji oraz budowaniem zintegrowanego ze środowiskiem lokalnym systemu wsparcia, który będzie sprzyjać integracji społecznej, a także kreowaniu pozytywnych postaw wobec współpracy między instytucjami, profesjonalistami i wolontariuszami.

Promowana monografia pt. *Cross-sectoral cooperation in order to solve social problems* jest adresowana przede wszystkim do polityków społecznych, pracowników socjalnych i pedagogów, których działalność koncentruje się na organizowaniu procesu wsparcia, edukacji oraz na aktywizowaniu jednostek i grup w ich środowiskach, a także na podnoszeniu jakości społecznego życia. Praca może stanowić także ważną lekturę uzupełniającą dla studentów polityki społecznej, pracy socjalnej, socjologii, pedagogiki oraz innych kierunków studiów społeczno-humanistycznych, skoncentrowanych na aktywizacji.

Prof. zw. dr hab. Ludwik Malinowski
Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

Marta Mikołajczyk (red.), *Ubóstwo, bezrobocie, bezdomność*,
Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej,
Warszawa 2015.

Jest to książka ciekawa, osadzona w realiach współczesnej polskiej rzeczywistości. Jej autorzy to w większości pracownicy naukowcy Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, ale także innych ośrodków naukowo-badawczych. Na jej łamach wypowiadają się też autorzy, którzy bezpośrednio pracują z bezdomnymi, osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym i dworcowymi kloszardami, a także tymi, którzy grzebią w śmietnikach wybierając resztki jedzenia i tymi, którzy otrzymują darmową herbatę. Autorzy to specjaliści nie tylko z zakresu pracy socjalnej, lecz także socjologii, psychologii, pedagogiki, prawa i ekonomii. Jest to spojrzenie wieloaspektowe z uwzględnieniem teorii i praktyki.

Już we wstępie książki czytamy, że pomimo wielkich osiągnięć społecznych, rozwoju gospodarczego i ciągle rozbudowywanej pomocy społecznej, w Polsce biedy wciąż mamy sporo. Zrozumiałe, że nie można odnosić tego tylko do naszego kraju, gdyż bieda jest zjawiskiem historycznym, wielonarodowym, ponadpaństwowym i ponadustrojowym. Występuje zarówno w krajach biednych, jak i bogatych. Zjawisko biedy i ubóstwa jest niesłychanie szerokie, obejmuje jednostki, różne grupy społeczne i narodowe na płaszczyźnie edukacyjnej, kulturowej i gospodarczej. Prawdopodobnie ta ostatnia płaszczyzna jest najważniejsza. W stosunku do Polski przytoczone zostały informacje zaczerpnięte ze sprawozdań Głównego Urzędu Statystycznego, że wprawdzie w naszym kraju następuje wolny, ale ciągły spadek liczby osób zagro-

zonych wykluczeniem społecznych i skrajnym ubóstwem, to wciąż zjawisko istnieje. Najbardziej zagrożone są osoby w biednych rodzinach wielodzietnych. Oto przykład w Polsce poniżej minimum egzystencji w 2013 r. było 11% rodzin wychowujących troje dzieci oraz 27% rodzin z czworgiem i więcej dzieci.

Na tle literatury poświęconej tej tematyce znaczenie książki polega na tym, że wyróżnione zostały w niej trzy pojęcia, które uwzględnione zostały w badaniach, są to: klasyczna bieda, która najczęściej opisywana jest w literaturze, bezrobocie, które często ma charakter zmienny i bezdomność jako zjawisko społeczne i w pewnym sensie obyczajowe. Bieda i bezrobocie to nie wymysł naszych czasów, ma swoje uwarunkowania historyczne, jak i współczesne. Jest to problem nie tylko niskich dochodów, ale także bezrobocia i często też niespodziewanych warunków, w jakich człowiek może się znaleźć, nie koniecznie z własnej winy. W książce zostały postawione pytania. Czy społeczeństwo, państwo, organizacje pomocowe mogą pozostawać obojętne wobec takich zjawisk? Odpowiedź jest tu jednoznaczna, że nie. W każdym okresie rozwoju gospodarczego naszego państwa zawsze powinny być podejmowane działania zaradcze i pomocowe, nie zawsze koniecznie finansowe, ale często wskazywanie jak można wychodzić z biedy i wykluczenia społecznego. Zawarte w zbiorze opracowania mają nie tylko typowo naukowo-badawczy charakter oparte na badaniach, ale poparte są też doświadczeniami praktycznymi.

Ważne są też przytaczane informacje, jak problem biedy i wykluczenia społecznego wygląda w Unii Europejskiej i porównanie tych zjawisk z Polską. W tej sekwencji warto wspomnieć, że problematyka biedy i ubóstwa w polityce unijnej zawsze zajmowały sporo uwagi. Pojawiły się różne koncepcje przewycięzania tego zjawiska. Owszem są sukcesy, ale wciąż są one za małe. Wpływa na to wiele przyczyn obiektywnych, jak i subiektywnych. Z analizy książki wynika, że duży wpływ na trudności w realizacji polityki społecznej i pracy socjalnej miał kryzys gospodarczy, który rozpoczął się w 2007 r. i którego końca wciąż nie widać. W porównaniu z innymi państwami wynika, że Pol-

ska wciąż jeszcze jest krajem zagrożonym wykluczeniem społecznym w stopniu średnim. Pomimo przedłużającego się kryzysu i dużego bezrobocia zwłaszcza wśród młodzieży w Polsce zmniejszyło się zagrożenie ubóstwem, ale wciąż ono istnieje. Skutki kryzysu na rynku pracy są niekorzystne i do dziś kładą się długim cieniem w naszym kraju. Należy jednak uwzględnić, że Czechy, które razem z Polską zostały przyjęte do Unii, są mniej zagrożone wykluczeniem społecznym niż nasz kraj. Większe zagrożenie niż w Polsce występuje w Bułgarii, Rumunii i na Łotwie. Natomiast w tak zwanych „starych państwach” Unii najbardziej zagrożone są Grecja i Hiszpania, bowiem one najbardziej odczuły skutki kryzysu ekonomicznego.

Na tle całego opracowania spotykamy wiele rozważań i porównań, co sprawia, że jest to pewnego rodzaju wnikliwe studium. Cenne są dociekania teoretyczne wynikające z badań, ale obok tego niesłychanie ważne są wnioski, które wynikają z praktyki związanej z pracą z osobami zagrożonymi ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Zwłaszcza to, co dotyczy społecznego codziennego życia na różnych płaszczyznach w lokalnych środowiskach, w biednych gminach wiejskich i środowiskach małomiasteczkowych. W realizacji pomocy przedstawione zostały różne strategie i działania władz, osób prywatnych różnego rodzaju organizacji charytatywnych, jak można radzić sobie z biedą i wychodzeniem z trudnej sytuacji, czasami zdawać by się mogło beznadziejnej.

Nie ulega wątpliwości, że jest to bardzo trudne i wymaga wiele wysiłku w zakresie działalności pomocowej. Dlatego ważne jest wskazanie dróg, jak osoby wykluczone społecznie i te, którym to grozi, sami mogą sobie pomagać. Na łamach książki spotykamy liczne przykłady, jak można to robić. Bardzo często są to przedsięwzięcia nie tylko pomocowe, lecz także doradztwo psychologiczne i emocjonalne. Warto o tym pamiętać, gdyż w badaniach bardzo często znajduje się to gdzieś na dalekim planie, a jest to jakże istotne.

W książce problem bezrobocia rozpatrywany jest wielopłaszczyznowo, niewątpliwie jest ono ważną przyczyną ubóstwa, bezradności i wykluczenia społecznego. Jest to jedna z przyczyn wyjazdów młodzieży

do pracy w Wielkiej Brytanii, Niemiec, Belgii, a ostatnio do Norwegii i Islandii. Jest to problem nie tylko ekonomiczny, ale także społeczny, niesłyszanie niekorzystny dla utrzymywania więzi społecznych i rodzinnych. Bardzo często prowadzi to do kryzysu rodziny. Emigrację zarobkową rodziców najbardziej odczuwają pozostawione w kraju dzieci. Jej negatywne skutki są widoczne na gruncie psychologicznym, pedagogicznym i prawnym. Wychowujący się w Polsce małe dzieci mają z reguły nieuregulowaną sytuację prawną. Coraz częściej pojawiają się problemy ze skuteczną egzekucją świadczeń alimentacyjnych od rodziców przebywających za granicą, wchodzi tu też trudności wychowawcze.

To sprawia, że we współczesnym polskim języku zadomowiło się pojęcie „eurosieroctwa”. Skutki tego są wysoce negatywne, gdyż najczęściej na emigracji zarobkowej cierpią pozostawione w kraju dzieci. Według przedstawianych w książce badań wynika, że w Polsce jest około 110 tys. dzieci w różny sposób dotkniętych eurosieroctwem. Eurosieroctwo pozostawia po sobie wiele negatywnych skutków pedagogicznych, psychologicznych i socjologicznych, trudnych do przezwyciężenia i które mogą się odbijać na późniejszym już dorosłym życiu tych osób. Brak więzi między dziećmi i rodzicami i bezpośredniego kontaktu na skutek długiej rozłąki źle wpływa na psychiczny rozwój dziecka.

Z sekwencji tych rozważań wynika, że rodzice wyjeżdżający do pracy za granicę bardzo często nie są świadomi konsekwencji, jakie ta sytuacja niesie dla pozostających w kraju członków rodziny. Przede wszystkim rodzice nie zastanawiają się nad sytuacją zarówno faktyczną, jak i prawną, w jakiej znajdują się ich dzieci, gdy oni będą przebywali na emigracji zarobkowej. W związku z tym mając na uwadze skalę zjawiska, należałoby rozważyć przeprowadzenie kampanii społecznej mającej na celu dotarcie do świadomości obywateli, przede wszystkim pokazanie procedur postępowania łagodzących skutki eurosieroctwa.

Warto też zauważyć, że książka obok omawianej już problematyki wprowadza nowe pojęcia jak chociażby od bezdomności do „domności”. Ciekawe, czy pojęcie to się przyjmie i zadomowi w naszym języku.

Abstrahując od tego, trzeba się zgodzić z podstawową tezą, że nie wolno każdej biografii i każdego człowieka traktować jednakowo, dosłownie w ten sam sposób. Konieczne jest tu uwzględnienie jednostkowych cech, w tym motywacja osoby wykluczonej do poprawy swojej sytuacji życiowej. Działając na rzecz osób doświadczających kryzysu bezdomności, należy pamiętać o podkreślanej w pracy socjalnej zasadzie-dodajmy niesłuchanie ważnej-indywidualizacji działań. Jak wykazano w życiorysach badanych, można odnaleźć wiele wspólnych elementów, zwłaszcza problemy związane z funkcjonowaniem rodziny i występowaniem w niej zjawisk o charakterze patologicznym. Jakże ważna jest teza, że w pracy socjalnej najważniejsze jest zaspokojenie potrzeb fizjologicznych, tak zwyczajnie tych najbardziej życiowych i dopiero po tym praca winna być skierowana na inne cele. W tym kontekście jakże jest ważne hasło takie ludzkie, zwyczajne „daj herbatę”, którego genezy należy się dopatrywać na Dworcu Centralnym w Warszawie, dziś jest to akcja pomocowa dla bezdomnych.

Reasumując, warto wskazać, że omawiane w książce problemy ubóstwa, bezdomności i bezrobocia zostały przedstawione z punktu widzenia badań i rozważań teoretycznych. Ale obok tego znajdujemy na jej łamach szereg uwag związanych bezpośrednio z pracą socjalną w określonych środowiskach. Jest to ważne, gdyż przez takie omówienie zagadnień może być ona przydatna i pobudzająca do dalszych badań. A pracownicy związani bezpośrednio z pomocą społeczną znajdują w niej szereg porad przydatnych w pracy zawodowej. Po każdym tekście mamy krótkie streszczenie w języku polskim i angielskim.

Danuta Książek

Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

Anna Przygoda, *Społeczne role dziadków w procesie socjalizacji wnuków*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2015.

Do starości człowiek przygotowuje się w trakcie trwania całego życia. Pierwsze doświadczenia z dzieciństwa związane są z obserwacją osób starszych w rodzinie. To wówczas często kształtuje się w świadomości model życia na przyszłość. W życiu dziecka bardzo istotną rolę obok obojga rodziców odgrywają babcia i dziadek. To oni dysponują większą ilością czasu, którego zwykle brakuje rodzicom. Czas ten jest wykorzystany często na przekazywanie rodzinnego dziedzictwa kulturowego w postaci wspomnień i opowieści rodzinnych. Najmłodsze pokolenie jest zatem kontynuatorem rodzinnych wzorców w różnych aspektach. Mogą to być nawyki żywieniowe, zwyczaje religijne, styl życia, odnoszenie się i szacunek do innych osób. Istotną rolą rodziny jest, aby przekazywane wzorce były jak najlepsze.

Recenzowana publikacja odnosi się do relacji rodzinnych najmłodszego i najstarszego pokolenia w rodzinie. Składa się z sześciu rozdziałów. Pierwszy z nich *Starość jako etap życia człowieka* opisuje ten okres życia w aspekcie biologicznym i psychofizycznym. Autorka zwraca uwagę na trudności, jakie niesie ze sobą okres starości, ale i jego zasoby – czyli mądrość i życiowe doświadczenie, przekazywane młodszemu pokoleniu. W tej części czytelnik ma możliwość zapoznania się z różnymi teoriami starzenia się, co pozwala na lepsze zrozumienie pewnych zachowań społecznych, socjologicznych lub psychologicznych osób będących w wieku senioralnym. Opisanie zostały społeczne role człowieka, jakie pełni od najmłodszych lat

do okresu nazywanego „jesienią życia” i pełnionej w tym czasie funkcji babci i dziadka.

W rozdziale drugim pt. *Proces rodzinnej socjalizacji* autorka przedstawia rodzinę jako środowisko kształtujące człowieka do pełnienia ról społecznych w kolejnych etapach życia. Została ona opisana z punktu widzenia różnych teorii socjologicznych oraz atmosfery życia rodzinnego. W tej części opisane zostały role dziadków pełnione w procesie socjalizacji wnuków oraz specyfika wzajemnych kontaktów i relacji międzypokoleniowych.

Rozdział trzeci przedstawia metodologiczne założenia badań nad społecznymi rolami dziadków w procesie socjalizacji wnuków. Zawarto w nim opis procedury badawczej przygotowanej na gruncie pedagogiki społecznej. Badania zostały przeprowadzone na terenie województwa świętokrzyskiego w okresie od lutego 2009 roku do listopada 2010 roku. W badaniach uczestniczyło 153 seniorów – dziadków/babć i tyle samo wnuków w wieku 14-17 lat.

W kolejnych rozdziałach zostały przedstawione wyniki badań dotyczące preferencji aksjologicznych respondentów z dwóch grup badawczych, tradycji przekazywanej w rodzinach oraz oddziaływań wychowawczych stosowanych przez seniorów wobec swoich wnuków. Z uzyskanego materiału analitycznego wynika, że *dziadkowie w swoich rodzinach wywiązują się z tych ról nad wyraz właściwie, prowadząc nieustanny dialog z wnukami, któremu to zadaniu sprzyja czas, jakim dysponują wraz z zakończeniem pracy zawodowej* (s. 234).

Dopełnieniem części analitycznej recenzowanej publikacji są zamieszczone wybrane listy przygotowane przez dziadków i babcie dla swoich wnuków i odwrotnie. Listy dostarczają czytelnikowi bardzo ciekawego materiału poglądowego i edukacyjnego. Czytając je, widać, jak młode i najstarsze pokolenie jest sobie wzajemnie potrzebne.

Recenzowana publikacja zawiera bardzo dużo informacji o rodzinie i jej roli w procesie socjalizacji i wzorców wychowawczych młodego pokolenia w przestrzeni wielopokoleniowej. Stanowi bardzo cenny materiał dydaktyczny dla rodziców, którzy swoim zachowaniem sta-

nowią wzorzec do naśladowania przez swoje dzieci, a później w kolejnym pokoleniu swoje wnuki. Natomiast osoby, które mają swoje wnuki, będą mogły po zapoznaniu się z zamieszczonymi treściami zweryfikować swoje relacje z najmłodszymi członkami rodziny. Książkę rekomenduję osobom, które zawodowo zajmują się pracą z dzieckiem, wsparciem rodziny, seniorami oraz studentom kierunków humanistycznych i społecznych.

Wskazówki dla Autorów tekstów przesyłanych do druku w dwumiesięczniku „Praca Socjalna”

1. Redakcja przyjmuje do druku:
 - prace teoretyczne z zakresu pomocy społecznej i pracy socjalnej,
 - prace publicystyczne, relacje, reportaże, przyczynki do dyskusji i inne materiały poświęcone zagadnieniom praktycznym w funkcjonowaniu polityki społecznej i pracy socjalnej,
 - materiały przybliżające ciekawe inicjatywy podejmowane przez pracowników socjalnych, przykłady dobrych praktyk i projektów socjalnych,
 - doniesienia na temat działań w pomocy społecznej i pracy socjalnej na świecie,
 - artykuły prezentujące polską myśl społeczną i sylwetki jej twórców, także działających współcześnie w środowiskach lokalnych i ponadlokalnych,
 - informacje prawne i interpretacje aktów prawnych,
 - relacje z konferencji oraz seminariów krajowych i zagranicznych,
 - recenzje i omówienia literatury polskiej i obcej.
2. Objętość nadsyłanych materiałów nie powinna przekraczać: w wypadku prac teoretycznych 20 stron znormalizowanego maszynopisu, pozostałych prac 10 stron, recenzji i omówień – 5 stron. Artykuły prosimy pisać czcionką 12 pkt *Times New Roman*, w edytorze Word.
3. Przypisy bibliograficzne, powinny zawierać następujące informacje:
 - w wypadku książki: imię i nazwisko autora, tytuł, podtytuł, numer tomu, nazwę wydawnictwa, miejsce i rok wydania, numery stron przytoczonego cytatu,
 - w wypadku czasopisma: imię i nazwisko autora, tytuł, podtytuł artykułu, tytuł czasopisma, rok, numer kolejny, numery stron przytoczonego cytatu,
 - w wypadku ustawy lub rozporządzenia: nazwę, datę wydania, numer Dziennika, numer pozycji, pod którą widnieją w Dzienniku.
 - Ponumerowane przypisy, komentarze i uwagi dodatkowe prosimy **zamieszczać na dole strony**.
4. Materiały należy przesyłać pocztą elektroniczną na adres redakcji: katarzyna.hryniewicka@irss.pl.
5. Do artykułu proszę dołączyć krótką informację o autorze (wykształcenie, miejsce pracy, zajmowane stanowisko) oraz oświadczenie, że tekst nie był wcześniej opublikowany i nie został złożony w innych wydawnictwach.

-
6. Tytuł artykułu oraz streszczenie (około 500 znaków) powinny być podane w języku polskim i angielskim. Dotyczy to publikacji teoretycznych, problemowych i prezentujących wyniki badań.
 7. Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania zmian redakcyjnych i skrótów w nadsyłanych tekstach.
 8. Redakcja nie zwraca niewykorzystanych materiałów.
 9. Teksty niespełniające powyższych warunków nie będą rozpatrywane pod kątem publikacji.
 10. Warunkiem opublikowania artykułu jest pozytywna opinia recenzentów.
 11. Informujemy Autorów, że dwumiesięcznik „Praca Socjalna” jest uwzględniony w punktacji polskich czasopism naukowych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 8 punktami za artykuł naukowy.

Informacja dla Prenumeratorów

Zasady prenumeraty prowadzonej przez Wydawcę – Instytut Rozwoju Służb Społecznych:

1. Znakiem identyfikacyjnym każdego Prenumeratora jest numer w naszej bazie, widniejący na wystawionej fakturze. Na ten numer prosimy powoływać się, telefonując do Redakcji w sprawach związanych z prenumeratą.
2. Faktury na prenumeratę dwumiesięcznika są wystawiane pod koniec roku, na podstawie Państwa zamówienia, którego tekst jest dołączony do kolejnych numerów 5 i 6 „Pracy Socjalnej”. Prosimy o niezwłoczne wypełnienie zamówienia i przesłanie go pocztą lub faksem pod adresem Redakcji: IRSS – ul. Marszałkowska 34/50, 00-554 Warszawa, tel./faks 22 621-04-23, 629-40-18.
3. Po przelaniu należności na konto IRSS – BANK PEKAO S.A. Nr NRB 27 1240 6003 1111 0000 4946 5721, wyślemy Państwu zamówione egzemplarze dwumiesięcznika.
4. O wszelkich zmianach zaistniałych w czasie trwania prenumeraty, dotyczących np. płatnika, adresu czy NIP-u, prosimy niezwłocznie powiadamiać Redakcję.
5. Nowych Prenumeratorów (instytucje i osoby prywatne), zamawiających dwumiesięcznik po raz pierwszy, prosimy o podanie w zamówieniu swoich dokładnych danych (wraz z numerem NIP-u), co umożliwi nam wpisanie Państwa do bazy i realizację prenumeraty.

Warunki prenumeraty dwumiesięcznika „Praca Socjalna” w 2016 roku

Koszt całorocznej prenumeraty (6 numerów) wynosi 180 zł, cena pojedynczego egzemplarza – 30 zł. Zamówienia na prenumeratę krajową i zagraniczną przyjmują:

I. Instytut Rozwoju Służb Społecznych – wydawca dwumiesięcznika – ul. Marszałkowska 34/50, 00-554 Warszawa, tel./faks: 22 621 04 23, 629 40 18; www.irss.pl.

W IRSS można także zamawiać roczniki oraz pojedyncze numery archiwalne. Zamówienia przyjmowane są przez cały rok.

II. „RUCH” S.A.

Prenumerata realizowana przez RUCH S.A.: zamówienia na prenumeratę można składać bezpośrednio na stronie: www.prenumerata.ruch.com.pl

III. Kolporter S.A.

25-659 Kielce, ul. Strycharska 6, tel. 41 377-88-88; www.kolporter.com.pl

Wersje elektroniczne wszystkich numerów „Pracy Socjalnej” wydanych od 2007 roku można pobrać za pomocą portalu e-Publikacje Nauki Polskiej. Zainteresowanych uzyskaniem dostępu do naszego czasopisma zapraszamy na stronę: http://www.ejournals.org/publicacje/czasopisma_naukowe/praca_socjalna

Podstawowe zasady recenzowania publikacji w dwumiesięczniku „Praca Socjalna” (zgodne z wytycznymi MNiSW)

- I. Do oceny każdej publikacji powołuje się co najmniej dwóch niezależnych recenzentów spoza jednostki.
- II. W przypadku tekstów powstałych w języku obcym, co najmniej jeden z recenzentów jest afiliowany w instytucji zagranicznej innej niż narodowość autora pracy.
- III. Rekomendowanym rozwiązaniem jest model, w którym autor(zy) i recenzenci nie znają swoich tożsamości (tzw. „double-blind review proces”).
- IV. W innych rozwiązaniach recenzent musi podpisać deklarację o nie występowaniu konfliktu interesów; za konflikt interesów uznaje się zachodzące między recenzentem a autorem:
 1. bezpośrednie relacje osobiste (pokrewieństwo, związki prawne, konflikt),
 2. relacje podległości zawodowej,
 3. bezpośrednia współpraca naukowa w ciągu ostatnich dwóch lat poprzedzających przygotowanie recenzji.
- V. Recenzja musi mieć formę pisemną i kończyć się jednoznacznym wnioskiem o dopuszczeniu artykułu do publikacji lub jego odrzucenia.
- VI. Zasady kwalifikowania lub odrzucenia publikacji i ewentualny formularz recenzentki są podane do publicznej wiadomości na stronie internetowej czasopisma lub w każdym numerze czasopisma.
- VII. Nazwiska recenzentów poszczególnych publikacji/numerów nie są ujawniane; raz w roku czasopismo podaje do publicznej wiadomości listę recenzentów współpracujących.

Deklaracja o wersji oryginalnej (zapora ghostwriting)

Autorzy winni poświadczyc, że wersja artykułu jest wersją oryginalną. Redakcja oświadcza, że wersja drukowana kwartalnika jest wersją pierwotną.

