



POLSKA, SŁOWACJA, ŚWIAT







ACTA ACADEMIAE MODREVIANAЕ

POLSKA, SŁOWACJA, ŚWIAT

RODZINA • WYBRANE PROBLEMY WSPÓŁCZESNOŚCI

pod redakcją

Amantiusa Akimjaka i Klemensa Budzowskiego

Kraków 2008





Rada Wydawnicza Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego:
Klemens Budzowski, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Recenzje:

ks. prof. dr hab. Anton Fabian,
ks. dr hab. Janusz Mastalski, prof. PAT
dr hab. Nadežda Stollárová, prof. KU

Projekt okładki:

Joanna Sroka

Redaktor prowadzący:

Halina Baszak Jaroń

Korekta:

Aneta Tkaczyk

Tłumaczenie na język angielski:

Barbara Nowakowska-Wróbel

Copyright© by Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków 2008

ISBN 978-83-7571-016-8

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana w sposób umożliwiający ponowne wykorzystanie, ani też rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich

Na zlecenie Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
www.ksw.edu.pl

Wydawca:

Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o.
– Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2008

Sprzedaż prowadzi Księgarnia Krakowskiego Towarzystwa Edukacyjnego sp. z o.o.
Kampus Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1
30-705 Kraków
tel./faks: (012) 252 45 93
e-mail: ksiegarnia@kte.pl

Łamanie:

Margerita Krasnowolska

Druk i oprawa:

Eikon Plus





Spis treści

Franciszek Adamski	
<i>Wprowadzenie. Świętość rodziny w kulturze chrześcijańskiej</i>	7

CZĘŚĆ PIERWSZA

Dariusz Fatuła	
<i>Wybrane aspekty kondycji finansowej polskich gospodarstw domowych</i>	17
Krzysztof Gerc	
<i>Uwarunkowania rozwoju emocjonalnego młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym w kontekście funkcjonowania rodziny</i>	29
Krystyna Kluzowa	
<i>Małżeństwa wyznaniowe we współczesnej Polsce</i>	41
Teresa E. Olearczyk	
<i>Sytuacja dziecka w polskiej rodzinie po 1989 roku (wybrane aspekty)</i>	49
Stanisław Szumpich	
<i>Współczesne problemy przemocy w rodzinie</i>	65
Ewa Witowska	
<i>Rola rodziny w procesie rehabilitacji dzieci niedowidzących</i>	81
Renata Wrzeszcz	
<i>Znaczenie więzi i przywiązania dla rozwoju dziecka</i>	93
Noty o autorach	111

CZĘŚĆ DRUGA

Zuzana Gejdošová	
<i>Rodina v hmotnej núdi a jej stratégie riešenia sociálno-ekonomickej situácie</i>	115
Irena Kamanová	
<i>Systém náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike</i>	125
Markéta Rusnáková, Angela Almašiová	
<i>Vybrané problémy súčasnej rodiny</i>	135





Stanislav Košč	
<i>„Kríza“ rodiny v reflexii Katolíckej cirkvi</i>	145
Tomáš Jablonský	
<i>The influence of educational style in family on the development of children's prosociability</i>	153
Helena Oriechiková	
<i>Rodina s dieťaťom s mentálnym postihnutím</i>	161
Lenka Štefáková	
<i>Rodina s nevyliciteľne chorým členom z pohľadu sociálneho pracovníka</i>	167
Vladimíra Antolová	
<i>Utečenecka rodina – jej problémy a pomoc poskytovaná v rámci Slovenskej republiky</i>	177
Daniela Kolibová	
<i>Agresivita dieťaťa vo vzťahu k rodinnému prostrediu</i>	187
Životopis autorov	195





FRANCISZEK ADAMSKI

Wprowadzenie. Świętość rodziny w kulturze chrześcijańskiej

Małżeństwo naturalne fundamentem rodziny – jego cechy kulturowe

We wszystkich kulturach małżeństwo jest traktowane jako instytucja o dużej roli społecznej. W każdej kulturze odróżnia się związki nazywane małżeństwami od innych form związków międzyludzkich. U wszystkich bowiem ludów małżeństwo i prokreacja oraz wychowanie potomstwa podlegają precyzyjnie określonym normom obyczajowym, prawnym, względnie religijnym. Kultura nie zna zinstytucjonalizowanego promiskuityzmu. Tym, co odróżnia małżeństwo od innych związków, jest przede wszystkim jego trwałość: małżeństwo jest zawsze związkiem zawierany na całe życie, nigdy czasowo – poza przypadkami sporadycznymi, które nie mogą stanowić zasady. Dożywotnie związanie się z sobą małżonków wynika też z celu związku małżeńskiego.

Związek ten posiada charakter społeczny: małżonkowie bowiem tworzą to, co się nazywa ogniskiem domowym, a wraz z dziećmi – rodzinę. Każde ze współmałżonków uzyskuje przez fakt zawarcia związku odpowiednią rangę społeczną, zawsze wyróżniającą ich wśród niezamężnych czy nieżonatych członków społeczności. Tym samym pojawiający się niekiedy inni partnerzy nie otrzymują nigdy równej im społecznej pozycji, a często bywają wręcz kulturowo, religijnie



bądź prawnie deprecjonowani. W niektórych kulturach obowiązuje nawet zasada, że dzieci urodzone nie przez prawowitą małżonkę są przez prawo przypisywane prawowitej, aby mogły się cieszyć pełnią przywilejów prawno-społecznych.

Małżeństwo jest też bezpośrednio łączone z płodnością – co, oczywiście, zakłada jego naturalny heterogamiczny charakter. Spotykane obecnie w niektórych społeczeństwach europejskich przełamywanie obowiązującej w tym zakresie odwiecznej reguły prawno-moralno-obyczajowej stanowi niewątpliwie niezdrowe wyzwanie rzucone naturze i musi być traktowane jako swego rodzaju wyłomw historii ludzkiej kultury i prawno-politycznego ustawodawstwa. Należy założyć, że wypaczona w tym zakresie świadomość pewnych społeczności i podporządkowane jej w niektórych krajach ustawodawstwo mają charakter przejściowy, a społeczności te z czasem powrócą do zgodnego z prawami natury stanu rzeczy. Zgodne z naturą powoływanie nowego życia, jego rozwój i dochodzenie do pełni człowieczeństwa możliwe jest tylko w normalnej rodzinie.

Szczególnie znaczenie dla podjętego tematu ma solenny charakter form zawierania małżeństwa. Tę cechę małżeństwa stwierdzamy we wszystkich kulturach i u wszystkich ludów. Najczęściej oblubienica jest prowadzona do domu oblubieńca – niekiedy nawet procesjonalnie (tradycyjne społeczeństwa Chin czy Izraela). W warstwach wyższych odbywa się to nader uroczyście, w niższych bardziej pospolicie, ale zawsze w sposób wyróżniający się swą solennością, akcentujący wyższą rangę zaślubin w porównaniu z wolnym związkiem partnerów.

W starożytnym Rzymie na przykład obyczaj nakazywał dwie formy zawierania małżeństwa, pociągające za sobą różne konsekwencje: formę uroczystą – *matrimonium cum manu*, i formę zwyczajną – *matrimonium sine manu*. Różnica między nimi nie sprowadzała się do sfery uczuć ani też wzajemnych zachowań małżonków, lecz wiązała się ze społecznym charakterem małżeństwa. *Matrimonium cum manu* było obrzędem uroczystym, przez który oblubienica była wprowadzana do domu oblubieńca i od tej chwili przestawała być członkiem swej dotychczasowej rodziny, a stawała się członkiem rodziny oblubieńca i podobnie jak on była od tej chwili podległa autorytetowi *pater familias*. *Matrimonium sine manu* nie było związane z żadną formalnością – powstawało po prostu na bazie uczucia małżeńskiego (*affectio maritalis*).

Kobieta i mężczyzna, decydując się na podjęcie współżycia, tworzyli związek, który mógł być uznany prawnie na różne sposoby (np. na podstawie świadectwa sąsiadów, stwierdzających, że dana para faktycznie zamieszkuje jako małżeństwo). Ale w tej sytuacji kobieta nie wchodziła do domu rodzinnego swego męża. Dzieci były dziećmi męża i tym samym członkami jego rodziny. Matka nie miała nad nimi żadnego prawa, nic też po niej nie dziedziczyły. Prawdopodobnie ten typ małżeństwa praktykowały warstwy niższe starożytnego Rzymu, wywodzące się z ludu, dla których nie istniał problem bogactwa i jego dziedziczenia.

Można by to małżeństwo przyrównać do obecnych form trwałego konkubinatu, nierzadko dziś spotykanego na Zachodzie. Zatem od wieków istotnym ar-

gumentem przemawiającym za powstawaniem związków małżeńskich pozostaje owa *affectio maritalis*. Nawiązują do niej i na niej się zasadzają tak kościelne, jak i państwowe ceremonie małżeńskie: na równi prawo kościelne i cywilne uznają fakt, że to sami młodzi udzielają sobie ślubu.

Sakralizacja naturalnego małżeństwa

Warto zaznaczyć, że Kościół pierwotny nie wprowadził żadnych zasadniczych zmian w ceremoniach małżeńskich. Małżeństwo rzymskie było monogamiczne i akceptowane w ówczesnym cywilizowanym świecie, w którym Kościół się rozwijał. Chrześcijanie zatem zawierali związki małżeńskie tak samo jak to czynili wszyscy obywatele państwa rzymskiego i początkowo ich związki nie były błogosławione w świątyni. Nawróceni na chrześcijaństwo poganie nie byli zobowiązani do powtórnego zawierania małżeństwa, jeśli uprzedni związek był ważny wedle obowiązującego prawa. Nie wypracowano jeszcze doktryny moralnej, nadającej małżeństwu wymiar sakralny. Ale od samego początku Kościół traktował małżeństwo jako związek święty, uświęcony mocą Boga. Owa świętość małżeństwa zasadzała się na czystości, wierności i nierozzerwalności związku małżeńskiego.

Dopiero papież Kalikst (217–222) wprowadził na początku III wieku zasadę błogosławienia tych związków, które były zawarte zgodnie z moralnością i prawem państwowym (a nawet wbrew temu prawu – gdy chodziło o małżeństwo między kobietą wolną i niewolnikiem). Związki te błogosławiono w kilka dni od daty formalnego zawarcia i czyniono to w rodzinie nowożeńców. Zadanie pełnego regulowania spraw małżeńskich przejmuje Kościół od państwa dopiero na przełomie X/XI wieku. Wtedy to bowiem została wypracowana kanoniczna doktryna małżeńska, która wprowadzała kilka elementów – etapów – powstania oficjalnego związku. Były to mianowicie: *sponsatio* – zaręczyny, w czasie których miało miejsce wyrażenie woli partnerów do zawarcia małżeństwa i zgody ich rodzin na dany związek; *dotatio* – element wiążący się z obdarowaniem panny młodej przez jej oblubieńca, względnie złożeniem swego rodzaju „opłaty” rodzicom; *benedictio* – czyli faktyczne pobłogosławienie młodych i ich związku; *traditio puellae* – to znaczy przejęcie panny młodej przez jej małżonka i wspólne zamieszkanie młodych.

Niemniej, niezależnie od tego rodzaju procedury wprowadzanej przez Kościół, nadal były honorowane (czyli traktowane jako ważne) związki zawierane poza Kościołem, niebłogosławione przez Kościół. Dopiero na Soborze Trydenckim w 1563 roku słynnym dekretem *Tametsi* uznano za nieważne każde małżeństwo zawarte poza Kościołem. Zgodnie z tym dekretem jedynie kapłan mógł „udzielić” ślubu ważnego. Od tego też czasu upowszechniła się praktyka obowiązkowego stawiania przez młodych przed ołtarzem i błogosławienia ich związku przez osobę duchowną. Ceremonia rodzinna została wyparta i zastąpiona ceremonią religijną. Trzeba przy tym zaakcentować, że od zarania swego istnienia w sposób zdecydo-

wany Kościół troszczył się o czystość i klarowność doktryny małżeńskiej wprowadzonej w życie. Wbrew ówczesnym poglądom – stawiającym bez porównania mniejsze wymagania moralne mężczyźnie aniżeli kobiecie w dziedzinie czystości – Kościół od samego początku miał i głosił jednoznaczne zasady: zarówno mężczyzna, jak i kobieta winni być czysti przed małżeństwem i wierni w małżeństwie, które zawsze jest zawierane na całe życie i nie może być żadną siłą rozerwane.

To wszystko stanowiło koncepcję sprzeczną z obyczajami pogańskimi i nadawało wysoką rangę małżeństwu chrześcijańskiemu, tym bardziej że moralność chrześcijańska zakładała konieczność praktycznego realizowania owych zasad a nie tylko teoretyczne dla nich uznanie. Teoretycznie bowiem także i poganie niektóre z tych zasad przyjmowali, stojąc jednocześnie na stanowisku, że mężczyzna nie jest w stanie rygorystycznie ich przestrzegać i stąd w praktyce dopuszczono na niemąłą skalę ich łamanie bez szczególnego piętna społecznej dezaprobaty¹.

Zatem Kościół dostosował się w określonym zakresie do ustanowionego prawem rzymskim i obyczajem porządku. Jednocześnie korygując te jego aspekty, które godziły w głoszone przezeń zasady moralne. Zaaprobował więc leżące u podstaw prawno-rzymskiej doktryny małżeńskiej zasady prawa naturalnego, które wykluczały kazirodztwo, bigamię i homogamię. Natomiast samo funkcjonowanie małżeństwa i rodziny ujął w ścisłe normy moralno-religijne.

Sfera zachowań seksualnych została ujęta w precyzyjnie określone ramy i poddana ostrym rygorom ze względu na trzy okoliczności:

– ze względu na jej funkcję prokreacyjną: powoływanie przez małżonków do życia nowej istoty ludzkiej, posiadającej duszę nieśmiertelną i predestynowanej do życia wiecznego, oraz gwarantowanie społeczeństwu jego ciągłości biologicznej;

– ze względu na jej duchowo-moralny charakter: rozumiany jako dożgonny związek kobiety i mężczyzny obdarowujących siebie pełnią swego człowieczeństwa, oddających się wyłącznie sobie w swej seksualności otwartej na dawanie życia jako konsekwencji miłości, życia, za którego rozwój i wychowanie wzajemnie podejmują odpowiedzialność. Związek ów stanowi drogę ich samorealizacji jako kobiety i mężczyzny, ojca i matki, drogę ich wzajemnego zmierniania do uświęcenia i zbawienia;

– ze względu na wyzwania procesu rozwoju fizycznego, psychicznego i moralnego samych małżonków, jak i zrodzonych przez nich dzieci. Wychodzi się tu z założenia, że opanowanie skłonności i pożądania zmysłowego, panowanie nad popędami, wyrabianie zdolności rezygnacji i wyrzeczenia, ponoszenia ofiary na rzecz wybranej, ukochanej osoby, uczciwości i wierności wobec niej – są to przecieź niekwestionowane wyzwania, warunki prawidłowego rozwoju i dochodzenia do pełni człowieczeństwa.

¹ O tym, że były to opinie powszechne już w starożytności, świadczą choćby słowa Cyncerona (*Pro Coelio*, 20): „Gdyby się znalazł ktoś, kto by stanowczo chciał zakazać chłopcom miłostek z kurtyzanami, byłby przesadnie surowy. Osobiście nie mógłbym mu się przeciwstawić. Wszedłby on jednak w konflikt z dzisiejszym poczuciem tego, co dozwolone, a także ze zwyczajami naszych rodziców, którzy to uznawali za dopuszczalne... Kiedy takie postępowanie było karane? Kiedy zabronione?”.



W zasadzie małżeństwo naturalne zostało tu włączone w jednoznacznie określone ramy religijno-moralne, a zawierane między osobami ochrzczoneymi otrzymało mocą samego Chrystusa wymiar nadprzyrodzony, to znaczy sakramentalny. I choć dopiero po paru wiekach zostało przez doktrynę kościelną formalnie potraktowane jako jeden z sakramentów, to jednak w praktyce chrześcijańskiej od samego początku było uznawane za związek święty, uświęcony mocą samego Boga. W rozwiniętym teologicznym rozumieniu związek ów jawi się jako niepowtarzalna wspólnota duchowa – symbolizuje w sposób widzialny nierozwalny związek między Chrystusem i Kościołem jako Jego Ciałem Mistycznym. Przez związek małżeński, w którym małżonkowie oddają się sobie wzajemnie, spływa na nich w szczególnie sposób łaska pomnażająca ich bogactwo duchowe, pomagająca im w dążeniu do doskonałości, zbawienia przez wierne wypełnianie wszystkich zadań i obowiązków małżeńskich i rodzinnych. Ze względu na rangę tych zadań małżeństwu przysługują wyjątkowe miejsce w hierarchii wartości jednostkowych i społecznych; przysługują mu szczególne prawa i przywileje, a zarazem wiążą się z nim wzajemne zobowiązania współmałżonków.

Od świętości małżeństwa do świętości rodziny

Na tak precyzyjnie wyznaczonych i zdefiniowanych podstawach była budowana chrześcijańska rodzina, nazywana od czasów św. Jana Chryzostoma „domowym kościołem”. Jako mały, „domowy kościół” (*eccleziola*), osadzony na sakramentalnym małżeństwie, chrześcijańska rodzina stawała się ze swej istoty szczególnym środowiskiem życia i miłości, wyróżniającym się od samego początku chrześcijaństwa charakterem codziennego życia, a przede wszystkim wypełniającą je duchową atmosferą. Jako „domowy kościół” ma się koncentrować na podstawowej misji: uświęcania i zbawiania swych członków, to znaczy wprowadzania ich w życie Kościoła powszechnego poprzez „chrześcijańską codzienność życia rodzinnego”.

Oparcie chrześcijańskiej rodziny na sakramentalnym związku małżeńskim oznaczało w konsekwencji wezwanie do bycia wspólnotą życia i miłości nadprzyrodzonej, przekraczającej jej czysto ludzki wymiar. Stanowiło też wezwanie jej członków do kroczenia drogą doskonałości chrześcijańskiej, wyznaczoną dla osób żyjących w stanie świeckim. Tak jak osoby duchowne są wezwane i zobowiązane do doskonałości poprzez święcenia kapłańskie i śluby zakonne, tak też małżonkowie realizują swe powołanie życiowe w małżeństwie, a sakrament małżeństwa do tego ich usposabia – zobowiązuje i wzywa, ale zarazem wspomaga, czyni to możliwym. Przenosi na nich także funkcję kapłańską, pełnią w obecnym sobie nawzajem i w stosunku do własnych dzieci. Rodzina staje się przez to swego rodzaju „przedłużeniem” i umocnieniem duszpasterskich oddziaływań Kościoła: chrześcijańscy małżonkowie przyjmują bowiem obowiązek wprowadzenia swych dzieci do społeczności Kościoła poprzez chrzest, stopniowego wprowadzania ich w po-



znanie Boga, włączenia ich do życia modlitwy i liturgii Kościoła przez wspólne rodzinne praktyki religijne i codzienne oddziaływanie poprzez świadectwo życia chrześcijańskiego.

Chrześcijańska rodzina jako wspólnota życia i miłości jest powołana nie tylko do świadczenia sobie wzajemnej pomocy i okazywania troski w życiu codziennym – to przecież odnosi się do rodziny w ogóle, ale także do wzajemnego wspierania się jej członków w pracy nad sobą, w dążeniu do doskonałości chrześcijańskiej. Staje się to możliwe dzięki łasce sakramentu małżeństwa, który nie tylko pomnaża łaskę uświęcającą, ale „dodaje” do niej specjalne dary i predyspozycje dla rodziców i współmałżonków. Sakrament małżeństwa w sposób szczególnie ubogaca rodzinną wspólnotę życia i miłości, jak gdyby „przestawiając ją na inne tory” (jak mawiał Carlo Colombo) przez zobowiązanie i uzdolnienie małżonków do kształtowania miłości małżeńsko-rodzinnej na wzór miłości Chrystusa do Kościoła. Jest to bowiem miłość osobowa, pełna, wyłączna, trwała, poświęcająca się i ofiarna. Dzięki sakramentowi małżeństwa małżonkowie otrzymują zdolność bycia dla siebie i swych dzieci symbolem i obrazem tej miłości.

Głębia treści tak rozumianej miłości małżeńsko-rodzinnej obejmuje także wzajemne wspomaganie się w uwalnianiu się od wad, niedoskonałości, ludzkich słabości. Obejmuje też wzajemną pomoc w rozwijaniu życia wewnętrznego małżonków i dzieci. Chodzi tu przede wszystkim o wewnętrzne poczucie odpowiedzialności małżonków i dzieci za życie duchowe każdego z członków rodzinnej wspólnoty i pomoc w jego rozwoju. A dokonuje się to na drodze dobrego przykładu, upominania, poświęcania i modlitwy za współmałżonka, dzieci i rodziców. Chodzi tu zatem o troskę o to, aby Chrystus żył we współmałżonku, dziecku i rodzicu i uświęcał ich sobą. Dzięki tak rozumianej pomocy duchowej wszystkich swoich członków rodzina osiąga wysoki stopień zespolenia, w którym odczuwa się jako własne potrzeby współmałżonka i dziecka. To właśnie rodzi głęboką więź duchową i uczuciową, która wypełnia treść pojęcia „rodzina chrześcijańska – wspólnota życia i miłości”.

Kościół wskazuje małżonkom chrześcijańskim drogi osiągnięcia sukcesu w tworzeniu tak rozumianej wspólnoty życia i miłości. Poprzez wieki naucza o potrzebie pielęgnowania i pogłębiania cnót teologicznych i moralnych: wiary, nadziei i miłości. Każda z nich ma bowiem wyraźne odniesienie do małżeństwa i rodziny. Wiara każe odczytywać nadprzyrodzone znaczenie wszelkich poczynań w sferze życia małżeńsko-rodzinnego; nadzieja jawi się jako źródło siły i wytrwałości, ufności w moc „z góry” albo jako „ostatnia deska ratunku” przed załamaniem, rezygnacją, odejściem... Miłość natomiast obejmuje – poza całą sferą uczuciową i zmysłową – także miłość Chrystusa we współmałżonku i dziecku oraz troskę o to, by Chrystus żył w nich i uświęcał ich sobą. Wypracowana, zwłaszcza po II Soborze Watykańskim, teologia duchowości małżeńsko-rodzinnej usiłuje ukazywać chrześcijańskim małżonkom całą głębię treści duchowych, jakie daje im sakrament małżeństwa. Ich nieświadomość i zaniedbywanie w codzienności życia



małżeńsko-rodzinne pozbawia rodzinę jej nadprzyrodzonego charakteru środowiska uświęcenia i zbawienia; sprowadza ją do rzeczywistości czysto ziemskiej, włącza do sfery *profanum*.

Badaczom i obserwatorom życia rodzinnego we współczesnej kulturze chrześcijańskiego świata z całym natężeniem nasuwają się pytania: Na ile mamy jeszcze do czynienia z rodziną chrześcijańską? Jak dalece została wtopiona w otaczający ją świat rodziny zsekularyzowanej i zlaicyzowanej? W jakim wymiarze stanowi „kościół domowy”, będący „przedłużeniem” i umocnieniem kapłańskiej misji Kościoła powszechnego? Niewątpliwie są to pytania, które świat chrześcijański powinien sobie postawić. Tą tylko przecież drogą zdołamy sięgnąć w głąb złożonej i niepokojącej rzeczywistości rodziny w kulturze współczesnego świata, w tym także świata chrześcijańskiego.

Zacytuję na koniec słowa Jana Pawła II, skierowane do Polaków zgromadzonych 12 października 1982 roku w Auli Pawła VI:

„Kościół jest przekonany, że pogłębiając i głosząc naukę o rodzinie, spełnia swoją posługę wobec wszystkich ludzi. Zdradziłby człowieka, gdyby nie głosił swego orędzia na temat rodziny. Bądźcie więc pewni, że ilekroć w duchu wolności, pokory i miłości przekazujecie Dobrą Nowinę o rodzinie, jesteście siewcami dobra”.







CZĘŚĆ PIERWSZA







DARIUSZ FATUŁA

Wybrane aspekty kondycji finansowej polskich gospodarstw domowych

Słowa kluczowe: gospodarstwo domowe, dochody i wydatki gospodarstw domowych, kategorie ubóstwa, aktywa finansowe gospodarstw domowych

Keywords: household, household income and expenses, poverty categories, household financial assets

Sytuacja demograficzna polskich gospodarstw domowych

Jakkolwiek gospodarstwo domowe nie jest tożsame z pojęciem najbliższej rodziny, to jednak w niemal każdym gospodarstwie domowym więzy rodzinne grają ważną rolę. Łącząc swoje siły i dochody dla zaspokojenia indywidualnych i wspólnych potrzeb, członkowie gospodarstwa domowego biorą pod uwagę nie tylko swoje bieżące potrzeby, ale także przyszłe¹. Cechą ekonomicznie pojmowanego gospodarstwa domowego jest wspólne zamieszkiwanie i utrzymywanie się z połączonych dochodów członków gospodarstwa. Także pojedyncza osoba, która mieszka sama lub z innymi osobami, ale utrzymująca się samodzielnie, stanowi osobne jednoosobowe gospodarstwo domowe. W tym znaczeniu większe rodziny, mieszkające wspólnie, ale utrzymujące się oddzielnie, tworzą też osobne gospodarstwa

¹ Por. *Leksykon sfery spożycia, terminologia i metodyka badań*, red. H. Szulce, Warszawa 1987.



domowe. Uzyskiwany dochód członków gospodarstwa domowego stanowi główną kategorię wyznaczającą kondycję i poziom życia całego gospodarstwa. W statystyce polskiej podstawowa kategoria podziału gospodarstw domowych dotyczy źródeł uzyskiwania dochodu. Wyszczególniono tu 6 grup. Pierwsza to gospodarstwa pracowników (46,4% ogółu gospodarstw domowych w Polsce). Dochód tej grupy w całości lub przeważającej części pochodzi z pracy najemnej. Druga to gospodarstwa rolników (2,8%), utrzymujących się z prowadzenia indywidualnego gospodarstwa rolnego. Trzecia grupa to gospodarstwa domowe utrzymujące się z pracy na własny rachunek – prowadzenie własnej firmy (4,5%), z wyłączeniem indywidualnych gospodarstw rolnych. Czwarta grupa to gospodarstwa, dla których przeważającym źródłem dochodu jest emerytura (27,9%). Piąta grupa gospodarstw domowych utrzymuje się ze świadczeń rentowych (11,3%), a szósta z niezarobkowych źródeł (7%), głównie zasiłków dla bezrobotnych i innych transferów społecznych. Łączna liczba gospodarstw domowych w Polsce to ok. 12 634 tys., przy ogólnej liczbie ludności 38 mln 157 tys. osób. Przeciętne gospodarstwo domowe liczy więc niewiele ponad 3 osoby².

Stosunkowo duży udział gospodarstw domowych utrzymujących się z emerytury świadczy o starzeniu się społeczeństwa. Udział osób powyżej 65 roku życia w całej populacji wzrastał od 1995 roku o ok. 1 pkt procentowy co 5 lat i obecnie wynosi 13,3%. Prawie 62% ludności Polski mieszka w miastach, a 38% na wsi. Statystyczny Polak miał w 2005 roku 37 lat; mediana wieku dla kobiet wynosiła 39 lat, dla mężczyzn 35 lat (połowa osób w populacji ma więcej lat, a połowa mniej). Wśród osób w wieku 15–65 lat pracowało 52,8% osób. Jest to niski wskaźnik w porównaniu ze średnią w Unii Europejskiej wynoszącą 63,8%. W ostatnich 4 latach zanotowano nieznaczny spadek liczby ludności Polski, wynikający także z salda migracji zagranicznych. Wiele młodych osób wyjechało do państw Europy Zachodniej w poszukiwaniu pracy lub wyższej niż w kraju płacy. Pewna nadzieja na zahamowanie tej tendencji wynika ze wzrostu realnych płac w Polsce (o ponad 9% w połowie 2007 roku w stosunku do analogicznego okresu w roku poprzednim) i zapotrzebowania na specjalistów w wielu działach gospodarki. Drugim pozytywnym z punktu widzenia uwarunkowań demograficznych aspektem jest wchodzenie w okres rozrodczy wyżu urodzonego w latach 80. XX wieku. Wówczas rodziło się w Polsce prawie 700 tys. dzieci rocznie (obecnie ok. 370 tys. dzieci rocznie). W roku 2006 w stosunku do roku poprzedniego wzrosła liczba zawieranych małżeństw o prawie 20 tys. i wynosiła 226 tys. Nadal utrzymuje się jednak niski współczynnik dzietności kobiet, wynoszący tylko 1,267. Brak zdecydowanych działań legislacyjnych, pomimo wielu akcji społecznych i nagłaśniania sprawy w mediach, nie ułatwia młodym matkom podejmowania pracy na część etatu i nie daje pewności zatrudnienia w tej samej firmie po powrocie z urlopu ma-

² Dane pochodzą z 2005 r. i 2006 r. na podstawie publikacji GUS: *Warunki życia ludności Polski w latach 2004–2005. Departament Statystyki Społecznej*, Warszawa 2007; oraz *Małego Rocznika Statystycznego GUS 2007*.



cierzyńskiego. Sytuację poprawić może postawa pracodawców, którzy reagując na wspomniane sygnały medialne oraz z powodu braku wykwalifikowanej kadry na rynku pracy, sami podejmą działania we własnych firmach, ułatwiające zatrudnianie, adaptację i utrzymanie młodych matek na stanowiskach pracy. W ostatnich latach, głównie dzięki rozwojowi niepublicznych szkół wyższych, wzrosła też liczba Polaków legitymujących się wyższym wykształceniem. Na koniec 2005 roku było ich 4,3 mln, co stanowi 14,2% populacji dorosłych Polaków.

Dochody i wydatki gospodarstw domowych w Polsce

Łączne dochody do dyspozycji brutto (po opodatkowaniu) sektora gospodarstw domowych w Polsce wynosiły w 2005 roku ponad 651,5 mld zł. Spożycie indywidualne, liczone jako wydatki z dochodów osobistych (bez wliczania bezpłatnych usług edukacyjnych, medycznych itp.) wynosiły w tym samym czasie ok. 610,4 mld zł. Różnica tych dwóch kwot stanowi oszczędności brutto tego sektora i wynosi ok. 41,1 mld zł, co stanowi ok. 6,3% dochodów. Do oszczędności brutto gospodarstw domowych wliczane też są często zmiany udziałów netto w rezerwach funduszy emerytalnych, które wynosiły w 2005 roku 4,5 mld zł. Kwota ta, zwiększając oszczędności brutto, podnosi też stopę oszczędzania do 7%.

Podział dochodów gospodarstw domowych w Polsce jest mniej równomierny niż średnio w państwach Unii Europejskiej. Dochody 20% najlepiej zarabiających osób w Polsce były 6,6 raza wyższe od dochodów 20% najniżej zarabiających wobec ok. pięciokrotności średnio w 25 krajach UE. Nieco lepszy wynik daje tzw. wskaźnik Giniego, który wynosił w Polsce 0,36, czyli nieco więcej niż średnio dla 25 państw UE (0,31), ale mniej niż dla Stanów Zjednoczonych, gdzie w 2005 roku wynosił 0,41. Wskaźnik ten, będący miarą nierówności dochodów, jest tym większy, im większy stopień ich koncentracji, a więc nierówności w podziale między poszczególne części społeczeństwa.

Największy i rosnący z roku na rok udział (26,2%) w wydatkach gospodarstw domowych mają użytkowanie mieszkania i nośniki energii. Na drugim miejscu wśród wydatków pozostają żywność i napoje bezalkoholowe (19,2%), na trzecim transport (10%), na czwartym i piątym miejscu z podobnym udziałem (6,3%) rekreacja i kultura oraz napoje alkoholowe i wyroby tytoniowe. Odzież i obuwie stanowią ok. 4,2% wydatków. Poprawia się wyposażenie gospodarstw domowych w nowoczesne dobra trwałego użytku. W komputer stacjonarny wyposażonych było w 2005 roku ponad 38% gospodarstw (w tym 22,5% z dostępem do Internetu), samochód posiadało blisko połowę gospodarstw, kuchenkę mikrofalową 31%, odtwarzacz DVD 24%, zmywarkę do naczyń 7%.

Wstępne dane za 2006 roku wskazują, że przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach domowych wyniósł ok. 835 zł. Najwyższy był w grupie gospodarstw pracujących na własny rachunek (1103 zł),



a najniższy wśród rencistów (685 zł). Najwyższy realny wzrost ww. dochodu w stosunku do poprzedniego roku odnotowały gospodarstwa domowe rolników (13,2%) oraz pracujących na własny rachunek (12%). Najniższy wzrost dochodu osiągnęły gospodarstwa pracowników (6,7%) i emerytów (5,3%).

Przeciętne miesięczne wydatki wynosiły 745 zł i – jak w przypadku dochodu – najwyższe były dla gospodarstw pracujących na własny rachunek (955 zł), a najniższe dla rencistów (660 zł). Najwyższy wzrost wydatków – podobnie jak wzrost dochodów – odnotowano w gospodarstwach rolników oraz pracujących na własny rachunek (po ok. 8%), najniższy wzrost w gospodarstwach domowych emerytów (3,5%). Niewiele zmieniła się struktura wydatków gospodarstw domowych, najbardziej spadł udział wydatków na żywność i napoje bezalkoholowe (o 1 pkt procentowy), a wzrósł udział wydatków na nośniki energii o ok. 0,6 pkt procentowego.

W przypadku najgorzej sytuowanych gospodarstw domowych zdefiniowane zostały kategorie ubóstwa. Relatywne ubóstwo dotyczy gospodarstw domowych, które wydawały mniej niż 50% przeciętnych wydatków w danej grupie gospodarstw. W 4 kwartale 2006 roku było to 520 zł dla gospodarstw jednoosobowych i 1405 zł dla gospodarstwa z dwojgiem dorosłych i dwójką dzieci do 14 lat. Ubóstwo „ustawowe” to ogólnie ustalona kwota (477zł na gospodarstwo jednoosobowe) w akcie prawnym, poniżej której gospodarstwo domowe ma prawo starać się o zasiłek z pomocy społecznej. Minimum egzystencji zostało wyliczone przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych (IPiSS) na podstawie cen artykułów niezbędnych do życia, ograniczenie których prowadzi do biologicznego wyniszczenia człowieka (370 zł na gospodarstwo jednoosobowe i 999 zł dla gospodarstwa z dwojgiem dorosłych i dwójką dzieci do 14 lat). Ubóstwo relatywne dotyczyło w Polsce w 2006 roku 17,7% gospodarstw domowych, ustawowe 15,1%, a poniżej minimum egzystencji pozostawało 7,8% osób w gospodarstwach domowych. Nasilenie zjawiska ubóstwa silnie zależy od miejsca zamieszkania, źródeł dochodu i ilości osób w rodzinie. Na wsi poniżej granicy ubóstwa relatywnego pozostawało prawie 26% gospodarstw domowych, a 12% żyło poniżej minimum egzystencji. Wśród utrzymujących się z niezarobkowych źródeł (w dużej części członkowie gospodarstw domowych dotknięci bezrobociem) aż 40% wydawało poniżej relatywnej granicy ubóstwa, a 23% poniżej minimum egzystencji. Podobnie wysokie wskaźniki relatywnego ubóstwa (50%) i minimum egzystencji (26%) dotyczyły gospodarstw domowych z 4 i więcej dzieci na utrzymaniu. Najniższe wskaźniki ubóstwa dotyczyły gospodarstw jednoosobowych i pracujących na własny rachunek.

Podsumowując, można stwierdzić poprawę sytuacji finansowej większości gospodarstw domowych w Polsce. Mimo to nadal pozostaje stosunkowo duży, choć zmniejszający się odsetek gospodarstw domowych w trudnej i bardzo trudnej sytuacji. W wielu przypadkach stan taki ma związek z patologiami społecznymi (np. alkoholizmem) oraz brakiem przystosowania do wymogów rynku pracy (niechęć do podnoszenia kwalifikacji i poszukiwania pracy).

Aktywa finansowe gospodarstw domowych

Przez aktywa finansowe gospodarstw domowych należy rozumieć nieskonsumowaną część dochodów tych podmiotów, ulokowaną na rynku finansowym lub odłożoną w postaci gotówki. W skład aktywów finansowych nie wchodzi majątek trwały, choć w niektórych przypadkach może on służyć jako zabezpieczenie kredytów i pożyczek lub być sprzedany, a środki uzyskane z tego tytułu ulokowane na rynku finansowym. Zachowania gospodarstw domowych na rynku finansowym są pośrednio związane z posiadanym majątkiem, a bezpośrednio dotyczą produktów i usług, które są na bieżąco wyceniane w jednostkach pieniężnych. Majątek trwały w posiadaniu gospodarstw domowych nie podlega zaś bieżącej wycenie rynku.

Na początku lat 90. aktywa finansowe polskich gospodarstw domowych stanowiły wyłącznie lokaty bankowe oraz gotówka (w dużej mierze w walutach obcych, przechowywana w domu). Spowodowane to było obawą przed szybką dewaluacją złotówki, wynikającą z wysokiej inflacji. Udział depozytów walutowych we wszystkich lokatach bankowych gospodarstw domowych spadł z 90% na końcu lat 80. do 33% w 1995, 17% w 2000 i 15% w 2005 roku. Od roku 1991 oszczędności gospodarstw domowych zaczęły być także lokowane w akcje prywatyzowanych przedsiębiorstw oraz obligacje Skarbu Państwa, a od następnego roku w jednostki funduszy powierniczych, przekształconych później w Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych, i ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym. Jeszcze w 1995 roku wszystkie te formy lokat oszczędności (poza depozytami bankowymi) stanowiły tylko 5% łącznej wartości aktywów tej grupy podmiotów. Znaczący wzrost udziału innych form aktywów nastąpił po 1999 roku, kiedy rozpoczęła się reforma emerytalna i Otwarte Fundusze Emerytalne zaczęły zarządzać środkami gromadzonymi na przyszłe emerytury. Nastąpiło wówczas także prawie podwojenie środków lokowanych w Towarzystwach Funduszy Inwestycyjnych z 1,7 mld zł w końcu 1998 roku do 3,2 mld zł w końcu 1999 roku. Kolejnym przełomowym momentem dla struktury aktywów finansowych polskich gospodarstw domowych było wprowadzenie podatku od odsetek kapitałowych (popularnie zwanego podatkiem Belki od nazwiska ówczesnego ministra finansów) pod koniec 2001 roku.

W grudniu 2001 roku bankowe depozyty bieżące gospodarstw domowych spadły o prawie 3,5 mld zł, a depozyty terminowe o prawie 8,8 mld zł. Równocześnie wzrosła kwota depozytów terminowych o terminie powyżej 2 lat o ponad 9,8 mld zł. Łącznie nastąpił więc wypływ z systemu bankowego depozytów na kwotę ok. 2,5 mld zł. Wprowadzenie podatku spowodowało wydłużenie terminów depozytów do ponad 2 lat tylko dla ok. 6% wszystkich depozytów terminowych. Równocześnie nastąpił znaczny wzrost aktywów funduszy inwestycyjnych i zakupu obligacji. Wartość aktywów funduszy inwestycyjnych zwiększyła się z 7,12 mld zł na końcu października do 10,32 mld zł na początku grudnia 2001 roku. Wzrost

wyniósł więc ok. 3,2 mld zł. Osoby fizyczne dokonały też w tym okresie zakupów obligacji na kwotę ok. 2,3 mld zł oraz zakupu polis ubezpieczeniowo-inwestycyjnych na kwotę ok. 200 mln zł. Łączna suma wzrostu aktywów funduszy inwestycyjnych, zakupu obligacji i polis ubezpieczeniowo-inwestycyjnych, dająca ok. 5,7 mld zł, przewyższa o 3,2 mld zł wypływ środków z systemu bankowego. Środki te pochodziły prawdopodobnie z oszczędności przechowywanych w domu (odnośnie których brak jest wiarygodnych danych) oraz z bieżących środków powstałych w wyniku wstrzymywania się od konsumpcji.

Na koniec 2006 roku łączne depozyty gospodarstw domowych w sektorze bankowym wynosiły prawie 240 mld zł. Przyrost w stosunku do poprzedniego 2005 roku wyniósł niespełna 8,5%. Był to 2 rok wzrostu lokat bankowych gospodarstw domowych od wprowadzenia podatku od odsetek kapitałowych w 2001 roku, od kiedy to lokaty te spadały 3 lata z rzędu. Lata te były równocześnie okresem dynamicznego wzrostu aktywów funduszy inwestycyjnych. Porównując³ jednak odsetek gospodarstw domowych, które lokują swoje oszczędności w lokatach bankowych (ok. 34%), z odsetkiem lokującym w funduszach inwestycyjnych (3% do 5%), należy uznać, że ta ostatnia forma inwestowania nadal pozostaje „elitarną” i dotyczy tylko najlepiej sytuowanych rodzin⁴. Większość gospodarstw domowych (ok. 63%) wszystkie swoje dochody przeznaczają na bieżące wydatki. Jest to i tak poprawa sytuacji w stosunku do roku 2005, kiedy to ponad 75% rodzin nic nie oszczędzało, i najgorszych pod tym względem lat 2001–2002, kiedy prawie 85% rodzin deklarowało niezdolność do odkładania jakichkolwiek oszczędności.

Wzrost łącznych depozytów bieżących gospodarstw domowych wynikał wyłącznie z przyrostu kwoty depozytów bieżących z 70,5 mld zł na koniec 2005 roku do prawie 94 mld zł na koniec 2006 roku. Tak znaczny przyrost (ponad 33% w skali roku) wskazuje, z jednej strony, na lepszą koniunkturę w dziedzinie zatrudnienia, częstsze wykorzystanie konta bankowego do przelewu dochodów, ale także – z drugiej strony – na nieumiejętność efektywnego zarządzania wolnymi środkami, które nie są lokowane w formie przynoszącej właścicielowi większy dochód niż bardzo niskie obecnie oprocentowanie depozytów bieżących.

Wzrostowi kwoty depozytów bieżących gospodarstw domowych towarzyszyło w 2006 roku zmniejszenie depozytów terminowych ze 147,8 mld zł na początku roku do 143,2 mld zł na końcu, co stanowiło spadek o ok. 3%. Spadek depozytów terminowych objął prawie wszystkie kategorie tych depozytów oprócz najkrótszych depozytów do jednego miesiąca (tu nastąpił wzrost o ok. 7% do 27,5 mld zł) oraz depozytów o terminach 6–12 miesięcy (przyrost o 2,5% do 33,9 mld zł). Najbardziej spadła kwota depozytów o terminach od 1 do 2 lat (spadek o 18,5% do 4,7 mld zł) oraz od 3 do 6 miesięcy (spadek o ok. 12% do 23,2 mld zł). Spadek w tej ostatniej kategorii był najwyższy w wartościach bezwzględnych, gdyż wyniósł ponad 3,2 mld zł.

³ Na podstawie badań CBOS z grudnia 2006.

⁴ Por. L. Dziawgo, *Private banking. Bankowość dla zamożnych klientów*, Kraków 2006.

Zdecydowana większość depozytów bankowych ulokowana jest w krajowej walucie. Depozyty w innej walucie stanowią ok. 14% ogółu depozytów. Mniejszy udział depozytów walutowych występuje wśród depozytów bieżących (ok. 10%), a wśród depozytów terminowych walutowe stanowią ok. 16%. Wartości te pozostają od 10 lat na względnie stałym poziomie, co świadczy o ugruntowaniu zaufania do krajowej waluty.

Do aktywów gospodarstw domowych zaliczyć należałoby także środki zgromadzone w Otwartych Funduszach Emerytalnych. Ich wartość nie jest zależna od indywidualnych decyzji, nie można więc w tym przypadku badać czynników skłonności do oszczędzania. Wielkość tych środków ma zatem większe znaczenie w ujęciu makroekonomicznym niż w kontekście uwarunkowań mikroekonomicznych. Środki te są prywatną własnością pracowników, bez wątplenia więc stanowią aktywa finansowe polskich gospodarstw domowych.

Na koniec 2006 roku środki zgromadzone w Otwartych Funduszach Emerytalnych wynosiły niespełna 116,6 mld zł. Większość środków OFE ulokowana jest w bezpiecznych instrumentach finansowych – obligacjach i bonach skarbowych (ok. 63%), następnie w akcjach (ok. 34%), pozostałą część stanowią lokaty bankowe i inne instrumenty finansowe. Członkami 15 Otwartych Funduszy Emerytalnych było 12,3 mln osób, co daje średnią wartość zgromadzonego kapitału na osobę równą ok. 9400 zł. Średnia miesięczna wartość składki na osobę przekazana w grudniu 2006 roku do funduszu wynosiła 103,20 zł, przy czym najwyższa była w ING Nationale-Nederlanden Polska (122 zł), a najniższa w OFE Nordea (78 zł). Przeciętnie w ciągu miesiąca do wszystkich OFE trafia ok. 1,2 mld zł.

Kolejną pozycją pod względem wartości zgromadzonych środków są aktywa funduszy inwestycyjnych, które na koniec 2006 roku osiągnęły poziom prawie 99 mld zł. Dynamika wzrostu w stosunku do poprzedniego roku jest tu najwyższa spośród wszystkich wymienionych składników aktywów gospodarstw domowych i wynosi ponad 61%. Kilkudziesięcioprocentowa dynamika przyrostu aktywów utrzymuje się już ósmy rok z rzędu, za wyjątkiem roku 2004, kiedy przyrost aktywów wyniósł tylko ok. 10%. Największy udział w aktywach mają fundusze mieszane (akcji i papierów dłużnych) – 52,6%, akcyjne – 23,2%, obligacyjne – 11,1%, rynku pieniężnego (krótkoterminowe papiery dłużne i lokaty bankowe) – 7,9%, resztę stanowią inne fundusze – 5,2%.

Kolejny składnik aktywów finansowych gospodarstw domowych związany jest z ubezpieczeniami na życie (dział I – ubezpieczenia osobowe i na życie). Do aktywów finansowych ubezpieczonych należy tu zaliczyć tzw. rezerwę techniczno-ubezpieczeniową zakładów ubezpieczeń na życie, pochodzącą ze skumulowanych składek, a wykazywaną w pasywach tych firm. Są to zobowiązania wobec klientów w proporcji do ryzyka przyjętego do ochrony zdarzeń w poszczególnych umowach, lub/i wynikające z części inwestycyjnej polisy. Środki te mogą więc „wrócić” do gospodarstw domowych z tytułu zdarzeń losowych (ubezpieczenia na życie, wypadkowe i chorobowe), osiągnięcia określonego wieku (polisy na dożycie, posa-

gowe i inwestycyjne) oraz wycofania części inwestycyjnej (ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym). Trzeba tu podkreślić, że do tak rozumianych aktywów finansowych nie należy zaliczać ubezpieczeń majątkowych czy komunikacyjnych działu II, ze względu na to, iż środki wypłacane z tytułu tych ubezpieczeń pokrywają tylko straty w utraconym, ale istniejącym wcześniej majątku rzeczowym, który nie zalicza się do aktywów finansowych gospodarstw domowych. Na koniec 2006 roku rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe firm oferujących w Polsce polisy na życie (dział I) wynosiły ok. 55,6 mld zł.

Gospodarstwa domowe lokują także swoje wolne środki bezpośrednio w akcjach poprzez ich zakup w biurach maklerskich i z tytułu akcji pracowniczych. Wartość akcji w bezpośrednim posiadaniu gospodarstw domowych podlega tylko szacunkowej ocenie ze względu na brak pełnych danych na ten temat. W danych Warszawskiej Giełdy Papierów Wartościowych użyteczne w tym względzie mogą być dwie kategorie: inwestorzy indywidualni i niezidentyfikowani. W odróżnieniu od inwestorów instytucjonalnych takich, jak banki, fundusze emerytalne i inwestycyjne oraz przedsiębiorstwa posiadające znaczne pakiety akcji innych podmiotów, inwestorzy indywidualni i niezidentyfikowani nie mają obowiązków sprawozdawczych, jeśli posiadają tylko stosunkowo niewielkie pakiety akcji. W zdecydowanej większości te dwie grupy inwestorów można utożsamiać z osobami fizycznymi dokonującymi transakcji na własny rachunek. Ich udział w kapitalizacji krajowych spółek na Warszawskiej Giełdzie Papierów Wartościowych szacowany jest na ok. 25%. Szacunki te potwierdzają się w udziale krajowych inwestorów indywidualnych w obrotach akcjami (choć brak tu bezpośredniego przełożenia, gdyż obrót jest wyższy od posiadania), wynoszącym w 2006 roku ok. 35%. Kapitalizacja krajowych spółek na Warszawskiej Giełdzie Papierów Wartościowych wynosiła na koniec 2006 roku 438 mld zł. Uwzględnienie tylko krajowych spółek wynika z tego, iż akcje wielu z nich były oferowane w ofertach publicznych przeznaczonych dla osób fizycznych na rynku pierwotnym lub przydzielane bądź sprzedawane jako transza pracownicza. Nie zmienia to jednak faktu, że krajowi inwestorzy indywidualni kupują na rynku wtórnym oprócz firm krajowych także akcje firm zagranicznych. Mimo wszystko uwzględnienie spółek zagranicznych bez jakichkolwiek danych o zakupach inwestorów indywidualnych zawyżyłoby ten szacunek. Można potraktować to zaniżenie jako kompensatę uwzględnienia wszystkich spółek krajowych, choć nie wszystkie z nich były oferowane na rynku pierwotnym w transzach dla inwestorów indywidualnych lub jako pracownicze. Poza tym gospodarstwa domowe posiadają także akcje nienotowane na rynku giełdowym. Wobec powyższych uwarunkowań można oszacować wartość akcji w bezpośrednim posiadaniu krajowych inwestorów indywidualnych na ok. 110 mld zł.

Obligacje Skarbu Państwa dzięki intensywnej kampanii informacyjnej i promocyjnej w środkach masowego przekazu są w ostatnich latach jednym z najlepiej rozpoznawanych, obok bankowych lokat terminowych, produktem oszczędnościowym dla gospodarstw domowych. Poza obligacjami detalicznym istnieją także tzw.

obligacje hurtowe. Mają one nominal 1000 zł, a na rynku pierwotnym sprzedawane są w pakietach po 100 sztuk. Istnieje możliwość nabycia pojedynczych sztuk na wtórnym rynku giełdowym. Wymaga to jednak posiadania rachunku w biurze maklerskim i pewnej znajomości funkcjonowania tych instrumentów. Z tego względu obligacje hurtowe są mniej popularne wśród gospodarstw domowych o przeciętnych dochodach⁵. Łącznie na koniec 2005 roku gospodarstwa domowe miały ulokowane w skarbowych papierach wartościowych ok. 17,7 mld zł. Wśród papierów detalicznych najwięcej środków obejmowały obligacje 2-letnie (ok. 6,4 mld zł), następnie 3-letnie (ok. 2,8 mld zł), 5-letnie (ok. 2,7 mld zł), 4-letnie (0,57 mld zł) oraz 10-letnie (0,2 mld zł). We wszystkich obligacjach hurtowych i bonach skarbowych osoby prywatne ulokowały ok. 5 mld zł.

Europejska klasyfikacja ESA zawiera także w aktywach finansowych gospodarstw domowych gotówkę w obiegu. Zaliczenie tego składnika wydaje się jednak z punktu widzenia celu niniejszego opracowania wątpliwe. Kategoria podawana przez NBP jako gotówka w obiegu poza kasami banków ma głównie charakter transakcyjny, a nie tezauryzacyjny. Poza tym część takiej gotówki jest też w posiadaniu firm biorących udział w obiegu pieniądza. Tylko gotówka przechowywana w domu przez gospodarstwa domowe i traktowana przez nie jako oszczędności mogłaby być zaliczana do aktywów. Stanowi ona jednak zapewne tylko niewielką część gotówki w obiegu poza kasami banków i jest bardzo trudna do oszacowania ze względu na niechęć ludzi do ujawniania tego typu środków. Gotówka w obiegu poza kasami banków wynosiła na koniec 2006 roku ok. 70 mld zł. Szacunkowo można przyjąć, że tylko 1%–2% tej kwoty jest trwale wycofane z bieżącego obiegu i traktowane jako oszczędności gospodarstw domowych, co daje wartość ok. 1 mld zł. Wyżej wymieniony odsetek wynika m.in. ze stopy oszczędzania gospodarstw domowych z dochodu wynoszącej dla danych makroekonomicznych ok. 7%. Z innych badań wynika, że 15%–30% gospodarstw domowych lokuje swoje oszczędności w gotówce. Zestawienie tych współczynników wskazuje na założony tu odsetek i kwotę gotówki trwale odkładanej (ponad miesiąc) przez gospodarstwa domowe w celach tezauryzacyjnych.

Kredyty bankowe można potraktować jako ujemne aktywa finansowe gospodarstw domowych. Kredyty gospodarstw domowych wraz z odsetkami w sektorze bankowym wynosiły na koniec 2006 roku 187,6 mld zł. Przyrost w skali roku wyniósł tu prawie 34% i wynikał w dużej mierze z wzmożonego zadłużania się gospodarstw domowych na cele mieszkaniowe. Pod względem terminów najbardziej w 2006 roku zwiększyły się kredyty ponad 20-letnie. Kredyty te w skali roku uległy prawie podwojeniu (przyrost o ok. 94%), osiągając wartość 48 mld zł, co stanowi już 26% wszystkich kredytów gospodarstw domowych. Jeszcze 5 lat wcześniej stanowiły one tylko 5% wartości wszystkich kredytów. Kredyty o średnich terminach (2 do 20 lat) przyrastały w tempie 20%–30%. W całej puli

⁵ *Ibidem.*

kredytów 68% ich wartości denominowana jest w krajowej walucie, a 32% w walutach obcych (według przeliczenia kredytów walutowych na złotówki po kursie z ostatniego dnia roku). Jeśli jednak wziąć pod uwagę tylko kredyty hipoteczne, to przeważają już te w walutach obcych (53% wartości kredytów hipotecznych).

Podsumowanie

Dane demograficzne wskazują na postępujące starzenie się społeczeństwa polskiego. Nieznacznie spada też liczba ludności, co wynika z niskiego przyrostu naturalnego oraz emigracji zarobkowej. Pewną nadzieję na odwrócenie tych trendów daje wejście w okres rozrodczy wyżu demograficznego urodzonego w latach 80. XX wieku, czego przejawem było w ostatnim roku zwiększenie liczby zawieranych małżeństw o prawie 10%.

Sytuacja finansowa polskich gospodarstw domowych w ciągu ostatnich 2 lat (2004–2005) uległa znacznej poprawie. Zwiększyły się dochody gospodarstw domowych i wzrosła stopa oszczędzania. Poprawiło się też wyposażenie gospodarstw domowych w dobra trwałego użytku. Nadal największy udział, choć spadający, w lokowaniu oszczędności gospodarstw domowych mają lokaty bankowe. Coraz częściej wykorzystywane są w tym celu fundusze inwestycyjne. Znacznie wzrosło też zadłużenie gospodarstw domowych w bankach, głównie na cele mieszkaniowe. Łączne aktywa finansowe polskich gospodarstw domowych na koniec 2006 roku oszacować można na 640 mld zł, co przy zadłużeniu bankowym wynoszącym 188 mld zł daje kwotę netto ok. 452 mld zł.

Bibliografia

1. *Bankowość detaliczna, potrzeby, szanse i zagrożenia*, red. G. Rytłewska, Warszawa 2005.
2. Dziawgo L., *Private banking. Bankowość dla zamożnych klientów*, Kraków 2006.
3. *Leksykon sfery spożycia, terminologia i metodyka badań*, red. H. Szulce, Warszawa 1987.
4. *Mały Rocznik Statystyczny 2007*, GUS, Warszawa 2007.
5. *Warunki życia ludności Polski w latach 2004–2005. Departament Statystyki Społecznej*, GUS, Warszawa 2007.

Abstract

The article discusses the structure of Polish households regarding the source of support, age and place of residence. It emphasizes tendencies concerning society ageing, economic emigration, low population growth and the beginning of professional activity by the population boom of the 1980s. Next, the income and expenses of households in 2005-2006 are analysed in microeconomic and macroeconomic aspect. Categories of poverty are defined according to the income and expenses criteria. Improvement of economic situation has been noticed in most household groups.



Next, the article analyses household financial assets understood as current and cumulated savings deposited in the products of financial market. These include bank deposits, State Treasury bonds, investment funds, life insurance policies, assets located in Open Pension Funds. Bank loans are treated as negative financial assets. Substantial growth of household liabilities have been noticed, especially for the residence purposes.

Streszczenie

Artykuł omawia strukturę polskich gospodarstw domowych ze względu na źródło utrzymania, wiek, miejsce zamieszkania. Podkreślone zostały tendencje dot. starzenia się społeczeństwa, emigracji zarobkowej, niskiego przyrostu naturalnego i wchodzenia w życie zawodowe wyżu demograficznego lat 80. XX w. Następnie przeanalizowane zostały dochody i wydatki gospodarstw domowych w ujęciu mikro i makroekonomicznym w latach 2005-2006. Zdefiniowano także kategorie ubóstwa wg kryteriów dochodów i wydatków. Stwierdzono poprawę sytuacji finansowej w większości grup gospodarstw domowych.

Następnie omówiono aktywa finansowe gospodarstw domowych rozumiane jako ich bieżące i skumulowane oszczędności ulokowane w produktach rynku finansowego. Do aktywów tych zaliczono depozyty i lokaty bankowe, obligacje Skarbu Państwa, jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, ubezpieczenia na życie, środki zgromadzone w Otwartych Funduszach Emerytalnych. Kredyty bankowe potraktowano jako ujemne aktywa finansowe tych podmiotów. Zauważono znaczny wzrost zadłużenia gospodarstw domowych, szczególnie na cele mieszkaniowe.







KRZYSZTOF GERC

Uwarunkowania rozwoju emocjonalnego młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym w kontekście funkcjonowania rodziny

Słowa kluczowe: rodzina, dojrzewanie, mózgowie porażenie dziecięce
Keywords: family, maturation, cerebral palsy

Wprowadzenie

Osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym stanowią jedną z grup niepełnosprawności, w której problemy sfery osobowościowej czy też sfery poznawczej bardzo mocno splatają się z występowaniem zaburzeń w obrębie systemu rodzinnego. Przedmiotem niniejszego opracowania jest przedstawienie psychologicznego obrazu funkcjonowania młodzieży z porażeniem mózgowym w rodzinie z uwzględnieniem charakterystycznych cech związanych z organicznymi deficytami OUN.

Z literatury przedmiotu wynika, że w okresie dojrzewania u młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPD) z całą ostrością ujawnia się poczucie odmienności i dyskomfortu emocjonalnego, a konsekwencje psychologiczne schorzenia zaznaczają się głównie w sferze rodzinnej (3, 6, 8, 9, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21). Celem pracy jest wyodrębnienie przydatnych w codziennej praktyce terapeutycznej



„strategii” rehabilitacyjnych, które przyczyniłyby się do minimalizacji niekorzystnych emocjonalno-społecznych następstw niepełnosprawności dziecka z porażeniem mózgowym.

Termin **mózgowe porażenie dziecięce** oznacza przewlekłe, niepostępujące zaburzenie czynności ośrodkowego neuronu ruchowego, będące następstwem uszkodzenia mózgu w okresie jego rozwoju (7, 11, 13). Występuje ono w 0,1–0,3% przypadków, a niektóre źródła podają, iż dotyczy 0,5% populacji (11, 14, 15, 20, 21).

Do najczęstszych objawów dziecięcego porażenia mózgowego zalicza się: dyskinezję, zaburzenia napięcia mięśniowego, zaburzenia w postaci bezładu mózdkowego, ograniczenia rozwoju psychoruchowego, zaburzenia odruchów wczesnodziecięcych, a także porażenia i niedowłady obejmujące, stosownie do natężenia choroby, różne kończyny (6, 8, 12, 16). Podaje się zazwyczaj trzy postacie mózgowego porażenia dziecięcego:

- spastyczne, charakteryzujące się zwiększoną odpowiedzią mięśnia na jego rozciąganie,
- niespastyczne,
- mieszane (14, 15).

Porażenie może dotyczyć jednej lub kilku kończyn (9), a głębokość patologicznych objawów wynikających z zespołu mózgowego porażenia dziecięcego jest bardzo zróżnicowana i może sytuować się w stanach bliskich normalnemu, aż do objawów głębokiego upośledzenia funkcjonalnego.

Przedmiotem analiz badawczych zaprezentowanych w niniejszej pracy była wieloaspektowa próba oceny sposobu spostrzegania przez dziecko z porażeniem mózgowym własnej rodziny i swojego w niej miejsca z uwzględnieniem szerokiego spektrum zależności, które mogłyby modyfikować płaszczyznę relacji emocjonalnej w rodzinie (status rodziny, poziom zaradności dziecka, poziom uszkodzenia analizatorów, deficyty lokomocyjne itp.).

Metody i materiał badawczy

Badaniami objęto grupę 68 pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym w wieku 13–18 lat (40 chłopców, 28 dziewcząt), leczonych w okresie od marca 1999 do kwietnia 2002 roku w Małopolskim Centrum Rehabilitacji Dzieci w Radziszowie, nieopodal Krakowa. W doborze grupy do badań uwzględniono dwa kryteria: wiek i poziom rozwoju intelektualnego (norma). To kryterium jest ważne w mózgowym porażeniu dziecięcym, ponieważ zdarzają się przypadki bardzo wyraźnie obniżonej sprawności intelektualnej towarzyszącej istotnym zaburzeniom ruchowym. Badania stanowiły kontynuację prób pilotażowych, zrealizowanych w 1998 roku przez autora niniejszego opracowania we współpracy z dr K. Dropową z Ośrodka Psychosomatyki i Terapii Rodzin przy Dziecięcym Szpitalu Klinicznym Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Kra-

kowie–Prokocimiu (10). Grupę kontrolną stanowiło 26 zdrowych rówieśników – uczniów Liceum Ogólnokształcącego w Skawinie. W badaniach zastosowano następujące metody:

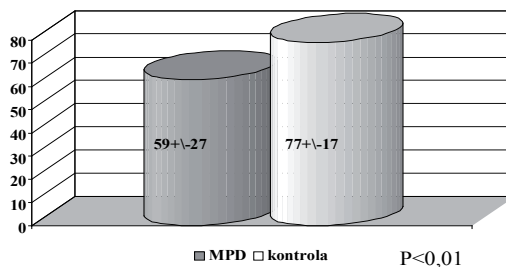
- 1) wywiad ustrukturyowany,
- 2) dane obserwacyjne,
- 3) Skalę Całościowej Oceny Rodziny Worland–Schechtman (FGAS),
- 4) kwestionariusz do badania poczucia koherencji Antonowskiego (SOC),
- 5) Test Stosunków Rodzinnych Bene–Anthony (TSR).

Wyniki

Na rysunku 1 przedstawiono porównanie ogólnej oceny rodzin młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym oraz rodzin młodzieży pełnosprawnej, stanowiącej grupę kontrolną.

Rys. 1. Ogólna ocena rodzin młodzieży z MPD oparta na skali Worland–Schechtman

Ogólna ocena rodzin młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPD) oparta na skali Worland - Schechtman (FGAS)



Całościowa ocena rodzin pacjentów (rys. 1) sytuuje się aż o 18 punktów niżej w stosunku do wyników dotyczących rodzin dzieci zdrowych. Na wynik ten wpływa niewątpliwie sytuacja przewlekłej konieczności leczenia pacjenta i dodatkowej pomocy w życiu codziennym. Rodziny radzą sobie z tym problemem w różnym stopniu. Wpłynęło to na poziom istotności statystycznej różnic uzyskanych wyników ($p \leq 0,01$), choć przywołując sądy Worland i Schechtman, można przewidywać zaistnienie potocznej opinii, iż „jeden członek lub cała rodzina ma przejściowe trudności z dostosowaniem się, ale w ocenie nieprofesjonalisty nie potrzebuje ona pomocy”. Taki wynik oznacza jednak brak stabilności systemu rodzinnego z tendencją do sytuacyjnie narastających konfliktów i dezintegracji rodziny (10,11).

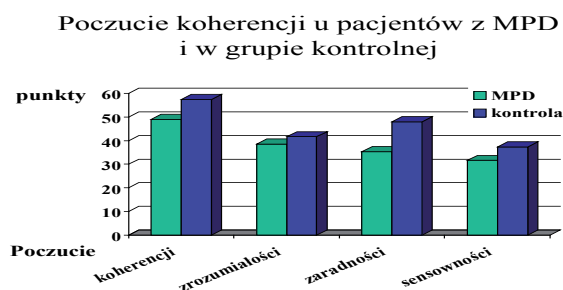
Na rysunku 2 przedstawiono porównanie wyników poczucia koherencji u młodzieży z MPD oraz w grupie kontrolnej.

Rys. 2. Poczucie koherencji u pacjentów z MPD i w grupie kontrolnej

	MPD x	MPD s	Kontrola x	Kontrola s	P
Poczucie koherencji	46,53	7,19	54,31	14,04	0,02
Poczucie zrozumiałości	39,36	11,22	42,56	9,22	NS
Poczucie zaradności	37,41	8,11	46,32	11,05	0,003
Poczucie sensowności	34,33	6,11	32,15	17,09	0,05

Analiza zaprezentowanych powyżej wyników uzyskanych przy pomocy Kwestionariusza do badania poczucia koherencji jednoznacznie wskazuje, iż ogólne przekonanie pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym o możliwości sprostania wymogom sytuacji trudnych jest istotnie niższe niż w grupie kontrolnej. Zarysowuje się to precyzyjnie w poszczególnych wymiarach struktury profilu, głównie w zakresie ogólnego poczucia koherencji i poczucia zaradności, co ilustruje rys. 3, ale również w aspekcie poczucia sensowności.

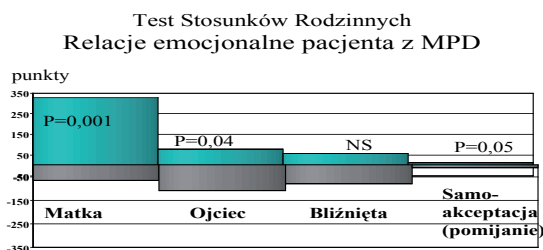
Rys. 3. Poczucie koherencji u pacjentów z MPD i w grupie kontrolnej



Najważniejszym źródłem uczuć dla młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym jest matka (różnica w stosunku do grupy kontrolnej plasuje się na poziomie istotności statystycznej $p \leq 0,001$); ona również jest głównym odbiorcą pozytywnych emocji. Kontakty z ojcem cechuje natomiast ambiwalencja z tendencją do repulsji (różnica pomiędzy wynikami w grupie kontrolnej kształtuje się na poziomie $p \leq 0,05$).

Bardziej szczegółowa analiza rezultatów TSR wskazuje na zdecydowanie mniejsze zaangażowanie emocjonalne dziecka z MPD w relacje z rodzeństwem w stosunku do grupy kontrolnej. Relacje pacjentów z najbliższymi członkami rodziny zilustrowano na rys. 4.

Rys. 4. Test Stosunków Rodzinnych



Wielowymiarowa analiza korelacyjno-regresyjna przeprowadzona z zastosowaniem pakietu komputerowego Statistica 5.5 wykazała, że nasilenie pozytywnych emocji manifestowane przez badanych pacjentów wobec matki jest uzależnione od kilku czynników: charakteru ich relacji z ojcem, rodzeństwem oraz poczucia życiowej skuteczności i zaradności. Twierdzenie to zilustrowano na rys. 5, na którym przedstawiono model korelacji dla silnie pozytywnej relacji emocjonalnej dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym z matką jako zmiennej zależnej.

Rys. 5. Korelacja silnie pozytywnej relacji emocjonalnej matki i pacjenta z MPD (TRS/SOC)

Korelacje silnie pozytywnej relacji emocjonalnej matki i pacjenta z MPD (TSR/SOC)

Zmienna niezależna:	współczynnik regresji	beta	P
negatywna relacja z ojcem	0,41	0,32	0,03
ambiwalentne relacje z rodzeństwem	0,34	0,29	0,05
poczucie zaradności	-0,86	-0,28	0,025

R = 0,82
R² = 69%

wyraz wolny 62.8

Ojcowie odbierani są przez pacjentów jako bardziej chłodni uczuciowo od matek. Są oni najprawdopodobniej również percypowani jako mniej empatyczni i w większym stopniu obarczani uciążliwością rehabilitacji. Można również sądzić, iż cechuje ich większa niezależność psychiczna od rodziny i osłabienie więzi z dziećmi.

Istotne jest, iż pacjenci pomijają siebie zarówno w dawaniu, jak również przyjmowaniu emocji, jedynie u 31,5% badanych pojawiały się w tym wymiarze odpowiedzi (rys. 4).

Nie stwierdzono zależności pomiędzy funkcjonowaniem rodziny, ocenianym na podstawie FGAS, a którymkolwiek z wymiarów SOC. Może to stanowić efekt stosowania przez badanych bardzo silnych mechanizmów obronnych, zwłaszcza o charakterze wyparcia, regresji i projekcji. W wywiadzie zastrzeżenia pod adresem rodziny są raczej rzadko wypowiedane. Sprowadzają się głównie do uczestniczenia, i to w ograniczonym stopniu, w życiu codziennym rodziny, stawiania przez członków rodziny zbyt małych wymagań i pozostawiania pod ich stałą obserwacją. Zarzuty stawiane rodzinie przez pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym, mimo iż typowe dla wieku dorastania, koncentrują się częściej wokół ich sprawności psychofizycznej.

Stwierdzono pozytywną, wyraźną korelację pomiędzy wymiarem „pomijania siebie”, świadczącym o niskiej samoocenie w Teście Stosunków Rodzinnych, a niskim poczuciem sensowności (SOC, rys. 6).

W tabeli 1 przedstawiono model korelacji dla niskiej samoakceptacji u pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym jako zmiennej zależnej. Jej poziom jest uwarunkowany przez stopień nasilenia deficytów motorycznych oraz sensorycznych, poprzez charakter relacji emocjonalnych z matką oraz głębokość poczucia sensowności (SOC, tab. 1).

Tab. 1. Tabela korelacji emocjonalnego pomijania siebie (niska samoocena) w grupie pacjentów z MPD

	MPD x	MPD s	Kontrola x	Kontrola s	P
Poczucie koherencji	46,53	7,19	54,31	14,04	0,02
Poczucie zrozumiałości	39,36	11,22	42,56	9,22	NS
Poczucie zaradności	37,41	8,11	46,32	11,05	0,003
Poczucie sensowności	34,33	6,11	32,15	17,09	0,05

Na niską samoocenę młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym, jak to przedstawiono w tabeli 1, wpływają: głębsza niepełnosprawność ruchowa i związane z nią deficyty o charakterze sensorycznym i manipulacyjnym, silny, wieloaspektowo uwarunkowany związek emocjonalny pacjenta z matką oraz niskie poczucie sensu własnego życia, jak i brak realnych celów życiowych.

Porównując dane kwestionariuszowe oraz obserwacyjne, można stwierdzić, że uzasadnieniem uzyskanych wyników wydają się być: wyuczona bezradność, obawy przed niewłaściwym stosunkiem otoczenia do niepełnosprawności (np. okazywanie litości, czynienie przedmiotem szczególnej uwagi, wypytywanie

o defekt). Obawy takie nasilają się wraz z wiekiem, lecz – jak wynika z analizowanych badań – nie nastawiają one młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym egocentrycznie (nie stwierdzono statystycznie istotnego związku z roszczeniową postawą wobec otoczenia ani z wrogością wobec rodzeństwa). Warto także odnotować pewne nieistotne statystycznie tendencje: w diadach jedнопłciowych-bliźniaczych relacje z rodzeństwem mają charakter przyjacielski, a ambiwalencja zarysowuje się nieznacznie. Przy dużej różnicy wieku wrogość i niechęć są otwarcie wypowiedzane przez dziecko z MPD wobec brata lub siostry. Wzajemne relacje rodzeństwa przy ciężkim nasileniu objawów porażenia u jednego z rodzeństwa są ambiwalentne lub przejęte wrogością.

Na podstawie uzyskanych w badaniu danych można zaproponować ogólny model oddziaływań pomiędzy wyodrębnionymi zmiennymi, ilustrujący złożoność przedstawionego zagadnienia. Zostały one zilustrowane na rys. 6, na którym pokazano wyraźnie, że na poziom samooceny młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym wpływają zarówno czynniki o charakterze społeczno-rodzinnym, jak również zmienne podmiotowe, a także fakty wynikające z faktu niepełnosprawności ruchowej.

Rys. 6. Próba interpretacji niskiej samooceny u pacjentów z MPD w kontekście rodzinnym



Dyskusja nad wynikami

Przedstawiając w niniejszej analizie psychologiczny obraz funkcjonowania młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym w rodzinie trzeba odnotować charakterystyczne cechy związane z deficytami organicznymi Ośrodkowego Układu Nerwowego występujące u tych dzieci. Zalicza się do nich nieprawidłowe percepcje wizualno-motoryczne oraz dotykowe. U dzieci z porażeniem mózgowym stwierdza się m.in. deficyty różnego stopnia w zakresie percepcji wzrokowej, ana-

lizi i syntezy słuchowej. Percepcja chorych wykazuje znamiona fragmentaryczności, globalności i jest pozbawiona analityczności. Odbiór bodźców zewnętrznych ma charakter mało selektywny, stąd też spostrzeżenia mogą odzwierciedlać cechy i szczegóły nieistotne. To z kolei pociąga za sobą trudności w tworzeniu pojęć, które powstają na podstawie cech drugorzędnych, nie zaś konstytutywnych przedmiotów.

Rozwój dziecka jest procesem złożonym i dynamicznym, uwarunkowanym działaniem czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Ich splot i wzajemne interakcje ujawniają się szczególnie wyraźnie w przypadku dziecka dotkniętego niepełnosprawnością, wymagającego stałej i kompleksowej rehabilitacji.

Dla dziecka podstawową grupą społeczną jest rodzina, ta z kolei również nie funkcjonuje w próżni społecznej, lecz stanowi system otwarty powiązany transakcyjnie z innymi mikrosystemami społecznymi (3, 5, 10). W tym kontekście widać wyraźnie, jak istotne obciążenie emocjonalne może towarzyszyć rodzicom wychowującym dziecko z mózgowym porażeniem dziecięcym. Tymczasem dla prawidłowego funkcjonowania oraz jak najmniej zaburzonego rozwoju konieczna jest akceptacja przez rodziców faktu ograniczonej sprawności ich dziecka. Jest ona trudna, bowiem towarzyszy jej lęk o przyszłość dziecka oraz niepokój dotyczący dalszych postępów rehabilitacyjnych.

Psychologiczne konsekwencje mózgowego porażenia dziecięcego przejawiają się w niezaspokojeniu potrzeby akceptacji, autonomii, uznania, przynależności do grupy społecznej (17), ale także wiążą się z uzależnianiem się od osób z najbliższego otoczenia – rodziny. Zaburzenie prawidłowych relacji społecznych, koegzystujące z ograniczonymi kompetencjami manualnymi, deficytami percepcji, zniekształceniem mowy powodują, że dzieci te mają – nawet przy zasadniczo prawidłowym rozwoju intelektualnym – kłopoty z nauką szkolną i wyborem zawodu (11). Jest zatem wysoce uzasadnione, aby wskazać na pewne prawidłowości wynikające ze specyfiki psychologicznego funkcjonowania dziecka z mózgowym porażeniem w rodzinie z wyodrębnieniem zagrożeń, które pojawiają się w okresie adolescencji.

Uzyskane wyniki są najdotkliwiej determinowane przez jakość funkcjonowania dziecka w sferach społecznej oraz zajęciowej. Pacjenci nie sądzą, by mogli w przebiegu dalszego życia normalnie się rozwijać i podjąć taki rodzaj aktywności zawodowej, który byłby dla nich satysfakcjonujący. Żywią raczej przekonanie, że to, co będą czynić w swoim życiu, będzie raczej nudne i pozbawione w szerokiej perspektywie sensu. Brak im odwagi i wytrwałości, by stawić czoła wymaganiom, jakie przed nimi stawia życie. Nie bez znaczenia jest tutaj kwestia uzależnienia się od opieki rodziny oraz oporów wewnętrznych, na jakie napotykają, gdy trzeba zwrócić się o pomoc do osób obcych. Wyzwała to w pacjentach zniechęcenie, które często jest spowodowane niewłaściwym stosunkiem otoczenia do osób niepełnosprawnych. Badani czują się niezdolni nie tylko do samodzielnego życia, lecz również do samodzielnego podejmowania decyzji. Wolą przebywać w otocze-

niu osób niepełnosprawnych, ponieważ sądzą, iż ludzie zdrowi nie wiedzą, co się czuje, będąc człowiekiem niepełnosprawnym. Badani mocno akcentują potrzebę zdobycia zawodu i pracy, wykazania się w tej pracy sukcesami, jednak towarzyszy temu świadomość ograniczeń, czy wręcz przekonanie, że większość zawodów wymaga możliwości fizycznych istotnie wykraczających poza prezentowane przez badanych.

Powyższy wywód uzasadnia otrzymane niskie wartości wymiarów ogólnego poczucia koherencji oraz poczucia zaradności. Dla młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym rodzina jest podstawowym oparciem. Pacjenci w okresie adolescencji są już świadomi obciążeń, jakie dotyczą ich rodzin z powodu niepełnosprawności. Młodzi ludzie zadają więc często pytanie: jak mogą się rodzicom odwdziżyć, w jaki sposób mogą zrekompensować straty, jakie rodzina poniosła w związku z ich kalectwem? Tak postawione problemy mają swoje źródło w zaburzeniu relacji wewnątrzrodzinnych. W wynikach przeprowadzonych badań (Test Stosunków Rodzinnych) szczególnie wyraźnie ujawniła się dysproporcja w emocjach przekazywanych i przyjmowanych od matki i od ojca.

Wnioski

- U młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym poczucie koherencji (SOC) jest istotnie niższe niż w grupie kontrolnej; poczucie zaradności obniżone jest stosownie do stwierdzonego natężenia trudności lokomocyjnych i poznawczych.
- Sytuacja przewlekłej choroby, zwłaszcza niepełnosprawności ruchowej, wymagającej stałej i uciążliwej rehabilitacji stawia pacjentów z MPD u progu dorosłego życia w pozycji wyuczonej bezradności.
- Nie stwierdzono korelacji pomiędzy wymiarami SOC a ogólnym funkcjonowaniem rodziny. Fakt ten jest przypuszczalnie związany z powszechnie stosowanymi przez badanych mechanizmami obronnymi (głównie silnym wyparciem, regresją i projekcją) oraz wyuczoną bezradnością.
- Pacjenci z MPD ujawniają silne pozytywne relacje z matką (TSR); ich wzmocnienie koreluje z ujawnieniem ambiwalentnych emocji wobec ojca. Modyfikacja nieprawidłowych postaw rodzicielskich jest możliwa po ich pogłębionym rozpoznaniu, najkorzystniej, kiedy dokonuje się w naturalnym środowisku rodziny.
- Konsekwencją wieloletniej koncentracji rodziny na rehabilitacji ruchowej niepełnosprawnego dziecka jest osłabienie więzi wewnątrzrodzinnych, a także zaniedbanie procesów autonomizacji i separacji właściwych okresowi dojrzewania.
- Należy stymulować procesy dojrzewania wybranej grupy pacjentów poprzez specjalne programy zadaniowe dla rodzin i instytucji, zajmujących się dziećmi i młodzieżą z MPD (programy integracyjne, zajęcia korekcyjno-kompensacyjne, treningi kompetencji społecznych, przeciwdziałanie wyuczonej bezradności). Trzeba oddziaływać równocześnie na osoby pełnosprawne oraz na inwalidów. Tych ostat-

nich trzeba nauczyć właściwego interpretowania zachowań społecznych, odporności na przejawy postaw negatywnych oraz uniezależniania się od krzywdzących ocen otoczenia społecznego.

- Szczególnie ważne wydaje się poprawienie samoakceptacji i wykształcenie poczucia sprawstwa osób niepełnosprawnych z MPD oraz możliwości ich autokreacji.

Bibliografia

1. Antonowsky A., *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*, [w:] *Psychologia zdrowia*, red. P. Heszen-Niejodek, H. Sęk, Warszawa 1997.
2. Antonowsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*, Warszawa 1995.
3. Barker R. G., Wright H. F., *Midwest and its children. The psychological ecology of an American town*, New York 1995.
4. Barker R. G., *Ecological psychology: concept and methods for studying the environment of human behaviour*, California 1968.
5. Bertalanffy von L., *Ogólna teoria systemów*, Warszawa 1984.
6. Best G. A., *Cerebral palsy*, [w:] *Individuals with physical disabilities. An Introduction for educators*, Saint Luis 1978, s. 26–44.
7. Borzyczkowska H., *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie i społeczeństwie*, [w:] *Rehabilitacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w rodzinie*, red. A. Hulek, Warszawa 1984, s. 18–27.
8. Carrasco R. C., *Children with cerebral palsy*, [w:] *Occupational Therapy for children*, red. P. Nuse Pratt, St Louis 1989, s. 396–421.
9. Czochońska J., Łosiowski Z., *Mózgowe porażenie dziecięce*, [w:] *Neurologia dziecięca*, red. W. Czochońska, Warszawa 1985, s. 328–346.
10. Gerc K., Dropowa K., Solecka I., *Wpływ rodziny na dojrzewanie emocjonalne pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym*, [w:] *Człowiek w zdrowiu i chorobie*, Warszawa 1999.
11. Kowalik S., *Dorosłość osób niepełnosprawnych w świetle koncepcji strefy utraconego rozwoju*, [w:] *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny*, red. K. Rzedzicka, A. Kobyłańska, Kraków 2003.
12. Kowalik S., *Osoby niepełnosprawne i psychologiczne aspekty ich rehabilitacji*, [w:] *Psychologia kliniczna*, t. 2, red. H. Sęk, Warszawa 2006.
13. Kowalik S., Ratajska A., Szmaus A., *W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia*, [w:] *Jakość życia w naukach medycznych*, red. L. Wołowicka, Poznań 2001.
14. Makiello-Jarżowa G., Gerc K., *Konsekwencje niepełnosprawności ruchowej o podłożu neurologicznym w ujęciu rozwojowym*, „Przegląd Lekarski” 1998, nr 4.
15. Michałowicz N., *Mózgowe porażenie dziecięce*, Warszawa 1986.
16. Nawotny J., Krauze M., *Rehabilitacja lecznicza dzieci z chorobami układu nerwowego*, Warszawa 1981.
17. Rougues D. D., *Parents et Therapeutic faces a l'enfant handicaps*, Paris 1975.
18. Sikorski W., *Psychoterapeutyczny kontekst modelu salutogenetycznego A. Antonowskiego Gestalt*, Kraków 1997, s. 10.
19. Therapy Information, Sheet No 1, edited by Library and Information Unit, The Spastics Society for People with Cerebral Palsy.
20. Watson A. L., *Vocational Assessment and Rehabilitation Outcomes*, „Rehabilitation Counseling Bulletin” 1990, Vol. 34, No 1, s. 61–64.
21. Witkowski T., *Nasilenie, uwarunkowanie i treść psychospołecznych problemów u młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym*, [w:] *Wybrane zagadnienia z neuropsychologii*, red. M. Steuden, Lublin 1994.

Abstract

Natural development of children with cerebral palsy (CP) may be hindered or even unequally delayed. It can be a result of both patient's own disability and personality and also the family specificity, connected with chronic illness in the family. In the study 68 adolescents with CP aged 13-18 years and 26 healthy teenagers have been examined. The evaluation has concerned psychosocial functioning of patients and their families. Psychosomatic questionnaire, Family Relation Test, Sense of Coherence Test and Family Global Assessment Scale have been applied. The results indicate how self-acceptance (self-omission) of the CP patients connected with strong positive relation with mother and ambivalence toward father. We also concern lowering of sense of coherence specially sense of sensibleness and resourcefulness. This situation creates probably trained helplessness observed in these cases. It seems to be the consequence of family concentration on physical rehabilitation and of reluctance to let patient to separate and individuate. Therefore parents psychoeducation has been underline as an important part of revalidation.

Streszczenie

Rozwój młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym może być zahamowany, a nawet opóźniony. Stanowi to konsekwencję zarówno niepełnosprawności ruchowej, zmian osobowościowych, jak też problemów związanych z przeżywaniem przewlekłej choroby i adaptacją do jej ograniczeń w rodzinie. W pracy przebadano 68 adolescentów z MPD w wieku 13–18 lat oraz 26 zdrowych rówieśników. Ocena dotyczyła funkcjonowania psychospołecznego pacjentów i ich rodzin. Zastosowano metody psychometryczne, w tym TSR, SOC, FGAS oraz posłużono się wywiadem i danymi obserwacyjnymi. Wyniki badań wskazują na niską samoakceptację (pomijanie siebie) pacjentów połączoną z silnie pozytywną relacją z matką i ambiwalencją ujawnianą w stosunku do ojca. Obniżone też pozostaje ich poczucie sensowności i zaradności (SOC). To stawia pacjentów z MPD u progu dorosłego życia w pozycji wyuczonej bezradności. Niewątpliwie jest to konsekwencja koncentracji rodziny na rehabilitacji ruchowej z zaniedbaniem procesów indywidualizacji i separacji właściwych okresowi dojrzewania. W kontekście przytoczonych rozważań bardziej rozwinięta psychoedukacja rodziców oraz wieloaspektowe wsparcie psychologiczne, adresowane do młodzieży z MPD, wydają się być niezbędną częścią ich rehabilitacji.





KRYSTYNA KLUZOWA

Małżeństwa wyznaniowe we współczesnej Polsce

Słowa kluczowe: małżeństwo, małżeństwo wyznaniowe, cechy demograficzno-społeczne nowożeńców

Keywords: marriage, confessional marriage, sociodemographic characteristics of newlyweds

Polska w swych aktualnych granicach jest państwem wysoce homogenicznym pod względem wyznaniowym. Wprawdzie z ostatnio opublikowanych danych statystycznych wynika, że na terenie kraju jest zarejestrowanych aż 175 związków wyznaniowych, z których działa 160¹, ale wszystkie one – pominąwszy największy – skupiają niewiele ponad 6% mieszkańców Polski. Prawdziwym „potentatem” jest w tej dziedzinie Kościół rzymskokatolicki, którego wierni obejmują blisko 94% ogółu obywateli kraju. Na drugiej pozycji plasuje się Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny z ponad 507 tys. wiernych. Trzecie miejsce zajmują różne kościoły protestanckie zrzeszające ponad 161 tys. wiernych. Sporo wyznawców (ponad 123 tys.) ma też Związek Wyznania Świadków Jehowy. Inne gminy wyznaniowe liczą od kilkudziesięciu tysięcy do kilkudziesięciu, a nawet kilkun-

¹ Zob. *Wyznania religijne, stowarzyszenia narodowościowe i etniczne w Polsce 2003–2005*, GUS, Warszawa 2007, s. 12.



stu wiernych². Zdecydowana przewaga katolików³ w Polsce sprawia, że związek z religią katolicką traktowany jest jako wykładnik polskości, co znajduje swoje odzwierciedlenie w często używanym – zarówno przez samych Polaków, jak i cudzoziemców – acz nie do końca uzasadnionym określeniu „Polak-katolik”. O niepełnej zasadności tego określenia świadczy nie tylko fakt, iż pewna część Polaków identyfikuje się z inną niż katolicyzm religią, względnie reprezentuje kategorię osób obojętnych religijnie lub niewierzących, ale przede wszystkim to, iż praktyka życia dużej grupy osób deklarujących się jako „wierzący katolicy” nie pokrywa się w wielu sytuacjach z zasadami wyznawanej przez nich wiary. Są jednak i takie sytuacje, w których „statystyczny” Polak eksponuje i manifestuje swój związek z religią – przynajmniej w wymiarze obrzędowym – zachowując, zgodnie z tradycją katolicką, rytuał obchodzenia ważnych świąt w roku liturgicznym, jak np. Boże Narodzenie czy Wielkanoc, bądź też nadając religijną oprawę ważnym wydarzeniom związanym z życiem rodzinnym, jak np. narodziny dziecka, śmierć członka rodziny czy zawarcie małżeństwa.

Skupiając uwagę na tym ostatnim wydarzeniu, ważnym tak z indywidualnego, jak i społecznego punktu widzenia, warto postawić pytania o skalę zawierania małżeństw w formie religijnej, cechy społeczno-demograficzne nowożeńców wybierających tę formę oraz poddać analizie dynamikę zmian w odniesieniu do obu wspomnianych kwestii.

Mimo iż w Polsce od ponad 60 lat małżeństwami uznawanymi przez państwo są wyłącznie małżeństwa zawarte zgodnie z prawem polskim, tzn. małżeństwa cywilne⁴, przez wszystkie lata powojennej historii znacząca część Polaków zawierała związki małżeńskie także w formie religijnej⁵. Co więcej, w pierwszych kilkunastu latach po wojnie, mimo wprowadzenia świeckich urzędów stanu cywilnego, część ludności nie dopełniała obowiązku zawierania ślubu w formie cywilnej i dlatego dane statystyczne dotyczące poziomu małżeńskości w latach 1946–1958 są niekompletne⁶. W 1958 roku ustawą o zmianie przepisów prawa o aktach stanu cywilnego⁷ wprowadzono zakaz udzielania ślubów religijnych przed zawarciem i zarejestrowaniem małżeństwa w odpowiednim urzędzie stanu cywilnego. Stan ten trwał aż do 1989 roku, kiedy w nowej sytuacji politycznej, jaka zaistniała w Polsce,

² Zob. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2006*, GUS, Warszawa 2006, s. 220–221.

³ Włączając do tej grupy – poza wiernymi obrządku łacińskiego – także wiernych obrządku bizantyjsko-ukraińskiego, ormiańskiego i bizantyjsko-słowiańskiego.

⁴ Obowiązek zawierania małżeństw w formie cywilnej został wprowadzony dekretem z 25 września 1945 r. – *Prawo małżeńskie* (Dz.U. 1945, Nr 48, poz. 270).

⁵ Z danych statystycznych wynika, że w latach 70. na 1000 małżeństw cywilnych przypadło ponad 800 małżeństw zawieranych w Kościele rzymskokatolickim, natomiast w latach 80. było ich już ponad 900. Wśród krajów o najwyższym odsetku katolików Polska zajmowała wysokie miejsce pod względem udziału procentowego małżeństw zawieranych w kościele, np. w 1988 r. ze wskaźnikiem 6,3 małżeństw kościelnych przypadających na 100 katolików uplasowała się na drugiej pozycji po Meksyku, w którym ten wskaźnik osiągnął poziom 6,7 (zob. *Kościół katolicki w Polsce 1918–1990. Rocznik Statystyczny*, GUS, Warszawa 1991, s. 170).

⁶ Zob. J. Z. Holzer, *Demografia*, Warszawa 2003, s. 165.

⁷ Zob. Dz.U. 1958, Nr 72, poz. 358.

zniesiono wspomniany zakaz⁸, nie wprowadzając jednakże zrównania w prawach obu rodzajów związków. Dopiero pod koniec 1998 roku, wypełniając postanowienia konkordatu zawartego w 1993 roku między Stolicą Apostolską a Rzeczpospolitą Polską⁹, dzięki dokonaniu odpowiednich zmian w ustawodawstwie¹⁰, wprowadzono możliwość zawierania związków wyznaniowych o skutkach równoważnych małżeństwom cywilnym¹¹. Obecnie małżeństwa wyznaniowe mogą być zawierane w dziesięciu Kościołach i jednym związku wyznaniowym funkcjonujących na terenie Polski¹².

Informacje o liczbie małżeństw wyznaniowych, tudzież wybranych cechach osób je zawierających, są od 1999 roku publikowane w corocznie wydawanych przez Główny Urząd Statystyczny „Rocznikach Demograficznych”. Zakres tych informacji nie jest zbyt szeroki, stwarza jednak podstawę do odpowiedzi na pytanie, jaki jest stopień popularności tej formy zawierania małżeństw we współczesnej Polsce.

Nawet nie wnikając w dane statystyczne, lecz wyprowadzając wnioski z charakteryzującego Polaków przywiązania do tradycji religijnych, można z góry założyć, że małżeństwa wyznaniowe będą się cieszyć wśród nich sporą popularnością. Dane statystyczne potwierdzają słuszność tego założenia. Od chwili wprowadzenia tej formy zawierania małżeństw korzysta z niej każdego roku niemal trzy czwarte nowożeńców. Jest oczywiste, że ze względu na występujący w Polsce wysoki poziom homogeniczności wyznaniowej około 99% małżeństw przybierających tę formę stanowią związki zawierane przez katolików.

Analizując dane statystyczne obrazujące obecność tych związków w polskiej rzeczywistości społecznej od momentu ich wprowadzenia aż do roku 2006 włącznie, można dostrzec wyraźne prawidłowości dotyczące rozkładu częstotliwości ich występowania w przekroju miasta–wieś oraz w układzie regionalnym.

Odsetek małżeństw wyznaniowych jest wyższy na wsi, gdzie dotyczy przeciętnie ponad 81% nowożeńców, niższy natomiast w miastach, gdzie osiąga przeciętną wartość 66,5% (tab. 1). Im większe miasto, tym odsetek nowożeńców wy-

⁸ Do uchylenia tego zakazu przyczyniło się uchwalenie ustawy z 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 1989, Nr 29, poz. 154).

⁹ Zob. Dz.U. 1998, Nr 51, poz. 318.

¹⁰ Zob. Ustawa z 24 lipca 1998 r. o zmianie ustaw Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Kodeks postępowania cywilnego, Prawo o aktach stanu cywilnego, ustawa o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 1998, Nr 117, poz. 757).

¹¹ Świadczy o tym treść art. 1 par. 2 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego: „Małżeństwo zostaje również zawarte, gdy mężczyzna i kobieta zawierający związek małżeński podlegający prawu wewnętrznemu kościoła lub innego związku wyznaniowego w obecności duchownego oświadczą wolę jednoczesnego zawarcia małżeństwa podlegającego prawu polskiemu i kierownik urzędu stanu cywilnego następnie sporządzi akt małżeństwa. Gdy zostaną spełnione powyższe przesłanki, małżeństwo uważa się za zawarte w chwili złożenia oświadczenia woli w obecności duchownego” (Dz.U. 1998, Nr 117, poz. 757).

¹² Są to: Kościół Katolicki, Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny, Kościół Ewangelicko-Augsburski, Kościół Ewangelicko-Reformowany, Kościół Ewangelicko-Methodystyczny, Kościół Chrześcijan Baptystów, Kościół Adwentystów Dnia Siódmego, Kościół Polskokatolicki, Kościół Starokatolicki Mariawitów, Kościół Zielonoświątkowy i Związek Gmin Wyznaniowych Żydowskich.

bierających tę formę zawierania małżeństwa niższy. W miastach liczących poniżej 5 tys. mieszkańców wynosił on w analizowanym okresie przeciętnie ponad 76%, natomiast w dużych miastach (powyżej 100 tys. mieszkańców) – niespełna 63%.

Na zróżnicowanie poziomu występowania tych małżeństw w miastach różnej wielkości i na wsi wpływa niewątpliwie poziom religijności mieszkańców obu tych środowisk. Na wsi poziom religijności, co potwierdzają przeprowadzane na próbach reprezentatywnych badania socjologiczne¹³, jest wyższy niż w miastach.

Tab. 1. Małżeństwa wyznaniowe w Polsce w latach 1999–2006 (w % ogółu zawar- tych małżeństw)

Lata	Ogółem	Miasta	Wieś
1999	68,7	62,9	77,4
2000	71,9	66,2	80,6
2001	73,4	67,8	83,1
2002	73,4	68,0	83,0
2003	72,9	67,9	82,3
2004	73,1	67,9	81,1
2005	71,1	67,1	84,3
2006	69,5	64,5	77,3

Źródło: obliczenia własne na podstawie „Roczników Demograficznych” z lat 2000–2007, GUS, Warszawa.

Z badań tych wynika ponadto, że różnice w poziomie religijności Polaków są związane także z zamieszkiwaniem w określonych regionach kraju. Bazując na takich wskaźnikach, jak poziom uczestnictwa w praktykach religijnych i typ auto-deklaracji religijnej, można wyróżnić 4 regiony kraju o zróżnicowanym poziomie religijności – od najwyższego po najniższy¹⁴. Okazuje się, że to zróżnicowanie znajduje także odzwierciedlenie w poziomie zawieranych małżeństw wyznaniowych: im wyższy poziom religijności, tym wyższy udział takich małżeństw (tab. 2).

Analizując przestrzenny wymiar rozkładu małżeństw wyznaniowych, warto także zwrócić uwagę na związki zawierane przez Polaków z cudzoziemcami, a ściślej mówiąc, z osobami zamieszkałymi za granicą, ponieważ stanowią one „wyjątek od reguły”. Dominują wśród nich bowiem związki zawierane w formie cywilnej, a nie wyznaniowej.

Interesujące jest także to, że jeżeli dochodzi do małżeństwa Polki z cudzoziemcem, to udział zawieranych związków wyznaniowych jest ponad dwukrotnie wyższy niż w przypadku, gdy Polak żeni się z cudzoziemką (przeciętne udziały procentowe takich związków zawartych w badanym okresie wynoszą, odpowiednio, 25,4% i 10,6%).

¹³ Zob. np. *Religijność Polaków w III RP – komunikat z badań CBOS*, oprac. B. Wciórka, Warszawa, marzec 1999; *Religijność Polaków na przełomie wieków – komunikat z badań CBOS*, oprac. B. Wciórka, Warszawa, kwiecień 2001.

¹⁴ *Ibidem*, s. 27.

Tab. 2. Małżeństwa wyznaniowe w Polsce według regionów wyróżnionych na podstawie poziomu religijności mieszkańców (w %)

Przeciętny odsetek małżeństw wyznaniowych (1999–2006)	Poziom religijności w regionach*			
	I	II	III	IV
	78,9	73,7	67,8	66,7

Źródło: jak w tab. 1.

* Poziom I (najwyższy) występuje w województwach: podkarpackim i małopolskim; poziom II (średni wyższy) – w opolskim, lubelskim, świętokrzyskim, wielkopolskim, pomorskim i podlaskim; poziom III (średni niższy) – w kujawsko-pomorskim, warmińsko-mazurskim, dolnośląskim, mazowieckim i lubuskim; poziom IV (najniższy) – w zachodnio-pomorskim i łódzkim

Jeśli wziąć pod uwagę przynależność wyznaniową zdecydowanej większości mieszkańców Polski, staje się jasne, czym można tłumaczyć spore różnice w udziale nowożeńców o różnym stanie cywilnym decydujących się na zawarcie małżeństwa w kościele (tab. 3).

Jest oczywiste, że ze względu na niedopuszczalność rozwodów w religii katolickiej ci kandydaci do powtórnego małżeństwa, których pierwszy związek był zawarty w formie religijnej, a następnie uległ rozwiązaniu na podstawie przepisów prawa cywilnego, nie mogą zawrzeć kolejnego związku w formie wyznaniowej. Nie dziwi więc, dlaczego udział osób rozwiedzionych korzystających z tej formy zawierania związku jest niski¹⁵. Większe zdziwienie może natomiast budzić relatywnie niski udział osób owdowiałych wybierających ten sposób formalizacji swego związku, które – jeśli założyć, że są katolikami – nie mają przeszkody kanonicznej do zawarcia ślubu w kościele.

Stan cywilny osób funkcjonujących na rynku matrymonialnym ma wyraźne powiązanie z ich wiekiem. Wśród najmłodszych kandydatów i kandydatek do stanu małżeńskiego przeważają kawalerowie i panny, wśród nieco starszych pojawiają się częściej osoby rozwiedzione, a wśród najstarszych – owdowiałe. Można się więc spodziewać, że wśród osób w środkowych grupach wieku odsetek zawierających związki wyznaniowe będzie niższy niż w grupach młodszych i starszych, w których dominują osoby niewiכלane w przeszkody natury religijno-prawnej uniemożliwiającej zawarcie małżeństwa wyznaniowego. Hipotezę tę potwierdzają dane zawarte w tab. 4.

¹⁵ Należy przypuszczać, że małżeństwa wyznaniowe zawierają ci rozwiedzeni, których pierwsze związki nie miały charakteru sakramentalnego lub też – jeśli były zawierane w kościele – zostały przez sąd kościelny uznane za zawarte nieważnie.

Tab. 3. Małżeństwa wyznaniowe według poprzedniego stanu cywilnego nowożeńców (w % ogółu małżeństw zawartych przez osoby o danym stanie cywilnym)*

Stan cywilny	Kawaler	Wdowiec	Rozwiedziony
Panna	80,1	60,3	12,0
Wdowa	62,1	59,2	8,9
Rozwiedziona	14,7	15,6	2,5

*Wartości przeciętne dla lat 1999–2006

Źródło: jak w tab. 1.

Tab. 4. Małżeństwa wyznaniowe według wieku nowożeńców (w % ogółu małżeństw zawartych przez osoby w danym wieku)*

Płeć	Wiek							
	Poniżej 19 lat	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	Powyżej 50 lat
Mężczyźni	62,3	77,6	80,4	66,1	50,9	31,6	19,5	23,7
Kobiety	69,3	79,6	75,8	55,1	37,9	21,3	16,5	27,5

*Wartości przeciętne dla lat 1999–2006

Źródło: jak w tab. 1.

Pewną niespodziankę sprawiają informacje dotyczące częstotliwości korzystania z wyznaniowej formy zawierania małżeństwa przez osoby reprezentujące różne poziomy wykształcenia.

Jak słusznie zauważa P. Szukalski, „można byłoby oczekiwać, że osoby o wyższym wykształceniu – jako zarówno osoby mniej podatne na nacisk tradycyjnie usposobionego otoczenia, zamieszkujące częściej w miastach, a zwłaszcza w miastach dużych, wreszcie jako osoby zakładające rodzinę w nieco późniejszym wieku niż gorzej wyedukowani – odznaczać się będą niższym odsetkiem małżeństw zawieranych przed duchownymi”¹⁶.

Tymczasem sytuacja jest dokładnie odwrotna. Najwyższy odsetek małżeństw wyznaniowych występuje właśnie wśród legitymujących się najwyższym wykształceniem, a w szczególności wśród najwyższej wyedukowanych kobiet. Nieco mniejszą, choć generalnie dużą popularnością, cieszą się te związki wśród osób z wykształceniem nie niższym niż zasadnicze zawodowe. Natomiast udział osób z wykształceniem podstawowym lub niepełnym podstawowym, które decydują się

¹⁶ Zob. P. Szukalski, *Małżeństwa wyznaniowe w Polsce*, „Wiadomości Statystyczne” 2003, nr 5, s. 71–72.

na wybór takiej formy legalizacji swego związku, jest wyraźnie niższy, zwłaszcza w subpopulacji kobiet (tab. 5).

Tab. 5. Małżeństwa wyznaniowe według poziomu wykształcenia nowożeńców (w %)*

Płeć	Wykształcenie					
	Wyższe	Policealne	Średnie	Zasadnicze	Podstawowe	Niepełne podstaw.
Mężczyźni	73,9	70,8	73,0	71,4	59,1	39,9
Kobiety	76,7	72,2	73,5	68,4	52,7	36,5

*Wartości przeciętne dla lat 1999–2006

Źródło: jak w tab. 1.

Dokonując prezentacji małżeństw wyznaniowych, warto także zwrócić uwagę na fakt, iż podlegają one, podobnie zresztą jak w ogóle wszystkie małżeństwa traktowane jako zjawisko demograficzne, wyraźnej sezonowości. Fenomen sezonowości polega na tym, że w pewnych miesiącach roku kalendarzowego zawieranych jest szczególnie wiele związków, w innych natomiast ta częstotliwość jest wyraźnie mniejsza. W przypadku małżeństw wyznaniowych istotne znacznie dla kształtowania się ich sezonowości ma struktura roku liturgicznego. Okresami ograniczającymi w praktyce częstotliwość zawierania małżeństw są w religii katolickiej okresy Adwentu i Wielkiego Postu. Dane statystyczne obrazujące częstotliwość zawierania małżeństw w poszczególnych miesiącach roku kalendarzowego potwierdzają tę prawidłowość, np. przeciętny odsetek małżeństw wyznaniowych zawieranych w latach 1999–2006 w wymienionych okresach roku liturgicznego był prawie czterokrotnie niższy niż małżeństw cywilnych. Natomiast wspólne zarówno dla nowożeńców wybierających tak cywilną, jak i wyznaniową formę małżeństwa są awersja do legalizowania ich w maju, który – wedle przesądów – uchodzi za miesiąc niesprzyjający nowożeńcom, oraz predylekcja do stawiania na ślubnym kobiercu w okresie lata i wczesnej jesieni.

Podsumowując rozważania na temat małżeństw wyznaniowych, należy stwierdzić, że ani ich poziom, ani struktura demograficzno-społeczna zawierających je osób nie uległy w analizowanym okresie wyraźniejszym zmianom. Można raczej powiedzieć, iż dostrzegalna jest petryfikacja takich cech tych związków, które ujawniły się już w pierwszym roku ich obecności w polskiej rzeczywistości społecznej. Rodzi się pytanie, czy tak będzie nadal i czy w przyszłości związki te będą równie popularne jak obecnie? Są to pytania, na które trudno w tej chwili udzielić jednoznacznej odpowiedzi. Wydaje się jednak, że przywiązanie Polaków do tradycji religijnych nie spowoduje zaniku tej formy zawierania małżeństw, choć nie można wykluczyć, że wraz z postępującą desakralizacją związków małżeńskich, której oznaki są w Polsce widoczne (o czym świadczy chociażby rosnący

poziom rozwodów) ślub zawierany w kościele nie będzie – jak twierdzi francuski badacz F. Bozon – świadectwem religijności nowożeńców, lecz w coraz większym stopniu stawać się będzie okazją do potwierdzenia chęci utrwalenia związku pomiędzy nowożeńcami a ich rodzinami i społecznością lokalną oraz „wskaźnikiem ich stosunku do małżeństwa jako instytucji”¹⁷.

Abstract

In the years 1945–1998 the only marriages recognised by the state were civil marriages. It was only late in 1998 that the possibility was introduced to contract confessional marriages to the same effect as the civil marriages. Due to high confessional homogeneity among Polish society approximately 99% of this kind of marriages are contracted by Catholics. The percentage of confessional marriages is higher in rural areas than in cities, and also higher in the southern part of the country (than in the north). These marriages are usually contracted by people who are getting married for the first time, and secondly by widows and widowers. The percentage of divorcees using this form of marriage is low as they are usually involved in obstacles of religious and legal nature which make confessional marriage impossible. Confessional marriages are normally contracted by people with the highest education, especially women with the highest education. Beside the above regularities, another characteristic of confessional marriages in the analysed period (1999–2006) is distinct differentiation in the frequency of marriages contracted in each month. The most popular time is summer and early autumn, whereas the least popular are the months of the liturgical seasons of Advent and Lent.

Streszczenie

W latach 1945–1998 małżeństwami uznawanymi w Polsce przez państwo były wyłącznie małżeństwa cywilne. Dopiero pod koniec 1998 roku wprowadzono możliwość zawierania związków wyznaniowych o skutkach równoważnych małżeństwu cywilnym. Od chwili wprowadzenia tej formy zawierania małżeństw korzysta z niej każdego roku niemal trzy czwarte nowożeńców. Ze względu na występujący w Polsce wysoki poziom homogeniczności wyznaniowej około 99% małżeństw przybierających tę formę stanowią związki zawierane przez katolików. Odsetek małżeństw wyznaniowych jest wyższy na wsi niż w miastach, a także w południowej części kraju (w porównaniu z północną), gdzie poziom religijności ludności jest szczególnie wysoki. Związki te zawierają najczęściej osoby wstępujące w stan małżeński po raz pierwszy, tzn. kawalerowie i panny, a w drugiej kolejności osoby owdowiałe. Odsetek rozwiedzionych zawierających małżeństwo w tej formie jest niski, ponieważ zazwyczaj te osoby są uwikłane w przeszkody natury religijno-prawnej uniemożliwiające zawarcie małżeństwa wyznaniowego. Małżeństwa wyznaniowe zawierają najczęściej osoby legitymujące się najwyższym wykształceniem, a w szczególności najwyższej wyedukowane kobiety. Charakterystycznym rysem tych małżeństw w okresie poddanym analizie (1999–2006) jest także – oprócz wymienionych wyżej prawidłowości – wyraźne zróżnicowanie częstotliwości ich zawierania w poszczególnych miesiącach roku kalendarzowego. Najczęściej są one zawierane w okresie lata i wczesnej jesieni, najrzadziej natomiast w miesiącach, na które – zgodnie z kalendarzem liturgicznym – przypadają okresy Adwentu i Wielkiego Postu.

¹⁷ Por. F. Bozon, *Sociologie du rituel du mariage*, „Population” 1992, nr 2, s. 415–416 (cyt. za: P. Szukalski, *op. cit.*, s. 74).



TERESA E. OLEARCZYK

Sytuacja dziecka w polskiej rodzinie po 1989 roku (wybrane aspekty)

Słowa kluczowe: wszechstronny rozwój dziecka, sytuacja materialna rodziny, okres transformacji po 1989 roku, sytuacja zdrowotna dzieci, edukacja dziecka, system oświaty

Keywords: versatile child development, material status of the family, transformation period after 1989, health situation of children, child's education, education system

Przemiany społeczno-ekonomiczne i ustrojowe, jakie nastąpiły w Polsce po roku 1989, w sposób trwały odbiły się na sytuacji i funkcjonowaniu wielu polskich rodzin¹. Zmiany te rozpatrywać można w kategoriach szans i zagrożeń², choć patrząc z perspektywy historycznej, przez wiele wieków sytuacja dziecka w rodzinach była nie do pozazdroszczenia.

„Warunkiem pomyślności gospodarczej państwa, jak i powstania społeczeństwa obywatelskiego jest wzajemne zaufanie, a ludzie godni zaufania kształtowani są przez prawidłowo funkcjonującą rodzinę”³ – która stwarza warunki do wszechstronnego rozwoju dziecka.

¹ Zob. S. Kawula, *Kształty rodziny współczesnej. Szkice familiologiczne*, Toruń 2005; K. Slany, *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego*, Kraków 2001; T. E. Olearczyk, *Sieroctwo i osamotnienie. Pedagogiczne problemy kryzysu współczesnej rodziny*, Kraków 2007, s. 55–56.

² F. Fukuyama, *Wielki wstrząs*, Warszawa 2000.

³ F. Fukuyama, *Zaufanie. Kapitał społeczny a droga do dobrobytu*, przeł. A. i L. Śliwa, Warszawa–Wrocław 1997.



Dopiero Ellen Key zwróciła uwagę na sytuację dziecka⁴, które przez wieki czekało na powszechny dostęp do edukacji. Reforma Jędrzejewiczowska zakładała obowiązek szkolny, który wszakże nie był wszędzie realizowany. Zmieniło się to dopiero po II wojnie światowej – wszystkie dzieci rozpoczęły naukę, która dla dzieci wiejskich była przerywana na pracę w polu.

Okres transformacji po 1989 roku wpłynął na zmiany w funkcjonowaniu rodziny⁵, która w coraz szerszym zakresie mogła odtąd dzielić lub przekazywać swoje funkcje instytucjom. Przed dziećmi i młodzieżą otworzyła się perspektywa „lepszego jutra”, a z drugiej strony – przy całej rozległości, a zarazem złożoności ich potrzeb, dzieci bardziej niż jakakolwiek inna grupa wiekowa zagrożone są tym, że ich potrzeby nie będą zaspokajane lub będą zaspokajane w sposób niepełny.

Naturalnym środowiskiem dziecka i kapitałem społecznym⁶ jest rodzina⁷. Od tego, w jakim stopniu i w jaki sposób spełnia wobec dziecka swoje funkcje i zadania, zależy w dużej mierze jego prawidłowy rozwój, i co za tym idzie – także jego przyszłe samodzielne życie.

Dziecko jest „obszarem” najważniejszym i najtrudniejszym, niezwykle delikatnym, a wychowywanie jest wydobywaniem prawdy o nim, nie tylko o jego słabościach, zdolnościach, potencjalnych możliwościach, ale i o jego przeznaczeniu. Sytuacja rodzinna może więc przyczynić się w równym stopniu do wszechstronnego rozwoju, wzrostu potencjału dziecka, jak i do jego degradacji⁸.

Zmiany, które dokonały się w rodzinach polskich na przestrzeni ostatnich 20 lat⁹, dotyczą przede wszystkim ich sytuacji wychowawczej i bytowej. Jest sprawą oczywistą, że prawidłowe funkcjonowanie rodziny ma związek z jej sytuacją ekonomiczną¹⁰, a sytuacja społeczno-materialna rodziny wpływa na sytuację dziecka (zwłaszcza w aspekcie zaspokajania jego potrzeb opiekuńczych, bytowych, zdrowotnych i edukacyjnych¹¹). Spróbujemy również w wymienionych obszarach określić zasięg zjawisk negatywnych będących udziałem dzieci, aby w ten sposób zarysować sytuację dziecka w Polsce po 1989 roku.

⁴ E. Key, *Stulecie dziecka*, przeł. I. Moszczeńska, red. J. M. Śmiałek, Warszawa 2005.

⁵ B. Balcerzak-Paradowska, *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków*, Warszawa 2004.

⁶ F. Fukuyama, *Zaufanie...*

⁷ *Kapitał społeczny we wspólnocie*, red. H. Januszek, Poznań 2005.

⁸ R. Pawłowska, *Sytuacja dziecka w rozwodzącym się małżeństwie*, „Problemy Rodziny” 1991, nr 2, s. 16–18.

⁹ L. Kocik, *Rodzina w obliczu wartości i wzorów ponowoczesnego świata*, Kraków 2006.

¹⁰ G. S. Becker, *Ekonomiczna teoria zachowań ludzkich*, Warszawa 1990.

¹¹ H. Cudak, *Zaspokojenie potrzeb psychicznych w rodzinie, a sieroctwo duchowe dzieci*, [w:] *Sieroctwo społeczne, przyczyny, skutki i sposoby jego zapobiegania w aktualnej rzeczywistości kraju*, red. T. Sołtyś, Włocławek 1998.

Sytuacja społeczno-ekonomiczna rodzin w Polsce w latach 1989–2005

Okres transformacji zapoczątkowany w roku 1989 przyniósł wiele zmian¹², wiele nadziei i swobody, wpłynął na przeobrażenie norm społecznych i moralnych, a te mają istotne i bezpośrednie znaczenie w procesie wychowania dzieci i funkcjonowania rodziny¹³. Z jednej strony, otworzyły się przed Polską nowe perspektywy rozwoju, z drugiej jednak – prywatyzacja i przechodzenie do gospodarki rynkowej spowodowały poważne pogorszenie sytuacji bytowej wielu rodzin. Urynkowienie cen towarów i usług pociągnęło za sobą wzrost kosztów utrzymania, a przemiany na rynku pracy stały się źródłem bezrobocia, ubóstwa, a także bezdomności. Rozbudowujące się miasta przyciągają mieszkańców wsi, dając prace, której na wsi zaczynało brakować z powodu zmniejszania się indywidualnych gospodarstw rolnych. Wejście do Unii Europejskiej przybliżyło Polskę do nowego, nieznanego w okresie PRL poziomu życia.

Komercjalizacja i decentralizacja szkolnictwa¹⁴ znalazły swoje odbicie we wzroście wydatków na szkolnictwo czy to w poszczególnych rodzinach, czy to w gminach, oraz w spadku wydatków na ten cel w budżecie państwa.

Okres transformacji wiąże się z przekształceniami na rynku i poza rynkiem, czyli w sferze działań polityki społecznej. Jedne i drugie przekształcenia w znaczący sposób wpływają na rodzinę, a więc i na sytuację dzieci i młodzieży.

Zjawisko ubóstwa w polskich rodzinach

Przemiany, jakie nastąpiły w Polsce po roku 1989, spowodowały stopniowe rozszerzanie się sfery ubóstwa, szczególnie w pierwszej fazie przemian¹⁵. Proces ten uległ pewnemu zahamowaniu w latach 1995–1996, kiedy to po raz pierwszy od 1989 roku zaobserwować można było poprawę sytuacji dochodowej gospodarstw domowych. W 1996 roku odnotowano najniższy na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat odsetek osób żyjących poniżej minimum egzystencji¹⁶, wynoszący wówczas 4,3%¹⁷. Także odsetek osób żyjących w sferze niedostatku, poniżej minimum socjalnego¹⁸ zmniejszył się w tym czasie do ok. 47%. W 1997 roku zaobserwowano

¹² B. Balcerzak-Paradowska, *Rodzina i polityka rodzinna...*

¹³ U. Kusio, *Rodzina jako środowisko wychowawcze*, Lublin 1998, s. 20 i nast.

¹⁴ Z. Melosik, *Postmodernistyczne kontrowersje wokół edukacji*, Poznań 2005, s. 20–21.

¹⁵ A. Toffler, *Trzecia fala*, Warszawa 1997.

¹⁶ Minimum egzystencji, zwane również niekiedy minimum biologicznym, stanowi dolne kryterium ubóstwa. Zakres i poziom zaspokajania potrzeb według minimum egzystencji wyznacza granicę, poniżej której występuje biologiczne zagrożenie życia oraz rozwoju psychofizycznego człowieka.

¹⁷ Wszelkie dane statystyczne, o ile nie podano inaczej, pochodzą ze źródeł GUS.

¹⁸ Minimum socjalne stanowi kategorię socjalną, mierzącą koszty utrzymania gospodarstw domowych, uwzględniając podstawowe potrzeby bytowo-konsumpcyjne. Wzorzec minimum socjalnego jest modelem za-

poprawę sytuacji materialnej w rodzinach osiągających wyższe dochody, co jednak – przy wzroście odsetka osób żyjących poniżej minimum egzystencji (5,4%) i poniżej minimum socjalnego (50,4%) – świadczy nie tyle o obniżaniu się poziomu ubóstwa społeczeństwa, co o coraz wyraźniejszym zarysowywaniu się różnic w poziomie życia poszczególnych polskich rodzin. W roku 2005 poniżej minimum egzystencji żyło już w Polsce 12,3% mieszkańców, a poniżej minimum socjalnego ponad 60%. Widać na tej podstawie, iż w polskim społeczeństwie wyraźnie utrwała się wspomniane wyżej zróżnicowanie poziomu życia. W 2004 roku 20% osób o najwyższych dochodach miało 6,6 raza wyższe dochody niż 20% osób o dochodach najniższych. To zróżnicowanie rozkładu dochodów należy do jednego z najwyższych w Unii Europejskiej.

W Polsce, podobnie jak w innych krajach Unii, o statusie społecznym i sytuacji materialnej rodziny coraz częściej decyduje pozycja jej członków na rynku pracy. Za główną przyczynę ubóstwa uważa się wobec tego bezrobocie, w najtrudniejszej sytuacji są zaś te rodziny, których podstawę utrzymania stanowią świadczenia społeczne¹⁹. Długoterminowe posiadanie statusu bezrobotnego powoduje nie tylko degradację społeczną, ale i zmiany mentalnościowe – dla wielu staje się to sposobem na życie; powstała nowa klasa społeczna – bezrobotnych i bezdomnych²⁰. Obecność osoby bezrobotnej w rodzinie trzykrotnie zwiększa prawdopodobieństwo znalezienia się w sytuacji skrajnego ubóstwa. Na ubóstwo szczególnie narażeni są także członkowie gospodarstw rolnych oraz rodzin utrzymujących się z rent.

Zubożenie rodzin ma związek z wykonywaniem niskopłatnej pracy, co łączy się z brakiem wykształcenia, potrzebnych umiejętności do wykonywania pracy i chęci do pracy. Szczególnie trudna sytuacja materialna i wychowawcza powstała na terenach popegeerowskich, w rodzinach wielodzietnych, obciążonych dodatkowo chorobami swoich członków²¹. Czynniki pogarszające sytuację rodzin i dzieci w nich się wychowujących to nadużywanie alkoholu oraz niegospodarność, brak racjonalnej gospodarki finansowej w rodzinie²².

Teoretycznie ubóstwo częściej dotyka też rodzin żyjących na wsi i w małych miasteczkach niż mieszkańców dużych miast; statystycznie (co nie zawsze jest zgodne z faktycznym stanem zasobów) roczny dochód na jedną osobę jest średnio o jedną trzecią niższy na wsi niż w mieście (ale też wiele dochodów jest nieewidencjonowanych i niewliczanych do średniej). Istnieje również znaczna roz-

spokajania potrzeb na generalnie niskim poziomie, ale jeszcze wystarczającym dla reprodukcji sił witalnych człowieka na każdym etapie jego biologicznego rozwoju, dla posiadania i wychowania potomstwa oraz dla utrzymania więzi ze społeczeństwem.

¹⁹ Zob. szerzej: E. Tarkowska, *Ubóstwo i wykluczenie społeczne. Koncepcje i polskie problemy*, [w:] *Współczesne środowisko polskie, dynamika zmian*, red. J. Wasilewski, Warszawa 2006, s. 319 i nast.

²⁰ *Ekskluzja i inkluzja społeczna – diagnoza – uwarunkowania – kierunki działań*, red. J. Grotowska-Leder, K. Faliszek, Toruń 2005.

²¹ W. Danilewicz, *Sytuacja życiowa w rodzinach migracyjnych*, Białystok 2006; zob. także: B. Balcerzak-Paradowska, *Wpływ okresowej migracji na warunki życia rodziny*, „Problemy Rodziny” 1994, nr 5.

²² H. Arendt, *Między czasem minionym a przyszłym*, Warszawa 1994.

piętość regionalnej sytuacji dochodowej polskich rodzin – najwyższe zagrożenie ubóstwem występuje w województwie świętokrzyskim, najniższe w śląskim. Czynnikiem, który w wyraźny sposób zwiększa zagrożenie ubóstwem jest również liczba dzieci w rodzinie. Pomocą obejmowane są i preferowane przede wszystkim samotne matki – choć samotne macierzyństwo tworzy różnorodną mozaikę potrzeb, a także rodziny zdeorganizowane, patologiczne. Polityka prorodzinna i społeczna kształtuje się przede wszystkim w rodzinach niepełnych i zastępczych.

Sytuacja materialna dziecka w polskiej rodzinie

W 1997 roku w rodzinach mających kłopoty z zaspokojeniem potrzeb pozwalających na normalne funkcjonowanie, żyła w Polsce co druga osoba, a w 2005 roku odsetek tychże osób wynosił już 60%. Jak wynika z danych statystycznych, im większa liczba dzieci w rodzinie, tym większe zagrożenie ubóstwem. W 1997 roku spośród rodzin posiadających czworo lub więcej dzieci, aż 84,5% osób żyło poniżej minimum socjalnego, a 20,1% – poniżej minimum egzystencji, co stanowi odsetek niemal 4 razy wyższy od średniej krajowej. W roku 2005 poniżej minimum egzystencji żyło już ok. 44% osób z rodzin wielodzietnych. Dla porównania – odsetek osób zagrożonych skrajnym ubóstwem w małżeństwach bezdzietnych jest kilkanaście razy niższy niż w rodzinach wielodzietnych. Z tego rodzaju analiz wynika, iż w Polsce ubóstwo najczęściej i najdotkliwiej dotyka dzieci i młodzież. W 1997 roku poniżej minimum egzystencji znajdowało się 14,9% osób poniżej 20 roku życia, a w 2005 roku – aż 37,5%. Zła sytuacja materialna rodziny determinuje nie tylko niski poziom zaspokojenia potrzeb konsumpcyjnych, ale też – co szczególnie niekorzystne dla prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży – poważnie ogranicza poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji w różnych dziedzinach życia.

Rodziny żyjące w ubóstwie z konieczności dominującą część swych dochodów przeznaczają na pokrycie opłat mieszkaniowych oraz żywność. Imperatywy przeżycia stają się przyczyną oszczędzania w innych dziedzinach: w wydatkach na kulturę i wypoczynek, związanych z edukacją dzieci, zakupem odzieży i obuwia itp. Obserwując średni poziom wydatków na jedną osobę w poszczególnych typach rodzin, możemy stwierdzić, iż w rodzinach wielodzietnych jest on przeciętnie niemal 2,5 raza niższy niż w małżeństwach bezdzietnych i 2 razy niższy niż w rodzinach z jednym dzieckiem (dane z 2005 roku). Badania wykazują wprawdzie, iż w polskich rodzinach zaspokajanie potrzeb dzieci zajmuje miejsce uprzywilejowane, lecz poziom wydatków jest zróżnicowany i zależy od liczby dzieci w rodzinie²³.

²³ Por. A. Olejniczuk-Merta, *Szanse, bariery i zagrożenia dla dzieci i młodzieży w okresie przemian społeczno-gospodarczych*, [w:] *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*, red. B. Balcerzak-Paradowska, Warszawa 1999, s. 27–28; A. Giza-Poleszczuk, *Przestrzeń społeczna*, [w:] *Wymiary życia społecznego. Polska na przełomie XX i XXI wieku*, red. M. Marody, Warszawa 2000.

Na poziom życia rodziny wpływają jej gospodarność i źródła dochodu, także te nieoficjalne, czyli tzw. praca na czarno. Zróżnicowanie to odnosi się zarówno do ogólnego poziomu wydatków, jak i do poszczególnych grup rzeczowych (np. żywienia, zdrowie, higiena, edukacja). Wśród dzieci w wieku 7–9 lat maksymalne wydatki w 1998 roku sięgały 1800 zł na miesiąc, a minimalne – 90 zł. Jeszcze wyraźniejsze zróżnicowanie występowało w grupie 15–18-latków – od 3000 zł na miesiąc do 120 zł. Zróżnicowanie poziomu życia rodzin jest tak duże, że zdarzają się sytuacje, w których rodziny zamożne przeznaczają miesięcznie większe sumy na utrzymanie dziecka niż rodziny najuboższe w ciągu całego roku. Rodziny wielodzietne są przeciążone kosztami utrzymania dzieci i często nie są w stanie zaspokajać ich wielorakich potrzeb (niejednokrotnie nadmiernie rozbudzonych przez media i reklamy). Zważywszy, iż w rodzinach tych wychowuje się ok. jednej trzeciej populacji w wieku rozwojowym, możemy uznać, iż wielu dzieciom w Polsce rodzina zaspokaja potrzeby materialne w stopniu zaniżonym.

Trudna sytuacja materialna jest także udziałem dzieci wychowujących się w rodzinach niepełnych²⁴ (ok. 90% takich rodzin stanowią samotne matki). Pod względem dochodów rodziny takie umiejscawiają się pomiędzy rodzinami z 2 lub 3 dziećmi, jednak czynnikiem niekorzystnym jest tutaj fakt, iż udział dochodów z pracy jest stosunkowo niski w porównaniu z całością dochodów, co nie gwarantuje stabilizacji społeczno-ekonomicznej.

Podsumowując, można stwierdzić, iż sytuacja materialna dzieci bywa zróżnicowana, przy czym zjawiskiem budzącym poważne obawy jest fakt, że w niektórych rejonach kraju znaczna liczba dzieci zagrożona jest ubóstwem, a wiele innych żyje w rodzinach, które nie gwarantują im pełnego zaspokojenia podstawowych potrzeb materialnych, rozwojowych i wychowawczych.

Zła sytuacja materialna rodzin (zwłaszcza wielodzietnych i niepełnych) stanowi barierę nie tylko w dostępie dzieci do edukacji czy kultury, ale także ogranicza zaspokojenie elementarnych potrzeb w zakresie żywienia czy ochrony zdrowia, co w konsekwencji prowadzić może nie tylko do degradacji społecznej, ale nawet biologicznej.

Znaczenie sytuacji rodzinnej dla prawidłowego rozwoju i funkcjonowania dziecka

Prawidłowy rozwój oraz zdrowie fizyczne i psychiczne dzieci i młodzieży, a także ukształtowane w tym okresie zachowania zdrowotne stanowią podstawowy potencjał życia i zdrowia człowieka dorosłego. I tu najważniejsza okazuje się rodzina, gdyż – jak czytamy w zapisie WHO – „zdrowie zaczyna się w domu”²⁵, i fizycz-

²⁴ E. Adamczyk, *Wychowanie dzieci w rodzinach samotnych matek*, Lublin 1988.

²⁵ Cyt. za: B. Zawadzka, *Znaczenie rodziny w kształtowaniu zachowań zdrowotnych jako determinanty zdrowia młodzieży*, [w:] *Rodzina XX wieku wobec dobra dziecka*, red. J. Wilk, Lublin 2003, s. 223; szerzej zob.:

ne, i moralne. To, w jakim zakresie rodzina zapewnia dziecku właściwe warunki rozwojowe, stopień troski o zdrowie – uzależnione jest w znacznej mierze od świadomości rodziców i warunków ekonomicznych i poziomu moralnego rodziny. W skrajnych sytuacjach dochodzi do sytuacji, w której rodzina nie może sobie pozwolić nawet na zakup lekarstwa czy przeprowadzenie operacji, staje się coraz mniej wystarczająca i coraz bardziej zależna od pomocy społecznej, kościoła czy instytucji charytatywnych.

Według danych statystycznych z 2005 roku przeciętna polska rodzina przeznaczala na ochronę zdrowia 5% swych dochodów. Rodziny żyjące poniżej minimum egzystencji, a więc zagrożone skrajnym ubóstwem, przeznaczały na ten cel jedynie 2,8% dochodów. Znaczna liczba osób z rodzin zagrożonych ubóstwem deklarowała, iż przyczyny finansowe zadecydowały o rezygnacji przez nich z wizyty u lekarza ogólnego lub specjalisty. Wśród osób o dochodach wyższych od przyjętej granicy ubóstwa, wskaźniki te były o połowę niższe. Analizując czynniki, które wpływają na zdrowie i rozwój psychofizyczny, zauważyć również trzeba, iż w rodzinach najuboższych spożycie produktów niezbędnych w zdrowej i racjonalnej diecie często pozostawało poniżej pożądanego poziomu. Aż 60% rodzin zagrożonych ubóstwem nie mogło sobie pozwolić na spożycie co drugi dzień posiłku składającego się z mięsa, drobiu lub ryb (w rodzinach niezagrożonych ubóstwem – 31%).

W kwestii wypoczynku, który również ma istotne znaczenie dla zdrowia i właściwego funkcjonowania ludzkiego organizmu, obserwujemy podobnie niekorzystną sytuację – tylko 12% rodzin zagrożonych ubóstwem miało możliwość tygodniowego wyjazdu na wypoczynek raz w roku (w rodzinach niezagrożonych ubóstwem – 34%). Te dane statystyczne pokazują, iż rosnąca pauperyzacja znacznej liczby polskich rodzin nie pozostaje bez wpływu na stan zdrowia i warunki rozwojowe dzieci i młodzieży.

Z ubóstwem z reguły idzie w parze niski poziom wykształcenia rodziców. Na początku lat 90. 70% osób dorosłych w Polsce posiadało wykształcenie co najwyżej zasadnicze zawodowe, w 2002 roku było ich 60%. Jest to o tyle istotne, iż regułą jest, że niższe klasy społeczno-zawodowe charakteryzują się gorszymi wskaźnikami stanu zdrowia niż rodziny bardziej wykształcone i sytuujące się w klasach wyższych. Niższy poziom wykształcenia koreluje z wyższym współczynnikiem umieralności niemowląt oraz ze zwiększoną umieralnością dzieci z powodu wypadków, urazów i zatruc. Wspomniany czynnik odbija się również wyraźnie na fizycznym, psychicznym i społecznym rozwoju dziecka.

Nie tylko ubóstwo jest czynnikiem niekorzystnie oddziałującym czy wręcz zagrażającym zdrowiu i rozwojowi dzieci. We współczesnych rodzinach do czynników takich należą także: uzależnienia, przemoc, przestępczość, złe traktowanie dziecka, przybierające postać przemocy fizycznej, emocjonalnej i seksualnej, zaniedbania, opóźnianie rozwoju fizycznego (np. celowe niedostarczanie dziecku

pożywienia), zaniedbania prenatalne czy wreszcie rozpad rodziny²⁶. Ważnym zadaniem rodziny wobec dziecka jest także szeroko pojęta promocja zdrowia, czyli kształtowaniu w dziecku zachowań i nawyków sprzyjających zdrowiu. Ze szkół usunięto gabinety lekarskie, a brak opieki pielęgniarki albo choćby higienistki utrudnia możliwość uzyskania pomocy czy podejmowania działań profilaktycznych w zakresie zdrowia. Przed okresem transformacji opieka zdrowotna, w szczególności dotycząca dzieci i młodzieży, była zapewniona także na poziomie szkoły, a i tryb życia był znacznie bardziej aktywny, oferowano więcej bezpłatnych zajęć dostępnych dla młodzieży. Współczesna młodzież natomiast chętniej spędza czas przed komputerem, w pubach czy na dyskotekach niż w parkach bądź na zajęciach w salach sportowych, a także znacznie częściej i w większym zakresie podejmuje zachowania ryzykowne dla zdrowia takie, jak: palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych, wczesna inicjacja seksualna. Wyraźnie obniża się też wiek inicjacji seksualnej ze wszystkimi negatywnymi tego skutkami, wzrasta ilość nieletnich matek i domów samotnej matki, a dom rodzinny nie wypełnia prawidłowo swoich funkcji. Badania pokazują²⁷, że znacząco zmniejsza się stopień aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży, zwiększa się jednocześnie grupa dzieci niespożywających śniadania w domu ani żadnego posiłku w szkole, co często spowodowane jest nie tyle względami ekonomicznymi, ale wygodnictwem, brakiem troski i chęci opieki nad dziećmi ze strony rodziców.

Sytuacja zdrowotna dzieci w Polsce na przestrzeni ostatnich lat

W Polsce, w porównaniu z innymi krajami Europy, utrzymuje się stosunkowo wysoki odsetek zgonów wśród dzieci i młodzieży poniżej 19 roku życia. Obszarem, na którym udało się taki stan rzeczy w widoczny sposób ograniczyć, jest umieralność noworodków. W latach 1991–2000 zmniejszyła się ona o 57%, co uważane jest za największy sukces cywilizacyjny Polski na przełomie tysiącleci. W późniejszym okresie życia główne przyczyny zgonów dzieci to wypadki, urazy i zatrucia – które wskazują na niedojrzałość emocjonalną i społeczną, brak wyobraźni, świadomości i opieki wychowawczej rodziców.

W 1998 roku odsetek tego rodzaju zgonów był w Polsce 2–3 razy wyższy niż w przodujących krajach Unii. Udział wypadków i zatruc jako przyczyna śmierci dzieci zwiększa się wraz z wiekiem i jest wyższy u chłopców niż u dziewcząt oraz większy w mieście niż na wsi, gdzie jest większe ryzyko wypadku, ale zarazem mniejsza dostępność pomocy doraźnej. Doświadczenia innych krajów pokazują, iż nawet 90% wypadków można przewidzieć, a tym samym im zapobiec.

²⁶ Z. Tyszka, *Relacja „Rodzina – Społeczeństwo globalne w okresie transformacji”*, [w:] *Rodzina współczesna*, red. M. Ziemska, Warszawa 2001, s. 26–30.

²⁷ Por. B. Woynarowska, *Zdrowie dzieci i młodzieży – problemy, zagrożenia, szanse*, [w:] *Sytuacja dzieci w Polsce...*, s. 103–105.

W tym celu wprowadza się odpowiednio ukierunkowane programy profilaktyczne. W Polsce jednak zasada, że „lepiej zapobiegać niż leczyć” ciągle jest słabo uwzględniana, stąd podejmowane działania dotyczą głównie ratowania życia, leczenia i rehabilitacji.

Zmiany społeczno-ekonomiczne ostatniego czasu przyczyniły się do tego, iż zaspokojenie wielu podstawowych potrzeb psychicznych dzieci napotyka na poważne trudności (dotyczy to zwłaszcza potrzeby bezpieczeństwa czy kontaktu emocjonalnego), w związku z czym u dzieci coraz częściej występują zaburzenia rozwoju i zdrowia psychospołecznego. W 1996 roku 10% pacjentów zarejestrowanych w poradniach zdrowia psychicznego stanowiły osoby poniżej 19 roku życia, a przypuszczać należy, iż skala omawianego zjawiska jest w rzeczywistości o wiele większa. Dzieci, podobnie jak dorośli, stają się obecnie bardziej niż kiedykolwiek narażone na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne i emocjonalne, a natężenie sytuacji kryzysowych sprawia, że dojrzewająca psychika dziecka często nie jest już w stanie się przed nimi obronić.

Na pogarszanie się kondycji psychicznej dzieci i młodzieży wskazują zwłaszcza dwa czynniki: po pierwsze, zwiększa się liczba prób samobójczych i zgonów z powodu samobójstwa²⁸ (problem ten zarysowuje się wśród coraz młodszych dzieci), po drugie, zwiększa się grupa dzieci i młodzieży odczuwających różne dolegliwości psychosomatyczne (np. bóle głowy i brzucha, rozdrażnienie, przygnębienie, trudności w zasypianiu). Często przyczyna takiego stanu rzeczy leży w bagatelizowaniu psychicznych i emocjonalnych problemów dzieci, w trudnościach z przystosowaniem się do dynamiki życia, przeciążeniu szkolnym, nieprawidłowym rozumieniu pojęcia sukcesu, a także w braku dobrego przygotowania rodziców do właściwego pełnienia ról rodzicielskich.

Sytuacja edukacyjna w Polsce po 1989 roku

Transformacja ustrojowa, rozpoczęta w Polsce w roku 1989, obok wielu innych przemian, otworzyła także nowe perspektywy dla funkcjonowania i rozwoju polskiej oświaty. Szkoły, uwolnione od scentralizowanego zarządzania i indoktrynacji politycznej, stanęły przed szansą uspołecznienia (co oznacza bycie instytucją w służbie społeczeństwu, a zwłaszcza – w służbie dziecku). Tym samym polski system edukacyjny znalazł się wobec poważnego zadania, jakim jest optymalne dostosowanie się do potrzeb uczniów w celu zapewnienia im jak najlepszych warunków rozwojowych. Jednak już pierwsze lata przemian przyniosły w tej kwestii bolesne rozczarowania. Drastycznie ograniczone zostały wydatki na oświatę (przez co zwiększyła się liczba uczniów w klasie), zrezygnowano z większości zajęć pozalekcyjnych, zlikwidowano wiele placówek przedszkolnych, a nauczyciele znaleźli się wśród najslabiej opłacanych grup zawodowych. Oprócz kwestii

²⁸ Zob. Główny Urząd Statystyczny, „Rocznik statystyczny”, Warszawa 2006.

finansowych palącym problemem polskiego systemu szkolnego jest także nierówność szans edukacyjnych dzieci pochodzących z różnych środowisk. W szkołach wiejskich jednym z najpoważniejszych problemów pozostaje niedobór nauczycieli o pełnych kwalifikacjach zawodowych oraz zdecydowanie zbyt duża liczba uczniów przypadających na jednego nauczyciela. Również opieka pedagogiczno-psychologiczna nad uczniami szkół wiejskich stoi w dużej dysproporcji w stosunku do szkół miejskich, choć i tam jest niewystarczająca. Szkoły publiczne w niewielkim stopniu zapewniają uczniom możliwość rozwoju i kształtowania zainteresowań poprzez różnego typu zajęcia pozaszkolne. Także uprawianie sportu w szkole ogranicza się najczęściej jedynie do lekcji wychowania fizycznego, które pomimo zwiększonej ilości godzin nie przynoszą zamierzonego efektu. Wiele lekcji z powodu braku sal odbywa się na korytarzach, a młodzież najczęściej gra w piłkę lub kibicuje grającym, korzystając ze zwolnień lekarskich. Wyeliminowano ze szkół gimnastykę, która szczególnie dla dzieci młodszych może być stymulacją rozwoju i przyczyniać się do korygowania dysfunkcji rozwojowych. Jak widać z tych pobieżnych zestawień, choć ustawowo dostępność do edukacji jest dzisiaj większa niż kiedykolwiek, to jednak jej jakość pozostawia wiele do życzenia.

Szanse i bariery dla edukacji dziecka stwarzane przez rodzinę

Edukacja to bez wątpienia bardzo ważny wymiar życia dziecka. W procesie kształcenia (z którym w parze powinno iść zawsze wychowanie) dziecko poznaje nie tylko otaczający świat, ale zaczyna też coraz lepiej poznawać i rozumieć siebie, wrasta trwale w świat kultury i wartości. Jednocześnie od najmłodszych lat dziecko wchodzi na drogę, która stopniowo przygotowuje je do późniejszej pracy i odpowiedzialnego podjęcia zadań społecznych. Z przeprowadzonych w połowie lat 90. badań wynika, iż praktycznie nie ma w naszym kraju rodziców, którzy chcieliby dla swego dziecka wykształcenia jedynie podstawowego. Zmieniło się nastawienie rodziców do edukacji i niezależnie od środowiska i miejsca zamieszkania zdecydowana większość chciałaby, by ich dzieci osiągnęły wykształcenie wyższe. Te aspiracje rodziców znajdują swoje odbicie także w rzeczywistości²⁹. W latach 1989–1994 trzykrotnie zmalała liczba absolwentów, którzy zakończyli swą edukację na szkole podstawowej (ok. 10% ogółu absolwentów). W kolejnych latach wskaźnik ten nadal ulegał systematycznemu obniżaniu. Istnieje tutaj jednak pewna zależność: im wyższy poziom wykształcenia rodziców, tym większe szanse edukacyjne dla dzieci, choć z reguły poziom wykształcenia dzieci przewyższa poziom wykształcenia rodziców. Ciekawe jest tutaj także powiązanie, jakie istnieje między wykształceniem rodziców a pozycją dziecka w klasie³⁰. Rodzice, którzy

²⁹ J. Rostowski, *Wokół wychowania: rola rodziny i szkoły w procesie socjalizacji*, Łódź 2006.

³⁰ Por. E. Lachowicz, *Funkcje wychowawcze rodziny a sytuacja szkolna dziecka*, [w:] *Wychowanie dzieci i młodzieży na przełomie tysiącleci*, red. A. Rumiński, M. Szymański, Kraków 1998, s. 123–126.

posiadają wykształcenie nie wyższe niż zawodowe, zwłaszcza gdy łączy się to z problemami natury bytowej, często mniej zajmują się problemami szkolnymi własnych dzieci, w tym także stopniem ich akceptacji przez grupę rówieśniczą. Z kolei rodzice z wykształceniem wyższym nie tylko zwracają większą uwagę na edukację swych dzieci i częściej udzielają im pomocy w nauce, ale także czuwają nad tym, by dziecko miało w klasie odpowiednią pozycję, by było lubiane i popularne, pomagają mu także w podejmowaniu działań na forum klasy czy nawet w zawieraniu przyjaźni.

Do innych czynników, które określają możliwości edukacyjne dzieci należą: poziom dochodów i sytuacja materialna rodziny, miejsce zamieszkania, tradycja rodzinna (np. przechodzenie zawodu z ojca na syna) oraz tradycja i kultura danego środowiska.

Patrząc na problem ubóstwa znacznej liczby polskich rodzin, zwłaszcza wielodzietnych, widać, jaki wpływ może mieć sytuacja materialna rodziny na możliwości edukacyjne dzieci³¹. Brak pieniędzy zamyka dzieciom drogę do edukacji³² z dwóch powodów. Po pierwsze, choć w Polsce funkcjonuje system szkół publicznych, w których kształcenie jest bezpłatne, to jednak ukryte koszty edukacji dzieci bywają znaczne. Podręczniki, przybory szkolne, wycieczki, opłaty na Radę Szkoły lub Komitet Rodzicielski, a także na ubranie, jedzenie i transport, to najpoważniejsze wydatki, które muszą ponieść rodzice dzieci uczęszczających do szkoły. Tymczasem w 2005 roku w rodzinie posiadającej czworo lub więcej dzieci miesięczne wydatki na cele edukacyjne wynosiły średnio 8 zł na jedno dziecko. Jaką część potrzeb zdołały one pokryć?

Po drugie, brak pieniędzy skłania do zaspokojenia jedynie podstawowych potrzeb, związanych z jedzeniem czy mieszkaniem. Wyraźnie słabną więc w takiej sytuacji aspiracje i troska rodziców o edukację dziecka. Rodziny żyjące poniżej minimum socjalnego zapewniają także dziecku mniejszy kapitał kulturowy, przez co ma ono także słabszą motywację do nauki i często nie postrzega jej jako istotnej wartości. Nie tylko bieda, ale niewydolność, niemoc czy niechęć wychowawcza³³ niejednokrotnie powodują, że dzieci są pozbawione nadzoru rodziców, zaniedbane, co odbija się na ich wynikach w nauce. Nieraz szkoła staje się terenem nieprzyjaznym dziecku, dzieci z rodzin ubogich, niepełnych czy patologicznych bywają przez rówieśników marginalizowane, co może powodować wzrost niechęci dzieci dotkniętych tym problemem do uczęszczania do szkoły.

Funkcjonujący w Polsce system oświaty, mimo podejmowanych reform, wciąż stanowi przyczynę ograniczenia i nierówności szans edukacyjnych dzieci po-

³¹ O nierówności w rodzinach polskich, czynnikach ekсклюzy, traktują prace: Z. Bauman, *Globalizacja. I co z tego dla ludzi wynika*, Warszawa 2000; idem, *Ponowoczesność jako źródło cierpień*, Warszawa 2000; G. Becker, *Ekonomiczna teoria zachowań ludzkich*, Warszawa 1990; *Wykluczenie i marginalizacja społeczna: wokół problemów diagnostycznych i reintegracji psychospołecznej*, red. S. Kawula, K. Białobrzaska, Toruń 2006.

³² M. Jacyno, *Dzieciństwo – doświadczenie bez świata*, Warszawa 1999.

³³ T. Olearczyk, *Sieroctwo i osamotnienie. Pedagogiczne problemy kryzysu współczesnej rodziny*, Kraków 2007, s. 174–189.

chodzących z różnych środowisk. Niekorzystna sytuacja materialna rodziny, deficyty rozwojowe dziecka i zaniedbania wychowawcze rodziców to istotne przeszkody dla pełnego korzystania przez dziecko z możliwości edukacyjnej współczesnej polskiej szkoły. Szkoły nie dysponują z reguły programem kompensacyjnym, który obejmowałby dzieci o mniejszym stopniu rozwoju nie tylko intelektualnego, ale też emocjonalnego i społecznego. Co więcej, wszelkiego rodzaju nierówności bywają często przez szkołę w niekorzystny dla dziecka sposób ujawniane i pogłębiane.

Od lat 70. próbowano w Polsce na szeroką skalę wyrównywać szanse edukacyjne dzieci zaniedbanych wychowawczo i rozwojowo, wprowadzając instytucjonalne przygotowanie sześciolatków do nauki szkolnej (tzw. klasy zerowe) oraz upowszechniając wychowanie przedszkolne. Liczba przedszkoli zmalała jednak drastycznie po 1990 roku, a część z nich uległa prywatyzacji (co wiąże się z dość wysokimi opłatami), wskutek czego znaczny procent dzieci wciąż nie korzysta z tej formy wspomagania ich rozwoju i wychowania. Mimo iż od 2004 roku wprowadzono w Polsce obowiązkową „zerówkę” dla dzieci sześciolatków, to jednak roczny okres przygotowania do nauki szkolnej okazuje się często zbyt krótki i niewystarczający dla wyrównania zaistniałych wcześniej w rodzinie dysproporcji, a także nierównomiernego rozwoju dzieci. Wobec dużych różnic, dotyczących chociażby poziomu kulturowego rodzin, konieczny byłby co najmniej dwuletni okres wychowania przedszkolnego, by umożliwić dzieciom równe szanse w chwili rozpoczynania nauki szkolnej. Zróżnicowanie wyników kształcenia w szkole także zależy od wielu przyczyn, przy czym trzeba zauważyć, iż rozwarstwienie uczniów według osiągnięć szkolnych dość wyraźnie pokrywa się z ich pochodzeniem społecznym.

Osiągnięcia szkolne dzieci są ściśle skorelowane z poziomem rodziców, a także z sytuacją materialną rodziny. Oznacza to, iż szkoła nie jest w stanie wyrównać pewnych braków stwarzanych przez sytuację rodzinną. Tym samym staje się ona typowym ogniwem reprodukcji społecznej³⁴, przygotowując dzieci z rodzin społecznie uprzywilejowanych do dalszej efektywnej nauki i w konsekwencji do dziedziczenia wysokiej pozycji społecznej rodziców³⁵. Stwierdzić przy tym należy, iż mamy obecnie do czynienia z o wiele większym niż w poprzednich dekadach rozwarstwieniem społecznym, a co za tym idzie – z narastającym zróżnicowaniem szans edukacyjnych młodego pokolenia. Widzimy więc, iż w dziedzinie edukacji wiele zależy nie tyle od indywidualnych cech i uzdolnień dziecka, ile od tempa rozwoju dziecka, występującej dysharmonii i zaburzeń rozwoju, jego uwarunkowań społecznych i rodzinnych. Oddzielnym problemem jest tutaj wyrównywanie szans edukacyjnych dzieci ze środowisk wiejskich.

Podsumowując, można stwierdzić, że mimo dużej świadomości problemu nierównych szans i możliwości edukacyjnych dzieci oraz podejmowanych starań w tej dziedzinie przez państwo, gminy, a także różnego rodzaju instytucje, fakt uro-

³⁴ P. Bourdieu, *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania*, przeł. E. Neyman, Warszawa 1999.

³⁵ Z. Zaborowski, *Koncepcja rozwoju społecznego*, „Kwartalnik Pedagogiczny” 1969, s. 153.

dzienia się i wychowywania w rodzinie o niskim statusie ekonomicznym i społecznym ciągle pozostaje czynnikiem silnie determinującym edukacyjne losy dzieci.

Analizując wybrane aspekty sytuacji polskiej rodziny, a szczególnie – sytuacji dziecka w polskiej rodzinie na przestrzeni ostatnich 20 lat, trzeba stwierdzić, iż przemiany ustrojowe, jakie nastąpiły w Polsce po 1989 roku zmieniły życie dzieci nie tylko w pozytywny sposób. Wciąż za duża liczba dzieci przychodzi na świat i dorasta w rodzinach o niskim statusie (nie tylko materialnym) – dzieci te są w mniejszym lub większym stopniu zaniedbywane przez swoich rodziców i z niską świadomością wychowawczą wkraczają w dorosłe życie. Osoby znajdujące się, we własnej ocenie, w złej sytuacji materialnej, w większości twierdzą, że państwo powinno wspierać tylko rodziny przeżywające trudności. Wraz z wykształceniem zwiększa się skłonność do poglądu, że państwo nie powinno różnicować obywateli ze względu na ich sytuację materialną³⁶.

Wbrew pozorom nie w jednakowym stopniu polepszyła się też sytuacja dzieci z rodzin wiejskich, choć zdecydowanie poprawiły się infrastruktura i warunki życia na wsi. Widoczne jeszcze nierówności społeczne, choć trudne do zniwelowania w niedalekiej przyszłości, nie są wszakże nie do usunięcia. Bez wątplenia należałoby objąć szczególną troską zwłaszcza te dziedziny, które wiążą się z zaspokajaniem podstawowych potrzeb bytowych dziecka oraz dbają o jego zdrowie i rozwój psychofizyczny, by zapewnić dzieciom z różnych środowisk w miarę wyrównany dostęp do edukacji i kultury oraz właściwą pomoc.

Wydaje się, iż dzisiejsze polskie rodziny nie są w stanie same uporać się z tymi problemami, potrzebują pomocy nie tylko z zewnątrz, ale też zmian we własnych strukturze i funkcjonowaniu. Dostrzeganie wielorakich potrzeby dziecka nie jest tożsame z rozwiązaniem jego problemów. Zmiana ról społecznych i rodzinnych, brak stabilizacji emocjonalnej, migracja zarobkowa³⁷ mają duże znaczenie dla dezorganizacji życia rodzinnego, co bezpośrednio przekłada się na sytuację dziecka, które wprawdzie już nie idzie na służbę, nie pasie gęsi, ale wciąż jest pozostawione samo sobie, choć mnożą się instytucje i organizacje pozarządowe „zajmujące się” dzieckiem i rodziną.

Niezależnie od wagi edukacji szkolnej rodzina ma i będzie miała pierwszorzędne znaczenie w procesie wychowania i edukacji, który odbywa się także poprzez uczestnictwo we wspólnocie rodzinnej, w określonym środowisku społecznym i w kulturze. Brak umiejętności wychowawczych rodziców, ich zaangażowanie zawodowe, a także brak dojrzałości i odpowiedzialności, to nierzadko przyczyny tzw. wychowania zastępczego, które się dokonuje przez media i ulicę, a odbywa się poza kontrolą i nadzorem rodziców. Wzrost instytucji wychowawczych wykazuje słabość rodziny, a przecież potencjał i możliwości oddziaływania rodziny są wielkie pomimo zmieniających się warunków – także tej problematyce należałoby poświęcić obszernie opracowanie. Wprawdzie rodzina zmienia się, czasem staje się wielorodzinną, tworem hybrydo-

³⁶ Komunikat CBOS, *Opinie o rynku pracy i zagrożeniu bezrobociem w latach 2001–2007*, marzec 2007.

³⁷ W. Danilewicz, *Sytuacja dzieci z rodzin migracyjnych*, Białystok 2006.

wym, jest w coraz większym stopniu wyizolowana ze społeczeństwa, a partnerstwo wychowawcze jest niewłaściwie rozumiane, jednak wychowanie i uczenie się w środowisku rodzinnym z racji więzi emocjonalnych i wzorców stanowi punkt odniesienia dla człowieka przez całe jego życie. W nadmiernej dynamice życia gubi się kierunek wychowania, gubi się jednostkę. Należy sobie postawić pytanie: jaka jest rodzina, dokąd prowadzi, jakie są jej możliwości kształtowania osobowości, przekazywania wartości potrzebnych i niezbędnych w życiu osobistym i społecznym? Miłość dziecka jest kategorią wymagającą – nie tylko od niego, ale od rodziców, dorosłych, bo to oni tworzą świat, w który wprowadzają młode pokolenie.

Uzależnienie od pomocy społecznej ogranicza rozwój jednostki zamiast go stymulować. Rodzina posiada ogromny depozyt wartości, tradycji, praw i obowiązków, który winien być w pełni wykorzystany w cyklu życia³⁸. Traktowanie w kategorii wartości specyficznego przesuwania w czasie podejmowania ważnych życiowo decyzji³⁹ wymaga namysłu i refleksji, gdyż jest brzemienne w skutki dla całej rodziny, szczególnie dla dzieci. Zgodnie z założeniem teorii pokoleń, każde pokolenie ma swoją pokoleniotwórczą sytuację i winno ją dobrze wykorzystać.

Dzieci miały zawsze trudną sytuację w rodzinie, w zależności od pozycji społecznej rodziny, w jakiej przyszło na świat, ale w każdym pokoleniu ta trudność polegała na czymś innym. Bieda, jakiej doznawało dziecko wiejskie w XVIII czy XIX wieku, a bieda dzisiejsza to dwie osobne kategorie⁴⁰. Nadzieją na nową jakość życia dziecka jest dobrze funkcjonująca rodzina oparta na miłości, zaufaniu i wzajemnej pomocy, w której każdy członek ma swoje miejsce, prawa, ale też i obowiązki do wypełnienia. Problemami współczesnej rodziny są powierzchowność, materializm, nadmierny konsumpcjonizm, brak uczucia. Należy sięgnąć do głębi, zastanowić się, po co zakładamy rodzinę, co ona może zrobić, żeby człowiek był bardziej ludzki, kto i jak powinien kształtować młode pokolenie i jakie winien mieć ku temu kwalifikacje moralne.

Bibliografia

1. Banach C., *Najważniejsze wyzwania przyszłości dla Polski – szanse i zagrożenia*, [w:] *Edukacja wobec wyzwań i zadań współczesności i przyszłości*, red. J. Szempruch, Rzeszów 2006.
2. Bogaj A., Kwiatkowski S., Szymański M., *Edukacja w procesie przemian społecznych*, Warszawa 1998.
3. Daszyńska M., *Zróżnicowanie sytuacji rodzin. Uwarunkowania i skutki*, [w:] *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*, red. B. Balcerzak-Paradowska, Warszawa 1999.
4. Duch D., Uramowska-Żyto B., *Zróżnicowanie społeczne a zdrowie*, [w:] *Człowiek, środowisko, zdrowie*, red. J. Kopczyński, A. Siciński, Warszawa 1990.

³⁸ Zob.: S. Kawula, *Kształty rodziny współczesnej*, Toruń 2005, s. 29.

³⁹ Zob. W. Wrzesień, *Jednostka – rodzina – pokolenie. Studium relacji międzypokoleniowych w Polsce*, Poznań 2003.

⁴⁰ M. Jacyno, *Dzieciństwo...*

5. Frąckiewicz L., *Spoleczne i edukacyjne bariery rozwoju najmłodszej generacji*, [w:] *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*, red. B. Balcerzak-Paradowska, Warszawa 1999.
6. GUS, *Roczniki statystyczne 1990–2005*, Warszawa.
7. Kluzowa K., *Sytuacja demograficzna rodziny polskiej lat dziewięćdziesiątych i jej konsekwencje społeczne*, [w:] *Rodzina współczesna*, red. M. Ziemska, Warszawa 2001.
8. Kołaczek B., *Aspiracje edukacyjne i możliwości ich realizacji*, [w:] *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*, red. B. Balcerzak-Paradowska, Warszawa 1999.
9. Lachowicz E., *Funkcje wychowawcze rodziny a sytuacja szkolna dziecka*, [w:] *Wychowanie dzieci i młodzieży na przełomie tysiącleci*, red. A. Rumiński, M. Szymański, Kraków 1998.
10. Olejniczuk-Merta A., *Szanse, bariery i zagrożenia dla dzieci i młodzieży w okresie przemian społeczno-gospodarczych*, [w:] *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*, red. B. Balcerzak-Paradowska, Warszawa 1999.
11. Rabczuk W., *Niespełnione nadzieje i nowe wyzwania edukacyjne*, [w:] *Wychowanie dzieci i młodzieży na przełomie tysiącleci*, red. A. Rumiński, M. Szymański, Kraków 1998.
12. Syrek E., *Rodziny wymiar promocji zdrowia*, [w:] *Rodzina XX wieku wobec dobra dziecka*, red. J. Wilk, Lublin 2003.
13. Szukielojć-Bieñkuńska A., *Sytuacja materialna rodzin. Ubóstwo i jego skutki dla dzieci*, [w:] *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*, red. B. Balcerzak-Paradowska, Warszawa 1999.
14. Szymański M., *Reforma systemu edukacji – próba wyrównania szans młodego pokolenia*, [w:] *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*, red. B. Balcerzak-Paradowska, Warszawa 1999.
15. Woynarowska B., *Zdrowie dzieci i młodzieży – problemy zagrożenia, szanse*, [w:] *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*, red. B. Balcerzak-Paradowska, Warszawa 1999.
16. *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach*, red. B. Woynarowska, Warszawa 1996.
17. Zawadzka B., *Znaczenie rodziny w kształtowaniu zachowań zdrowotnych jako determinanty zdrowia młodzieży*, [w:] *Rodzina XX wieku wobec dobra dziecka*, red. J. Wilk, Lublin 2003.

Abstract

Constitutional and socioeconomic transformations in Poland after 1989 permanently influenced the situation and functioning of many families. These changes can be examined in the categories of opportunities and threats and they pertain first and foremost to the living conditions. Many families found themselves in a difficult situation, some even experienced poverty. Unemployment is considered one of the main causes of poverty; the most difficult is the situation of families whose main means of support are state benefits. Prolonged unemployed status causes social degradation. Another factor which distinctly aggravates the poverty threat is the number of children in a family. The living standard of a family is influenced by thrift and income sources including the unofficial ones – such as moonlighting. Unfavourable financial situation of families (especially numerous families and single-parent families) creates a barrier not only in children's access to education and culture, but also limits the possibilities of meeting basic needs in nutrition or health care, which in turn can lead to social degradation, and in extreme cases to biological degradation.

Poverty is not the only factor negatively influencing, or even creating a threat to children's health and development. In contemporary families other factors include: addictions, violence, crime, maltreatment to the point of physical, emotional and sexual abuse, negligence, retarding physical development (e.g. intentional withholding of nutrition), prenatal negligence or, finally, family break-up.

The education system has undergone substantial changes; most optional courses have been cancelled, many kindergarten facilities have been closed (with private facilities taking their place) and teachers have become one of the worst paid professional groups. Beside financial issues, lack of equal opportunities is a burning problem of the Polish education system.

Family is changing, sometimes becoming a multiple family, a hybrid; it is increasingly more isolated from society, "closed," and educational partnership is misunderstood, and yet education in family environment by means of emotional bonds and models is the benchmark for a human being throughout his life.

Streszczenie

Przemiany społeczno-ekonomiczne i ustrojowe w Polsce po roku 1989, w sposób trwały odbiły się na sytuacji i funkcjonowaniu wielu polskich rodzin. Zmiany te rozpatrywać można w kategoriach szans i zagrożeń, dotyczą przede wszystkim sytuacji bytowej. Wiele rodzin znalazło się w trudnej sytuacji, niektóre dotknęła bieda a nawet ubóstwo. Za jedną z głównych przyczyn ubóstwa uważa się bezrobocie, w najtrudniejszej sytuacji są zaś te rodziny, których podstawę utrzymania stanowią świadczenia społeczne. Utrzymywanie statusu bezrobotnego powoduje degradację społeczną. Czynnikiem, który w wyraźny sposób zwiększa zagrożenie ubóstwem jest również liczba dzieci w rodzinie.

Na poziom życia rodziny wpływa gospodarność rodziny i źródła dochodu, także te nieoficjalne, tzw. praca na czarno. Niekorzystna sytuacja materialna rodzin (zwłaszcza wielodzietnych i niepełnych) stanowi barierę nie tylko w dostępie dzieci do edukacji czy kultury, ale także ogranicza zaspokojenie elementarnych potrzeb w zakresie wyżywienia czy ochrony zdrowia, co w konsekwencji prowadzić może do degradacji społecznej a w przypadkach skrajnych do biologicznej.

Nie tylko ubóstwo jest czynnikiem niekorzystnie oddziałującym czy wręcz zagrażającym zdrowiu i rozwojowi dzieci. We współczesnych rodzinach do czynników takich należą także: uzależnienia, przemoc, przestępczość, złe traktowanie dziecka przybierające postać przemocy fizycznej, emocjonalnej i seksualnej, zaniedbania, opóźnianie rozwoju fizycznego (np. celowe niedostarczanie dziecku pożywienia), zaniedbania prenatalne czy wreszcie rozpad rodziny.

Znaczące zmiany nastąpiły w systemie edukacji, zrezygnowano z większości zajęć pozalekcyjnych, zlikwidowano wiele placówek przedszkolnych (w ich miejsce powstały prywatne), a nauczyciele znaleźli się wśród najsłabiej opłacanych grup zawodowych. Oprócz kwestii finansowych palącym problemem polskiego systemu szkolnego jest także nierówność szans.

Rodzina zmienia się, czasem staje się wielorodzinną, tworem hybrydowym, jest w coraz większym stopniu wyizolowana ze społeczeństwa, „zamknięta”, a partnerstwo wychowawcze jest niewłaściwie rozumiane, jednak wychowanie i uczenie się w środowisku rodzinnym z racji więzi emocjonalnych i wzorców, jest punktem odniesienia dla człowieka przez całe życie.



STANISŁAW SZUMPICH

Współczesne problemy przemocy w rodzinie

Słowa kluczowe: przemoc w rodzinie, definicje przemocy (przemoc: fizyczna, psychiczna, seksualna, spontaniczna i instrumentalna, symboliczna, zaniedbywanie), mity społeczne, cykl przemocy w rodzinie

Keywords: family violence, definitions of violence (violence: physical, emotional, sexual, spontaneous and instrumental, symbolic, negligence), social myths, family violence cycle

Wprowadzenie

Problematyka rodziny jest jedną z najważniejszych części polityki społecznej. Rodzina uważana jest za podstawową instytucję społeczną, istniejącą jako ukształtowana grupa od początków społeczeństwa ludzkiego. Rodzinę traktuje się jako małą grupę społeczną, której członkowie powiązani są ze sobą szczególnym rodzajem więzi emocjonalnych, prawnych, ekonomicznych, pokrewieństwa, czasem powinowactwa lub adopcji. Jej podstawowe znaczenie wynika z umiejętności zapewnienia biologicznych i psychicznych możliwości rozwoju, kształtowania osobowości, wpajania określonych systemów wartości¹.

Zakłócenia w prawidłowym funkcjonowaniu rodzin zawsze były, są i będą wpisane w ogólny kształt i formy życia rodzinnego. W ostatnich latach mamy do

¹ K. Podoski, W. Turnowiecki, *Polityka społeczna*, wyd. 2 uzupełn., Gdańsk 2003, s. 61 i nast.



czynienia z nasileniem konfliktów w małżeństwach, ze wzrastającą liczbą rozwodów, dyferencjacją norm i wartości oraz ze zmniejszeniem się wartości przypisywanej dziecku przez rodziców. Brak reakcji na pojawiające się zjawiska deprywacji, dewiacji czy patologizacji prowadzi i do powtarzania tych niewłaściwych zachowań, i do ich utrwalania².

Sytuacje kryzysowe w rodzinie wiążą się z:

- fazami rozwoju rodziny (zmiana funkcji, ról, składu rodziny i pozycji), co prowadzi często do pogorszenia sytuacji materialnej,
- ze zdarzeniami losowymi typu: choroba, śmierć, kalectwo, utrata pracy, co w przypadkach niedostosowania się do nowej sytuacji może spowodować rozbitcie rodziny lub permanentne nieporozumienia,
- patologią jednego z członków rodziny (alkoholizm, narkomania, przestępczość), która negatywnie wpływa na życie rodziny, a szczególnie dzieci,
- znęcaniem się nad rodziną (rozpijanie, kazirodztwo, stosunki seksualne między rodzicami a dziećmi).

Rodzina w świetle prawa znajduje się pod opieką i ochroną Rzeczypospolitej Polskiej³. Szczegółowe zasady tej ochrony zawarte są przede wszystkim w kodeksie rodzinnym i opiekuńczym. Problematyka rodzinna zajmuje dużo miejsca w kodeksach cywilnym i karnym, a także w ustawodawstwie z zabezpieczenia społecznego⁴. Nawet najlepszy system prawa nie jest jednak w stanie uchronić rodziny przed nieporozumieniami, niepowodzeniami i wieloma zdarzeniami o charakterze kłótni, czasami rękoczynów. Tak rodzą się różne formy przemocy w rodzinie.

Przemoc jest jednym z najbardziej niepokojących zjawisk współczesnego świata, często jest mechanizmem regulującym stosunki panujące między ludźmi w rodzinie, instytucjach, środowiskach i układach społecznych. Trudna do oceny jest skala tego zjawiska. Przemoc nie tylko występuje w Polsce. Zjawisko przemocy, szczególnie wobec członków rodziny, było przez długie lata przez opinię publiczną niedostrzegane lub bagatelizowane, a przecież każdy ma prawo do normalnego i spokojnego życia⁵.

Definicje i rodzaje przemocy

Przemoc jest zjawiskiem powszechnie spotykanym w życiu społecznym, choć wstydliwie – nie zawsze publicznie zauważanym. Zazwyczaj mówi się, że to wewnętrzna sprawa rodziny. Przemoc w swoich różnych przejawach istniała zawsze, niezależnie od kultury, statusu socjoekonomicznego, miejsca zamieszkania czy liczebności rodziny. Zjawiska przemocy dotyczą zazwyczaj: kobiet, dzieci, osób

² *Polityka społeczna. Zarys wykładu wybranych problemów*, red. L. Frąckiewicz, Katowice 2002, s. 57–58.

³ Por. art. 79 Konstytucji RP.

⁴ Szerzej na ten temat zob. K. Podoski, W. Turnowiecki, *op. cit.*, s. 68.

⁵ Por. W. Ratyński, *Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce*, t. 1, Warszawa 2003, s. 569.

starszych, chorych, niepełnosprawnych, a w ostatnich latach niekiedy również mężczyzn. Przemoc na ogół rozumiemy jako wywieranie niekorzystnego działania na drugą osobę, jej proces myślowy, zachowanie lub stan fizyczny – bez jej przyzwolenia. W literaturze przedmiotu występuje wiele definicji, przy czym niektóre z nich starają się objąć swym zasięgiem wszystkie objawy przemocy, co nadaje im charakter zbyt ogólnych (mało przydatnych), lub bywają zbyt precyzyjne, ograniczając przemoc do przypadków najbardziej skrajnych. Oto przykłady definicji najczęściej spotykane w literaturze przedmiotu: „Przemocą jest każde zachowanie, którego intencją jest wyrządzenie fizycznej krzywdy drugiemu człowiekowi, lub też czyn, który jest postrzegany jako mający taką intencję (Sussman, Steinmetz 1987; Straus 1991).

W przytoczonej powyżej definicji zwraca się uwagę na intencjonalność zachowań sprawcy i skutki przemocy w postaci szkód fizycznych. „Przemoc to wszystkie nieprzypadkowe akty godzące w osobistą wolność jednostki lub przyczyniające się do fizycznej lub psychicznej szkody osoby, wykraczające poza społeczne zasady wzajemnych relacji”⁶.

Zwrócono tu uwagę na psychiczne szkody dla osoby pokrzywdzonej, wykraczające poza zasady dopuszczalnych wzajemnych relacji. Zwykle definicje przemocy biorą pod uwagę trzy podstawowe kryteria: rodzaj zachowania, intencje oraz skutki przemocy. Przykładem pierwszego podejścia jest definicja amerykańskiego Centrum Pomocy Dzieciom Krzywdzonym i Zaniedbanym, uznająca za przemoc „fizyczne lub umysłowe działanie na szkodę, wykorzystywanie seksualne, zaniebdywanie lub maltretowanie dziecka poniżej 18 roku życia przez osobę odpowiedzialną za pomyślny jego rozwój oraz działania, które stanowią zagrożenie dla jego rozwoju”⁷.

W Programie Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie przyjęto następującą definicję: „Przemoc domowa, zwana też przemocą w rodzinie, to zamierzone i wykorzystujące przewagę sił działanie skierowane przeciw członkowi rodziny, które narusza prawa i dobra osobiste, powodując cierpienie i szkody”⁸.

W 1986 roku Rada Europy zdefiniowała przemoc domową jako „każde działanie jednego z członków rodziny lub zaniedbanie, które zagraża życiu, cielesnej lub psychicznej integralności lub wolności innego członka tej samej rodziny bądź poważnie szkodzą rozwojowi jego (jej) osobowości”⁹.

Przemoc definiuje się najczęściej jako wszelkie zachowania brutalne, naruszające wolność osobistą jednostki i nieliczenie się z jej dobrem. Podkreśla się przy tym dwa podstawowe warunki, które muszą zaistnieć, aby można było mówić o przemocy. Po pierwsze, przemoc służy realizacji celów jednostki, która ją stosuje. Po drugie, o przemocy mówimy wtedy, kiedy istnieje nierównowaga sił i występuje

⁶ I. Pospiszyl, *Przemoc w rodzinie*, Warszawa 1994, s. 11.

⁷ *Ibidem*, s. 12.

⁸ W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesterhazy, *Przemoc w rodzinie*, Kraków 2000, s. 12.

⁹ J. Formański, *Psychologia środowiskowa*, Warszawa 2004, s. 180.

nadużycie własnej przewagi fizycznej lub społecznej (tzn. władzy) po to, aby wymusić na drugim człowieku określone zachowanie¹⁰. Ze względu na główne źródło przemocy wyróżnia się przemoc w rodzinie, przemoc w szkole (lub innej instytucji sprawującej opiekę nad dzieckiem) i przemoc w środowisku społecznym¹¹.

Według definicji zawartej w art. 2 pkt 2 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie przemoc to: „Jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste osób wymienionych w pkt 1 (członek rodziny – osoba najbliższa w rozumieniu art. 115, ustawy z 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny), w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą”¹².

Przytoczone powyżej definicje prezentują szerokie ujęcie: uwzględniają zarówno intencjonalność, jak i rodzaj zachowania oraz jego skutki. Termin ten jest wszakże na tyle ogólny, że do bardziej szczegółowych analiz konieczne jest uwzględnienie relacji zachodzących między poszczególnymi członkami rodziny. Dlatego wyróżnia się przemoc rodziców wobec dziecka, przemoc wobec partnera w związku, przemoc między rodzeństwem, przemoc wobec osób starszych w rodzinie. Na określenie przemocy w związku partnerskim używa się terminów: wzajemna przemoc w parze (*common couple violence*), przemoc w związku partnerskim (*couple violence, mutual violence*), a nawet jeszcze węższego – przemoc małżeńska (*marital violence, spousal violence*)¹³.

Ze względu na rodzaj stosowanego działania opisuje się cztery formy złego traktowania jednostki w rodzinie: przemoc fizyczną, znęcanie psychiczne lub emocjonalne, wykorzystywanie seksualne oraz zaniedbanie¹⁴.

Przemoc fizyczna wyraża się w celowym braku opieki zdrowotnej, są to ponadto: fizyczne zaniedbanie, obrażenia, które nie są skutkiem wypadku, zniewolenie z użyciem siły i uwięzienie¹⁵. Czynne formy przemocy fizycznej to przede wszystkim bicie – od klapsów, policzków począwszy, przez bicie pięścią, przedmiotem, po bicie na „oślepie”. Dalej należy wymienić kopanie, zmuszanie do uwłaczających posług, wreszcie zachowania o wyjątkowej brutalności, jak: oparzenia, zadawanie ran ciętych, szarpanie, duszenie itp.¹⁶

Psychiczne krzywdzenie jest wyjątkowo trudną do uchwycenia, a jednocześnie niejednokrotnie najbardziej dolegliwą formą maltretowania. Nikt nie jest w stanie zmierzyć faktycznych rozmiarów psychicznego krzywdzenia ani określić

¹⁰ I. Pospiszyl, *Razem przeciw przemocy*, Warszawa 1999, s. 16.

¹¹ J. Brągiel, *Zrozumieć dziecko krzywdzone*, Opole 1996, s. 14.

¹² Dz.U. z 2005, Nr 180, poz. 1493, Ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.

¹³ W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesthazy, *op. cit.*, s. 12.

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ K. Browne, M. Herbert, *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, Warszawa 1999, s. 25.

¹⁶ I. Pospiszyl, *Przemoc w rodzinie...*, s. 11.

wszystkich tego typu zachowań. Takie same stwierdzenie, reakcja czy czynność w jednej sytuacji mogą być zupełnie neutralne, podczas gdy w innej mogą być odebrane jako okrutny cios dla psychiki danego człowieka, pozostawiający trwały negatywny ślad. Równocześnie tak zadany cios może być nawet niezauważony przez obserwatora z zewnątrz¹⁷.

R. Grochocińska podaje, że przemoc emocjonalna może występować w formie ataku słownego lub napaści „twarzą w twarz”. Może ona mieć również postać bezpośrednią lub pośrednią. Bezpośrednia przemoc słowna przybiera trojakią formę, a mianowicie¹⁸:

- wypowiedzi napastliwe – zawarte tu są ataki słowne w postaci grożenia, straszenia i odpędzania,
- wypowiedzi szkodzące – choć nie mają formy napaści słownej, wyrządzają lub sprawiają przykrość atakowanej osobie, a należą do nich: zaprzeczenie, podawanie fałszywych informacji,
- wypowiedzi poniżające atakowaną osobę przez upokorzenie jej lub narażenie na śmieszność, i tu należy zaliczyć: przezywanie, wyśmiewanie, wysuwanie nieuzasadnionych wątpliwości.

Przemoc psychiczna występuje często i jest trudna do udowodnienia. Nie pozostawia wprawdzie cielesnych symptomów, ale wywołuje przykre przeżycia i wpływa w sposób negatywny na jednostkę. Niszczy poczucie własnej wartości i godności, a same ofiary mówią często, że jest bardziej raniąca niż fizyczne znęcanie się, wystarczy bowiem „tylko zastraszanie”¹⁹.

Przemoc seksualna polega na zmuszaniu osoby do aktywności seksualnej wbrew jej woli, kontynuowaniu aktywności wobec osoby, która nie jest w pełni świadoma, a także gdy nie pyta się osoby o jej zgodę lub gdy ta obawia się odmówić. Przymus kontaktu seksualnego może łączyć się z użyciem siły fizycznej wobec ofiary, ale także z szantażem emocjonalnym czy też groźbami użycia siły. Przemoc seksualna niejednokrotnie występuje z fizycznym i psychicznym znęcaniem się²⁰. Przemoc seksualna jest rozpoznawana bardziej sporadycznie niż przemoc fizyczna czy emocjonalna. Jeszcze do niedawna nie rozpatrywano jej w kontekście relacji rodzinnych, ponieważ dotąd nie ma jednej spójnej koncepcji teoretycznej, wyjaśniającej pojawienie się przemocy seksualnej między bliskimi w rodzinie.

Wśród opisanych form krzywdzenia zaniedbywanie jest w pewnym sensie zjawiskiem nietypowym. Nietypowość ta przejawia się w dwóch aspektach. Po pierwsze, mamy tu do czynienia z zaniechaniem, niewystąpieniem czynności prawidłowej, podczas gdy pozostałe rodzaje krzywdzenia przejawiają się wystąpieniem czynności nieprawidłowej. Po drugie, o ile w poprzednich formach sprawca

¹⁷ *Ibidem*, s. 104.

¹⁸ R. Grochocińska, *Przemoc wobec dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym*, Gdańsk 1999, s. 40.

¹⁹ K. Brown, *Zastraszanie, co na to rodzice*, Katowice 2003, s. 62–80.

²⁰ W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Merhazy, *op. cit.*, s. 12.

zawsze ponosi winę, o tyle w przypadku zaniedbania dopuszcza się pewien element niewinności sprawcy²¹. Wymienione formy przemocy, tj. przemoc fizyczna, psychiczna, seksualna i zaniedbywanie, wzajemnie się przenikają, a często nakładają się na siebie. Pomimo bogatej literatury przedmiotu klasyfikacja form przemocy sprawia wiele trudności i różni badacze stosują różne kryteria klasyfikacji. Najczęściej wymieniana jest propozycja J. Melibrudy, który wymienia:

- przemoc spontaniczną (gorącą) – jako przemoc naładowaną złością, gniewem, agresją; towarzyszą jej bogate formy ekspresji: krzyki, głośne wyzwiska, rękoczynny, impulsywne zachowania, gwałtowne zadawanie bólu (jest łatwo zauważalna; zwykle pojawia się nagle i stosunkowo szybko mija. Przemoc fizyczna towarzysząca przemocy gorącej jest zachowaniem celowym, powodującym uszkodzenie ciała.

- przemoc instrumentalną (chłodną) – jest przeważnie dokonywana z premedytacją; działania te czasami mają pozytywne cele, w założeniu może to być czyjeś dobro, realizowane na podstawie własnej, nie zawsze racjonalnej filozofii czy przekonań. Najistotniejszy w tego rodzaju przemocy jest cel, jaki sprawca chce osiągnąć. Przemoc chłodna rozwija się przeważnie na gruncie autorytarnych modeli współżycia między ludźmi. Ten rodzaj przemocy zewnętrznie bywa spokojniejszy, ale skrywa silne emocje, które są tłumione i kontrolowane.

Dość często, choć w sposób mało zauważalny, spotykamy się z przemocą symboliczną, która definiowana jest jako narzucanie znaczenia i interpretacji symboli zastanej kultury; oparta jest na legalnym prawie do narzucania i wpajania tego, co służy interesom agresora. Odrzuca się wzory zachowania wyniesione z domu²².

W rozważaniach dotyczących kulturowych uwarunkowań przemocy w rodzinie dość często mówi się o dominacji i przewadze mężczyzn. Co prawda udział kobiet w przemocy w rodzinie jest porównywalny z udziałem mężczyzn, ale nie zmienia to samej istoty zagadnienia, mianowicie, że ostateczne prawdopodobieństwo poniesienia szkód przez kobietę jest daleko większe niż przez mężczyznę. Wykorzystywanie lub nie owej przewagi fizycznej oraz możliwości zachowań agresywnych przez kobiety zależą od wielu czynników pośrednich, takich jak: wzory i normy społeczne, stopień ich przyswojenia, cechy osobowości partnera, trening socjalizacyjny²³.

Drugim czynnikiem skorelowanym z przemocą w rodzinie jest niski status socjoekonomiczny. W rodzinach o niskim statusie częściej dochodzi do przemocy, co jednak wcale nie oznacza, że w rodzinach o wyższym statusie nie ma tego typu zdarzeń. Niskie zarobki, bezrobocie, zagrożenie utratą pracy, powodują dodatkowy stres, który często tłumiony jest przez alkohol. Narastająca jednak frustracja prowadzi do odreagowania poprzez przemoc wobec członków rodziny.

Przemoc stosowana w rodzinie jest „atrakcyjna”, ponieważ prowadzi do

²¹ I. Pospiszyl, *Przemoc w rodzinie...*, s. 114.

²² J. Mazur, *Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość*, Warszawa 2002, s. 58.

²³ I. Pospiszyl, *Przemoc w rodzinie...*, s. 91.

szybkiego rozładowania napięcia, równocześnie pozwala na kontrolowanie i sprawowanie władzy w rodzinnym mikroświecie. Ponadto nie ma takiego zagrożenia karą jak za podobny czyn wobec kogoś obcego. W sytuacji, kiedy opinia społeczna nie potępia wyraźnie takiej przemocy, daje tym samym swoiste przyzwolenie na jej stosowanie, zwłaszcza jeżeli podobna przemoc spotykana jest u sąsiadów, znajomych czy w dalszej rodzinie. Można stwierdzić, że przemocy w rodzinie sprzyjają niski status ekonomiczny, brak pieniędzy, ubrania, jedzenia, możliwości leczenia, co powoduje, że stosowana jest głównie wobec osób zależnych i uciążliwych, wymagających opieki, a więc dzieci, chorych i starych²⁴.

Kolejnymi czynnikami są indywidualne cechy osobowości ewentualnego sprawcy przemocy i doświadczenia, jakie wyniósł on z dzieciństwa. Do istotnych należą tu takie cechy, jak poczucie koherencji, refleksyjność i poczucie kontroli nad zdarzeniami. Sprawcy często charakteryzują się znaczną impulsywnością i niskim poziomem empatii, nierzadko są to osoby uzależnione od alkoholu i innych środków psychoaktywnych. Zwykle nie dostrzegają oni w swych czynach niczego nagannego lub pomniejszają swoją winę, usprawiedliwiając się tym, że zostali sprowokowani lub nie zdawali sobie sprawy z tego, co robią, będąc np. w stanie upojenia alkoholowego²⁵.

Innym ważnym czynnikiem skorelowanym z przemocą w rodzinie jest jej izolacja społeczna. Można ją określić na podstawie tego, jak wyglądają kontakty rodziny z sąsiadami, znajomymi, organizacjami i instytucjami oraz jak często zmienia ona miejsce zamieszkania. Określenie izolacji rodziny nie jest łatwe. Najczęściej osobami pierwszego kontaktu są przede wszystkim sąsiedzi. Ważne jest jednak, czy ten kontakt to codzienne pozdrowienia, krótka wymiana zdań, czy też powierzenie sobie wzajemnie tajemnic.

Oprócz wymienionych sytuacji konfliktogennych wystąpić może też wiele zdarzeń będących wynikiem niesprzyjających okoliczności zewnętrznych lub wewnętrznych stanów jednostki, sytuacji przejściowych, często nieprzewidywalnych, zwanych stresami sytuacyjnymi. Stres rozumiany jest tu jako czynnik, który zwiększając frustrację, może doprowadzić do eskalacji agresji²⁶.

Odrębny problem stanowią te symptomy, które świadczą o seksualnym wykorzystywaniu. Jeżeli wystąpi w postaci fizycznej, służby medyczne mogą ją w prosty sposób stwierdzić. Trudniejsza do zdiagnozowania jest przemoc tylko na podstawie zachowania ofiar przemocy i rozmów z nimi, gdyż po prostu najczęściej wstydzą się tego, co ich spotkało – więc milczą.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ J. Formański, *Psychologia środowiskowa...*, s. 185.

²⁶ I. Pospiszyl, *Przemoc w rodzinie...*, s. 127.

Mity i cykl przemocy w rodzinie

Mity społeczne

Negatywnie wypowiadamy się o istnieniu zjawiska przemocy i równocześnie lekceważymy zarówno jej formy, dotkliwość, jak i faktyczne skutki. W społeczeństwie na co dzień funkcjonują stereotypy myślowe, które w sposób uproszczony, a niekiedy krzywdzący bagatelizują doznania ofiar przemocy. Oto przykładowe mity społeczne, będące zniekształconymi wyobrażeniami o silnym emocjonalnym wyobrażeniu:

Mit: Przemoc w rodzinie to problem marginesu społecznego, innej kultury, warstwy społecznej.

Fakty: Przemoc występuje niezależnie od narodowości, kultury czy statusu.

Mit: Nie ujawnia się tajemnic rodzinnych.

Fakty: Przemoc kończy się sama tylko w nielicznych przypadkach. Pierwszym krokiem do jej przerwania jest przełamanie milczenia i izolacji.

Mit: Maltretowanie to chwilowa utrata panowania nad sobą.

Fakty: Maltretowanie to silny związek oparty na kontroli i lęku. Maltretujący stosują różne zachowania, aby stosować kontrolę nad partnerem, włączając dodatkowo zastraszanie i izolację. Przemoc nie musi być stosowana często i bywa nieoczekiwanym czynnikiem terroru.

Mit: Jeśli kobieta jest bita, to znaczy że na to zasługuje.

Fakty: Nikt nie ma prawa bić i poniżać kogokolwiek, bez względu na to, co zrobił.

Mit: Przemoc to tylko klaps, uderzenie pięścią nie powoduje poważnego uszkodzenia ciała.

Fakty: Bite kobiety doznają często poważnych obrażeń, wymagających pomocy medycznej. Poza tym poniżanie i obelgi bolą nie mniej niż bicie.

Mit: Alkoholizm jest przyczyną przemocy.

Fakty: Uzależnienie od alkoholu nie zwalnia od odpowiedzialności za czyny. Należy karać sprawcę przemocy i leczyć jego chorobę.

Mit: Stosujący przemoc mężczyźni reprezentują niski poziom intelektualny.

Fakty: Niezależnie od wykonywanego zawodu, statusu ekonomicznego czy wieku kobiety są bite przez mężów, przyjaciół, kochanków, partnerów. Znaczna część kobiet maltretowanych mówi, że ich partnerzy to mężczyźni powszechnie szanowani (lekarze, prawnicy, biznesmeni itp.).

Mit: Bicie jest dowodem miłości; kobieta lubi i potrzebuje bicia.

Fakty: Poza związkami sadomasochistycznymi nie ma żadnych dowodów na to, że kobiety lubią być bite.

Mit: Nie można zmienić swego przeznaczenia.

Fakty: Nawet po wielu latach kobieta może przerwać przemoc. Nigdy nie jest za późno aby, powiedzieć „Nie”.



Mit: Mężczyzna ma prawo bić kobietę i wymierzać w ten sposób sprawiedliwość.
Fakty: Stosowanie przemocy podlega karze więzienia²⁷.

Cykl przemocy w rodzinie

Przemoc domowa nie sprowadza się do czynu jednorazowego, lecz przejawia się jako czyn wielokrotnie popełniany w dłuższym okresie czasu. Stan taki może trwać kilka miesięcy, a nawet kilkanaście czy kilkadziesiąt lat. Analiza wielu związków, w których kobiety doświadczyły skutków przemocy domowej, pozwoliła na zaobserwowanie pewnej cykliczności zachowań sprawcy przemocy. Cykl przemocy domowej składa się z nasilających się po sobie trzech faz: fazy narastania napięcia, maltretowania i znęcania się, wyrzutów sumienia i tymczasowego powrotu do miłości²⁸.

Faza narastania napięcia

W tej fazie partner odczuwa napięcie i stale poirytowany. Każdy drobiazg wywołuje złość, często wywołuje awantury, zaczyna więcej pić, przyjmować narkotyki lub inne substancje zmieniające świadomość. Poprawia swoje samopoczucie, poniżając partnerkę. Prowokuje kłótnie i staje się coraz bardziej niebezpieczny. Sprawia wrażenie, że nie panuje nad swoim gniewem. Kobieta stara się jakoś opanować sytuację – uspakaja go, spełnia wszystkie zachcianki, wywiązuje się ze wszystkich obowiązków. Często przeprosza sprawcę. Ciągłe zastanawia się nad tym, co zrobić, aby poprawić mu humor, uczynić go szczęśliwym i powstrzymać przed wyrządzeniem krzywdy. Niektóre kobiety mają w tej fazie różne dolegliwości fizyczne, jak bóle żołądka, bóle głowy, cierpią na bezsenność, tracą apetyt. Inne wpadają w apatię, tracą energię do życia lub stają się niespokojne i pobudliwe nerwowo. Jest to nie do zniesienia. Zdarza się, że kobieta wywołuje w końcu awanturę, żeby „mieć to już za sobą”.

Faza gwałtownej przemocy

Teraz partner staje się gwałtowny. Wpada w szal i wyładowuje się. Eksplozję wywołuje zazwyczaj jakiś drobiazg, np. nieznaczne spóźnienie się z podaniem posiłku. Skutki użytej przemocy mogą być różne – podbite oko, połamane kości, obrażenia wewnętrzne, poronienie, śmierć. Kobieta stara się zrobić wszystko, żeby

²⁷ A. Dobrzyńska-Mesterhazy, *Przemoc w rodzinie: diagnoza i interwencja kryzysowa*, [w:] *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych*, wybór i oprac. W. Badura-Madej, Katowice 1999, s. 116–118.

²⁸ J. R. K. Gilliland, *Strategie interwencji kryzysowej*, Warszawa 2005, s. 365.



go uspokoić i ochronić siebie. Zazwyczaj niezależnie od tego, jak bardzo się stara, wściekłość partnera narasta coraz bardziej. Czuje się bezradna, bo ani bycie miłą, ani unikanie, ani bierno poddawanie się mu nie pomagają i nie łagodzą jego gniewu. Po wybuchu przemocy kobieta jest w stanie szoku. Nie może uwierzyć, że to się naprawdę stało. Odczuwa wstyd i przerażenie. Jest oszołomiona. Staje się apatyczna, traci ochotę do życia, odczuwa złość i bezradność.

Faza miodowego miesiąca

Gdy sprawca wyładował swą złość i wie, że posunął się za daleko, nagle staje się inną osobą. Szczerze żałuje tego, co zrobił, okazuje skruchę i obiecuje, że to się nigdy nie powtórzy. Stara się znaleźć jakieś wytłumaczenie i przekonuje ofiarę, że to był jednorazowy, wyjątkowy incydent, który się już nigdy nie zdarzy. Sprawca okazuje ciepło i miłość. Staje się znowu podobny do tego, jaki był na początku znajomości. Przynosi kwiaty, prezenty, zachowuje się tak, jakby przemoc nigdy nie miała miejsca. Rozmawia z ofiarą, dzieli się swoimi przeżyciami, obiecuje, że nigdy już jej nie skrzywdzi. Dbą o ofiarę, spędza z nią czas i utrzymuje bardzo satysfakcjonujące stosunki seksualne. Sprawca i ofiara zachowują się jak świeżo zakochana para. Ofiara zaczyna wierzyć w to, że partner się zmienił i że przemoc była jedynie incydentem. Czuje się kochana, myśli, że jest znowu dla niego ważna i znowu go kocha. Życie we dwoje wydaje się piękne i pełne nadziei. Jednak faza miodowego miesiąca przemija i znowu rozpoczyna się faza narastania napięcia. Prawdziwe zagrożenie, jakie niesie ze sobą faza miodowego miesiąca jest związane z tym, że przemoc w następnym cyklu jest zazwyczaj gwałtowniejsza.

Metody pomocy dla ofiar przemocy

Aspekty prawne

Rodzina jest chroniona zarówno w ustawodawstwie międzynarodowym, jak i wspólnotowym. Prawny zapis ochrony rodziny znajduje się w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, Europejskiej Karcie Społecznej oraz Paktach Praw Człowieka i Konwencji o Prawach Dziecka²⁹.

Rodzina w ujęciu prawa polskiego należy do najobszerniejszych, ale i najtrudniejszych gałęzi prawa. Dotyczy ono osobistego charakteru stosunków międzyludzkich i powinno mieć na uwadze zarówno dobro rodziny, jak też dobro małoletnich dzieci. Odpowiednia regulacja prawna może w sposób istotny ułatwić zachowanie dobra dzieci, jak i rodziny.

²⁹ Szerzej na ten temat zob. K. Głąbicka, *Polityka społeczna w Unii Europejskiej. Aspekty aksjologiczne i empiryczne*, Warszawa 2001, s. 232 i nast.



Ze względu na swą społeczną doniosłość prawa rodzinne zaliczane są do tych, których ochrona jest w szczególności sposobem rozbudowana. Przez ochronę tych praw należy rozumieć wszelkie instytucje prawa, które wspomagają i umacniają prawno-rodzinną sytuację jednostki. Biorąc pod uwagę rangę rodziny oraz zakres ochrony praw rodzinnych, polskie prawo wyróżnia następujące rodzaje ochrony:

- ochrona konstytucyjna określająca podstawowe prawa i obowiązki, jakie zapewnia ustawa zasadnicza,
- ochrona cywilno-prawna zawarta głównie w kodeksie rodzinnym i opiekuńczym, a także w kodeksie cywilnym i kodeksie pracy,
- ochrona karna zawarta w przepisach kodeksu karnego, w którym czyny dokonane na szkodę rodziny traktowane są jako przestępstwa.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej

Konstytucja z 1997 roku zawiera zapisy dotyczące rodziny. Przede wszystkim na podstawie art. 18 zapewniono rodzinie prawną ochronę. Fakt ochrony potwierdza art. 47 dotyczący ochrony prawnej życia prywatnego i rodzinnego. Z kolei uregulowania odnoszące się do wzajemnych relacji rodziców i dzieci określa art. 48 Konstytucji.

Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy z 1964 roku (wielokrotnie nowelizowany)

Kodeks ustanawia wzajemne relacje między rodzicami a dziećmi oraz formę i sposób sprawowania władzy rodzicielskiej.

Ustawa o Pomocy Społecznej z 1990 roku (nowelizowana w 1994 i 1996 roku)

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie same pokonać. Celem pomocy społecznej jest wspieranie osób i rodzin w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwienie im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka.

W polskim prawie karnym (Kodeks karny) wyodrębniono rozdział dotyczący przestępstw przeciwko rodzinie i opiece:

„Art. 207. § 1. Kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat.



§ 2. Jeżeli czyn określony w § 1 połączony jest ze stosowaniem szczególnego okrucieństwa, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do 10 lat.

§ 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 lub § 2 jest targnięcie się pokrzywdzonego na własne życie, sprawca podlega karze od lat 2 do 12.

Art. 197 § 1. Kto przemocą, lub groźbą bezprawną lub podstępem doprowadza inną osobę do obcowania płciowego, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10³⁰.

Regulacje prawne dotyczące rodziny znajdują swoje odzwierciedlenie również w aktach szczegółowych, do których należą:

- ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich,
- ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,
- ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii,
- ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.

Strategie powstrzymywania przemocy

Zdaniem J. Melibrudy do najczęściej spotykanych sposobów radzenia sobie ze sprawcą przemocy należy zaliczyć³⁰:

1. Rozmowy – w przypadku niektórych małżeństw pomocne okazały się rozmowy o niszczyielskiej sile przemocy.
2. Wydobywanie obietnic – kobiety, odwołując się do miłości i moralności partnera, uzyskują obietnicę zaniechania przemocy, ale daje to krótkotrwały efekt.
3. Grożenie konsekwencjami – polega na podejmowaniu czynności rozwodowych.
4. Powiadomienie policji – czasami pomaga w sprawcy powściągnąć gwałtowne emocje
5. Ukrywanie się – można tym sposobem uniknąć pobicia.
6. Obrona pasywna – w sytuacji zagrożenia ofiara osłania ciało rękami, co niekiedy wywołuje jeszcze większą złość atakującego.
7. Unikanie – traktowane jest jako metoda zapobiegawcza, stosowana przed wystąpieniem ataków agresji. W dłuższej perspektywie czasowej nie jest to sposób na rozwiązanie problem.
8. Obrona aktywna – należy do najbardziej niebezpiecznych, prowadzi do intensyfikacji przemocy.

Obojętność osób znajdujących się w najbliższym otoczeniu jednostki oraz jej fałszywy wstyd i lęk przed ujawnianiem doświadczanej przemocy wpływają na powszechność zjawiska. Ważne jest, aby przerwać złą milczenie wokół tego problemu, aby zmobilizować społeczeństwo do aktywnego kontaktu z przemocą stosowaną we własnej lub obcej rodzinie.

³⁰ Zob. W. Ratyński, *Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce*, t. 1, Warszawa 2003, s. 720–721.

W Polsce podjęte zostały konkretne inicjatywy mające na celu zwalczanie tego zjawiska. PARPA wraz z Instytutem Psychologii Zdrowia i Trzeźwości uruchomiły i realizują program pod nazwą „Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie”. Ma on na celu stworzenie spójnego systemu pomocy ofiarom przemocy w rodzinie oraz zmianę świadomości i postaw społecznych wobec tego zjawiska, jak i zwiększenie liczby osób z otoczenia gotowych pomóc w tego typu sytuacjach³¹. Naszym zdaniem jest to proces długotrwały, wymagający współdziałania najbliższego otoczenia, samorządu lokalnego, pomocy społecznej, władz, w tym sądowniczych i porządkowych. Należy przy tym znaleźć środki finansowe, pomieszczenia noclegowe itp. Podstawą pomocy dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie muszą być jej dostępność i wiara samych ofiar w jej skuteczność.

Podsumowanie

Zazwyczaj dom rodzinny kojarzy się z ciepłem, miłością i bezpieczeństwem. Dla wielu jest to jednak miejsce upokorzeń, cierpień, bólu i lęku, miejsce, w którym dochodziło do tragedii. Zjawiska takie definiuje się najczęściej jako przemoc w rodzinie, choć czasami próbujemy stosować określenia bardziej niewinne, mianowicie: „kłótnie rodzinne”, „awantury domowe” lub „nieporozumienia małżeńskie”.

Zjawisko przemocy domowej występuje w rodzinach o różnym statusie społecznym. Jest niezależne od wykształcenia. Doświadczają go nie tylko kobiety, ale również dzieci, osoby starsze, chore, a nawet mężczyźni. Przemoc coraz częściej staje się normą w stosunkach społecznych. Przemoc upokarza, powoduje cierpienie, nieobliczalne szkody dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Rodzi nienawiść i pragnienie odwetu.

Nie ma w przemocy niczego, co w cywilizowanym świecie przemawiałoby za jej stosowaniem. Ludzie często idealizują obraz własnej rodziny i chętniej mówią o tych aspektach życia rodzinnego, które są świadectwem sukcesu małżeńskiego. Natomiast swoje domowe porażki starają się ukryć i tylko czasem powierzają je zaufanej osobie. Niełatwe jest przyznanie się do złej atmosfery w domu, gdyż prawdziwy zasięg różnego rodzaju konfliktów rodzinnych może przybierać znaczne rozmiary.

Od szeregu lat akcje informacyjne prowadzone przez różnego rodzaju organizacje i stowarzyszenia powołane do walki z domową tyranią sprawiają, że patologia życia rodzinnego przestaje być tematem tabu, a ofiary przemocy zaczynają mówić o własnych dramatach.

Prawo formalnie chroni ofiary przemocy, Kodeks karny zabrania znęcać się nad członkami rodziny i przewiduje stosowne kary, jednak sprawcy przemocy bardzo rzadko stają przed sądem. Świadkowie przemocy domowej nie chcą zeznawać i osobiście interweniować. Trudno zresztą o świadków i solidne dowody. Potrzeb-

³¹ *Ibidem*, s. 724–725.

ne są miejsca, w których ofiary, aby uniknąć maltretowania, otrzymają i bezpłatną pomoc prawną, i schronienie. Osoby maltretowane muszą uwierzyć, że ktoś przerwie ten krąg przemocy i znów będą mogły prowadzić normalne życie, wolne od strachu i przemocy.

Bibliografia

1. Badura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A., *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia*, Kraków 2000.
2. James R. K., Gilliland B. E., *Strategie interwencji kryzysowej*, Warszawa 2005.
3. Mazur J., *Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość*, Warszawa 2002.
4. Mellibruda J., *Niewybaczalna krzywda*, Warszawa 2000.
5. Pospizyl I., *Przemoc w rodzinie*, Warszawa 2000.
6. Raport o sytuacji polskich rodzin. Pełnomocnik Rządu do Spraw Rodziny, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Rodzin, Warszawa 1998.
7. Sasal H. D., *Niebieskie Karty. Przewodnik do procedury interwencji wobec przemocy w rodzinie*, Warszawa 2005.

Abstract

Family home is usually associated with warmth, love and security. For many it is, however, a place of humiliation, suffering, pain and anxiety or a place of tragedy. These phenomena are normally defined as family violence, though sometimes we try to use more benign terms, such as “family arguments,” “family rows” or “family disagreements”. Home violence appears in families of different social status, regardless of education. Informational campaigns carried out for years by various organisations and associations against home tyranny helped the family life pathology to stop being a taboo subject and now victims of such violence begin to talk about their traumas.

Victims of violence are formally protected by law; Penal Code forbids abusing family members and sets appropriate penalties but perpetrators are rarely brought to court. Witnesses of family violence do not want to testify or intervene. Witnesses and hard evidence are difficult to find. There is a need for facilities, where victims can be provided with legal assistance free of charge and find shelter to avoid abuse.

Streszczenie

Zazwyczaj dom rodzinny kojarzy się z ciepłem, miłością i bezpieczeństwem. Dla wielu jest to jednak miejsce upokorzeń, cierpień, bólu i lęku, miejsce, w którym dochodziło do tragedii. Zjawiska takie definiuje się najczęściej jako przemoc w rodzinie, choć czasami próbujemy stosować określenia bardziej niewinne, mianowicie: „kłótnie rodzinne”, „awantury domowe” lub „nieporozumienia małżeńskie”. Zjawisko przemocy domowej występuje w rodzinach o różnym statusie społecznym, niezależnie od wykształcenia. Od szeregu lat akcje informacyjne prowadzone przez różnego rodzaju organizacje i stowarzyszenia powołane do walki z domową tyranią sprawiają, że patologia życia rodzinnego przestaje być tematem tabu, a ofiary przemocy zaczynają mówić o własnych dramatach.



Prawo formalnie chroni ofiary przemocy, Kodeks karny zabrania znęcać się nad członkami rodziny i przewiduje stosowne kary, jednak sprawcy przemocy bardzo rzadko stają przed sądem. Świadkowie przemocy domowej nie chcą zeznawać i osobiście interweniować. Trudno zresztą o świadków i solidne dowody. Potrzebne są miejsca, w których ofiary, aby uniknąć maltretowania, otrzymają i bezpłatną pomoc prawną, i schronienie.







EWA WITOWSKA

Rola rodziny w procesie rehabilitacji dzieci niedowidzących

Słowa kluczowe: niedowidzenie, rehabilitacja, dziecko, postawy rodzicielskie
Keywords: amblyopia, rehabilitation, child, parental attitudes

Tematyka wpływu rodziny na rehabilitację dzieci niedowidzących nie należy do popularnych czy chętnie podejmowanych. Niemniej problematyka ta jest bardzo ważna, przede wszystkim ze względu na fakt częstego występowania zaburzeń wzroku u dzieci, które z tego powodu wymagają specjalistycznej, długoterminowej terapii.

Liczbę osób ze słabym wzrokiem szacowano prawie dwadzieścia 20 temu między 48 a 64 tys. (Doroszevska 1989). Natomiast w nowoczesnym społeczeństwie problemy ze wzrokiem ma ok. 20% populacji, co oznacza, że w Polsce boryka się z nimi ok. 8 mln ludzi, z czego ok. 15 tys. osób jest niewidomych (Kalbarczyk 2004). Szacunki odnośnie liczby dzieci w wieku rozwojowym z problemami wzroku mówią o 4% (Krzystkova, Kubatko-Zielińska, Pająkowa, Nowak-Brygowa 1997). Chcąc ustrzec, zwłaszcza najmłodsze pokolenie, przed inwalidztwem wzroku, zagadnienie rehabilitacji niedowidzących dzieci powinno być zgłębiane, aby można było wnikliwiej spojrzeć na czynniki, które determinują powodzenie leczenia.



Niedowidzenie – definicja oraz wybrane sposoby leczenia

Na wstępie należy zaznaczyć, że niedowidzenie to zjawisko trwałe, upośledzające widzenie obuoczne, wymagające niejednokrotnie długiego i systematycznego leczenia, które jest najbardziej skuteczne u małych dzieci.

Niedowidzenie, inaczej amblyopia, jest jednostronnym lub – rzadziej – obustronnym obniżeniem ostrości widzenia (po najlepszym skorygowaniu wady), które nie może być uznane za bezpośrednie następstwo jakichkolwiek nieprawidłowości budowy gałki ocznej lub dróg wzrokowych. Jest ono spowodowane nieprawidłową stymulacją wzrokową we wczesnym okresie życia wynikającą z przyczyn takich, jak: zez, różnowzroczność (lub wysoka obustronna wada refrakcji – isometropia) oraz pozbawienie bodźców wzrokowych, czyli deprivacja wzrokowa (Grażek (red.) 2004).

Powyższa definicja charakteryzuje niedowidzenie w szerokim aspekcie – dotyczy osób, których ostrość wzroku (w różnym stopniu) uległa obniżeniu, a które nie w każdym przypadku mogą zostać uznane za osoby słabo widzące¹ w rozumieniu orzecznictwa medycznego. Kryterium uznania dziecka lub osoby dorosłej za słabo widzącą zostało wyraźnie określone. Osoba słabo widząca to taka, której ostrość wzroku w lepszym oku po najlepszej korekcji wady refrakcji jest większa niż ruch ręki przed okiem, lecz nie większa niż 0,3, lub jej centralne pole widzenia nie przekracza 30 stopni. Warto podkreślić, że do Polskiego Związku Niewidomych nie kwalifikują się wszystkie osoby o obniżonej ostrości wzroku, a jedynie te, u których orzeciono I lub II grupę inwalidztwa wzrokowego. Dla wyjaśnienia – są to osoby o ostrości wzroku lepszego oka $< 0,05$ lub osoby z pełną ostrością wzroku, ale z zawężeniem pola widzenia do 20 stopni – w przypadku I grupy inwalidztwa wzrokowego. Natomiast w przypadku II grupy – osoby o ostrości wzroku równej 0,05–0,1 lub o ograniczeniu pola widzenia do 30 stopni (Pojsa (red.) 2006). Choć terminy „niedowidzenie” i „słabo widzenie” często używane są zamiennie, należy podkreślić, że niedowidzenie jest pojęciem bardziej ogólnym, bowiem każda osoba słabo widząca posiada niedowidzenie, ale nie każda osoba niedowidząca może być uznana za słabo widzącą.

U dzieci wraz z niedowidzeniem bardzo często występuje zez, czyli nierównoległe ustawienie gałek ocznych; objawia się to zbaczaniem jednego lub obojga oczu z prawidłowej osi widzenia (na wprost). Terapia niedowidzenia to proces bardzo skomplikowany z uwagi na to, że wszelkie funkcje z tym związane dotyczą mózgu. Rehabilitacją dzieci z zaburzeniami widzenia obuocznego (niedowidzeniem, zezem) zajmują się ortoptystki prowadzące ćwiczenia w gabinetach pleoptryczno-ortoptrycznych.

Podstawowym zadaniem, zanim podejmie się leczenie docelowe, jest zastosowanie właściwej korekcji wady refrakcji, czyli dobór okularów. Metodą, która

¹ Zgodnie z decyzją Rady Języka Polskiego została przyjęta pisownia rozłączna terminu „słabo widzący”.

jest bardzo popularna w leczeniu niedowidzenia jest zasłanianie oka lepiej widzącego, czyli obturacja (zwana również okluzją). Ma ona na celu pobudzenie słabszego oka do pracy poprzez zmuszenie go do patrzenia. U dzieci niedowidzących zawsze zasłanianie jest oko zdrowe, a w przypadku niedowidzenia obuocznego oczy zasłanianie są naprzemiennie.

Oprócz zasłaniania stosuje się też reduktory ostrości wzroku (folie o różnej przezroczystości) oraz metodę penalizacyjną, polegającą na „ukaraniu” oka lepiej widzącego poprzez obniżenie jego ostrości wzroku. Odbywa się to na drodze specjalnie dobranej korekcji okularowej, często w połączeniu ze stosowaniem kropli porażających akomodację. Rodzajów tej metody jest aż siedem, ma ona również zastosowanie w leczeniu zezów.

Należy podkreślić, że samo obniżanie ostrości wzroku oka lepiej widzącego nie wystarcza, aby osiągnąć optymalny efekt. Dodatkowo wskazane jest stosowanie ćwiczeń pleoptycznych na specjalnych aparatach mających na celu pobudzanie oka chorego. Najbardziej znane z tych metod to: metoda Bangertera (olśnienie i pobudzenie), metoda Cüppersa (metoda powidokowa), metoda Campbella (stymulacja wzrokowa), metody lokalizacyjne, korekcyjne oraz z użyciem koordynatora (Krzystkowska, Kubatko-Zielińska, Pająkowska, Nowak-Brygowa 1997). Najkorzystniejsze w procesie leczenia jest stosowanie zasłaniania wraz ze specjalistycznymi ćwiczeniami wykonywanymi w gabinecie pleoptyczno-ortoptycznym. Niezwykle istotne są dobra współpraca między ortoptystką a dzieckiem i rodzicami, jak również wykonywanie ćwiczeń w domu.

Dziecko niedowidzące w szkole

Dzieci niedowidzące w przeciwieństwie do niewidomych w większości uczęszczają do szkół masowych, w których stanowią bardzo zróżnicowaną grupę. Należy zatem uważać, aby nie wysuwać pochopnych, zbyt ogólnych wniosków na temat możliwości dziecka z obniżoną ostrością wzroku. Badania, m.in. Z. Sękowskiej (1978), dowodzą, że istnieje inteligencja powyżej przeciętnej u dzieci niedowidzących. Ponadto okazało się, że dzieci z wyższym ilorazem inteligencji wywodziły się ze środowisk miejskich, gdzie miały troskliwą opiekę, natomiast dzieci o niższym ilorazie wychowywały się w niekorzystnym wychowawczo środowisku (za: Majewski 1983). Zatem znaczenie rodziny w procesie stymulowania rozwoju tych dzieci jest niezwykle istotne. Ciekawe jest to, że dzieci z dużym stopniem niedowidzenia, sprawne umysłowo, niejednokrotnie osiągają bardzo dobre wyniki szkolne, natomiast dzieci z lżejszym niedowidzeniem osiągają gorsze wyniki. J. Doroszevska (1989) przyczyny takiego stanu rzeczy wyjaśnia mechanizmem hiperkompensacji. Niemniej dzieci niedowidzące szybko męczą się podczas pisania i czytania, przestawiają, pomijają litery, mają trudności z pisaniem w liniijkach. Bardzo często skarżą się na ból głowy, ból oczu, pieczenie, ogólne znużenie. Nie można zaprzeczyć,

że pogorszenie widzenia spowodowane zaburzeniami narządu wzroku ma wpływ na percepcję wzrokową dziecka. Zaburzenia te mogą rzutować na koordynację wzrokowo-ruchową, tym samym na mniejszą precyzję ruchów, niedokładność pisanie, rysowania, przesuwanie elementów.

Percepcja wzrokowa objawia się również w stałości spostrzegania, w spostrzeganiu figury i tła, w spostrzeganiu położenia przedmiotów w przestrzeni i ich wzajemnych stosunków. Stąd możliwe kłopoty z wyodrębnianiem pewnych elementów, dostrzeganiem szczegółów, ocenianiem odległości, niewłaściwe proporcje.

Jak dowiodły badania E. Skrzetuskiej (2005), u dzieci słabo widzących istnieją większe trudności z czytaniem i pisanie niż u prawidłowo widzących rówieśników. Jakość graficzna pisma jest słabsza, a tempo nauki czytania wolniejsze. Jak podkreśla J. Doroszevska (1989), dodatkowo mogą pojawiać się nieprawidłowości rozwoju ruchowego tych dzieci, a te rzutują na ich stan psychiczny. Na podstawie opinii nauczycieli autorka zaznacza, że dzieci te charakteryzują się większą niż prawidłowo widzące dzieci nerwowością, dużą pobudliwością, czują się mniej wartościowe od rówieśników. Wpływ na to mają umiejętność skupiania uwagi, pamięć wzrokowa i słuchowa, ale również bardzo silna chęć dorównania prawidłowo widzącym, aby podnieść swoją samoocenę. Potwierdzeniem tego jest również teza, że dzieci, u których występują mniejsze ograniczenia manifestują czasami więcej problemów natury emocjonalnej niż dzieci dotknięte cięższymi chorobami. Dzieje się tak, ponieważ silniej przeżywają swoją odmienność, czują się nieakceptowane, niezrozumiane, często maskują i zaprzeczają swoim dolegliwościom (Pilecka, Majewicz, Zawadzki 1999).

Z wszystkich opisanych powyżej względów niezwykle ważna jest współpraca rodziców z nauczycielami oraz personelem medycznym prowadzącym terapię widzenia (ortoptystką, okulistą, tyflopedagogiem). Niezbędna jest stała wymiana informacji odnośnie stanu zdrowia dziecka, także jego zachowania, czynionych postępów, w celu jak najlepszego dostosowania wymagań do indywidualnych możliwości dziecka. Należy podkreślić, że dzieci z zaburzeniami wzroku wychowujące się w sprzyjającym środowisku mogą osiągać bardzo dobre wyniki szkolne.

Znaczenie rodziny w wychowaniu dziecka niedowidzącego

Środowisko, w którym rozwija się dziecko, jest ogromnie ważne dla prawidłowego rozwoju, a tym samym dla prowadzonej rehabilitacji narządu wzroku.

A. Kępiński (2004) napisał w swym *Dekalogu*, że związek między dzieckiem a rodzicami jest bezsprzecznie najsilniejszym związkiem międzyludzkim. Stwierdzenie to dowodzi ogromnej siły i znaczenia środowiska rodzinnego, zwłaszcza we wczesnym okresie życia. Nieprawidłowości w środowisku rodzinnym mogą prowadzić do nieodwracalnych wręcz skutków rzutujących na całe życie. Rodzinę wobec tego należy traktować jako system, w obrębie którego zachodzą wzajemne

zależności. Oznacza to, że każdy z członków wpływa na każdego, a jakakolwiek zmiana w zachowaniu jednego z nich nie pozostaje bez znaczenia dla pozostałych. W związku z tym wszyscy członkowie rodziny wpływają wzajemnie na siebie (Drożdżowicz, [w:] de Barbaro (red.) 1999). Prawidłowy system rodzinny jest otwarty, elastyczny i jedyny w swoim rodzaju. Daje on możliwość rozwoju swoim członkom, zaspokaja ich potrzeby emocjonalne, oraz znajduje się w równowadze pod względem zależności i autonomii (Ryś 2001). Taki system korzystnie wpływa na dziecko, dostarcza mu zasobów wewnętrznych, które są tak bardzo potrzebne zwłaszcza podczas prowadzenia terapii.

Problematyka badań własnych

Celem moich badań, które przeprowadziłam w ramach pracy magisterskiej, było wyjaśnienie wpływu postaw rodzicielskich na proces rehabilitacji dzieci niedowidzących. Nadmieniam, że słowo „postawa”, zgodnie z definicją M. Ziemskiej (1977), zostało użyte na określenie charakteru emocjonalnego stosunku rodziców do dziecka oraz tendencji do zachowywania się wobec niego w pewien specyficzny sposób.

Badania stanowiły próbę odnalezienia odpowiedzi na zasadnicze pytanie dotyczące leczenia dzieci niedowidzących, mianowicie: Jaki jest wpływ postaw rodzicielskich na proces leczenia dzieci z obniżoną ostrością wzroku?

Metodologia badań własnych

Praca miała charakter kazuistyczny. Badaniami objęto 11 przypadków, łącznie przebadano 22 osoby: 11 dzieci niedowidzących w wieku 7–12 lat, oraz 11 rodziców. Badania zostały przeprowadzone przeze mnie osobiście w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej – Poradni Ortoptycznej w Nowym Sączu oraz w Specjalistycznym Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży – Poradni Ortoptyczno-Terapeutycznej w Krakowie w kwietniu i we wrześniu 2007 roku.

W celu uzyskania dokładnych danych użyto kilku narzędzi badawczych. Wykorzystano *Kwestionariusz skala postaw rodzicielskich* (SPR) autorstwa M. Plopy. W oparciu o klasyfikację M. Plopy wyróżniono pięć rodzajów postaw rodzicielskich: 1) akceptacji–odrzućenia; 2) autonomii; 3) ochraniania; 4) wymagania 5) niekonsekwencji. Wartość poszczególnych postaw została wyrażona w stenach. Ponadto w badaniach posłużono się *Kwestionariuszem postępów w leczeniu dziecka niedowidzącego* (opracowanie własne), technikami wywiadu swobodnego (z rodzicami dzieci niedowidzących) oraz „Rysunku Rodziny” (w wykonaniu dzieci niedowidzących).

Charakterystyka badanej grupy

Wszystkie badane dzieci (11) to chłopcy. Średni wiek badanych wyniósł 8,2 lat. Niedowidzenie jednooczne stwierdzono w 7 przypadkach. W pozostałych 4 było to niedowidzenie obuoczne. U 2 dzieci zdiagnozowano niedowidzenie dużego stopnia, u 3 niedowidzenie średniego stopnia. Najczęściej występującym było niedowidzenie małego stopnia (6 osób). Dodatkowo u 9 dzieci stwierdzono zeza zbieżnego, w 1 przypadku oprócz niedowidzenia dodatkowo oczopląs.

Rodzicem, który brał udział w badaniu, była w 10 przypadkach matka, tylko w 1 ojciec. Przeciętny wiek badanych rodziców wyniósł 36,9 lat. Wykształcenie badanych rodziców przedstawiało się następująco: 5 osób z wykształceniem zawodowym, 4 ze średnim, 1 osoba z licencjatem, 1 z wykształceniem wyższym magisterskim.

Przedstawienie badań własnych

Poniżej dla zobrazowania sposobu prezentacji danych zamieszczono dwa (znacznie skrócone) opisy analizowanych przypadków.

Przypadek Michała, lat 9

Michał rozpoczął ćwiczenia w sierpniu 2006 roku z powodu niedowidzenia średniego stopnia oka prawego oraz zeza zbieżnego małego stopnia; odbył 3 sesje ćwiczeniowe. W momencie rozpoczęcia ćwiczeń ostrość wzroku do dali (w okularach) wynosiła na oku prawym 0,2, a na oku lewym 1,0.

Michał nie był leczony wcześniej w innych gabinetach, na ćwiczenia uczęszczał regularnie. Podczas zajęć rehabilitacyjnych zachowywał się poprawnie, współpraca układała się bardzo dobrze, choć bywało, że sprawiał wrażenie nieobecnego. Do zaleceń odnośnie ćwiczeń w domu, w szczególności noszenia zasłonki na oku lewym, stosował się w stopniu dostatecznym. Po 9 miesiącach ćwiczeń uzyskał niewielką (jednorzędową) poprawę ostrości wzroku oka prawego. Na co dzień chłopiec jest raczej wesołym dzieckiem, chociaż bywa smutny i skryty.

Michał, poproszony o narysowanie swojej rodziny, zareagował niechęcią. W pierwszej kolejności narysował duży dom, podczas rysowania miał smutną minę. Następnie obok domu umieścił postać, którą określił jako „kolegę”. Na pytanie: „Kto jest najfajniejszy w twojej rodzinie?”, Michał wzruszył jedynie ramionami, nie chcąc odpowiadać. Reakcja ta dotyczyła też kolejnego pytania: „Czy chciałbyś coś zmienić w swojej rodzinie?”. Niechęć do narysowania rodziny i zastąpienie jej domem mogły oznaczać, w tym przypadku, trudność w relacjach z najbliższymi oraz brak poczucia bezpieczeństwa.



Matka Michała to osoba w wieku 29 lat, dynamiczna, zdecydowana, sprawiająca wrażenie zabieganej, nieco nerwowej. Ojciec Michała, jak mówi: „mało uczestniczy w wychowaniu syna”, na jego temat wypowiedziała się bardzo oszczędnie i z nutą ironii. Nie udało się ustalić, czy mieszka wraz z dziećmi i ich matką. Podczas wywiadu matka udzielała lapidarnych odpowiedzi, mimo to dało się wyczuć troskę o dziecko, ale również pokładane w synu duże oczekiwania.

Na podstawie *Kwestionariusza SPR* wykazano, że matkę łączy bliski kontakt uczuciowy z synem. Postawę ochraniającą określono jako właściwą, natomiast postawę niekonsekwencji jako umiarkowaną właściwą. Badania wykazały jednak brak autonomii i postawę nadmiernie wymagającą.

Uzyskane wyniki pozwoliły na wyciągnięcie wniosku, że Michał nie czuje się w pełni szczęśliwy w swojej rodzinie. Jego zachowanie wskazuje na frustrację kontaktu emocjonalnego, najprawdopodobniej ze strony ojca, o którego pozycji w rodzinie niewiele wiadomo. Sytuacja rodzinna przytłacza Michała, dlatego czasami jest on przygnębiony, zamknięty w sobie. W rysunku Michała znalazła odzwierciedlenie złożona sytuacja rodzinna, która bywa źródłem jego przygnębienia.

Przypadek Daniela, lat 8

Daniel rozpoczął ćwiczenia w maju 2004 roku z powodu niedowidzenia średniego stopnia na obu oczach, z przewagą oka prawego oraz zeza zbieżnego średniego stopnia; od tego czasu zrealizował 9 sesji rehabilitacyjnych. W momencie rozpoczęcia ćwiczeń ostrość wzroku do dali (w okularach) wynosiła na oku prawym 0,2, a na oku lewym 0,3. Po prawie 2 latach trwania ćwiczeń uzyskano całkowitą poprawę ostrości wzroku na oku lewym i dwurzędową poprawę ostrości wzroku na oku prawym. Do zaleceń odnośnie ćwiczeń w domu, w szczególności obturacji, stosował się w stopniu dobrym.

Daniel to chłopiec zrównoważony, pogodny, naturalny. Jego naturalność przejawiała się w spontaniczności odnośnie wyrażania emocji. Nie krępował się okazywać emocji, jakie przeżywał w danym dniu: smutku, zmęczenia, radości. Chętnie nawiązywał kontakt z innymi dziećmi. Zawsze starał się ćwiczyć z największym zaangażowaniem.

Do rysunku własnej rodziny przystąpił z entuzjazmem. Rodzinę przedstawił w porządku chronologicznym. Na uwagę zasługuje fakt, że wszyscy zostali ze sobą połączeni (trzymając się za ręce), co może potwierdzać istnienie silnej więzi emocjonalnej między członkami tej rodziny. Rysując, Daniel miał zadowoloną minę. Zapytany: „Kto w rodzinie jest najfajniejszy?”, odparł: „Wszyscy są fajni!!”.

Matka Daniela to osoba 33-letnia, sprawiająca wrażenie osoby ciepłej, spokojnej, zrównoważonej. O synu wyrażała się z dużą troską i miłością. Obserwując ich wzajemne relacje, wyczuwało się bardzo silną nić porozumienia między nimi. Badanie postaw rodzicielskich matki Daniela nie wykazało żadnych niepożądanych zachowań. Ojciec, mimo że nie przyjeżdżał z synem do gabinetu, uczestni-



czył w ćwiczeniach w domu. Z relacji matki wynika, że ojca z synem łączy bardzo bliski, przyjacielski kontakt.

Uzyskane wyniki wskazują, że Daniel czuje się bardzo dobrze w swojej rodzinie, ma poczucie wsparcia, akceptacji i miłości. Jest dzieckiem wesołym, spontanicznym, nieokazującym rozgoryczenia z powodu niedowidzenia i konieczności leczenia. Rodzice chłopca wspólnie troszczą się o leczenie syna, dzieląc obowiązki między siebie. W rysunku Daniela znalazły odzwierciedlenie pozytywne relacje, jakie panują w jego rodzinie.

Ogólne wyniki dotyczące poszczególnych przypadków zaprezentowano w poniższej tabeli.

Tab. 1. Postawy rodzicielskie a osiągnięta poprawa ostrości wzroku

Lp.	Aspekt analizy	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11
1	Postawa akceptacji-odrzućenia	10	7	6	8	10	10	10	10	10	7	7
2	Postawa autonomii	8	<u>3</u>	6	6	6	4	6	8	4	<u>3</u>	5
3	Postawa ochraniańia	6	3	3	4	2	3	2	5	6	4	2
4	Postawa wymagania	<u>7</u>	<u>7</u>	<u>7</u>	<u>9</u>	5	<u>7</u>	4	<u>7</u>	<u>7</u>	5	3
5	Postawa niekonsekwencji	<u>9</u>	5	<u>7</u>	<u>9</u>	5	6	4	6	6	4	6
6	Zaangażowanie rodzica w ćwiczenia	5	4	5	5	5	3	5	5	4	4	5
7	Osiągnięta poprawa	4	1	4	3	7	3	4	5	2	2	7
8	Zachowanie dziecka podczas ćwiczeń	4,5	4	5	5	3,5	2	4	5	4	5	5

Źródło: badania własne.

Objaśnienie: 1) w wierszach 1–5: wartości poszczególnych postaw zostały wyrażone w stenach, wartości podkreślone oznaczają postawy niewłaściwe,

2) w wierszach 6 i 8: zachowania wyrażono w skali 1–5, gdzie 5 oznacza zachowanie najbardziej pożądane,

3) w wierszu 7: zamieszczona cyfra oznacza liczbę rzędów uzyskanej poprawy ostrości wzroku badanej na tablicy do dali.

Wnioski z badań własnych

Poznanie pozamedycznych czynników, które wpływają pozytywnie i negatywnie na proces rehabilitacji, już od dłuższego czasu stanowi temat dociekań wielu badaczy. Sądzę, że dogłębna wiedza na temat uwarunkowań procesu rehabilitacji dzieci niedowidzących to istotne zagadnienie nie tylko medyczne, ale i społeczne. Znajomość zależności istniejących między postawami rodzicielskimi a rezultatami leczenia dzieci niedowidzących jest bardzo ważnym aspektem poszerzającym wie-

dzę na temat procesu leczenia. Dokładna analiza 11 badanych przypadków wskazuje, że postawy rodzicielskie mają znaczny wpływ na proces rehabilitacji dzieci niedowidzących. Przeprowadzone badania pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

- Relacje między rodzicami a dziećmi niedowidzącymi można określić jako bliskie i wskazujące na akceptację dziecka przez rodzica. W żadnym przypadku nie stwierdzono postawy odrzucenia.
- Badania nie potwierdziły, że postawa nadmiernie ochraniająca występuje najczęściej. Większość rodziców prezentowała właściwą postawę ochraniająca (8 osób).
- Odnosnie do postawy autonomii stwierdzono, że pożądane zachowania należą do rzadkości. Właściwe postawy prezentowały tylko 2 osoby. Pięcioro badanych rodziców wykazało umiarkowanie właściwą postawę autonomii, w 4 przypadkach natomiast stwierdzono brak autonomii.
- Badania dostarczyły interesujących wniosków na temat postaw niekonsekwencji i wymagania. Otóż, brak niekonsekwencji (postawa pożądana) został stwierdzony tylko w 1 przypadku. Większość rodziców prezentowała umiarkowanie właściwą postawę niekonsekwencji – 7 osób. Postawę niewłaściwą wykazały 3 osoby. Oznacza to, że rodzice dzieci niedowidzących mają tendencję do zmiennego zachowania się względem dziecka. Może to oznaczać, że akceptacja dziecka przeplata się z nerwowością, wahaniami nastroju, niestabilnością zachowania.
- Jednocześnie badania dowiodły, że większość rodziców (7 osób) posiada nadmierne wymagania w stosunku do dziecka niedowidzącego; postawę umiarkowanie właściwą wykazano w 3 przypadkach. Natomiast tylko w jednym przypadku rodzic prezentował postawę pożądaną. Wskazuje to na fakt, iż rodzice dzieci niedowidzących mają trudności ze zrozumieniem potrzeb swych dzieci, często stawiają wymagania, które przekraczają możliwości dziecka. Najprawdopodobniej wiąże się to z chęcią mobilizacji dziecka do skompensowania deficytów wzrokowych. Niestety, jak dowodzą badania, czynią to w nieumiejętny sposób.

Zagadnieniem, które szczególnie mnie interesowało, było pytanie: Czy dzieci, których rodzice prezentują właściwe postawy wychowawcze, osiągają najlepsze rezultaty leczenia?

Badania wykazały istotną zależność w tym zakresie. Czworko dzieci rodziców, którzy wykazali najkorzystniejsze postawy, osiągnęło najlepsze wyniki leczenia. Dodatkowo, biorąc pod uwagę *Kwestionariusz SPR*, wywiad z rodzicem i obserwację, stwierdzono, że dzieci, u których efekt rehabilitacji był najniższy, to dzieci rodziców wykazujących najmniej korzystne postawy rodzicielskie. Ponadto można wysunąć wniosek, że atmosfera wychowawcza rzutuje na zachowanie dziecka podczas ćwiczeń. Dzieci, które w swojej rodzinie mają poczucie wsparcia, akceptacji, miłości, zachowują się pogodniej na ćwiczeniach, są bardziej komunikatywne, zaangażowane, chętniej uczestniczą w ćwiczeniach oraz potrafią dłużej skupić uwagę. Zachowania te niewątpliwie wpływają na efekt rehabilitacji.

Na podstawie analizy *Kwestionariusza postępów w leczeniu dziecka niedowidzącego* stwierdzono także, że bardzo dobra współpraca z osobą prowadzącą ćwiczenia ułatwia osiągnięcie lepszego efektu leczenia. Troje dzieci, które wykazały podczas ćwiczeń najbardziej pożądane zachowania, osiągnęły jednocześnie stosunkowo największą poprawę. Jednak nie można wysunąć jednoznacznego wniosku, że wraz z pogarszaniem się współpracy pogarszają się wyniki leczenia. Z pewnością brane pod uwagę poszczególne aspekty zachowania (zaangażowanie, cierpliwość, możliwość skupienia uwagi, współpraca, stosowanie się do zaleceń) mają na to niebagatelny wpływ, jednak nie są jedynymi czynnikami wpływającymi na wynik leczenia.

Badania dowiodły, że dzieci, którym poświęcany jest w domu czas na wspólne ćwiczenia, osiągają lepsze rezultaty od dzieci, które nie wykonują zaleconych do domu ćwiczeń. Oznacza to, że wraz ze zmniejszaniem wartości osiągniętej poprawy zmniejsza się także wartość pożądanego zachowania wobec dziecka.

Należy ponadto nadmienić, że z analizy poszczególnych przypadków wynika, iż atmosfera rodzinna oraz stosunek rodziców wobec dziecka znajdują potwierdzenie w rozmowie z dzieckiem, obserwacji zachowania podczas ćwiczeń oraz w wykonanym przez dziecko „Rysunku Rodziny”.

Czynników, które mają wpływ na powodzenie leczenia dzieci niedowidzących jest niewątpliwie wiele. Jak wykazały przeprowadzone przeze mnie badania, oprócz m.in. wieku dziecka w momencie rozpoczęcia leczenia, diagnozy początkowej, istotne znaczenie dla procesu rehabilitacji mają także okazywane przez rodziców postawy rodzicielskie. Są one ściśle powiązane z zachowaniem dziecka podczas ćwiczeń, mogą stymulować bądź spowalniać prowadzone leczenie i wpływać na jego efekty.

Należy pamiętać, że rodzina jako podstawowe środowisko funkcjonowania jest współodpowiedzialna za stan zdrowia swych członków. Z tego względu – podsumowując wyniki przeprowadzonych badań – można pokusić się o wyznaczenie zadań stojących przed rodziną w procesie rehabilitacji dzieci niedowidzących.

Pozwolę sobie rozpocząć od znamienych słów Z. Sękowskiej: „Upośledzenie hamuje wprawdzie w pewnym stopniu rozwój dziecka [...], ale nie czyni go zasadniczo odmiennym od jego zdrowych rówieśników”. Dlatego głównym dążeniem wszelkiej opieki powinno być „zwrócenie dzieciom tego wszystkiego, co zostało im w życiu zabrane, a więc zarówno radości życia, jaki i tworzenia, możliwości współżycia zespołowego, oraz korzystania z tych dóbr, które są dostępne innym dzieciom”². Jest to niewątpliwie bardzo trafne stwierdzenie, ponieważ każde chore dziecko odczuwa silną potrzebę bycia traktowanym jak wszystkie inne dzieci (nie chce być stygmatyzowane przez chorobę). Ze względu na swe ograniczenia w funkcjonowaniu dziecko powinno być obdarzone szczególnymi wyrozumiałością, miłością, troską. Dlatego, moim zdaniem, rodzice powinni ze zrozumieniem przyjąć fakt, że dziecko może czasami zachowywać się inaczej niż w pełni zdrowe

² Z. Sękowska, *Pedagogika specjalna. Zarys*, Warszawa 1982, s. 93–94.

dzieci, gdyż doświadczając choroby, ma do tego prawo. Niedowidzące dzieci należy otaczać wzmożoną opieką, pamiętając, że każde dziecko jest inne.

Niemniej z moich kilkuletnich obserwacji wynika, że są to w głównej mierze dzieci wymagające dużej uwagi, o silnych potrzebach emocjonalnych, wrażliwe, łatwe do zranienia. Dzieci te potrzebują uznania, chcą być doceniane przez rodziców za to, jakie są, za to, co robią. Chcą, aby ich starania były dostrzegane. Z pewnością nieustanne strofowanie przez rodziców (aby np. nosiły zasłonkę), dla osiągnięcia jeszcze lepszych wyników, nie wpływa korzystnie na ich samopoczucie i samoocenę. Wymaga to od rodziców nie lada wycucia. Rolą rodzica, o czym nikt tu nie zapomina, jest także przywoływanie dziecka do porządku, zwracanie mu uwagi, jeśli postępuje niewłaściwie bądź na swoją szkodę. Powinno to być czynione umiejętnie, tak aby nie pomijać potrzeb emocjonalnych dziecka i nie deprecjonować go. Każde dziecko, nie tylko słabo widzące, może mieć gorszy lub lepszy dzień. Każde wymaga indywidualnego traktowania.

Dzieci niedowidzące należy traktować uważnie, ale jak podkreśla J. Kuczyńska-Kwapisz, nie powinno się stosować „taryfy ulgowej”. Nie trzeba zaniżać wymagań dotyczących nauki i zachowania (Kuczyńska-Kwapisz 2004). Nie oznacza to, oczywiście, bycia zbyt wymagającym ani zbyt opiekuńczym.

Rodzice dzieci niedowidzących powinni przede wszystkim rozumnie je kochać, akceptować, dawać poczucie bezpieczeństwa, stawiać wymagania dostosowane do możliwości psychofizycznych dziecka. Ponadto powinni być cierpliwi, zwłaszcza jeśli chodzi o efekt leczenia, gdyż może on następować bardzo wolno. Powinni wspierać, motywować dziecko do ćwiczeń tak w gabinecie, jak i w domu, samemu aktywnie towarzysząc dziecku. Może to polegać na wspólnych zabawach z zasłoniętym okiem, nawlekaniu, rysowaniu, czytaniu, oglądaniu bajek. Ważne jest, aby dziecko nie czuło, że noszenie zasłonki, konieczność częstego chodzenia na ćwiczenia, jest rodzajem kary dla niego. Dziecko, mimo że dobrze wie, w jakim celu ma ćwiczyć i zaklejać oko, często traktuje to jako „zło konieczne”, ponieważ wstydzi się przed rówieśnikami, odczuwa dyskomfort, wykonując różne czynności. Zadaniem rodzica jest je rozumieć, wspierać, uczynić czas leczenia jak najbardziej przyjemnym i naturalnym.

Inną kwestią są dojazdy na ćwiczenia, nierzadko z odległych miejscowości. To z kolei wymaga od rodzica nakładów czasowych i finansowych. Rolą rodzica w tym przypadku nie jest czynienie z tego nieszczęścia, a traktowanie jako inwestycji w zdrowie psychofizyczne dziecka. Zrozumiałe dla wszystkich są pośpiech życia, duża liczba obowiązków, ciągle wydatki. Staram się jednak podkreślić, że atmosfera, jaką roztacza się wokół leczenia dziecka, ma istotny wpływ na jego przebieg. Ważne jest, aby w atmosferze tej było jak najmniej stresu, złych emocji, napięcia, tak aby dziecko nie odczuło, że stanowi przeszkodę i utrudnienie dla rodziny.

Należy zatem pamiętać, że powodzenie rehabilitacji dziecka niedowidzącego nie zależy tylko od niego samego.

Bibliografia

1. Barbaro de B. (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków 1999.
2. Doroszewska J., *Pedagogika specjalna*, tom 1–2, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź 1989.
3. Grałek M. (red.), *Okulistyka pediatryczna i zez. Basic and Clinical Science Course część 6*, wydanie 1 polskie, Wrocław 2004.
4. Kalbarczyk M., *Świat otwarty dla niewidomych. Szanse i możliwości*, Warszawa 2004.
5. Kepiński A., *Dekalog*, Kraków 2004.
6. Krzystkova K., Kubatko-Zielińska A., Pająkowska J., Nowak-Brygowa H., *Choroba zezowa, rozpoznanie i leczenie*, Warszawa 1997.
7. Kuczyńska-Kwapisz J., *Dzieci niewidome i słabo widzące*, Warszawa 2004.
8. Majewski T., *Psychologia niewidomych i niedowidzących*, Warszawa 1983.
9. Pilecka W., Majewicz P., Zawadzki A., *Jak wspomagać psychospołecznie rozwój dzieci niepełnosprawnych somatycznie*, Kraków 1999.
10. Pojda M. (red.), *Okulistyka w kropelce*, Katowice 2006.
11. Ryś M., *Systemy rodzinne. Metody badań struktury rodziny pochodzenia i rodziny własnej*, Warszawa 2001.
12. Sękowska Z., *Pedagogika specjalna. Zarys*, Warszawa 1982.
13. Skrzetuska E., *Przyswajanie pisma przez uczniów ze słabym widzeniem w klasach 1–3*, Lublin 2005.

Abstract

The article attempts to present principle issues concerning amblyopic children and their rehabilitation. At the same time it emphasizes the meaning of proper parental care in education and treatment of children with eye disabilities. The article shows also the research results for subject: influence of parental attitudes on rehabilitation process of amblyopic children.

Streszczenie

Niniejszy artykuł stanowi próbę przybliżenia podstawowych zagadnień dotyczących dzieci niedowidzących i ich rehabilitacji. Jednocześnie podkreślona została rola i znaczenie prawidłowej opieki rodzicielskiej w wychowaniu oraz leczeniu dzieci z zaburzeniami widzenia. W artykule przedstawiono również wyniki badań na temat wpływu postaw rodzicielskich na proces rehabilitacji dzieci niedowidzących.



RENATA WRZESZCZ

Znaczenie więzi i przywiązania dla rozwoju dziecka

Słowa kluczowe: więź między matką i dzieckiem, miłość macierzyńska

Keywords: maternal love, relation/bond between mother and child, attachment of child, emotional bond/relation

W trosce o zapewnienie optymalnych warunków dla rozwoju dziecka oraz w związku z zainteresowaniem profilaktyką zaburzeń, szczególnie tych dotyczących życia emocjonalnego i społecznego, w badaniach zwrócono uwagę na zjawisko więzi uczuciowej między matką a dzieckiem.

Potrzeba więzi uczuciowej jest elementarną potrzebą każdego człowieka, obecną już od poczęcia, kiedy struktury somatyczne i psychiczne intensywnie się rozwijają. „Poczucie więzi jest podstawą do realizowania dalszych, specyficznie ludzkich potrzeb psychicznych, m.in. poznawania świata, sensu życia i samorealizacji. Badania z zakresu psychologii prenatalnej wykazują, że dziecko w łonie matki jest zdolne do kontaktu z otoczeniem oraz że przeżycia z tego okresu wpływają na kształtowanie się jego osobowości”¹.

Tak więc zachwianie tej podstawy, jaką jest więź emocjonalna, może negatywnie oddziaływać na dalszy rozwój osobowości dziecka.

¹ E. Nitecka, D. Staszewska, E. Pietkiewicz-Rok, *Miłość od poczęcia*, Warszawa 1987.



Obecnie w psychologii podkreśla się, że więź matka i dziecka zostaje zapoczątkowana w okresie prenatalnym. Wtedy bowiem jest już możliwe działanie podstawowego mechanizmu przywiązania, jakim jest koordynacja odbierania sygnałów (np. dźwięk bicia serca matki, jej głos, muzyką oświetlenie, dotykanie pępowiny, smak wód płodowych) z odczuciami (np. dotlenienie, przyjemny smak, wygodne położenie, równe tętno serca właściwy poziom hormonów), które prowadzą do powstania międzyosobniczej interakcji, stanowiącej ważny etap w rozwoju psychospołecznym dziecka i jego matki. Specyfikę przywiązania diady matka–dziecko podkreśla E. Fromm, stwierdzając, że „zaczyna się ono jeszcze przed pojawieniem się dziecka na świecie, gdy matka i dziecko wciąż jeszcze stanowią jedność, chociaż są dwiema istotami”²².

Według R. Zazzo powstawanie więzi matka–dziecko ma „charakter pierwotny i autonomiczny. Zanim bowiem dziecko wejdzie w relacje z innymi ludźmi i stworzy z nimi więzi emocjonalne, pierwotną więź tworzy z matką. Jest ona najważniejszą osobą, odpowiedzialną za dojrzewanie emocjonalne dziecka, i dlatego jakość związku, jaki powstaje między nimi, będzie miała wpływ na późniejsze związki międzyludzkie tworzone przez dziecko”²³.

Przyjmując definicję więzi emocjonalnej opracowaną przez Trzęsowską-Gresztę (1995), można stwierdzić, że „więź emocjonalna wywodzi się z pierwotnego mechanizmu przywiązania i stanowi podstawową potrzebę człowieka. Wiąż emocjonalna to całokształt specyficznych zachowań i związanych z nimi procesów psychicznych i emocjonalnych, które tworzą i podtrzymują dwustronne stosunki społeczne jednostek. Wiąż emocjonalna jest dynamicznym zbiorem wzajemnych zależności między elementami emocjonalnymi, poznawczymi, motywacyjnymi i behawioralnymi, z dominującym komponentem emocjonalnym”²⁴.

Wiąż może łączyć różne osoby, posiada swoją specyfikę w zależności od rodzaju kontaktów międzyludzkich: rodzicielskich, przyjacielskich i seksualnych. Jednak pierwszym przeżyciem więzi, mającym wpływ na kształtowanie się pozostałych, jest pierwotny związek matki z dzieckiem.

Dziecko już w okresie rozwoju prenatalnego przeżywa proste emocje, wywołane bodźcami z zewnątrz lub stanem środowiska śródmacicznego. Komunikacja i doświadczenia emocjonalne, ich pamięć dokonuje się m.in. na poziomie neurohormonalnym, behawioralnym i psychicznym.

Pod wpływem hormonów docierających w nieodpowiedniej proporcji i przy niewłaściwej częstotliwości do mózgowych ośrodków różnych funkcji (np. emocjonalnych, ruchowych, percepcyjnych) może zostać zaburzony ich rozwój oraz mogą one nabyć predyspozycji do funkcjonowania charakterystycznego dla stanów negatywnych (tak jak w okresie prenatalnego rozwoju).

²² E. Fromm, *O sztuce miłości*, Warszawa 1994, s. 43.

²³ *Przywiązanie. Ujęcie interdyscyplinarne*, red. R. Zazzo, Warszawa 1978.

²⁴ M. Wasilewska-Pordes, *Depresja porodowa u kobiet o prawidłowym i patologicznym przebiegu ciąży*, Kraków 1999, s. 28.

„Stan napięcia i rozchwiania układu neurohormonalnego przed urodzeniem może być przyczyną problemów po urodzeniu np. płaczliwość noworodków, trudności ze ssaniem, trawieniem (kolka), spaniem i oddychaniem, a w późniejszym życiu częstsze trudności z uczeniem się, nadpobudliwość psychoruchowa i neurotyczność, zaburzenia emocjonalne, zaburzenia w kontaktach społecznych, w zachowaniu i przedłużoną reakcją na stres”⁵.

Silne i przedłużające się negatywne przeżycia emocjonalne matki w okresie ciąży mogą być źródłem różnych form przemocy wobec dziecka (*fetal abuse* – znęcanie się nad płodem), takich jak np. zaniechanie go przez brak opieki lekarskiej, niedożywienie, stosowanie używek (co zaburza rozwój ośrodkowego układu nerwowego, powodując tzw. dystrofię płodu, małą masę mózgu).

Czynnikami sprzyjającymi powstaniu zaburzeń rozwojowych dziecka mogą być także zachowania ryzykowne podjęte przez matkę w sytuacji stresowej, jak: picie alkoholu, palenie papierosów, zażywanie leków, diety odchudzające, krępowanie ciała, uprawianie ryzykownych sportów, narażanie się na promieniowania.

Niewłaściwa atmosfera emocjonalna wokół dziecka poczętego, jak i negatywne przeżycia matki (te przeszłe i obecne) mogą więc stworzyć „stan klęski ekologicznej w łonie i zagrozić jego rozwojowi”⁶.

Istnieje zatem między matką a dzieckiem droga łączności psychicznej, której siły oddziaływania na los ciąży i porodu oraz stan zdrowia dziecka nie można pominąć, dlatego okres przedurodzeniowy rozwoju dziecka wymaga od matki i innych podjęcia działań optymalizujących jego rozwój, a jednocześnie kształtujących ich przywiązanie do niego.

Narodziny dziecka są momentem bardzo ekscytującym dla wielu kobiet – pojawiają się łzy szczęścia, zachwyt, poczucie dumy i ulgi na widok dziecka. Położenie dziecka na brzuchu matki tuż po porodzie i przystawienie go do piersi wzmacnia więź emocjonalną, a wszystko to daje noworodkowi poczucie bezpieczeństwa, zaś u matki rozwija miłość macierzyńską. Zagadnieniu wczesnego kontaktu matki z dzieckiem po porodzie poświęcone były liczne badania, na podstawie których stwierdzono, że im wcześniej po porodzie matka ma zapewniony bezpośredni kontakt z dzieckiem (możliwość tulenia, głaskania, całowanie, przewijanie), tym jakość tej relacji w późniejszym czasie jest lepsza, a matki lepiej rozumieją i zaspokajają potrzeby dziecka.

Według J. Bowlby’ego miłość macierzyńska jest niezbędna dla zdrowia psychicznego dziecka tak jak witaminy dla jego zdrowia fizycznego. Jest to naturalny instynkt, wyrażany m.in. poprzez tulenie i pieszczenie.

Równie ważnymi czynnikami determinującymi więź emocjonalną są przeżycia matki z własnego dzieciństwa wraz z przekazanymi wzorcami rodzinnymi. Szczególnie istotna jest jakość relacji pomiędzy kobietą a jej matką.

⁵ B. R. H. Bergh van den, *Maternal emotions during pregnancy and fetal and neonatal behaviour*, [w:] *Fetal behaviour. Developmental and perinatal aspects*, red. J. G. Nijhuis, Oxford 1992, s. 157–178.

⁶ B. Harwas-Napierała, J. Trempała, *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, Warszawa 2003, s. 40.

Według D. Kornas-Bieli „kobiety, które wychowywały się w chłodnej atmosferze uczuciowej (bez zewnętrznego wyrażania uczuć w postaci pocałunków, pieszczot, tulenia, miłych słów), którym matki okazywały obojętność, brak zainteresowania lub wręcz niechęć, mogą mieć teraz trudności z akceptacją swego stanu”⁷.

Wielu autorów uważa, iż relacje między matką a córką stanowią dziedzictwo społeczne niezbędne dla tworzenia się nowych ról macierzyńskich. Relacje te z pewnością stanowią prototypy zachowań macierzyńskich, które tkwią w nas i najłatwiej jest je naśladować, ale przy odrobinie starań mogą być modyfikowane lub odrzucane.

Wśród czynników, które mogłyby mieć wpływ na sposób, w jaki matka postrzega po porodzie swoje dziecko, a które mogą stanowić ryzyko dysfunkcjonalnego związku, można wymienić: wiek matki przy porodzie pierwszego dziecka poniżej 20 lat, objawy zaburzeń emocjonalnych matki, rodzina matki będąca pod opieką kuratora, konieczność pobytu dziecka na oddziale specjalnej troski, artykułowany brak cierpliwości (np. „nie wytrzymuję płaczu dziecka”, „nie mam już sił”), częste oddawanie dziecka pod opiekę personelu, obojętność na płacz dziecka i jego potrzeby, jakość relacji społecznych, zwłaszcza z własnym mężem i członkami rodziny, warunki bytowe.

Nie bez znaczenia dla przyszłej więzi pozostaje też motywacja, która towarzyszy rodzicom decydującym się na dziecko. Może być ono bowiem traktowane jako własność rodziców, mające zaspokoić ich potrzeby, potwierdzać ich zdolność do miłości i poświęcenia, stanowić dowód na ich, odpowiednio, kobiecość i męskość.

Chęć posiadania całkowicie od nas zależnego dziecka może też wynikać z potrzeby sprawowania nad nim kontroli, dominacji i opieki. Może być też efektem pragnienia tylko kobiety, jak też działaniem na rzecz scalenia rozpadającego się małżeństwa. Kolejny powód, dla którego ludzie decydują się na dziecko, to chęć przedłużenia swojego biologicznego trwania, scedowanie na dziecko celów i marzeń, których nie udało się zrealizować rodzicom w ich własnym życiu.

Bardzo istotnym czynnikiem, wpływającym na relację matki z dzieckiem pozostaje także sam poród – jego przebieg i wcześniejsze nastawienie kobiety. Badania wykazały, że kobiety, których stosunek do porodu był negatywny i lękowy, z większą rezerwą wyrażały się o swoim dziecku, natomiast przedłużający się poród opóźniał uświadomienie sobie przez matkę pozytywnych uczuć wobec dziecka. Matki, u których występował wyraźnie obniżony nastrój, opisując swoje dzieci w kilka tygodni bądź miesięcy po porodzie, częściej stosowały pejoratywne określenia i zwracały uwagę na negatywne strony opieki nad niemowlęciem.

Należy pamiętać, że kondycja psychiczna kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu wpływa na szybkość powstawania więzi oraz dalsze relacje matki z dzieckiem, nie należy zatem lekceważyć obniżonego nastroju, stanów depresyjnych u kobiet w okresie okołoporodowym, ponieważ wiążą się one z jakością tworzonej więzi emocjonalnej, która z kolei decyduje o dalszym rozwoju psychofizycznym

⁷ D. Kornas-Biela, *Wokół początku ludzkiego życia*, Warszawa 1993.

dziecka. Etapy kształtowania się więzi emocjonalnej matki z dzieckiem mają swój początek już w okresie prenatalnym, a najważniejsze przejawy tworzenia się tej więzi to:

- Traktowanie płodu jako odrębnej istoty, choć rozwijającej się w ścisłej zależności od organizmu matki.
- Przypisywanie dziecku właściwości. Obraz dziecka powstaje poprzez wizualizację i przypisywanie mu cech.
- Interakcje z dzieckiem, według Cranley (1981), także mogą być uznane za synonim więzi. Interakcje w diadzie inicjowane są przez matkę, dlatego traktowanie płodu jako odrębnej istoty jest konieczne, aby ten proces miał miejsce.

M. Kościelska uważa, że relacje pomiędzy matką a dzieckiem należy rozważać na trzech płaszczyznach⁸:

- behawioralnej,
- psychicznej,
- duchowej.

Forma relacji behawioralnej sprowadza się do styczności przestrzennej matki i dziecka. Jest to tzw. „bycie obok siebie”. Istotą relacji psychicznej jest wymiana na drodze biochemicznej i neuroendokrynej różnego rodzaju treści psychicznych takich, jak: informacje, emocje, działania. Jest to tzw. „bycie razem”. Relacje w płaszczyźnie duchowej to przeżycie bliskości, zjednoczenia i współodczuwania. „Bycie w jedności” matki i dziecka.

Zdaniem R. Zazzo⁹ pierwszą więzią, jaka się tworzy, jest więź z matką, która to więź rzutuje na późniejsze kontakty z innymi ludźmi. Prawdopodobnie więź prenatalna jest jednym z elementów ułatwiających dziecku rozwój emocjonalny i przywiązanie do osób znaczących w późniejszych fazach życia. Formy komunikacji z dzieckiem, wyrażające ciepło uczuć rodzicielskich, dają dziecku poczucie bezpieczeństwa, spokój, rozluźnienie i radość, tworząc przez to podwaliny rozwoju jego zdrowej osobowości.

Kształtowanie się więzi prenatalnej i jej jakość są narażona na wiele zaburzeń związanych z różnymi czynnikami, nad którymi warto się w tym miejscu chwilę zastanowić.

Wielu badaczy odwołuje się zatem do postaw wobec samego macierzyństwa, stanu emocjonalnego, osobowości, oczekiwań co do płci dziecka, zaburzeń przebiegu ciąży, przeszłości położniczej, kontekstu społecznego.

Warto przytoczyć tutaj E. Bielawską-Batorowicz, która do takich czynników zalicza m.in.¹⁰:

- zmienne demograficzne,
- determinanty osobowościowe i społeczne,

⁸ M. Kościelska, *Trudne macierzyństwo*, Warszawa 1993, s. 77.

⁹ *Przywiązanie...*

¹⁰ E. Bielawska-Batorowicz, *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym*, Łódź 1995.

- postawy rodzicielskie,
- przeszłość położniczą.

Wśród zmiennych demograficznych wlicza ona: wiek matki, wykształcenie, sytuację materialną i liczbę posiadanych dzieci. Rola wieku matki nie jest jednoznaczna, gdyż niektórzy autorzy nie stwierdzają tej zależności (Cranley 1981), inni zaś uważają, że bardzo młodym kobietom trudniej jest wyobrazić sobie płód jako odrębną istotę (Ress 1980). Z kolei Berryman i Windridge (1993) uważają, że kobiety po 35. roku życia oczekujące pierwszego dziecka są z nim mniej związane emocjonalnie, zaś w przypadku kolejnych ciąż takiej zależności nie stwierdzono.

Podobnie kwestie wykształcenia i statusu społecznego nie są jednoznaczne. Można przypuszczać, że wyższy poziom wykształcenia i związana z nim większa wiedza o rozwoju prenatalnym oraz wola dalszego jej pogłębiania (czytanie fachowej literatury, uczęszczanie do szkoły rodzenia) zachęca do głębszego nawiązywania kontaktu z dzieckiem, jednak w badaniach Cranley (1981) i Grace (1989) nie stwierdzono takiej zależności.

Aspekty osobowościowy i społeczny rozpatrywać można w ramach właściwości indywidualnych i wsparcia społecznego. W przypadku depresyjności matki i jej labilności emocjonalnej nasilenie więzi maleje. Brak wsparcia ze strony bliskich i otoczenia, problemy w pracy czy też zmiana stylu życia mogą mieć negatywny wpływ na jakość więzi. Na podstawie badań przeprowadzonych w ostatnich 20 lat stwierdzono, że po porodzie pojawić się może wiele zaburzeń emocjonalnych. Mogą one mieć wpływ na jakość życia kobiety, opiekę nad dzieckiem i na jego rozwój. Wyróżnia się trzy rodzaje stanów depresyjnych poporodowych, które można uszeregować w zależności od częstotliwości występowania i nasilenia objawów. Jednym z nich jest tzw. *baby blues* (*postpartum blues depression*), depresja, psychoza poporodowa.

Kolejnym determinantem więzi są postawy rodzicielskie, gdyż już w ciąży kształtuje się nastawienie do dziecka, które później jest kontynuowane i znajduje odzwierciedlenie w postawie macierzyńskiej. Silną więź emocjonalną nawiązują matki ułatwiające rozwój, akceptujące swój stan, skupiające się na dziecku i jego potrzebach, natomiast kobiety, dla których prowadzenie dotychczasowego trybu życia jest ważne, a dolegliwości fizyczne będą go ograniczać, rzadziej podejmują próby nawiązywania kontaktu z dzieckiem i miewają tendencję do traktowania dziecka jako istoty o nieodróżnianej aktywności.

Z chwilą przejścia dziecka ze środowiska wewnątrzmacicznego do środowiska zewnętrznego następuje pierwszy i niepowtarzalny kontakt matki z dzieckiem. Rozpoczyna się szczególny okres w życiu obojga zwany „wrażliwym okresem macierzyństwa”. Ze względu na zwielokrotnioną możliwość wzajemnego oddziaływania dochodzi do gwałtownego rozwoju przywiązania między nimi, mimo zerwanej jedności fizycznej.

Relacja matki z dzieckiem jest dwukierunkowa – zgodnie z teorią interakcji, która zakłada, że matka wpływa na dziecko, ale również zachowanie dziecka ma

wpływ na matkę. Tłumaczy to gwałtowny rozwój uczuć macierzyńskich. Dla kobiety jest to czas zwany „ekstazą poporodową”, „okresem krytycznym”, „okresem wrażliwym” lub „magicznymi godzinami”. Możliwość bezpośredniego obcowania noworodka z matką od momentu narodzin przynosi im obopólne korzyści, dlatego bardzo ważne jest postępowanie okołoporodowe, umożliwiające im taki kontakt w pierwszych chwilach po urodzeniu.

Konsekwencje zaburzonej więzi między matką a dzieckiem wpływają niekorzystnie na rozwój psychiczny (społeczny, emocjonalny, intelektualny) i fizyczny dziecka. „Długotrwałe podleganie deprywacji we wczesnym dzieciństwie prowadzi do trwałych zmian intelektualnych i osobowościowych, zaburzeń mowy i zachowania (apatia, nadpobudliwość). Okres krytyczny dla rozwoju uczuć przypada na pierwsze dwa lata życia dziecka, a niektórzy badacze twierdzą, iż decydujący jest pierwszy rok życia”¹¹.

Niemowlęta pozbawione cielesnego kontaktu z matką doznań zmysłowych, dotykowych stymulacji oraz możliwości poznania świata stanowią grupę narażoną na zaburzenia w rozwoju psychicznym, emocjonalnym, intelektualnym oraz społecznym. Niezaspokojenie podstawowych potrzeb psychicznych, takich jak potrzeba: miłości, bezpieczeństwa, akceptacji i przynależności, wpływa niekorzystnie na rozwój w sferze osobowości nowonarodzonej osoby.

Inne czynniki zagrażające więzi to: odrzucenie dziecka przez rodziców; trudne, frustrujące sytuacje, przeżywane przez dziecko bądź przez rodziców; przedłużające się stany napięcia emocjonalnego; ignorowanie dziecka powodujące u niego brak poczucia bezpieczeństwa; niestałość w wyrażaniu uczuć; labilność emocjonalna rodziców. Należy też podkreślić, że niepodtrzymywanie więzi prowadzi do jej osłabienia, a następnie do jej zaniku.

J. Bowlby wysunął tezę, że w każdym człowieku istnieje uwarunkowany biologicznie i stanowiący integralną część ludzkiej natury system przywiązania. Istnienie tego systemu wyjaśnia ludzką tendencję do tworzenia silnych więzi emocjonalnych z innymi ludźmi, a także rzuca światło na etiologię różnych zaburzeń psychicznych. Teza ta stała się centralnym założeniem teorii przywiązania.

J. Bowlby definiował przywiązanie jako „pewną formę zachowania, która prowadzi osobę do osiągnięcia lub utrzymania bliskości do pewnej innej wyróżnionej i preferowanej jednostki, spostrzeganej zazwyczaj i/lub mądrzejszej”¹².

Według Bowlby’ego określone zachowania przywiązaniowe można zaobserwować u dzieci i dorosłych, a umożliwiają one osiągnięcie bliskiego kontaktu z osobą, do której jest się przywiązany. U dorosłych przejawia się to zazwyczaj pod postacią uśmiechu, podtrzymwanego kontaktu wzrokowego, dotykania, głaskania przytulania, rozmowy. W przypadku dziecka dokonuje się to przy pomocy płaczu i uśmiechu – kiedy sygnalizuje swoje potrzeby, tuleniem się i uciszaniem – kiedy jest trzymane w objęciach, zaś na spojrzenie rodziców odpowiada spojrze-

¹¹ M. Wasilewska-Pordes, *Depresja...*, s. 24.

¹² *Psychologia w służbie rodziny*, red. I. Janicka, T. Rostowska, Łódź 2003, s. 20.

niem. Rodzice, reagując na swoje dziecko, odpowiadają mu w adekwatny sposób. Gdy płacze, podnoszą je, tulą, reagują od razu na jego potrzeby, uśmiechają się, widząc uśmiech dziecka, wpatrują się w nie, gdy ono szuka ich spojrzenia.

Rozwój przywiązania dziecięcego odbywa się w ścisłym związku ze zmianami i nabywaniem przez dziecko nowych umiejętności w dziedzinie rozwoju motorycznego, poznawczego, emocjonalnego i społecznego.

J. Bowlby zaproponował trzy fazy rozwoju dziecięcego przywiązania, umiejscawiając je w trzech pierwszych latach życia dziecka¹³.

Faza 1. Niesprecyzowane ustosunkowanie i sygnalizacja

Zdaniem autora, noworodek przychodzi na świat wyposażony we wzory zachowań, które Mary Ainsworth określa mianem zachowań „wywołujących bliskość”. Należą do nich: płacz, nawiązywanie kontaktu wzrokowego, chwytanie się, tulenie się oraz reagowanie wyciszeniem na wykonywane zabiegi pielęgnacyjne opiekuna. Zachowania niemowlęcia w tej fazie są jednakowo przyjacielskie w stosunku do każdej osoby, która się pojawi w jego otoczeniu. Dziecko zwraca głowę w jej kierunku, śledzi ją wzrokiem, uśmiecha się i wokalizuje. Faza ta trwa od urodzenia do ósmego-, dwunastego tygodnia życia i nie można jeszcze mówić o przywiązaniu, niemniej jednak już w tej fazie dziecko buduje swoje oczekiwania i zdolności odróżniania mamy i taty od obcych.

Faza 2. Skupienie na jednej lub większej liczbie osób

Około trzeciego miesiąca życia dziecko zaczyna zwracać uwagę na grono osób bliskich, odróżniając je od obcych. Nadal zachowuje się przyjacielsko wobec każdej osoby w jego otoczeniu, jednak zaczyna już kierować swoje sygnały coraz wyraźniej pod adresem jednej, konkretnej osoby, pełniącej wobec niego rolę matki, opiekuna. Jednak J. Bowlby i M. Ainsworth uważają, że przywiązanie dziecka nie jest jeszcze kompletne, nadal jego zachowania „wywołujące bliskość” kierowane są do większej liczby osób, a żadna z nich nie stała się ostateczną „bezpieczną bazą”

Faza 3. Zachowanie oparte na bezpiecznej bazie

Około szóstego miesiąca życia pojawia się prawdziwe przywiązanie. W tej fazie ustają przyjacielskie zachowania dziecka w stosunku do wszystkich osób, obce osoby zaczynają być traktowane z coraz większą ostrożnością i podejrzliwością. W wyniku rozwoju psychomotorycznego dziecko zaczyna swobodnie poruszać się po otaczającym go świecie. Potrafi zbliżyć się do matki, chodzić za nią, szukać jej, wykorzystywać ją jako „bezpieczną bazą” wypadową do eksploracji otoczenia, jako „bezpieczne schronienie”, do którego można powrócić, kiedy jest wystraszone lub zmęczone. Warto odnotować, że nie wszystkie niemowlęta przywiązują się na tym etapie tylko do jednej osoby, u niektórych można zaobserwować przywiązanie do obojga rodziców, lecz w sytuacji stresowej wykazują przychylność tylko

¹³ H. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, Poznań 2004, s. 161.



wobec jednej. To przywiązanie do jednej, konkretnej osoby określa się terminem „monotropii” – dziecko nie traktuje wszystkich osób, do których jest przywiązane równorzędnie i „wymienialnie”, ale tworzy pewną hierarchię przywiązania, w której matka zajmuje miejsce centralne i nie do zastąpienia.

Około siódmego miesiąca życia, gdy przywiązanie dziecka całkowicie się już rozwinię, pojawiają się kolejne zachowania związane z odniesieniem społecznym – dzieci zaczynają zwykle wykazywać lęk przed obcymi i brak zgody na separację.

H. Bee podaje różne rodzaje przywiązań między matką a dzieckiem, opierając się na wynikach badań, jakie przeprowadziła M. Ainsworth (badania niemowląt w nieznanej sytuacji, tzn. odseparowanie dziecka od matki, w chwili ponownego połączenia się z nią oraz reakcje na obecność obcej osoby).

W wyniku przeprowadzonych doświadczeń M. Ainsworth (1978) wyróżnia trzy typy przywiązania¹⁴:

1. Przywiązanie bezpieczne – oznacza, że dziecko z łatwością znosi rozłąkę z matką i szybko zapoznaje się z otoczeniem. W przypadku zagrożenia lub lęku szuka kontaktu z matką i gdy go nawiąże, szybko się uspokaja i radośnie reaguje na widok matki.

2. Przywiązanie pozabezpieczne: odłączenie/unikanie – oznacza, że dziecko spokojnie reaguje na odłączenie od matki, a po jej powrocie unika jej lub nie dąży do kontaktu z nią. Nie stawia matki ponad obcymi.

3. Przywiązanie pozabezpieczne: opór/ambiwalencja – oznacza, że dziecko wykazuje niewielkie zainteresowanie otoczeniem, kurczowo trzyma się matki. Przejawia niepokój, nieufność, a na powrót matki reaguje gniewem i złością trudno je uspokoić, jest odporne na próby uspokojenia lub metody nawiązania z nią kontaktu.

Mary Main do wyżej wymienionych typów zaproponowała dodanie jeszcze jednej grupy:

4. Przywiązanie pozabezpieczne: dezorganizacja/dezorientacja – oznacza, że dziecko czuje się zagubione i oszołomione w sytuacji odłączenia od matki. Wykazuje przeciwstawne zachowania w momencie powrotu matki, czyli kieruje się w stronę matki z równoczesnym odwracaniem wzroku od niej.

Powody występowania u dzieci przywiązań bezpiecznych i pozabezpiecznych są bardzo zróżnicowane. Według H. Bee czynniki sprzyjające występowaniu przywiązania pozabezpiecznego to: ubóstwo rodziny, stosowanie nadużyć wobec dzieci w rodzinie oraz głęboka depresja matki (Cicchetti, Barnett 1991; Spieker, Booth 1988). Natomiast czynniki warunkujące bezpieczne przywiązanie to: „akceptacja i gotowość reagowania rodziców na sygnały dziecka [...] Gotowość reagowania nie oznacza jedynie miłości lub dobrej pielęgnacji, lecz wymaga, żeby opiekując się dzieckiem lub wykonując inne związane z nim zadania, być wyczu-

¹⁴ *Ibidem*, s. 167.



lonym na jego sygnały i właściwie na nie reagować¹⁵. Wiele badań wykazało, że różnorodność stylów przywiązania u dzieci ma niezmiernie duży wpływ na rozwój ich osobowości i późniejsze relacje interpersonalne. Otóż dzieci przejawiające bezpieczny typ przywiązania są później bardziej towarzyskie, samodzielne, mniej agresywne i kłótlive, bardziej empatyczne i pozytywnie nastawione do swoich przyjaciół i rodzeństwa, posiadają wyższe poczucie własnej wartości i są bardziej dojrzałe emocjonalnie.

Dzieci z przywiązaniem pozabezpiecznym nawiązują słabsze przyjaźnie, są bardziej agresywne, szybciej stają się aktywne seksualnie, posiadają niską samoocenę i mają trudności z nawiązywaniem kontaktów z otoczeniem.

Więź matki z dzieckiem kształtuje się na zasadzie wrodzonej i autonomicznej reakcji. Początkowo sądzono, że jedyną pierwotną potrzebą człowieka w chwili narodzin jest potrzeba zaspokojenia głodu, a przywiązanie wynika z procesów uczenia. Pogląd ten podważyli J. Bowlby i H.F. Harlow, twierdząc, że potrzeba przywiązania jest wrodzona i równie silna jak potrzeba pokarmu.

To matka w pierwszych latach życia dziecka decyduje, czy będzie ono człowiekiem szczęśliwym, ciekawym, radosnym, nastawionym życzliwie do świata i ludzi, czy lękającym się świata i ludzi, nieufnym i zamkniętym w sobie. Macierzyństwo to nie tylko osobiste wydarzenie dla kobiety, bądź kobiety i jej męża, ale jest to bardzo ważne wydarzenie społeczne. To w czułych kochających ramionach matki tworzy się „prafundament zdrowej osobowości dziecka, akceptującego siebie i innych ludzi, prafundament zdrowego społeczeństwa”¹⁶. Wpływ rodziców na dziecko, ich obecność lub brak, ich sposób postępowania, stosunek emocjonalny, uczuciowość, sposób okazywania uczuć sięgają bardzo głęboko w psychikę dziecka.

Próby bliższej analizy kształtowania się więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem, w szczególności w okresie okołoporodowym, dokonano na podstawie badań przeprowadzonych wśród położnic na oddziale położniczym w 2–3 dobie po porodzie oraz miesiąc po porodzie w celu określenia wczesnej postawy rodzicielskiej. Grupa liczyła 25 osób. Zachowania matek po porodzie w stosunku do swoich dzieci mogą być odzwierciedleniem ich stanu psychicznego, nastawienia do dziecka i do macierzyństwa. Poniższa tabela wskazuje, jakie nastawienie i nastroje (oraz w jakim stopniu) dominowały u badanych matek.

Tab. 1. Relacje matek z dzieckiem po porodzie

Stwierdzenie	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno mi powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Patrzanie na dziecko bez końca	96%	4%	0%	0%	0%
Mówienie do dziecka	96%	4%	0%	0%	0%

¹⁵ *Ibidem*, s. 170.

¹⁶ J. Augustyn, *Macierzyństwo*, Kraków 1998, s. 33.

Zastanawianie się nad podobieństwem	44%	24%	8%	16%	8%
Przytulanie i całowanie dziecka	100%	0%	0%	0%	0%
Zdenerwowanie i poczucie winy, gdy dziecko płacze	60%	28%	12%	0%	0%
Częste rozwijanie i sprawdzanie, czy dziecku jest wygodnie	40%	44%	4%	8%	4%
Zastanawianie się, czy dziecko rozpoznaje i słyszy matkę	52%	48%	0%	0%	0%
Głaskanie i dotyk dziecka pozytywnie wpływa na jego rozwój	96%	4%	0%	0%	0%
Próba zrozumienia „mowy ciała” dziecka i jego potrzeb	88%	12%	0%	0%	0%
Zwracanie się do dziecka po imieniu	88%	12%	0%	0%	0%

źródło: opracowanie własne

Na podstawie analizy zaprezentowanych powyżej danych można stwierdzić, że więzi matek z ich dziećmi tuż po porodzie są bardzo silne i wyrażają głębokie przywiązanie. Ma to ogromne znaczenie dla rozwoju psychofizycznego dziecka teraz i w przyszłości. Stan psychiczny, emocje, odczucia związane z przebytym porodem mają ogromny wpływ na nasilenie się więzi z dzieckiem. Poniższa tabela wskazuje, jakie emocje i w jakim stopniu dominowały u matek.

Tab. 2. Odczucia po porodzie

Stwierdzenie	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno mi powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Warto było przeżyć poród	96%	4%	0%	0%	0%
Uczucie dumy, patrząc na dziecko	96%	4%	0%	0%	0%
Brak przykrych wspomnień, dobre samopoczucie	44%	28%	16%	8%	4%
Ograniczenie swobodnego życia i podporządkowanie go dziecku	12%	8%	8%	44%	28%
Dziecko to szok i straszny zamęt	0%	4%	16%	24%	56%

źródło: badania własne

U większości pacjentek trud porodu nie zmienił ich nastawienia do dziecka, nie wykazywały one zdecydowanie negatywnych emocji i odczuć wobec niego, a wręcz przeciwnie – czuły dumę, satysfakcję i były pozytywnie nastawione do przyszłości. Macierzyństwo to specyficzny okres w życiu kobiety. Często dochodzi do radykalnych zmian i przewartościowania pewnych aspektów życia, funkcjonowania w rodzinie i otoczeniu. Naszym celem było uzyskanie informacji, jak pacjentki odnoszą się do macierzyństwa i jego aspektów oraz jakie są ich refleksje na ten temat.

Tab. 3. Nastawienie do macierzyństwa

Stwierdzenie	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno mi powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Nie może się doczekać momentu, kiedy będzie nosić dziecko na rękach	84%	12%	4%	0%	0%
Dziecko wnosi radość do rodziny i łączy małżonków	100%	0%	0%	0%	0%
Karmienie piersią jest ważne i zdrowe dla dziecka	96%	4%	0%	0%	0%
Karmienie piersią pogłębia więź z dzieckiem	100%	0%	0%	0%	0%
Macierzyństwo to powołanie każdej kobiety	72%	20%	4%	4%	0%
Macierzyństwo jest piękne ale trudne	52%	24%	8%	8%	8%
Sama najlepiej zaopiekuje się dzieckiem	52%	44%	4%	0%	0%
Odżywiam się zdrowo dla dziecka	76%	20%	4%	0%	0%

źródło: badania własne

Stosunek do macierzyństwa był pozytywny, a samo macierzyństwo dawało poczucie szczęścia, radości, ale było też trudnym wyzwaniem. Jednocześnie występowały obawa i strach o dziecko, lęk przed trudnościami i obowiązkami związanymi z byciem matką, ale ankietowane deklarowały zarazem nawiązanie głębokiej więzi z dzieckiem, okazywały dumę, troskę o dziecko i jego zdrowie. Posiadanie rodziny jest dla nich tożsame z posiadaniem dziecka, rodzina traktowana jest jako oparcie i sens życia. Przyszłość kojarzy się ankietowanym również z dzieckiem, z powiększeniem rodziny i szczęściem rodzinnym. Nastawienie do świata większości kobiet było pozytywne, a tylko u niektórych negatywne, co pokrywało się

z nastawieniem do dzieciństwa. Można zatem przypuszczać o prawidłowym rozwoju więzi matki z dzieckiem mimo pojawiającej się ambiwalencji w stosunku do macierzyństwa.. Nastawienie do rodziny, przyszłości i świata w większości przypadków było pozytywne, więc nie powinno mieć negatywnego wpływu na rozwój więzi z dzieckiem.

Analiza kwestionariusza „Skala postaw rodzicielskich dla matek” opracowanego przez M. Plopę interpretuje stopień nasilenia danej postawy w kierunku pożądanym lub niepożądanym z punktu widzenia teorii psychologicznej. Skala stenowa składa się z różnych jednostek.

Sten 1–2 świadczą o bardzo niskich wynikach, steny 3–4 o wynikach niskich, steny 5–6 o przeciętnych, steny 7–8 o wysokich, a steny 9–10 świadczą o bardzo wysokich wynikach¹⁷. Wyniki stenowe interpretuje się jako stopień nasilenia danej postawy. Analizowano następujące postawy: akceptacji–odrzućenia, autonomii, ochraniająca wymagająca oraz niekonsekwentną. Występowanie danej postawy może mieć związek z natężeniem więzi po porodzie. Badanie to przeprowadzono co najmniej jeden miesiąc po porodzie w domach ankietowanych.

Postawa akceptacji–odrzućenia

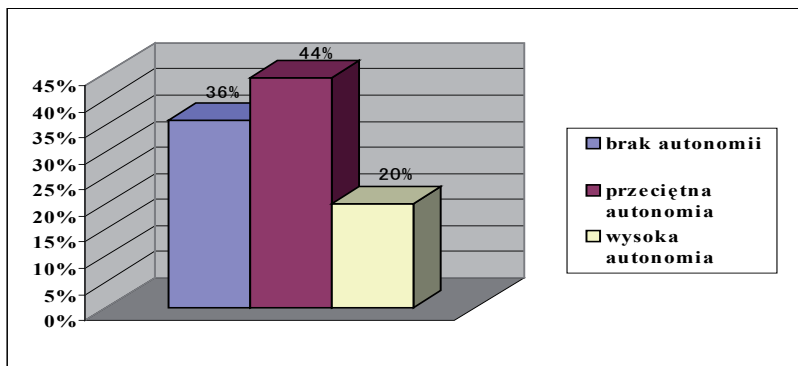
Wszystkie ankietowane kobiety (100%) przejawiały postawę akceptacji wobec dziecka. Wynik badania zawierał się w granicach 7–10 stenów, co wskazuje na bliski, uczuciowy kontakt rodzica z dzieckiem. Rodzic akceptuje dziecko takim, jakim ono jest, i dlatego, że jest. Maksymalny wynik (10 stenów) osiągnęło 52% pacjentek z badanej grupy; pozostałe ankietowane – między 7–9 stenów, co również świadczy o wysokim nasileniu tej postawy, zatem można przypuszczać, że pozytywne relacje z dzieckiem tuż po porodzie nie uległy osłabieniu, a obcowanie z dzieckiem jest dla rodzica przyjemne, daje mu poczucie satysfakcji, radości i zadowolenia.

Akceptacja dziecka polega na przyjęciu dziecka takim, jakie ono jest. Przebywanie z dzieckiem sprawia rodzicom przyjemność i zadowolenie. Znają i akceptują jego możliwości i uzdolnienia, jak również ograniczenia i trudności. Ich krytyka dotyczy jedynie konkretnego działania, a nie całej osoby dziecka. Starają się poznać jego potrzeby, zaspokoić je, pozwalają na uczuciową niezależność. Akceptując dziecko, dają mu poczucie bezpieczeństwa i zadowolenia z własnego istnienia.

¹⁷ M. Plopa, *Psychologia rodziny. Teoria i badania*, Kraków 2005, s. 372.

Postawa autonomii

Ryc. 1



źródło: opracowanie własne

Jak wynika z analizy kwestionariusza, postawa autonomii nie była już tak jednoznaczna jak postawa akceptacji. Aż 44% respondentek przejawiało przeciętne nasilenie tej postawy, tj. w granicach 5–6 stenów, 36% kobiet cechowało się brakiem postawy autonomii w stosunku do swego dziecka w skali 1–4 steny. Tylko 20% ankietowanych pozostawało w granicy 7–10 stenów, co świadczy o wysoce pożądanym traktowaniu dziecka jako samodzielnej jednostki, o rozumieniu potrzeby niezależności dziecka.

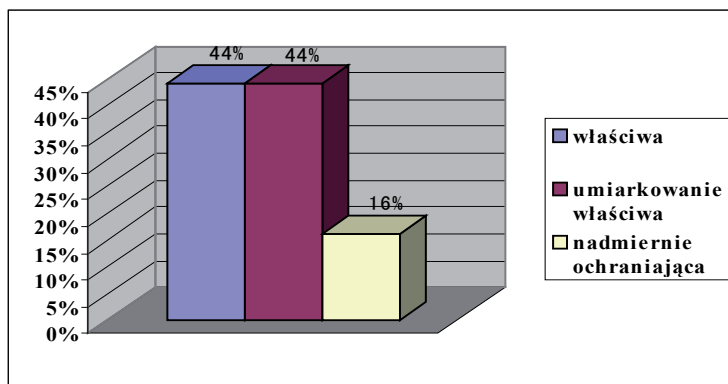
Rodzic w pełni akceptuje dziecko, ale – z drugiej strony – jednocześnie nie jest w stanie w pełni zaakceptować jego indywidualności i autonomii, co może wskazywać na pewną konfliktowość postaw w późniejszym czasie.

Postawa ochraniająca

Jak przedstawiono na wykresie poniżej, po równo, czyli po 44% ankietowanych charakteryzowało się postawą właściwą i umiarkowanie właściwą. Postawa właściwa mieści się w granicach 1–4 stenów, a umiarkowanie właściwa w 5–6 stenach. 16% badanych pozostawało w przedziale 7–10 stenów, co oznacza postawę nadmiernie ochraniającą.

Rodzic wyraża przesadną troskę o przyszłość dziecka nie wierząc, że może ono prawidłowo funkcjonować bez jego wsparcia pomocy i bezpośredniej bliskości. Tym samym nie uświadamia sobie, że takie zachowanie jest najczęstszym źródłem konfliktów i powodem odsuwania się emocjonalnego dziecka.

Ryc. 2

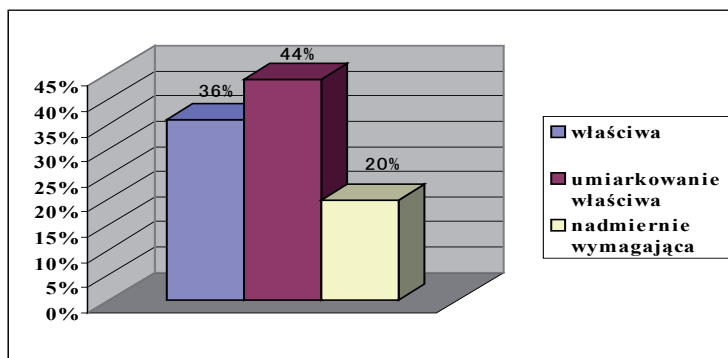


źródło: opracowanie własne

Postawa wymagająca

Wedle danych przedstawionych na wykresie 3, 36% ankietowanych cechowała postawa właściwa mieszcząca się w skali 1–4 stenów. Z kolei 44% respondentek przejawiało cechy postawy umiarkowanie właściwej znajdującej się w granicach 5–6 stenów. Postawę nadmiernie wymagającą przyjęło 20% respondentek.

Ryc. 3



źródło: badania własne

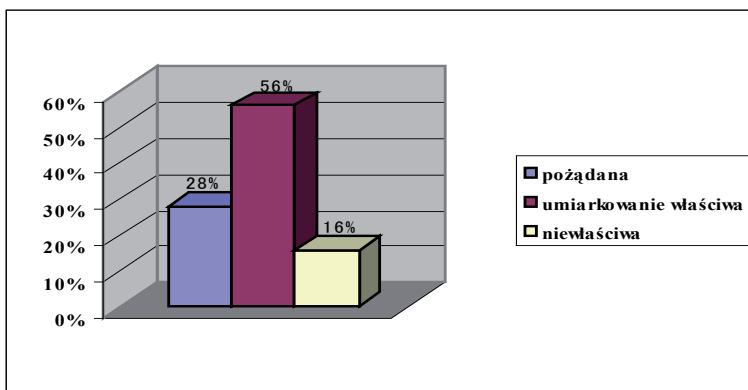
Taka postawa wiąże się z akceptowaniem tylko tych poczynań dziecka, które są zgodne z poglądami i oczekiwaniami rodzica.

Postawa ta jest uwarunkowana specyficznym pojmowaniem dobrego dziecka, często stanowi źródło konfliktów i bywa przyczyną narastającego buntu u dziecka.

Postawa niekonsekwentna

Postawą tą charakteryzowało się aż 16% respondentek. Stosunek rodzica do dziecka jest tutaj zmienny, niestabilny, zależny od chwilowego nastroju i samopoczucia, innych spraw osobistych niekoniecznie związanych z życiem rodzinnym. Brak stabilności w postępowaniu rodzica powoduje dystansowanie się emocjonalne dziecka i pogłębia trudności w komunikacji wewnątrzrodzinnej.

Ryc. 4



źródło: badania własne

Większość ankieterów (56%) deklaruje postawę umiarkowanie właściwą, a 28% postawę pożądaną. Wśród czynników wpływających na kształtowanie się postawy macierzyńskiej można wymienić¹⁸:

- zachowania przekazywane przez rodziców we wczesnym dzieciństwie,
- stosunek emocjonalny rodzice–dziecko, wpływający na dojrzałość emocjonalną,
- stopień rozwoju intelektualnego, warunkujący tworzenie się dynamicznych schematów osobowości,
- satysfakcja ze związku z partnerem,
- sytuacja socjalno-ekonomiczna,
- nasilenie lęku przed porodem,
- samopoczucie w czasie ciąży,
- subiektywne przeżycie porodu,

¹⁸ G. Makiełło, *Geneza i rozwój postawy macierzyńskiej*, „Zeszyty Naukowe UJ. Prace Psychologiczno-Pedagogiczne”, z. 15, Kraków 1970.

- oczekiwania co do płci dziecka,
- podjęcie roli ojca przez męża,
- stan zdrowia matki i dziecka po porodzie,
- wsparcie wśród osób bliskich.

Różnorodne doświadczenia z dzieciństwa i okresu późniejszego, przede wszystkim te negatywne, np. dysfunkcyjna rodzina, brak matki czy ojca, rozbitcie rodziny, brak wsparcia ze strony partnera i rodziców w czasie ciąży, mogą powodować problemy emocjonalne, trudności w nawiązaniu trwałych związków partnerskich, rodzicielskich, co z kolei negatywnie rzutuje na postawę wobec dziecka (szczególnie w okresie poporodowym to negatywne nastawienie może się dalej pogłębiać). Pozytywne doświadczenia związane z porodem wpływają korzystnie na rozwój uczuć macierzyńskich w okresie połogu, można więc stwierdzić, że czynnikiem sprzyjającym w przypadku podjęcia roli matki są pozytywne doświadczenia z okresu ciąży i porodu.

Ogólnie rzecz ujmując, im lepsze doświadczenia z przeszłości, tym większe szanse na stworzenie właściwych warunków we własnej rodzinie i przyjęcie właściwej postawy wobec rodzicielstwa, tzn. rodzic przejawiający taką postawę z chęcią będzie otaczał dziecko troskliwą opieką dostrzegając i zaspokajając jego potrzeby, wykazując dużo cierpliwości i stałą gotowość tłumaczenia i wyjaśniania. Będzie się starał obiektywnie oceniać dziecko dzięki zachowaniu odpowiedniego dystansu wobec niego i pełnej akceptacji jego osoby. Dojrzałe macierzyństwo wyraża się również w trosce o prawidłowy rozwój relacji dziecka z ojcem, podobnie jak dojrzałe ojcostwo prowadzi do większej więzi dziecka z matką. „O pełnym macierzyństwie można mówić w kontekście ojcostwa, a o pełnym ojcostwie tylko w kontekście macierzyństwa. Oba te doświadczenia kształtują jedną rzeczywistość rodzicielstwa”¹⁹.

Abstract

The main purpose of this article is to bring attention to the importance of a close relationship between a mother and a child on the child's development. The article also deals with negative influences on child's development. It is concluded that the emotional connection between a mother and a child begins in the pre-natal period and develops into a strong bond. In addition an attempt is made to analyze the development of the bond and relationship between a mother and a child during pregnancy and around the time of delivery as well as impact of that bond on motherhood, and parental attitude and skills.

Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi na znaczenie więzi i przywiązania dla rozwoju dziecka jak również na czynniki je zaburzające. Artykuł podkreśla istnienie więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem w okresie prenatalnym, rozwoju relacji i przywiązania dziecięcego. Stanowi również próbę bliższej analizy kształtowania się więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem w okresie okołoporodowym, nastawienia do macierzyństwa i kształtowanie się wczesnej postawy rodzicielskiej.

¹⁹ J. Augustyn, *Macierzyństwo...*, s. 13.





Noty o autorach

prof. dr hab. Franciszek Adamski

Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Nauk Humanistycznych

doc. dr Dariusz Fatuła

Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Ekonomii i Zarządzania

dr Krzysztof Gerc

Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii Stosowanej

dr Krystyna Kluzowa

Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Nauk Humanistycznych

doc. dr Teresa E. Oleaczyk

Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Nauk Humanistycznych

prof. dr hab. Stanisław Szumpich

Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Ekonomii i Zarządzania

mgr Ewa Witowska

absolwentka Wydziału Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, dyplomowana ortoptystka

mgr Renata Wrzeszcz

absolwentka Wydziału Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego







CZEŚĆ DRUGA







ZUZANA GEJDOŠOVA

Rodina v hmotnej núdzi a jej stratégie riešenia sociálno-ekonomickej situácie

Kľúčové slová: rodina, hmotná núdza, sociálno-ekonomická situácia
Keywords: family, material need, social and economical situation

Úvod

„Pre rodinu od nepamäti platilo, že ponúka jedinečný prístup k riešeniu sociálnych otázok, a preto si uvedomujeme, že v rodine sa tvoria základy pre národné, štátne i medzinárodné hodnoty spoločenstva.“ (5)

Pomoc v hmotnej núdzi upravuje zákon NR SR č. 599/2003 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov účinný od 1.1.2004 (8). V zmysle tohto zákona je hmotná núdza stav, keď príjem občana a fyzických osôb, ktoré sa s občanom spoločne posudzujú, nedosahuje životné minimum a občan a fyzické osoby, ktoré sa s občanom spoločne posudzujú, si príjem nemôžu zabezpečiť alebo zvýšiť vlastným pričinením. „Vo všeobecnosti môžeme charakterizovať občanov, ktorým bol Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny priznaný status hmotnej núdze ako občanov, ktorí stoja na prahu chudoby, napriek rôznym okolnostiam, ktoré teoreticky môžu relativizovať ich skutočnú sociálnu situáciu, pričom sme si vedomí určitej simplifikácie.“ (1)



Podľa Správy o sociálnej situácii obyvateľstva SR za rok 2006 (7) bolo v systéme pomoci v hmotnej núdzi v roku 2006 riešených priemerne mesačne 375 835 občanov, čo predstavovalo 7 %-ný podiel na celkovom počte obyvateľov Slovenska. Podľa údajov z evidencie ÚPSVaR na Slovensku bolo v roku 2006 v systéme pomoci v hmotnej núdzi priemerne mesačne evidovaných 61 973 rodín s deťmi, z toho viac ako tretinu tvorili neúplné rodiny.

K hlavným príčinám vysokého rizika chudoby u neúplných rodín patrí absencia druhého príjmu v rodine, a v mnohých prípadoch aj úroveň príjmu rodiča, ktorý sa sám stará o deti, čo vyúsťuje do ich zaradenia do systému pomoci v hmotnej núdzi. Ak takáto situácia v rodine pretrváva dlhšie obdobie, môže dochádzať k akumulácii problémov, nedostatočného pokrytia základných potrieb, zadlžovania sa, predaja potrebných vecí z domácnosti, alebo veľkých časových intervalov nevyhnutných na obnovu opotrebovaných vecí, či sťaženia prístupu detí k štúdiu a voľnočasovým aktivitám. (3)

Pomoc rodinám v hmotnej núdzi je zabezpečovaná prostredníctvom orgánov štátnej správy, a to priamym výkonom sociálnej práce, za využitia jednotlivých nástrojov pomoci v hmotnej núdzi, ako sú dávka v hmotnej núdzi, príspevky k dávke v hmotnej núdzi, dotačné programy (dotácie na stravu, školské potreby a motivačné štipendium), náhradné výživné, sociálne poradenstvo.

Rodiny sa nachádzajú v zložitých a nepriaznivých ekonomických situáciách, v ktorých dominuje problematika straty životných istôt, vyčerpanie psychických zdrojov, problémy zvládania konfliktov, ťažkostí a nárokov každodenného života. Sprewádza ich často neschopnosť postarať sa o deti, o seba, strata hodnotovej orientácie. Hmotná núdza má vplyv na kvalitu života rodiny a jej členov. Kvalitu života definuje Kamanová (4) ako „súhrn objektívne a subjektívne posúditelných stránok činností a vnemov človeka v jeho každodennom živote, v reálnom sociálnom priestore s konkrétnymi pravidlami.“

Bednárík (2) poukazuje na masívny prechod na úspornejší typ hospodárenia v rodinách, zmenu v štruktúre spotreby, odkladanie nákupov predmetov na obnovu domácnosti, vyčkávací postoj v zmysle proklamovanej krátkosti času, dokedy sa v nepriaznivej situácii budú nachádzať. Z toho vyplývajú stratégie šetrenia, uskromňovania sa, hľadania aktuálnych, rýchlo mobilizovateľných rezerv a finančných zdrojov, ale aj mýňanie úspor.

Častým javom v rodinách je podľa Schavela (6) zadlžovanie. Jednak z dôvodu agresívnych reklám bankových subjektov, jednak nakupovaním v hypermarketoch za podpory lákavých ponúk tovaru na splátky, z dôvodu kompenzácie pocitov menejcennosti a snahe vyrovnáť sa s ostatnými. Iný problémom zadlženia vidí aj v samotnej neschopnosti rodiny vedieť efektívne hospodáriť, čo je často ovplyvnené nižšou intelektovou úrovňou rodičov.

Sociálno-ekonomická situácia predstavuje súhrn životných podmienok, okolností a vplyvov, ako i súhrn všetkých zdrojov príjmov a spotrebných možností jednotlivca, skupiny, komunity alebo spoločnosti v aktuálnych ekonomických podmienkach.

Metodológia výskumu a charakteristika výskumnej vzorky

Hlavnou metódou výskumu bola kvantitatívna metóda rozdávaného dotazníka – kvantitatívna analýza údajov získaných prostredníctvom dotazníka, ktorý respondenti vyplnili za účasti sociálneho pracovníka (výskumníka).

Základný súbor tvorili všetky rodiny v hmotnej núdzi v evidencii Oddelenia pomoci v hmotnej núdzi, Odboru sociálnych vecí Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny v Ružomberku. Zo základného súboru (1884 rodín v hmotnej núdzi) bola na základe náhodného výberu (pomocou tabuľky náhodných čísel) vybratá výskumná vzorka. O vyplnenie dotazníka sme na základe uvedenej techniky výberu požiadali 225 respondentov (rodín v hmotnej núdzi). Dosiahli sme 100% návratnosť, nakoľko respondenti vyplňali dotazník za účasti sociálneho pracovníka.

Z celkového počtu respondentov skúmanej vzorky bolo 72% žien a 28% mužov. Skúmaná vzorka obsahovala 54,7% vydatých alebo ženatých respondentov. Ďalších 29,3% bolo rozvedených a 12,9% slobodných. Najvyšší podiel (43,1%) respondentov bol vo veku od 31 do 40 rokov. 39,6 % respondentov bolo vo veku od 41 do 50 rokov. Najväčšie zastúpenie mali rodiny (úplné aj neúplné) s jedným až dvoma deťmi (36,9% a 34,7%). Nižšie zastúpenie mali viacdetné rodiny s tromi a viac deťmi (úplné rodiny 17,8%; neúplné rodiny 10,7%).

Zadĺženosť respondentov a stratégie dopĺňania príjmu

Väčšina respondentov (53,8%) sa počas poberania dávok a príspevkov v hmotnej núdzi zadĺžila. Môžeme teda konštatovať, že zadĺženie je častým výsledkom zvolených stratégií respondentov na preklenutie nepriaznivej situácie. Druhostupňovým triedením sme dosiahli ďalšie zaujímavé výsledky. Najrizikovejšou sa javí najmladšia veková kategória. Z tejto kategórie 21 až 30 ročných respondentov sa ich zadĺžilo až 67,7%. Po nich nasledujú respondenti z vekovej kategórie 31 až 40 rokov (53,6%) a 51 rokov a viac (50%). Najviac zadĺžená skupina respondentov sú jednorodičovské rodiny s jedným alebo dvoma deťmi (61,5%). Triedenie podľa rodinného stavu nám ukázalo, že najviac zadĺženou skupinou respondentov sú slobodní (58,6%) a ovdovení (57,1%) respondenti. Ukázalo sa, že zadĺženie súvisí hlavne s vekom respondentov a stavom respondentov. Zvyšujúci sa počet detí v rodine nepreukázal zvyšovanie zadĺženia v rodine.

Predaj časti majetku, zakladanie veci do záložne

Zaujímalo nás, či jednou zo stratégií riešenia nepriaznivej situácie respondentov, je aj rozpredaj majetku alebo využívanie služieb záložní. Predaj časti majetku priznalo len 17 respondentov (7,6%) a založiť nejaké veci do záložne bolo nútených 40 respondentov (17,8%). Môžeme teda konštatovať, že táto stratégia riešenia nepriaznivej situácie nie je bežná a respondenti ju vo väčšej miere nevyužívajú.

Respondenti predávali najmä auto a televízor. Medzi vecami, ktoré boli respondenti nútení dať do záložne najčastejšie figurovalo zlato a zlaté šperky, pričom išlo o obrúčky, retiazky, prstene a náramky.

Požičiavanie si finančných prostriedkov

Z predchádzajúcich výsledkov výskumu už vieme, že väčšina respondentov je zadĺžená. Vieme však, že predaj majetku alebo založenie vecí do záložne využilo len nízke percento respondentov. Ďalej sme zisťovali iné stratégie dopĺňania príjmu – požičiavanie si peňazí a jeho účel.

Tab. 1. Dôvody požičiavania si finančných prostriedkov (%)

	Áno, požičali sme si	Nie, nepožičali sme si	Priemer	Medián	Modus
Každodenné jedlo a nápoje	23,1	76,9	1,77	2,00	2
Ošatenie, obuv	44,0	56,0	1,56	2,00	2
Vybavenie domácnosti	25,8	74,2	1,74	2,00	2
Zaplatenie nájomného	37,8	62,2	1,62	2,00	2
Opravy súvisiace s bytom	28,4	71,6	1,72	2,00	2
Platenie účtov za telefón	8,0	92,0	1,92	2,00	2
Návšteva lekára, nemocnice	22,7	77,3	1,77	2,00	2
Nákup liekov	41,8	58,2	1,58	2,00	2

Ako z tabuľky vyplýva, najčastejšie si respondenti požičiavajú peniaze na ošatenie a obuv (44%). Takýto výsledok sa dal očakávať, keďže z predchádzajúcich výsledkov výskumu už vieme, že práve so zabezpečením obnovy šatstva a obuvi má najviac respondentov časté problémy. Za účelom nákupu ošatenia a obuvi si požičiavali peniaze najmä neúplné rodiny. A to tak s jedným alebo dvoma deťmi (53,8%), ako aj s troma a viac deťmi (50%). Môžeme teda skonštatovať, že na nákup ošatenia a obuvi si viac požičiavajú peniaze neúplné rodiny, ako rodiny úpl-

né. Neplatí však, že podiel tých respondentov, ktorí si požičali na uvedený dôvod, rastie s počtom detí v rodine. Takisto nás zaujímalo požičiavanie si financií v súvislosti s dobou poberania dávky v hmotnej núdzi. Vychádzali sme z predpokladu, že respondenti dlhodobo evidovaní budú túto stratégiu využívať častejšie.

Podiel požičiavania si peňazí skutočne rástol s dĺžkou celkovej doby poberania dávky v hmotnej núdzi. Kým si na obuv a ošatenie požičalo len 17,6% respondentov s celkovou dobou poberania do jedného roka, viac ako dve tretiny (72,7%) tvorili respondenti s dobou poberania 10 rokov a viac.

Nákup liekov predstavoval druhý najčastejší dôvod požičiavania si peňazí. Predpokladali sme, že na lieky si budú viac požičiavať vekovo starší respondenti. Viac ako polovica respondentov, ktorí si požičali peniaze na lieky je z dvoch vekovo najstarších kategórií. Na nákup liekov si teda najčastejšie požičiavali respondenti vo veku od 41 do 50 rokov (55,1%) a vo veku 51 rokov a viac (50%). Za nimi nasleduje s výrazne nižším podielom najmladšia veková kategória od 21 do 30 rokov (38,7%). Podobne ako pri požičiavaní si peňazí na šatstvo a obuv, aj pri nákupe liekov podiel požičiavania si peňazí rástol s dĺžkou celkovej doby poberania dávky v hmotnej núdzi. Kým si na lieky požičalo 29,4% respondentov s celkovou dobou poberania do jedného roka, takmer dve tretiny (63,6%) tvorili respondenti s dobou poberania 10 rokov a viac.

Zdroje a formy pomoci

Zaujímalo nás, či rodiny v hmotnej núdzi potrebujú na prekonanie nepriaznivej situácie nejakú pomoc z vonku. Snažili sme sa zistiť, aké najdôležitejšie zdroje pomoci a podporné siete respondenti využívajú. V neposlednom rade zistiť úlohu neinštitucionalizovanej pomoci.

Ďalej nás zaujímali formy pomoci, teda akým spôsobom bola respondentom poskytnutá pomoc.

Tab. 2. Zdroje a formy pomoci poberateľov dávky v hmotnej núdzi (%)

	Blízka rodina	Širšie príbuzenstvo	Známi, susedia	Obec	Neštátne organizácie	Cirkev
Peniaze	73,8	14,7	11,6	10,2	1,3	4,4
Veci, tovary	5,8	33,8	27,6	2,2	2,2	7,6
Služba, Práca	-	4,9	16,0	14,7	0,4	4,4
Netýka sa	20,4	46,7	44,9	72,9	96,0	83,6

Ako z tabuľky vyplýva, blízka rodina je nepochybne najčastejšie využívaným zdrojom pomoci u poberateľov dávok v hmotnej núdzi. Svedčí o tom aj najnižší podiel odpovedí vo variante Netýka sa (20,4%). Podiel odpovedí v tomto variante rastie s poklesom využívania jednotlivých zdrojov pomoci, napr. neštátne organizácie – 96%.

Ako ďalej z tabuľky vyplýva, najčastejšou formou pomoci od blízkej rodiny sú peniaze (73,8%). Čo je zaujímavé, službu alebo prácu od blízkej rodiny neuviedol ani jeden respondent. Druhou najčastejšou formou pomoci boli veci a tovary, a to od širšieho príbuzenstva (33,8%) ako i od známych a susedov (27,6%). Peniaze počnúc širším príbuzenstvom (14,7%) a neštátnymi organizáciami končiac (1,3%) nedosiahli významné percentuálne podiely. Ako tretia forma pomoci bola služba a práca, ktorá od známych a susedov dosiahla 16% a od obce 14,7%.

Z uvedeného môžeme konštatovať, že pomoc vo forme peňazí dominovala u blízkej rodiny, zatiaľ čo už širším príbuzenstvom počnúc a neštátnymi subjektami končiac tu mala vyššie zastúpenie pomoc vo forme materiálnej (veci, tovary) a vo forme služieb a práce.

Slabú, resp. neexistujúcu pomoc uviedli respondenti v prípade cirkvi a neštátnych organizácií. Celkovo ako slabý zdroj pomoci sa javia neštátne organizácie, cirkev ale aj obec s nízkymi percentuálnymi podielmi.

Zaujímavé údaje sme dosiahli druhostupňovým triedením. Z tých respondentov, ktorí uviedli, že sa počas poberania dávky zadĺžili, až 80,2% si požičalo peniaze od blízkej rodiny, 9,1% si požičalo veci a tovary. Požičiavanie peňazí od blízkej rodiny bolo bežné aj u poberateľov, ktorí uviedli, že sa počas poberania dávky nezadĺžili. Peniaze si od blízkej rodiny požičalo 66,3% z nich.

Viac ako jedna pätina respondentov (21,1%), ktorí si od blízkej rodiny požičali peniaze, sa počas poberania dávky dostali do situácie, že museli založiť nejaké veci do záložne. Tých, ktorí tak nemuseli urobiť bolo teda až 78,9%. Môžeme sa len domnievať, že sa tak stalo práve vďaka požičaniu si peňazí od najbližšej rodiny.

Návrhy a odporúčania pre prax

Cieľom nášho výskumu bolo analyzovať sociálno-ekonomickú situáciu rodín v hmotnej núdzi, a tým analyzovať stratégie rodín v hmotnej núdzi na prekonávanie nepriaznivej sociálno-ekonomickej situácie, podporené siete, zdroje a formy pomoci. Výsledkami výskumu chceme podporiť snahy o adresnú pomoc a zlepšenie sociálno-ekonomickej situácie rodín v hmotnej núdzi. Predkladáme preto niekoľko myšlienok alebo návrhov, ktorých realizácia by mohla k tomu prispieť:

Oblasť štátnej správy:

➤ vytvárať podmienky na rozvoj sociálnej práce pri jej uplatňovaní v praxi. Aktuálna je požiadavka na kvalifikačnú pripravenosť sociálnych pracovníkov

ale aj ich motivácia pre výkon tohto povolania. Apelujeme na vytváranie podmienok a priestor pre sociálnu prácu s rodinami v hmotnej núdzi na úradoch práce, sociálnych vecí a rodiny – nutnosť znižovania agendy, znižovanie počtu klientov na jedného sociálneho pracovníka (nutnosť systematickej a dlhodobej práce s rodinou ako celkom)

- vytvoriť podmienky na rozvoj terénnej sociálnej práce. Navrhujeme zavedenie funkcie terénneho pracovníka alebo sociálneho asistenta, ktorého hlavnou náplňou bude monitoring, depistáž a vyhľadávanie rodín v hmotnej núdzi, ako i návštevy v evidovaných rodinách a ich sprevádzanie

- rozvíjať systém kvalifikovaného sociálneho poradenstva s občanmi v hmotnej núdzi za účelom skúmania príčin a poznania zvládacích zdrojov v rodinách, za účelom zvyšovania ich aktivity pri riešení nepriaznivej situácie pri zaangažovanosti všetkých členov rodiny na pripravovaných zmenách. Tomu zodpovedá aj príprava kvalifikovaných sociálnych poradcov (vedomosti, zručnosti, osobné danosti)

- zainteresovanie ďalších odborníkov, komunikácia a spolupráca jednotlivých odborníkov s rodinou a sociálnym pracovníkom (právnik, psychológ, kňaz, psychológ, finančný poradca, lekár...)

- rozvíjať nepriamu finančnú pomoc rodinám s deťmi na zvyšovanie rovnosti šancí z dôvodu účelného a adresného vynakladania finančných prostriedkov

- podpora príjmu jednorodičovských rodín, podpora participácie osamelých rodičov na trhu práce a v neposlednom rade opatrenia na zladenie pracovných a rodinných povinností

- vytvárať podmienky na zamestnávanie sa občanov na znížený pracovný úväzok a alternatívne formy zamestnania; priestor pre pracovné uplatnenie, prípadne podnikanie s výhodami pre rodiny v hmotnej núdzi. Uvedomujeme si však, že bez oživenia hospodárstva SR je znižovanie počtu občanov v hmotnej núdzi ťažko uskutočniteľné.

Oblasť samosprávy:

- podporovať posilňovanie kapacít v sociálnej oblasti a zabezpečovanie vzdelávania zamestnancov samosprávy. Táto požiadavka je o to naliehavejšia, nakoľko sa v roku 2008 pripravuje prenos pôsobnosti v oblasti riešenia hmotnej núdze a posilňuje sa tak zodpovednosť obcí v oblasti pomoci v hmotnej núdzi

- na regionálnej úrovni podporovať záujmy rodín (remeslá, umelecká výroba, hobby a pod.)

- na regionálnej úrovni podporovať organizovanie kultúrnych podujatí rodinami (spoločné vystúpenia, rodinné ochotnícke divadlo a pod.) v spolupráci s neštátnymi subjektami

- organizovať a cenovo zvýhodňovať kultúrne podujatia pre rodiny v hmotnej núdzi (rodinné lístky)

- vytvoriť a podporovať svojpomocné vzdelávacie centrá pre deti i dospelých, priestor pre svojpomocné kluby rodín v núdzi, čím by sa zabezpečil sociálny kontakt a v prípade potreby im bola poskytnutá konzultačná a odborná pomoc

- zaviesť kvalitné a dostupné sociálne služby pre rodiny v hmotnej núdzi
- rozvoj komunitnej práce a príprava a vzdelávanie komunitných sociálnych pracovníkov; zvyšovanie úrovne komunitného plánovania (Fond sociálneho rozvoja) a záujmu komunit svojpomocne riešiť vlastné problémy.

Oblasť nešťátnych subjektov:

- prostredníctvom skupín dobrovoľníkov organizovať finančne nenáročné voľnočasové prípadne vzdelávacie aktivity (prednášky, besedy, diskusie) pre rodiny s deťmi, kde sa upevnia rodinné vzťahy a vzťahy s okolím (prevencia sociálneho vylúčenia)
 - zakladať nízkoprahové centrá (nielen) pre deti zo sociálne odkázaných rodín, aby zabezpečili rôzne aktivity na zmysluplné a zaujímavé trávenie voľného času
 - zapojenie a spolupráca občianskych združení a cirkevných združení pri zbierkach a burzách napr. šatstva, obuvi, hračiek a pod.

Bibliografia

1. Almašiová, A., Gregor, N.: *Nezamestnanosť ako jedna z príčin chudoby v regióne Ružomberok*, in: *Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou Chudoba – spoločenský problém súčasnosti*, Banská Bystrica, PF UMB, 2005, ISBN 80-8083-081-9, s. 95.
2. Bednárík, R.: *Zmena modelu fungovania domácnosti a štátna rodinná politika*, in: *Rodina ako predmet vedy. Zborník príspevkov z medzinárodného sympózia konaného v dňoch 12.–13. mája 1994*, Bratislava 1994.
3. Bodnárová, B., Gerbery, D.: *Jednorodičovské rodiny ohrozené chudobou*, Bratislava, Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2006.
4. Kamanová, I.: *Inštitucionalizované sociálne služby pre seniorov*, PF KU v Ružomberku, Ružomberok 2006, ISBN 978-80-8084-275-8, s. 62.
5. Pírková-Rusnáková, M.: *Súčasná slovenská rodina z pohľadu sociálnej práce*, in: Levická, J. a kol., *Sociálna práca s rodinou I. Trnava, Mosty 2004*, ISBN 80-89074-93-6, s. 48.
6. Schavel, M.: *Sociálne poradenstvo pre rodiny so sociálno-ekonomickými problémami*, in: *Zborník z medzinárodnej konferencie Sociálne a teologické aspekty chudoby a bohatstva*, PF KU v Ružomberku, Ružomberok 2007, ISBN 978-80-8084-256-7.
7. *Správa o sociálnej situácii obyvateľstva SR za rok 2006*, Bratislava, MPSVaR, 2007.
8. Zákon NR SR č. 599/2003 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi v platnom znení.

Abstract

The article deals with problems of social and economical situation of families that are in material need. It summarizes the results of empirical research focused on identification of support-nets, funds and other forms of help in the county of the Ružomberok town. It also analyzes the strategy for overcoming the unfavourable situation.



Abstrakt

Príspevok sa zaoberá problematikou sociálno-ekonomickej situácie rodín, ktoré sa ocitli v hmotnej núdzi. Prezentuje výsledky empirického výskumu zameraného na identifikáciu podporných sietí, zdrojov a foriem pomoci rodinám v hmotnej núdzi v okrese Ružomberok a na analýzu stratégií prekonávania ich nepriaznivej sociálno-ekonomickej situácie.







IRENA KAMANOVÁ

System náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike

Kľúčové slová: dieťa, náhradná starostlivosť, detský domov
Keywords: child, alternative care, foster home

Úvod

Osobitnú pozornosť venuje štát rodine. Popri vytvorení, napr. ekonomických, či daňových podmienok, vytvára štát aj rámce legislatívnych a sociálnych podmienok tak, aby rodina mohla plniť svoje funkcie voči svojim členom aj voči celej spoločnosti.

Sociálnoprávna ochrana, sociálna prevencia a náhradná starostlivosť predstavujú osobitne usporiadanú sústavu na seba nadväzujúcich a vzájomne sa podmieňujúcich opatrení. V Slovenskej republike nastali legislatívne zmeny v súlade s programovým vyhlásením vlády Slovenskej republiky, vychádzali z Koncepcie štátnej rodinnej politiky, Koncepcie transformácie sociálnej sféry SR, Koncepcie sociálnoprávnej ochrany a náhradnej výchovy detí, Koncepcie prevencie sociálno-patologických javov a resocializácie a odporúčaní Výboru OSN pre práva dieťaťa (2000).



Udiali sa z nutnosti implementácie medzinárodných dohovorov z oblasti práv detí (najmä Dohovoru o právach dieťaťa) do právneho poriadku SR.

Sociálna starostlivosť

Vývoj sociálnej starostlivosti o deti sa postupne vyvíjala od rodovej a rodinnej vzájomnosti cez pomoc chudobným, chorým a opusteným, až po komplexnú sústavu sociálnej starostlivosti, ktoré zabezpečujú ľudské právo na existenciu, život a vzdelanie. (3)

Naša súčasná spoločnosť je pedocentrická zameraná na deti. (7) Ochránársky postoj spoločnosti k deťom sa formoval veľmi ťažko. V historickom kontexte, v staroveku sa rodiny zbavovali skúr narodených detí, tieto činy bolo motivované praktickými socioekonomickými dôvodmi. Zvykové právo a morálke umožňovala fyzickou likvidáciou detí pomstiť sa nepriateľovi, odstrániť ho zničením jeho potomstva.

Pre obdobie Antiky je typické minimálne uznávanie hodnoty dieťaťa. Dieťa je považované za bezprávneho tvora, je chápané ako predmet, s ktorým sa mohlo beztriestne manipulovať. Celé toto obdobie sa nazýva obdobím infanticídy. (2) Rímsky zákon z roku 374 považuje zabitie dieťaťa za vraždu. Starostlivosť o osirelé a nechcené deti sa realizovala v sirotincoch, najstaršie sirotince vznikali v Holandskom Amsterdame – 1520; v Augsburgu – 1572. Sirotince často zanikali, toto obdobie sa označovalo tiež za obdobie ambivalentného prístupu k dieťaťu. K podnecovaniu tohto záujmu prispel Ján Amos Komenský. (3) Vplyvom osvietenstva v 18 sa do popredia dostávajú prirodzené potreby dieťaťa a snaha uspokojiť jeho potreby. V tomto období intrúzie sa o deti v stave ohrozenia zaujíma štát a nedostatky v starostlivosti o opustené deti sa stali predmetom sústredenejšej pozornosti verejnosti. (2)

Vývoj starostlivosti o deti na území Slovenska

Počas charitatívneho obdobia v oblasti stredoslovenských a východoslovenských bankských mestách sa zriaďovala sieť špitálov zameraná na starostlivosť o opustené deti. Prvý sirotinec na území dnešného Slovenska vznikol v Banskej Štiavnici v roku 1765, ako osobitná inštitúcia pre deti. Cieľom bolo vychovať zo sirôt a z opustených detí zbožných ľudí a osočných občanov pre štát.

Do konca 19. storočia starostlivosť o siroty a opustené deti zabezpečovali obce, charitatívne a cirkevné spolky. Toto obdobie charakterizujeme ako obdobie centralizovanej štátnej starostlivosti o opustené deti.

Koncom 60 – tych rokov sa objavujú dve hlavné tendencie, prejavujúce sa:

- Zvýšením záujmu všetkých odborníkov, ktorých sa výchova detí žijúcich mimo vlastnej rodiny dotýka a problémy týchto detí.

- Snahou o zlepšenie celkovej situácie v ústavných zariadeniach, a to presadzovanie nových foriem starostlivosti o tieto deti, založených na princípoch rodinnej výchovy. (2)

Pre momentálny stav v našej republike je charakteristická snaha o zlepšenie medzirezortnej komunikácie, presun všetkých zariadení podieľajúcich sa na starostlivosti o deti pod jedno ministerstvo, ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny.

Náhradná starostlivosť

Pod pojmom náhradná starostlivosť rozumieme starostlivosť o deti, ktoré nežijú vo svojej pôvodnej, biologickej rodine z rôznych dôvodov (zanedbávanie, opustenie, úmrtie rodičov a pod.), ale vyrastajú v novej, tzv. náhradnej starostlivosti. Náhradnú starostlivosť najvšeobecnejšie možno vymedziť ako právom upravené a chránené vzťahy medzi dieťaťom a inou osobou, než je rodič dieťaťa. Vznikajú vždy rozhodnutím súdu a ich obsah tvoria práva a povinnosti vymedzené zákonom, alebo súdnym rozhodnutím.

Náhradná starostlivosť je v zmysle zákona NR SR č. 36/2005 Z. z. o rodine viacero osobitne usporiadaných na seba nadväzujúcich a vzájomne sa podmieňujúcich dočasných opatrení, ktoré nahrádzajú osobnú starostlivosť rodičov o maloleté dieťa. Náhradnou starostlivosťou je:

- zverenie maloletého dieťaťa do osobnej starostlivosti inej fyzickej osoby než rodiča

- pestúnska starostlivosť

- ústavná starostlivosť.

Cieľom náhradnej starostlivosti je zabezpečiť výchovu detí mimo prostredia úplnej alebo neúplnej rodiny, vytvorenej biologickými rodičmi, ktorí z objektívnych alebo subjektívnych príčin neposkytujú starostlivosť svojim deťom.

Systém náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike

Náhradnú starostlivosť vymedzuje zákon NR SR č. 36/2005 Z. z. o rodine, ktorý nahradil základnú právnu úpravu z roku 1963. Význam tejto legislatívnej zmeny je v tom, že na rozdiel od predchádzajúcej právnej úpravy, kde neexistovala ucelená úprava náhradnej starostlivosti, nová právna úprava toto zapracovala do samostatnej tretej hlavy druhej časti zákona o rodine. Rovnako nová právna úprava zákona o rodine upravila pestúnsku starostlivosť ako jednu z foriem náhradnej starostlivosti, ktorá bola dovtedy upravená v samostatnom zákone č. 265/1998 Z. z. o pestúnskej starostlivosti (pôvodný zákon o rodine na ňu len odkazoval). Tým

sa celkovo právna úprava náhradnej starostlivosti koncepčne zjednotila do jedného zákona o rodine, kde oveľa podrobnejšie upravuje jednotlivé druhy náhradnej starostlivosti.

Zákon o rodine v súlade s Dohovorom o právach dieťaťa definuje, že náhradná osobná starostlivosť alebo pestúnska starostlivosť má prednosť pred ústavnou starostlivosťou. Zaväzuje súd povinnosťou vždy skúmať, či maloleté dieťa nemožno zveriť do náhradnej osobnej starostlivosti alebo pestúnskej starostlivosti pred nariadením ústavnej starostlivosti. Na Slovensku vyrastá 8 000 – 9 000 detí mimo svojej rodiny a z toho v detských domovoch do 4 000 detí. Detský domov je najnevhodnejším spôsobom náhradnej starostlivosti o deti. (7)

Pestúnsku starostlivosť bolo možné v zmysle ustanovenia § 29 zákona č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci vykonávať v zariadení pestúnskej starostlivosti. Zariadení pestúnskej starostlivosti bolo asi 20 na celom Slovensku. Problém, ktorý sa ukázal ako neriešiteľný z dlhodobého hľadiska, sa naplno prejavil v čase, kedy pestúnski rodičia zostarli a v podstate brali si deti aj z dôvodu, aby mohli zostať v danom zariadení, ktoré im poskytla obec alebo mesto. Aj tento dôvod viedol nakoniec k zrušeniu tejto formy pestúnskej starostlivosti a v súčasnosti už nie je zaradený do systému náhradnej starostlivosti. Existujúce zariadenia pestúnskej starostlivosti, ktoré sa nachádzajú v byte alebo dome poskytnutom štátom, individuálne riešia svoju situáciu s príslušným poskytovateľom.

Výrazným prínosom v oblasti náhradnej rodinnej starostlivosti je prijatie zákona NR SR č. 627/2005 Z. z. o príspevkoch na podporu náhradnej starostlivosti o dieťa. Ako uvádza Gejdošová (1),

„týmto zákonom sa malo dosiahnuť zrovnoprávnenie detí zverených do rôznych foriem náhradnej starostlivosti. Navrhuje teda rovnaké poskytovanie finančných príspevkov pre zverené deti bez ohľadu na formu zverenia (v minulosti len deti v pestúnskej starostlivosti) a podporuje zachovanie súrodeneckých skupín aj zvýšením opakovaného príspevku náhradnému rodičovi. Cieľom tejto právnej úpravy je prostredníctvom príspevkov podporiť vykonávanie osobnej starostlivosti o dieťa inou fyzickou osobou, ak rodičia dieťaťa nezabezpečujú alebo nemôžu zabezpečiť osobnú starostlivosť o dieťa“.

Tab. 1. Porovnanie súm príspevkov pestúnskej starostlivosti a príspevkov na podporu náhradnej osobnej starostlivosti (Gejdošová)

Typ príspevku	Vek detí	Pôvodný stav		Súčasný stav		Rozdiel	
		PS	NOS	PS	NOS	PS	NOS
Jednorazový príspevok pri zverení do NS	0–6	5 840	0	8 840	8 840	3000	8840
	6–15	7 180	0	8 840	8 840	1660	8840
	15 +	7 650	0	8 840	8 840	1190	8840

Jednorazový príspevok pri zániku NS		7 650	0	22100	22100	14450	22100
Opakovaný príspevok dieťaťu	0–6	2 340	0	3 320	3 320	980	3320
	6–15	2 880	0	3 320	3 320	440	3320
	15 +	3 070	0	3 320	3 320	250	3320
Opakovaný príspevok náhradnému rodičovi		1430*	0	4 230**	0	2800	0
Osobitný opakovaný príspevok náhradnému rodičovi		0	0	1 740	1740	1740	1740

Vysvetlivky:

* na každé dieťa zverené do starostlivosti náhradného rodiča.

** bez ohľadu na počet detí, ktoré sú zverené do starostlivosti náhradného rodiča, sa vyplatí v jednej sume a v prípade, že náhradný rodič zabezpečuje starostlivosť o troch a viac súrodencoch sa tento príspevok zvýši o sumu 3 000 Sk.

PS – pestúnska starostlivosť

NOS – náhradná osobná starostlivosť

Z tabuľky je zrejmé, že oproti pôvodnému právnomu stavu sa podstatne zvýšili sumy jednotlivých príspevkov, ako aj počet poskytovaných príspevkov pre deti vo všetkých formách náhradnej starostlivosti.

Ústavná starostlivosť

Po roku 1989 nastal v ústavnej výchove proces humanizácie a demokratizácie, ktorý spočíval v nasledovných princípoch:

- deti majú možnosť výberu vychovávateľa
- súrodenci sú v jednej výchovnej skupine a blízko svojho trvalého bydliska
- uprednostňuje sa systém náhradnej starostlivosti v tzv. samostatných výchovných skupinách.

Filozofia a podstata detského domova internátneho typu vychádza zo základnej premisy, že ide o zariadenie na preklenutie situácie detí. Predstavuje prechodný čas, krátkodobý pobyt detí, kedy detský domov dočasne nahrádza dieťaťu jeho prirodzené rodinné prostredie alebo náhradné rodinné prostredie. Paradoxom však je, že väčšina detí tu zostáva až do dospelosti.

Život detí umiestnených do detského domova na základe právoplatného rozhodnutia súdu o nariadení ústavnej starostlivosti (prípadne na základe rozhodnutia o okamžitom umiestnení dieťaťa do starostlivosti nahrádzajúcej starostlivosť rodičov dovtedy, kým rozhodne súd) sa odohráva v niektorých z nasledovných typov zariadení:

- ústavná starostlivosť v profesionálnej rodine
- ústavná starostlivosť v samostatných skupinách.

Vykonávanie ústavnej starostlivosti v profesionálnej rodine má prednosť pred jej vykonávaním v samostatných skupinách. Pri zaradovaní dieťaťa do profesionálnej rodiny alebo skupiny sa rešpektujú súrodenecké a rodičovské väzby. Detský domov vytvára podmienky na stretávanie sa dieťaťa s rodičmi (zásady stretávania, pobyt rodiča v detskom domove, pobyt dieťaťa u rodičov), ako aj príbuznými.

Príčiny umiestňovania dieťaťa do náhradnej starostlivosti

Dôvody umiestňovania dieťaťa do náhradnej starostlivosti musíme vnímať ako celý komplex činiteľov, ktoré zapríčinili, že dieťa je odkázané na intervenciu spoločnosti. Osobitne treba venovať pozornosť morálnemu profilu rodičov a osobitne príčiny a následky, pre ktoré sa nemôžu, nevedia alebo nechcú starať o dieťa.

K zanedbávaniu rodičovských povinností môžu viesť:

- rôzne závislosti (na alkohole, na omamných látkach)
- zanedbávanie a týranie dieťaťa
- narodenie postihnutého dieťaťa
- zdravotný stav dieťaťa
- zdravotný stav rodičov
- podvýživa
- strata zamestnania rodičov
- psychické týranie v rodine
- agresívne správanie rodiča k rodičovi

Dôvody umiestnenia dieťaťa do náhradnej starostlivosti:

- zanedbávanie povinnej školskej dochádzky
- úteky z domova
- poruchy správania v škole
- páchanie trestne činnosti
- rôzne poruchy správania
- drogová závislosť
- hazardné hry
- členstvo v nevhodnej partii

Dôvody sú rozdielne podľa veku dieťaťa. (8)

Špecifiká profesionálnej rodiny

Profesionálna rodina je špeciálna forma starostlivosti o dieťa s nariadenou ústavnou výchovou, ktorú vykonáva profesionálny rodič vo svojom vlastnom rodinnom prostredí, avšak je zamestnancom detského domova. Profesionálne rodičovstvo nie je rodinno-právnym, ale pracovnoprávnym vzťahom so zariadením, preto profe-

sionálny rodič musí byť v procese prípravy vedený k tomu, že pobyt dieťaťa je akousi prestupnou stanicou, dieťa tu nie je natrvalo, ale len do doby, pokiaľ sa neupraví podmienky v biologickej rodine dieťaťa, prípadne sa dieťaťu nenájde náhradná rodina. Príprava na profesionálne rodičovstvo sa vykonáva v rozsahu 40 hod., ak profesionálny rodič spĺňa predpoklady na pedagogickú spôsobilosť svojim vzdelaním alebo v rozsahu 60 hod., ak profesionálny rodič spĺňa predpoklady: stredoškolské vzdelanie ukončené maturitnou skúškou alebo iné vysokoškolské vzdelanie než pedagogického zamerania.

Inštitucionálne zabezpečenie náhradnej starostlivosti

Do roku 1996 bol systém starostlivosti o deti mimo biologickej rodiny na Slovensku riadený tromi rezortmi. Rezortu zdravotníctva patrili dojčenské ústavy, ktoré zabezpečovali starostlivosť o deti do troch rokov veku. Pod gesciu rezortu školstva patrili všetky ostatné detské domovy pre deti do osemnásť rokov veku a pod gesciu rezortu práce, sociálnych vecí a rodiny patrilo organizovanie náhradnej rodinnej starostlivosti a zabezpečovanie starostlivosti o deti ťažko zdravotne postihnuté v ústavoch sociálnej starostlivosti.

V súlade so zákonom NR SR č. 222/1996 Z. z. o organizácii miestnej štátnej správy a doplnení niektorých zákonov sa dojčenské ústavy a detské domovy pod spoločným názvom detské domovy stali zariadeniami sociálnych služieb, ktoré sú v zriaďovateľskej pôsobnosti samosprávy. Prechodom detských domovov a dojčenských ústavov z rezortov školstva a zdravotníctva do odvetvovej pôsobnosti MPSVaR SR sa sledovalo dosiahnutie kontinuity v náhradnej výchove dieťaťa v pôsobnosti jedného rezortu a potreba preferencie širokospektrálnej starostlivosti o dieťa s dôrazom na prioritu rodinného prostredia.

Právomoci úradov sú definované v časti Organizácia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately v zákone č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele (§ 71 – § 76).

Počet detí zverených do náhradnej starostlivosti vlani oproti predchádzajúcim rokom stúpol. Vyplýva to zo štatistických údajov Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny (MPSVR) SR. Pokiaľ v roku 2004 bolo do náhradnej starostlivosti zverených 1 652 detí a v roku 2005 1 633 detí, tak vlani to bolo 2 024 detí. Nárast vlani nenastal len v prípade pestúnskej starostlivosti, do ktorej bolo vlani zverených 365 detí, pričom rok pred tým to bolo 480 detí.

Najvýraznejšie zmeny nastali v náhradnej osobnej starostlivosti. Vlani do nej bolo zverených 1 144 detí, čo je v porovnaní s rokom 2005, kedy umiestnili 708 detí, o 436 detí viac. V starostlivosti starých rodičov (cca 80 %), iných príbuzných (16 %) alebo cudzích osôb (4 %) je v súčasnosti 4 289 detí. Počet detí zverených do pestúnskej starostlivosti v roku 2006 klesol na 365 a spolu v nej je 2 776 detí. Pokles detí v pestúnskej starostlivosti spôsobili aj legislatívne zmeny, ktoré rozšírili

okruh detí s nárokom na príspevok aj o nezaopatrené dieťa zverené do náhradnej osobnej starostlivosti. Starí rodičia, iní príbuzní a ďalšie blízke osoby, ktoré opatrujú dieťa sa aj preto presunuli z pestúnskej starostlivosti, ktorá je náročná na splnenie predpokladov jej výkonu, do systému náhradnej osobnej starostlivosti.

Zo štatistik ministerstva ďalej vyplýva, že vlni počet detí v ústavnej starostlivosti a ochrannnej výchove v porovnaní s rokom 2005 klesol. Ku koncu roka 2006 ich bolo 5 983, čo je o 433 detí v ústavnej starostlivosti menej ako ku koncu roka 2005. Z 5 983 detí je 4 709 umiestnených v detských domovoch, 806 v reedukačných domovoch a 468 je v domovoch sociálnych služieb. Pritom ku koncu minulého roka bolo na Slovensku 98 detských domovov, z toho 81 štátnych a 17 cirkevných a iných neštátnych detských domovov. Do detských domovov bolo v roku 2006 umiestnených 1 377 detí, vrátane presunu 530 detí s nariadenou ústavnou starostlivosťou zo špeciálnych internátnych škôl. Z detí žijúcich v detských domovoch sa vlni 321 vrátilo do rodiny, 173 bolo osvojených, 134 sa dostalo do pestúnskej starostlivosti a 61 do náhradnej osobnej starostlivosti. Priemerná dĺžka pobytu dieťaťa v detskom domove klesla v roku 2006 na 4 roky a jeden mesiac. V roku 2005 to boli 4 roky a 9 mesiacov. (www.changenet.sk)

Podľa § 100 ods. 9 písm. a) zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov zriaďovatelia detských domovov zabezpečia a utvoria podmienky v detských domovoch do 31. decembra 2006 tak, aby od 1. januára 2007 bolo každé dieťa do jedného roku veku zaradené po jeho umiestnení v detskom domove a diagnostickom pobyte v samostatnej diagnostickej skupine výlučne do profesionálnej rodiny s výnimkou dieťaťa, ktorého zdravotný stav vyžaduje osobitnú zvýšenú opateru a starostlivosť v špecializovanej samostatnej skupine.

Ústredie PSVR venuje tejto problematike pozornosť. Zriaďovateľmi detských domovov sú určené úrady PSVR, ktoré vytvárajú podmienky na dodržiavanie uvedeného ustanovenia. Od 1. januára 2007 do 31.10.2007 bolo do detských domovov prijatých na základe rozhodnutia súdu spolu 235 detí vo veku do 1 roku veku. K 31.10.2007 boli opatrenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately vykonávané pre všetky uvedené deti v detských domovoch podľa platných právnych predpisov.

Počet profesionálnych rodín sa od januára 2007 do 30.9.2007 zvýšil zo 186 na 207. Počet detí v profesionálnych rodinách stúpol od januára 2007 do 30.9.2007 z 315 na 349. (www.upsvar.sk)

Bibliografia

1. Gejdošová, Z.: *Nové formy podpory a pomoci rodinám v sociálnej politike Slovenskej republiky*, in: *Zborník príspevkov Nitra 2006*, UKF FSVaZ, Nitra 2006, ISBN 80-8050-963-8, s. 228.



2. Hroncová, J., Hudecová, A., Matulayová, T., 2000: *Sociálna pedagogika a sociálna práca*, Banská Bystrica, Univerzita Mateja Bela, ISBN 80-8055-427-7, EAN 88080554279, s. 293.
3. Kováčiková, D. 2000: *Základné otázky dejín sociálnej práce*, Žilina, Edis, 2000, ISBN 80-7100-718-8.
4. Kredátus, J., 2002: *Od funkčnej k disfunkčnej rodine, od kvality k nekvalite života*, in: Tokárová, A. (eds.), 2002: *Kvalita života a ľudské práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých: Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, konanej v dňoch 2. a 3. apríla 2001 v Prešove*, Prešov, FF PU, ISBN 80-8068-088-4, s. 193–203.
5. Kvapilová, E., 2000: *Rôznorodosť rodinných foriem – výzva pre sociálnu politiku*, in: *Sociológia*, roč. 32, č. 5, 2000.
6. Matoušek, O., 1997: *Rodina jako instituce a vztahová síť*, Praha, Sociologické nakladatelství, 1997, ISBN 80-85850-24-9. s. 154.
7. Matějček, Z., 2002: *Osvojení a pěstounská péče*, vyd. 1, Praha, Portál, 2002, ISBN 80-7178-637-3.
8. Mikoľško, J., Žarnay, Š., 2007: *Ohrozená rodiny na Slovensku*, Bratislava, Úsmev ako dar, 2007, ISBN 978-80-969616-1-0.
9. Oláh, M., Schavel, M., 2006: *Sociálne poradenstvo*, Prešov, Prešovská univerzita, Pravoslávna bohoslovecká fakulta, 2006, ISBN 80-8068-487-1, s. 192.
10. Prevendárová, J., 2001: *Rodinná terapia a poradenstvo*, vyd. 2, Bratislava, Humanitas, 2001, ISBN 80-968053-6-3, s. 148.

Zákon NR SR č. 36/2005 o rodine v znení neskorších predpisov
Zákon NR SR č. 195/198 o sociálnej pomoci v znení neskorších predpisov
www.upsvar.sk
www.changenet.sk

Abstract

Alternative family care in Slovak republic is implemented according to law 36/2005 about family. Forms of alternative care: entrustment of infants to personal care of another person – other than parents. Foster care and institutionalized care has an important place in forming of childs personality.

Abstrakt

Náhradná rodinná starostlivosť v Slovenskej republike je realizovaná podľa zákona č. 36/2005 o rodine v znení neskorších predpisov. Formy náhradnej starostlivosti: zverenie maloletého dieťaťa do osobnej starostlivosti inej fyzickej osoby než rodiča, pestúnska starostlivosť a ústavná starostlivosť majú významné miesto pri formovaní osobnosti dieťaťa.







MARKÉTA RUSNÁKOVÁ, ANGELA ALMAŠIOVÁ

Vybrané problémy súčasnej rodiny

Kľúčové slová: rodina, funkcie rodiny, klinická rodina
Keywords: family, roles of family, clinical family

Úvod

Rodina je od nepamäti súčasťou života človeka v rôznych formách a podobách. Ukázala sa ako najvhodnejšie miesto na reprodukciu ľudského pokolenia či už po stránke biologickej, sociálnej, kultúrnej a duchovnej. Rodina samozrejme prešla svojim vývojom, menila svoje podoby, usporiadania, funkcie, ktoré by mala plniť sa menili v závislosti od usporiadania spoločnosti.

V našom príspevku sa budeme zaoberať rodinou súčasnou a síce niektorými vybranými problémami, s ktorými sa rodina v súčasnosti stretáva.

Funkcie rodiny

Rodina poskytuje svojim členom určitý status, dochádza v nej ku kontrole a hodnoteniu správania a konania detí, ale i dospelých, často veľmi bezprostredne. Vytvára podmienky k uspokojovaniu najhlbších citových potrieb – pocit citového bezpečia a istoty. U rôznych autorov sa stretávame s rôznymi pohľadmi na základné funk-



cie rodiny. Tak napríklad Z. Tyszka (14) rozlišuje desať funkcií rodiny, ktoré predstavujú tieto štyri základné skupiny:

1. funkcia biologicko-psychologická (sexuálna, zachovanie rodu),
2. ekonomická (materiálne ekonomická, zabezpečovacia),
3. spoločenská (triedna, právne kontrolná),
4. sociálno-psychologická (socializačná, kultúrna, rekreačná, emocionálne expresívna).

Rozinajová (12) hovorí o funkcii:

1. biologickej (reprodukcia, uspokojovanie pohlavného pudu),
2. výchovnej,
3. emocionálnej,
4. ekonomickej,
5. ochranej (napr. opora v chorobe).

Košta (6) popisuje nasledovné funkcie:

1. socializačná
2. reprodukčná
3. ochranná
4. emočná
5. funkcia prenosu sociálneho statusu

My by sme však chceli vychádzať z funkcií, ktoré uvádza profesor Dunovský (2), pretože sa najviac približujú reálnej situácii v spoločnosti a v rodinách. Tieto funkcie sme rozšírili o funkcie iných autorov, ktoré sme považovali za dôležité a chýbali nám v už vyššie spomínanej sumarizácii funkcií rodiny profesora Dunovského.

Rodine prisudzuje nasledovné štyri základné funkcie:

1. biologicko-reprodukčnú,
2. ekonomicko-zabezpečovaciu,
3. emocionálnu (kultúrno-psychologickú),
4. socializačno-výchovnú.

Biologicko-reprodukčná funkcia rodiny:

- na jednej strane zabezpečuje biologickú reprodukciu ľudského rodu, na druhej strane zohráva významnú úlohu v manželskom spolužití partnerov. Samotná biologická funkcia sa však v realite môže a tiež sa niekedy i realizuje mimo rodinnú inštitúciu. Biologicko-reprodukčná funkcia rodiny súvisí s funkciou výchovnou, ale tiež i emocionálnou.

Ekonomicko-zabezpečovacia funkcia:

- vďaka tejto funkcii rodina svojim členom zabezpečuje ich materiálne potreby. Táto funkcia je nielen záležitosťou rodiny, ale i snahou spoločnosti pomôcť rodinám.

Emocionálna funkcia rodiny:

• (sociálno-psychologická) „poskytuje optimálne prostredie s pozitívnymi emočnými väzbami a uspokojuje ďalšie potreby detí a dospelých.“ (14) Táto funkcia má význam pre pokojné a zdravé detstvo každého človeka. V tejto funkcii je rodina nenahraditeľná. Uspokojiť potrebu bezpečia a istoty, získať pocit jedinečnosti a nenahraditeľnosti, mať pocit, že je chcené, prijímané a milované, môže dieťa iba v rodine.

Socializačná funkcia rodiny:

• rodina je základným socializačným činiteľom. Socializačný proces v rodine má charakter subjekto-objektového vzťahu. Objektom socializácie je spravidla dieťa, subjektom matka, otec. Socializácia je však obojstranným procesom, kde subjekt pôsobí na objekt, ale súčasne i objekt na subjekt. (16) Socializácia je celoživotné začleňovanie jedinca do spoločnosti, v ktorom dochádza k postupnej premene človeka biologickej bytosti na bytosť spoločenskú. Je to proces sociálneho učenia, prostredníctvom ktorého si dieťa osvojuje sociálne normy, hodnoty, postoje, formy sociálneho správania.

• je základnou funkciou rodiny. Zahŕňa starostlivosť o deti a ich výchovu. Sociológovia, psychológovia a pedagógovia, ale i sociálni pracovníci sa zhodujú v tom, že je to funkcia, v ktorej je rodina prakticky nezastupiteľná. „Výchova dieťaťa v rodine pozostáva zo všteповania návykov, citového života, správania sa voči sebe, rodičom, spoločnosti. Výchovou sa dieťa učí pristupovať k práci, nadväzovať a tvárniť širšie medzilidské vzťahy.“ (1)

Funkčná a nefunkčná rodina

J. Dunovský (2) navrhol na základe hodnotenia funkčnosti rodiny a jej porúch vo vzťahu k dieťaťu štyri pásma funkčnosti rodiny.

1. Funkčná rodina – v podstate je to rodina bez narušenia, ktorá je schopná zabezpečiť dieťaťu dobrý vývin.

2. Rodina problémová – vyskytujú sa v nej poruchy niektorých funkcií, ktoré však vážnejšie neohrozujú rodinný systém a vývin dieťaťa v ňom. Rodina je schopná riešiť svoje problémy sama, vlastnými silami alebo pomocou iných.

3. Dysfunkčná rodina – sú v nej vážnejšie poruchy niektorých alebo všetkých rodinných funkcií, ktoré bezprostredne ohrozujú, poškodzujú rodinu ako celok a výchovu detí. Takáto rodina na rozdiel od predchádzajúcej potrebuje sústavnú pomoc zo strany odborníkov.

4. Afunkčná rodina – poruchy sú v nej natoľko závažné, že rodina prestáva plniť svoje úlohy. Vážne ohrozuje existenciu a zdravie detí, ktoré musia byť umiestnené z tohto dôvodu do náhradnej rodinnej výchovy. V nasledujúcej tabuľke porovnáva me funkčnú a dysfunkčnú rodinu.

Tab. 1. Rozdiely medzi funkčnou a nefunkčnou rodinom

	Funkčná rodina	Dysfunkčná rodina
Atmosféra v rodine	Dôvera medzi členmi rodiny	Nedôvera, očakávanie neprijemností
Vzťah medzi rodičmi (manželmi)	Stabilný	Instabilný, možné mimomanželské vzťahy
Komunikácia medzi členmi rodiny	Otvorená, vzájomná, živá, aktívna	Cielená (len keď ja chcem niečo riešiť), komunikačná iniciatíva nízka, vysoká stereotypia
Zodpovednosť	Jasne stanovená	Neurčité rozdelenie zodpovednosti, snažia sa jej všetci vyhýbať
Prejavy citu	Častý telesný kontakt – prítulenie, pohladenie, verbálna podpora	Nedostatok, chýba verbálna podpora, veľa negatívnych emočných prejavov od ironizovania, až k otvorenému a priamemu napádaniu
Odlíšnosť (kladná) niektorých členov rodiny (napr. hudobné nadanie)	Kladne prijímaná, podporovaný rozvoj schopností	Odmietaná, znevažovaná
Údržba domácnosti	Bezproblémová, rodina zvláda prevádzku domácnosti hladko	Problematická, rodina s ťažkosťami zvláda bežnú prevádzku domácnosti
Hospodárenie	Spoločne	Jednotlivci
Výsledok	Dieťa citovo stabilné, dôveruje rodičom, s kladným vzťahom k spoločnosti	Dieťa citovo instabilné, nedôverčivé (výsledkom čoho môžu byť poruchy správania)

Prameň: Rusnáková (13)

Z tabuľky vyplýva, že dysfunkčné rodiny nevytvárajú vhodné prostredie pre výchovu detí. Deti v dysfunkčných rodinách citovo strádaajú a sú často vystavované stresovým situáciám, čo má nepriaznivý vplyv na ich ďalší vývin a schopnosť socializovať sa do spoločnosti a vrstovníckych skupín. V dysfunkčných rodinách, ktoré sa dostávajú do odbornej starostlivosti vďaka svojim problémom býva pozorovaných nápadne veľa negatívnych emočných prejavov, od ironizovania až k otvorenému a priamemu napadnutiu. V týchto rodinách bola pozorovaná nepochopteľná hluchota k stavu krajnej psychickej núdze niektorého člena. V menej extrémnej podobe má navzájom podobu cynického zľahčovania signálov nepohody alebo nespokojnosti. V týchto rodinách sa vyskytujú aj neskrývané prejavy beznádeje a zúfalstva. Takéto alebo lepšie povedané aj takéto rodiny dávajú základ pre výchovu problémových detí. Hovoríme aj takéto rodiny, pretože v ďalšej časti chceme venovať pozornosť konkrétnym problémovým rodinám, ktoré vytvárajú z rôznych dôvodov určité stresové situácie, ktoré musia zvládať všetci členovia rodiny.



Asociálna rodina

Sociálny pracovník sa vo svojej práci často stretáva s rodinami, v ktorých výchovné pôsobenie na deti je, či už vedome alebo nevedome, v rozpore s morálnymi princípmi spoločnosti. Vo vzťahu k týmto rodinám hovoríme, že je v nich nezdravé výchovné prostredie. (7)

Z hľadiska sociálnej práce je pre nás zaujímavá najmä schopnosť týchto rodín zabezpečiť potreby dieťaťa: potrebu výživy, bezpečia, rozvoja, lásky, úcty, vzájomného rešpektovania sa. Sociálny pracovník sleduje v týchto rodinách celkovú atmosféru, v prvom rade prijatie dieťaťa, jeho postavenie a zabezpečovanie jeho osobných potrieb.

Asociálna rodina, rodina v ktorej je správanie niektorého alebo oboch rodičov v rozpore s morálnymi zásadami spoločnosti sa vyznačuje predovšetkým týmito znakmi:

- alkoholizmus a iné závislosti,
- dobrovoľná nezamestnanosť,
- agresívne správanie,
- neschopnosť zabezpečiť primerané sociálno-ekonomické podmienky a iné.

Na určenie asociálnosti rodiny je potrebná kombinácia troch z uvedených znakov. (7) Z vyššie uvedeného vyplýva, že asociálna rodina nie je problémová len dovnútra, ale že jej problémy prerastajú jej rámec a spôsobujú narušenú komunikáciu s užším i širším prostredím. Pri obnove vnútornej rovnováhy a rekonštrukcii vzťahov s jej okolím zohráva významnú úlohu sociálny pracovník.

Klinické rodiny a problémy, s ktorými sa súčasné rodiny stretávajú

Túto časť príspevku by sme chceli venovať klinickým rodinám, teda rodinám, ktoré sa stretli a stretávajú sa s nejakým problémom (chudoba, nezamestnanosť, delikvencia, zdravotné postihnutie a pod.). Podstatné však je, že takáto rodina nenapĺňa parametre dysfunkčnej rodiny, ale môže sa ňou stať na základe istého oslabenia, ktoré je v takejto rodine prítomné. Vybrali sme si práve túto skupinu rodín, pretože v týchto rodinách sa vyskytujú častejšie stresové situácie, než v neklinických rodinách a preto aj členovia týchto rodín musia zvládať dané sťažené podmienky, čo nemusia zvládnuť bez nejakých zdravotných alebo sociálnych výkyvov.

Rodina s postihnutým dieťaťom

Je prirodzené, že všetci rodičia chcú mať zdravé ak nie priamo „perfektné“ deti. Mnoho rodičov má dokonca vopred utvorenú predstavu o tom, ako má ich dieťa



vyzerat' a čím sa má v budúcnosti stať, a to častokrát ešte skôr, než sa im dieťa narodí. V súčasnosti viac ako kedykoľvek predtým, sa vysoká inteligencia a príjemný zovňajšok – popri vždy cennom zdraví – preferujú ako spoločensky významné hodnoty. „Postihnuté deti, žiaľ, mnohokrát tieto kritériá nespĺňajú. Sú touto skutočnosťou často stigmatizované a následne izolované, pričom stigma a izolácia sa dotýkajú celej rodiny.” (11) Čím viac sa dieťa odlišuje od spoločensky uznávaných noriem, tým väčšia je diskreditácia rodiny nielen z pohľadu spoločenského okolia, ale nezriedka aj v očiach samotných jej príslušníkov. Postihnutie dieťaťa prináša rodine fyzický, ekonomický, sociálny, ale predovšetkým psychický (emocionálny) stres.

V našom príspevku sa budeme zaoberať veľkým problémom detí so zdravotným postihnutím a ich rodín – otázkou nášho segregovaného školského systému, v ktorom sa tzv. zdravá populácia vychováva a vzdeláva v iných školách ako deti s postihnutím, ktorých výchova prebieha v podmienkach nie celkom zodpovedajúcim reálnej spoločenskej klíme. Takáto školská príprava vytvára, podľa J. Levickej (8) niekoľko možností ohrozenia a to:

1. Problém odlúčenia dieťaťa od rodiny – ako dôsledok koncentrácie detí s určitým druhom postihnutia do špecializovaných typov škôl. Na strane jednej sa im poskytne vskutku erudovaná pedagogická, zdravotná, rehabilitačná a iná potrebná starostlivosť, no na strane druhej väčšina týchto detí odchádza do tzv. špeciálnych internátnych škôl, to znamená, že odchádzajú minimálne na jeden pracovný týždeň. Odchádzajú, pretože rodičia týchto detí nemajú zatiaľ inú možnosť riešenia. Tým sa vlastne porušuje jedno zo základných práv dieťaťa - právo vyrastať vo vlastnej rodine.

2. Problém iného prístupu k obsahu edukačnej činnosti v rámci špeciálnych škôl. Zredukovaný obsah učiva vytvára predpoklady pre jeho zvládnutie aj deťom s handicapom. Na strane druhej, nie je vytvorené pripojenie na riadnu sieť stredných škôl, v rámci ktorých by si mohli doplniť vzdelanie.“

Rodina s prítomnosťou syndrómu CAN (syndrómu zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa)

Početné prípady detí a ich záchyt v pediatricko-klinickej, sociálno-právnej, psychologickej a pedagogickej praxi dokazuje, že existuje skupina detí, ktoré sú ohrozené v normálnom zdravom vývine, sú zneužívané, bité a týrané. Postihuje to deti vo vekovej škále od novorodeneckého veku až po pubertálny a adolescentný vek. Najmä najmladšia skupina detí od 0 až 3 rokov je najviac ohrozená nedostatočnou starostlivosťou, zanedbaním výživy a opatery, opustením, podávaním nevhodných a cudzorodých látok (utlmujúce a uspávacie lieky, alkoholické nápoje a i.).



Formami a prejavmi CAN podľa J. Dunovského (3) sú:

- telesné týranie,
- zanedbávanie telesné a psychické,
- psychické a emocionálne týranie,
- sexuálne zneužívanie:
- kontaktné
- nekontaktné
- komerčné.

Zvláštnymi formami CAN je systémové týranie detí, rituálne týranie a pre lekárov zvlášť významný fenomén – Muenchausenov syndróm by proxy, v zastúpení – ide o vymýšľanie si patologických príznakov rodičmi na dieťaťu a vynuovenie si u lekára veľmi náročné diagnostické i liečebné postupy – napr. nevlastná matka sa rozhodla, že jej dieťa má diabetes mellitus a začala ho sama „liečiť“ inzulinom.

Rodina a rozvod

Rozvod manželstva má svoje aspekty etické, sociálne, právne, emočné, ale tiež veľmi dôležité aspekty mentálne hygienické a všeobecne zdravotné. Rôznymi autormi je rozvod radený medzi prejavy tzv. sociálnej patológie. Súčasne však, môže byť považovaný za určité základné spoločenské sanačné opatrenie, ktoré má zamedziť nesúladu a ťažkým konfliktom medzi manželmi, má ukončiť problematiku spoluzit'ie a umožniť ďalšie životné perspektívy. Tieto základné predpoklady, pre ktoré je rozvod všeobecne akceptovaný, sa však nie vždy naplňujú a očakávané pozitívne zmeny sa neobjavia, naopak dochádza k ďalším frustráciám, stresu a konfliktom i v dobe po rozvode. (2)

Rodina a nezamestnanosť

Rodina postihnutá nezamestnanosťou niektorého z členov stráca možnosť na plnenie jednej z dôležitých funkcií – funkcie ekonomickej.

Rodina sa môže ocitnúť v situácii, že nebude mať zabezpečené základné životné podmienky a ocitne sa v stave hmotnej núdze. Dôležitými nástrojmi riešenia hmotnej núdze sú dávky a príspevky v hmotnej núdzi, ale „za potenciálne najviac prínosné opatrenie pre rodiny považujeme zavedenie poskytovania dotácie na stravu pre dieťa v hmotnej núdzi a dotácie na školské potreby pre dieťa v hmotnej núdzi, motivačné príspevky, ako úplne novú formu pomoci rodinám, ktoré mali za cieľ odstrániť najvypuklejšie dopady reforiem v sociálnom systéme na sociálne najslabšie vrstvy obyvateľstva, zvýšiť rovnosť šancí pre rodiny s deťmi v hmotnej núdzi.“ (4)



Nezamestnanosť sa netýka len priamo postihnutého jednotlivca, ale celej skupiny osôb žijúcich spolu v jednej domácnosti, ktorú môžeme označiť ako rodina. Nezamestnaný do nej prináša svoje postoje, depresívne nálady a negatívne pocity, ako sú pocit frustrácie, neužitočnosti a zbytočnosti, má otrásené sebavedomie, ktoré sa podpisuje na celkovej rodinnej atmosfére, vzťahoch vo vnútri rodiny, ale aj mimo rodiny, v spolužití manželov a vo vzájomnej komunikácii jej členov. Napätý finančný rozpočet sa prejavuje v horšej výžive a tým aj v zhoršenom zdravotnom stave členov rodiny, v neuspokojovaní sociálnych potrieb členov rodiny – vzdelanie, kultúra alebo aj v zhoršenom a neuspokojivom bývaní. Často neuspokojovanie potrieb členov rodiny vyvoláva agresívne spávanie, či už partnerov voči sebe alebo voči deťom, alkoholizmus, či zneužívanie návykových látok. (9)

Rodina a prítomnosť závislého na alkohole v nej

Patologické dôsledky alkoholizmu zasiahnu oblasť telesnú, psychickú i oblasť sociálnu. Narúšajú sa rodinné vzťahy, zlyhávajú rodinné funkcie, menia sa ekonomické podmienky rodiny, slabne komunikácia v rodine i komunikácia s okolím, aby nevyšlo navonok partnerovo či partnerkine pitie, oslabujú sa emocionálne rodinné väzby. To isté potvrdzujú aj Jirí Heller a Olga Pecinovská (5): „Závislosť jedného člena rodiny od alkoholu či inej drogy, sa výrazne dotýka i ostatných členov rodiny. Postupne ochorie celá rodina. Spolužitie s jedincom závislým od alkoholu prináša do systému rodiny a jeho funkcií veľa negatívnych javov. Konanie pod vplyvom alkoholu znemožňuje normálnu, prirodzenú komunikáciu intoxikovaného jedinca s ostatnými členmi domácnosti, nedovoľuje mu pružné a tvorivé rozhodovanie.“

Rodina so závislým od ilegálnych drog

Epidemiologické údaje a ďalšie dostupné údaje poukazujú na tri významné skutočnosti:

- vo všeobecnej populácii dospelých a mladistvých ľudí narastá počet tých, ktorí za sebou majú aspoň jednorázovú skúsenosť s nealkoholovou drogou (prevažne s produktmi konope),
- rastie počet tzv. „problémových užívateľov“ drog, kde najčastejšie užívanou drogou u tejto skupiny je pervitín (metamfetamín) a heroín, najvýraznejšie zastúpenie tu má veková kategória 15–19 ročných, avšak plynulo rastie podiel detí do 15 rokov,
- množstvo nepriamych indikátorov ukazuje na rastúci rozsah tzv. „tanečnej scény“, s typickým užívaním halucinogénnych a stimulačných drog (LSD, extasy).

Typické reakcie detí na závislosť u rodičov (15). Štyri základné reakcie detí na závislosť jedného alebo oboch rodičov:

- Rodinný hrdina – (najčastejšie najstarší súrodenec) preberá povinnosti za problémového rodiča, čo prirodzene presahuje jeho možnosti, najmä ak má presvedčovať rodiča, aby sa polepšil. V dospelosti môže také dieťa trpieť pocitmi menejcnosti, aj keď môže byť po vonkajšej stránke celkom úspešné. Býva tiež ohrozené nezdržanlivým postojom k práci.
- Stratené dieťa – býva utiahnuté a uzatvorené do seba, málo a obtiažne komunikuje, uniká do fantázie a vnútorného sveta.
- Klaun – dieťa sa snaží vyvolávať veselosť, a tak odvádzať pozornosť od problémov, ktoré rodinu ohrozujú. Jeho heslo je, „radšej keď sa smežeme, než aby sme sa hádali alebo bili“.
- Čierna ovca – upozorňuje na seba hnevaním, delikvenciou a podobne, a tak odvádza pozornosť od problémov dospelých.

Záver

V našom príspevku sme sa pokúsili charakterizovať hlavné funkcie rodiny, klinické rodiny a hlavné problémy, ktoré sa vyskytujú v klinických rodinách. Pre nedostatok priestoru sme nemali možnosť popísať všetky možné problémy, s ktorými sa súčasné rodiny stretávajú a takisto ani možné spôsoby ich riešenia alebo zmierňovania.

Bibliografia

1. Černay, J.: *Sociálna pediatria*, Bratislava 1996.
2. Dunovský, J.: *Dítě a poruchy rodiny*, Praha, Avicenum 1986.
3. Dunovský, J. et al., 1999: *Sociální pediatrie. Vybrané kapitoly*, Praha, Grada Publishing, s. 284.
4. Gejdošová, Z.: *Sociálne zabezpečenia pre matky s deťmi*, in: *Zborník z interdisciplinárnej vedeckej konferencie Dialóg teológie a sociálnej práce*, Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku, Ružomberok 2006, ISBN 80-8084-089-X, s. 101–107.
5. Heller, J., Pecinová, O., et al., 1996: *Závislost známá neznáma*, Praha, Grada, ISBN 80-7169-277-8, s. 162.
6. Košta, J.: *Úvod do sociológie*. Bratislava, Ekonomická Univerzita, 1993, s. 81.
7. Levická, J.: in: *Sociálne poradenstvo (Zborník)*, Trnava, Trnavská univerzita, 1998.
8. Levická, J.: *Deti s postihnutím a možné riziká ich ohrozenia*, in: *Dieťa v ohrození VI.: Komplexná prevencia sociálnej patológie u detí a mládeže ako celospoločenský problém*, Bratislava 1996, Detský fond SR, s. 48–51.
9. Oláh, M.: *Kresťanské manželstvo, sexualita a plánované rodičovstvo*, in: *Bioetika*, Prešov 2005, PBF.
10. Oláh, M.: *Sociálnoprávna ochrana detí*, vyd. 1, Prešov, PBF PU, 2005, ISBN 80-8068-349-2, s. 206.
11. Prevendárová, J.: *Rodina s postihnutým dieťaťom*, Nové Zámky, Psychoprof-Artis, 1998.
12. Rozinajová, H.: *Výchova pre život v rodine*, Martin, Vydavateľstvo Osveta, 1981.



13. Rusnáková, M.: *Rodina v slovenskej spoločnosti v kontexte sociálnej práce*, Ružomberok 2007.
14. Tyszka, Z., in: Oliverius, R. et al.: *Psychologické problémy rodiny a rodinných vzťahů*, Praha, SPN 1989.
15. Wegscheider-Cruse, S.: *Another chance. Hope and health for the alcoholic family*, Palo Alto, California, Science and behavior books, 1989.
16. Ziemská, M.: *Rodina a osobnosť*, Bratislava, Smena, 1980.

Abstract

Authors of the article describe the main roles of family and the types of family: functioning family and dysfunctional family. More views and perspectives on the issue are presented. Furthermore, the article deals with clinical families and some of their main problems. Such problems are for example upbringing a handicapped child, presence of CAN syndrome, influence of divorce on family, influence of unemployment on family as well as influence of alcohol and illegal drug addiction on family.

Abstrakt

Autorky v príspevku charakterizujú hlavné funkcie rodiny, rodiny funkčné a dysfunkčné. Ponúkajú pohľady rôznych autorov, ktorí sa venujú tejto problematike. V ďalšej časti sa zaoberajú klinickými rodinami a niektorými hlavnými problémami, s ktorými sa tieto rodiny stretávajú. Popisujú rodiny s postihnutým dieťaťom, rodiny s prítomnosťou syndrómu CAN, vplyv rozvodu na rodinu, vplyv nezamestnanosti na rodinu a vplyv závislého na alkohole a ilegálnych drogách na rodinu.



STANISLAV KOŠČ

„Kríza” rodiny v reflexii Katolíckej cirkvi

Kľúčové slová: rodina, nerozlučiteľnosť manželstva, registrované partnerstvá
Keywords: family, indissolubility of the marriage, registered partnerships

Úvod

Je známe, že kresťanstvo, a osobitne Katolícka cirkev, má veľmi vysokú mienku o rodine. V cirkevných dokumentoch, a to aj tých najnovších, nachádzame rodinu definovanú a popisovanú veľmi vznešenými pojmi ako výnimočný prostriedok vzájomného posväcovania manželov a detí, „svätyňu života“ a sviatosť dokonalej lásky Krista a jeho Cirkvi. Znamená to, že Cirkev neeviduje alebo úmyselne ignoruje závažné a podstatné problémy, ktoré charakterizujú rodinu v súčasnej dobe a mnohých vedú k tomu, že konštatujú hlbokú „krízu“ rodiny? Ved' počty umelých potratov štatisticky nevyhnutne zasahujú aj kresťanské manželstvá (resp. dvojice), a najmä percento rozvodovosti (na Slovensku približne 42%) sa nevyhnutne musí týkať aj manželstiev, uzatvorených sviatosťne a medzi manželmi, ktorí sa hlásia ku Katolíckej cirkvi (na Slovensku približne 71%). Podobne i sociologické prieskumy, ktoré mapujú spoločenskú akceptáciu iných foriem spolunažívania – od mimomanželských „registrovaných partnerstiev“ až po homosexuálne zväzky – pouka-



zujú na postupne sa udomáčajúcu mentalitu, ktorá by nasvedčovala historickému súmraku „tradičnej“ (ergo: kresťanskej) rodiny a potrebe jej predefinovania, ak má zodpovedať súčasným trendom.

Zdá sa však, že práve tu vidí Katolícka cirkev zásadné *vnútorné protirečenie* týchto mentálnych pochodov a následného formovania verejnej mienky. Ak na jednej strane konštatujeme „krízu“ *tradičného* pojmu rodiny, znamená to nevyhnutne jej zánik a potrebu nahradenia *novým* pojmom rodiny? Ved' kríza vždy môže byť aj *znakom rastu*, pokiaľ je správne „pomenovaná“, čiže interpretovaná a následne zvládnutá. Nie je v súčasnej situácii „krízy“ naopak nevyhnutné znovu zadefinovať (teda nie meniť!) základné atribúty rodiny, očistiť ich od prípadných nezdravých nánosov alebo prekonaných stotožňovaní s istou kultúrnou situáciou a ponúknuť ich – v konfrontácii s inými alternatívami a reflektujúc ich ovocie, čiže dôsledky – v ešte jasnejšom svetle *spoločenskej nevyhnutnosti*?

Nerozlučiteľnosť manželstva vo svetle prirodzeného zákona

Nestabilita manželstva sa dnes často vníma už ako samozrejmosť. Vplýva na to jednak mimoriadne vysoká prax rozvodov, jednak dlhoročná legislatíva, ktorá rozvody umožňuje (a postupne stále zjednodušuje prax ich právnej realizácie) a jednak spoločenská mentalita, silno ovplyvňovaná médiami, ktorá (najmä pod vplyvom *sexuálnej revolúcie* a radikálnej *sekularizácie manželstva*) stále viac rozširuje vnímanie nestability manželského zväzku ako *normu*, ba akoby čosi želateľné a dobré.¹ Už dávno sa zabudlo na to, že rozvodová legislatíva bola v skutočnosti rezignáciou spoločnosti voči neschopnosti manželov udržať svoj zväzok pevný a následnej neochote pripustiť si túto neschopnosť, čo pramenilo často z nezodpovedného prístupu k voľbe „životného“ partnera, a na druhej strane túto nezodpovednosť ešte viac prehĺbilo.

Podobne ako neskôr potratová legislatíva sa stala tou najhoršou „službou“ matkám (či rodinám) v ťažkostiach súvisiacich s ťarchavosťou, aj legalizácia rozvodov je tým najhorším riešením pre aktuálne problémy manželského spolunažívania a prejavom absolutizácie zvráteného ponímania slobody a neochoty spoločnosti (najmä ak hovoríme o legislatíve, prijatej v podmienkach demokratickej spoločnosti)² hľadať ťažšie cesty riešenia problémov.

Takto zákon (ktorý je formuláciou *práva*) vo svojej výchovnej funkcii nienže nevychováva manželov k zodpovednosti za svoje manželstvo, ale stáva sa im v pravom zmysle slova pokúšením, keďže v situáciách nevyhnutných konfliktov

¹ Hlbšiu pozornosť by si zasluhovala aj analýza mediálnych posolstiev v tejto veci, keď napríklad nápadne veľa „romantických“ filmov predkladá ako „šťastné“ až druhé manželstvo.

² To nie je prípad Slovenska, kde túto legislatívu bez ohľadu na názory občanov vnútil totalitný režim v roku 1963 (Zákon o rodine č. 94/1963 Zb.). Treba však kriticky poznamenať, že aj prípadné referendum v tejto veci by prijatie legislatívy, umožňujúcej rozvody, azda len oddialilo, ale pravdepodobne nedokázalo zastaviť (ako sa to stalo v demokratických krajinách s väčšinou kresťanského obyvateľstva, o ktorých je reč v texte).



a ťažkostí v manželskom spolunažívaní „otvára dvere“ rozvodu, prinajmenšom ako jednej reálnej alternatívy riešenia situácie.

Toto je dôvod, pre ktorý Katolícka cirkev tak razantne odmieta túto „pedagogiku“ a zásadne trvá na nerozlučnosti manželstva. Je však dôležité zdôrazniť, že – hoci z hľadiska právneho – vyžadovať ju môže len od svojich členov, ktorí uzatvorili manželský zväzok cirkevnoprávnym spôsobom, to neznamená, že sa požiadavka nerozlučiteľnosti manželstva vzťahuje len na sviatosťné manželstvo. Nerozlučiteľnosť je vlastnosťou vnútornej povahy manželského zväzku (lásky ako jeho podstaty i sexuálneho života ako jej vonkajšieho prejavu) a sviatosť len („“) pozdvihuje tento zväzok do nadprirodzenej roviny a milosťou Božou uschopňuje manželov prežívať ho ako taký. V skutočnosti však „dôverné spoločenstvo manželského života a lásky, ktoré ustanovil Stvoriteľ a vystrojil vlastnými zákonmi, vzniká manželskou zmluvou čiže neodvolateľným osobným súhlasom.

Takým spôsobom, ľudským úkonom, ktorým sa novomanželia obapolne dávajú a prijímajú, vzniká z Božieho ustanovenia trvalý zväzok, a to aj pred spoločnosťou. Tento posvätný zväzok nezávisí od ľudskej svojvôle, a to v záujme manželov a potomstva i spoločnosti. (...) To všetko je zvrchovane dôležité pre zachovanie ľudského rodu, pre osobné blaho a večný osud každého člena rodiny, ako aj pre dôstojnosť, stálosť, pokoj a šťastie samej rodiny i celej ľudskej spoločnosti.“³

V tejto koncilovej reflexii sú naznačené aj základné osobné a sociálne dôvody a dôsledky vnímania manželského zväzku ako nerozlučiteľného. Z hľadiska sociálnej práce je potrebné zdôrazniť najmä určitý psychologický rozmer nerozlučiteľnosti manželstva, ktorý priam „núti“ manželov ani v krízových situáciách svojho vzťahu nepripustiť, aby im problémy takpovediac „prerástli cez hlavu“, k čomu im je veľmi užitočnou motiváciou práve vedomie požiadavky vytrvať v tomto vzťahu až do smrti, ku ktorej sa zaviazali pri manželskom sľube.

Naopak, akceptovanie rozvodu – čo i len teoretické – výrazne znižuje túto motiváciu riešiť problémy *nevyhnutne vnútri* manželského vzťahu. A dôsledky stabilného vzťahu pre integrálny a harmonický rozvoj detí, a tým i celej spoločnosti, sú tak evidentné, že je až zarážajúce ako málo sa berú do úvahy v prospech úsilia zvrátiť súčasný stúpajúci trend rozvodovosti.

Tieto konštatovania, samozrejme, neznamenajú, že by si Cirkev nebola vedomá ťažkostí, s ktorými zápasia súčasné manželstvá a rodiny, ako i postupného prijímania tejto mentality a jej dôsledkov. Ako už bolo naznačené v prvej kapitole, v stručnom priereze historického vývoja katolíckej sociálnej náuky, Cirkev vníma túto problematiku v širšom rámci osvietenského a následného relativistického odmietania Boha ako objektívneho základu individuálnej i spoločenskej morálky, čo sa v osobitne vyhrotenej podobe prejavuje práve v súvislosti s rodinou: „Postavenie, v akom sa dnes rodina nachádza, má kladné i záporné stránky. Prvé sú znamením pôsobenia Kristovej spásy vo svete; druhé sú dôkazom, že človek odmie-

³ GS 48.



ta Božiu lásku.⁴ Práve onen relativizmus a istá *pýcha* racionalistického človeka a výdobytkov jeho rozumu priviedli človeka (isteže nie nevyhnutne, ale pod vplyvom rôznych filozofických trendov a historických okolností) k radikálnemu subjektivismu, k presvedčeniu, že človek Boha nepotrebuje a je otázka, či nejaký Boh vôbec existuje. To sa však, práve v manželstve a rodine s osobitnou vypuklosťou, prejavilo istým „osamotením“ človeka zoči-voči vlastnej i partnerovej hriechnej sebeckosti, ktorú zvládnuť a vyriešiť bez Boha je skutočne veľmi ťažké. Preto Cirkev hovorí o odmietaní Božej lásky ako príčine a dôkaze negatívnych javov v súčasnej rodine.

Čo je však ešte horšie, *postmoderný* človek nie je ochotný pripustiť si túto skutočnosť a radšej rezignuje na akékoľvek pravidlá v postulovaní absolútnej hodnoty svojej *slobody*, aj to vnímanej len jednostranne – ako „odtrhnutie z reťaze“, a nie aj s jej neodmysliteľnou druhou stránkou, ktorou je zodpovednosť a možnosť vlastným rozhodnutím konať dobro: „Koreňom týchto záporných javov je nezriedka skazené chápanie a uplatňovanie slobody, ktorá sa berie nie ako schopnosť uskutočňovať pravdu Božieho plánu o manželstve a rodine, ale ako nezávislá sila osobne sa uplatňovať, často aj na úkor iných, len pre vlastný, sebecký blahobyť.“⁵

Táto „odstredivá“ sila egoizmu je pravou príčinou nestability manželstiev, požiadavky na legalizáciu rozvodov i ich masového rozšírenia všade tam, kde sa do krízy dostáva presvedčený náboženský život jednotlivcov i spoločnosti.⁶

Ak teda Katolícka cirkev – ako dnes v podstate jediná významnejšia spoločenská sila – trvá na požiadavke nerozlučiteľnosti manželstva, jej pravý dôvod je práve v úsilí prekonať túto absolútnu nadvládu egoizmu v spoločnosti a prispieť k akceptovaniu *vyšších* (objektívnych) *hodnôt* ako je len hedonistický a utilitaristický postoj k životu, a najmä k medziludským vzťahom. Pokúša sa pri tom poukazovať najmä na vyššie naznačené objektívne *dobro detí* ako evidentnú a mnohokrát preukázanú hodnotu, ktorá poukazuje na spoločenskú zhubnosť rozvodov a na potrebu prijať mentalitu nerozlučiteľnosti (ako požiadavky, vyplývajúcej z ľudskej *prírodnosti*) a postupne ju opäť začať pokladať za spoločensky prospešnú hodnotu.

K tomu sa vyžaduje nielen dôkladne prehodnotiť a skvalitniť prípravu na manželstvo, ale i sprevádzanie manželov zo strany Cirkvi (kňazov a skúsených manželských párov) v priebehu aspoň prvých 10 rokov manželského života.⁷

⁴ FC 6.

⁵ *Tamtiež*.

⁶ V spoločnosti sa táto kríza prejavuje najmä spochybňovaním náboženských hodnôt ako „spoločensky užitočných“...

⁷ Porov. napr. Benedikt XVI, *Dialóg s kňazmi diecézy Belluno-Feltre a Treviso* (24. júla 2007). Dostupný na: <http://www.zenit.org/article-11529?!=italian>.



Úpadok manželstiev

Je celkom logickým dôsledkom nestability manželstiev, že manželstvo prestáva byť spoločensky žiaducou hodnotou. Pritom jedným z nevyslovených dôvodov prijatia rozvodovej legislatívy bolo aj to, aby sa uvoľnila údajná priam „absolutistická“ kresťanská požiadavka nerozlučiteľnosti manželstva, a tým uľahčilo aj rozhodovanie o manželstve, aj možnosť ukončiť jeden manželský vzťah (v prípade nespokojnosti partnerov s jeho fungovaním) a uzavrieť iný. V rozpore s týmto predpokladom však toto „uľahčenie“ priviedlo so sebou prudkú devalváciu *hodnoty* manželstva ako takého. „Otvorili sa dvere“ pre *únik* z manželstva v prípade takmer akýchkoľvek problémov, nezhôd či rozporov. Málokto si však pripustí akékoľvek *zlyhanie* vo vzťahu, a tak sa postupne rozšírila téza, že to *rodina ako inštitúcia* sa dostala do *krízy*, „tradičná“ rodina sa totiž nedokázala dostatočne prispôbiť požiadavkám súčasnej doby, a tak treba prípadne uvažovať o jej postupnom *nahradení* inými formami spolunažívania.

Cirkev si je dobre vedomá, že mnohé rodiny, a to aj kresťanské, v súčasnosti neplnia svoje základné funkcie a podliehajú rôznym pokušeniam egoizmu, hedonizmu, a vôbec individualizmu, ktoré spôsobujú disgregáciu rodiny zvnútra a cestou širších sociálnych väzieb šíria takúto mentalitu ako prejav súčasnej kultúry (čiže hodnotového systému) na ďalšie a ďalšie rodiny. Ale odmieta z toho *viniť* rodinu ako takú. Práve naopak, o to viac si táto situácia žiada ochranu rodiny pred týmito zhubnými tendenciami. Ján Pavol II. hovorí v tejto súvislosti o rodine ako o prvej a základnej štruktúre, ktorá slúži „ľudskej ekológii“. Táto terminológia chce zdôrazniť skutočnosť, že rodina je *prirodená* ustanovizeň, „v lone ktorej dostáva človek prvé a určujúce poznatky o pravde a dobre, učí sa, čo je milovať a byť milovaný a čo konkrétne znamená byť osobou.

Tu sa myslí *na rodinu založenú na manželstve*, kde vzájomné darovanie sa muža a ženy tvorí životné prostredie, v ktorom sa dieťa môže narodiť a rozvíjať svoje schopnosti, kde sa naučí uvedomovať si svoju dôstojnosť a pripraviť sa na zvládnutie svojho jedinečného a neopakovateľného osudu.“⁸ Ako takáto prirodzená ustanovizeň (závažného spoločenského významu) si rodina zasluhuje, ba vyžaduje osobitnú „ekologickú“ ochranu, jednak vo výchove človeka a jednak v zákonodarstve, zvlášť s ohľadom na jej aktuálne ohrozenia. „Kríza rodiny“ teda nie je dôvodom na jej postupné odvrhnutie, ale na zintenzívnenie jej ochrany.⁹

⁸ CA 39.

⁹ Analogicky, ako po ničivej víchrici vo Vysokých Tatrách v roku 2003 a požiari v roku 2004 toto územie nestratilo štatút Národného parku, ale o to viac si vyžaduje zintenzívnenie svojej ochrany, o čo je následkom týchto prírodných pohrôm krehkejšie.



Rodina vs. registrované partnerstvá

Ak sa teda uvažuje v súčasnosti legalizovať aj iné formy spolunažívania medzi mužom a ženou (prípadne i medzi osobami toho istého pohlavia) a v rámci legislatívy ho do istej miery zrovnoprávniť s rodinou, treba predovšetkým zdôrazniť, že to *ipso facto* znižuje ochranu rodiny. Ústava Slovenskej republiky, v duchu Všeobecnej deklarácie ľudských práv, priznáva rodine isté privilégium iuris,¹⁰ takže nie je možné tvrdiť, že pokusy o legalizáciu iných foriem spolunažívania nemajú nič spoločné s rodinou, len „upravujú“ reálny stav v spoločnosti.¹¹

Cirkev na nebezpečenstvo týchto tendencií upozornila a na zásadnú ochranu rodiny predložila *Chartu práv rodiny* už v roku 1983.¹² Postupom času sa však tendencie, požadujúce legalizáciu iných foriem spolunažívania stupňujú, zároveň ako sa znižuje ochota mladých ľudí zaviazat' sa v manželstve (hoci aj s možnosťou rozvodu...). Dôvody týchto tendencií možno hľadať v samej podstate súčasnej civilizácie, charakterizovanej hedonizmom a extrémnym subjektivismom, ktoré odmietajú akékoľvek *vyššie hodnoty* a celý spoločenský život sa usilujú regulovať len na báze konsenzu ad hoc väčšinového názoru.

Cirkev si je veľmi dobre vedomá skutočnosti, že podľahnutie tejto tendencii znamená začiatok rozpadu civilizácie ako takej, keďže rodina je v každom prípade základnou bunkou spoločnosti a ak táto bunka bude oslabená, narušená, či dokonca negovaná, táto skutočnosť sa nevyhnutne prejaví v celom sociálnom tkanive, teda vo všetkých sociálnych väzbách, ktoré sú základom existencie akéhokoľvek typu spoločenstva. Štát, ktorý nechráni rodinu, vystavuje reálnemu riziku svoju vlastnú reprodukciu. Žiadna iná forma spolunažívania totiž nezabezpečí náhradu toho, čo sa stratí demotiváciou na zakladanie rodín a ich rozpadom.

Je zrejmé, že oslabovanie rodín sa negatívne prejavuje v kultúre života, totiž v ochote prijať na seba záväzky rodičovstva. Upozorňuje na to Ján Pavol II. v encyklike venovanej ochrane života, keď pripomína, že rodina je povolaná ohlasovať „evanjelium života“ predovšetkým výchovou detí k otvorenosti voči životu. „Slovom i príkladom, každodennými kontaktmi a rozhodnutiami, konkrétnymi prejavmi a znakmi rodičia učia svoje deti autentickej slobode, ktorá sa uskutočňuje nezištným sebadarovaním a rozvíja v nich úctu k druhým, zmysel pre spravodlivosť, postoj srdečného prijímania druhých, dialógu, obetavej služby a solidarity, ako aj

¹⁰ „Manželstvo, rodičovstvo a rodina sú pod ochranou zákona“, (Ústava SR (1992), čl. 41); porov.: „Rodina je prirodzenou a základnou jednotkou spoločnosti a má nárok na ochranu spoločnosti a štátu.“ (OSN, Všeobecná deklarácia ľudských práv (1948), článok 16, ods. 3).

¹¹ Podobne absurdné by bolo tvrdiť, že vzhľadom na skutočnosť, že sa stále častejšie vykrádajú banky, bolo by potrebné tento skutok legalizovať... Žiaľ, presne v duchu tejto pseudo-logiky boli svojho času legalizované umelé potraviny, ako sme to konštatovali už vyššie.

¹² *Charta práv rodiny* (22. októbra 1983), publikovaná ako príloha Apoštolskej exhortácie Jána Pavla II, *Familiaris consortio*, Trnava, SSV, 1993.

všetkým ostatným hodnotám, ktoré pomáhajú prijímať život ako dar.¹³ Túto úlohu nie je schopná naplniť do dôsledkov žiadna iná forma spolunažívania, pretože jej chýba prinajmenšom nevyhnutná *stabilita*, aby výchovné pôsobenie rodičov voči deťom bolo autentickým svedectvom hodnoty zväzku lásky a z neho vyplývajúcej hodnoty ľudského života. Z tohto dôvodu Cirkev bude do poslednej chvíle brániť inštitút rodiny pred každou devalváciou a zrovnoprávnením s inými formami zväzku, nedôstojnými pre vznešené úlohy rodiny, ktoré jej zveril Boh-Stvoriteľ od počiatku.

Bibliografia

1. II. Vatikánsky koncil: Konštitúcia *Gaudium et spes* (1965), v texte: GS.
2. Ján Pavol II: Apoštolská exhortácia *Familiaris consortio* (1981), v texte: FC.
3. Charta práv rodiny (1983).
4. Ján Pavol II: Encyklika *Centesimus annus* (1991), v texte: CA.
5. Ján Pavol II: Encyklika *Evangelium vitae* (1995), v texte: EV.
6. Benedikt XVI: Dialóg s kňazmi diecézy Belluno-Feltre a Treviso (2007).

Abstract

Author reflects on the problematic of the “crisis” of the family. This term on the one hand respects the contemporary situation of the families which find themselves under a great pressure of the hedonistic and individualistic culture, and at the same time often support the very same culture underneath their relations. On the other hand, however, seems like this term could reflect also some tendency to stabilize this situation of crisis and justify by this the demand of recede of any privileged vision of the family in both social and juridic context. The Church in this situation stays at the head of the defenders of the family, not because of being unconscious of the caducity of many families at the present time, but especially because of the fact that the families are fragile and need the support from the outside – from the social climate and also from the legislative will to protect the family and not to degrade it on the same level with any other form of convivence.

Abstrakt

Autor sa zamýšľa nad problematikou „krízy“ rodiny. Tento pojem na jednej strane reflektuje súčasnú situáciu rodín, ktoré sa nachádzajú sa pod veľkým tlakom hedonistickej a individualistickej kultúry, a zároveň nezriedka práve túto kultúru živia vo vnútri svojich vzťahov. Na druhej strane však, zdá sa, akoby vyjadroval aj akúsi tendenciu stabilizovať túto situáciu krízy a zdôvodniť ňou požiadavku ustúpiť od privilegovaného vnímania rodiny v spoločenských či právnych súvislostiach. Cirkev v tejto situácii stojí na čele obrancov rodiny, nie preto, že by si neuvedomovala slabosť mnohých súčasných rodín, ale práve preto, že súčasné rodiny sú slabé a potrebujú oporu i zvonka – zo spoločenskej klímy i z legislatívnej vôle chrániť rodinu, a nie zdegradovať ju na úroveň akejkoľvek inej formy spolunažívania.

¹³ EV 92.





TOMÁŠ JABLONSKÝ

The influence of educational style in family on the development of children's prosociability

Słowa kluczowe: styl wychowawczy, rodzina, prosocjalność, dziecko
Keywords: educational style, family, prosocial, child

Introduction

Nowadays we speak a lot about problems of globalization that threaten us, especially in our physical existence. No less substantial are the ethical and educational problems that threaten us in our spiritual existence. There exist various cultures and thus also various conceptions about proper life. It is natural that everyone tries to enforce his/her belief. But increases also the number of voices that emphasize the generally acceptable principles. The idea that looking for things that unite us is more important than emphasizing things that separate us.

Such a basic value and starting point seems to be education that supports altruism and human behaviour of people, and helps to build harmonic relationships in family, at work, among social groups, among nations. To oppose the wide-spread ideal that is represented by successful egoist, it sets the ideal of happiness, condition of which is to care not only about oneself, but also about others.



To it serves the aim, methods, contentual scope and educational style that are chosen so that to support the development of prosocial behaviour. The aim of such an education is not only to contract certain external behaviour, but to lead children to behave prosocially because of their internal need. Such a prosocial person, according to Olivar (1992):

- Testifies sympathy with people in troubles, is glad to endow somebody, or to share with others,
- Takes the trouble to help other people,
- Understands the sorrows of others,
- Is sympathetic with oter people and their gladness or sorrows.

Prosocial is therefore a person who behaves toward other people as towars potential friends, so that respects the so called “golden rule of morality”: “don´t do to others what you don´t want them to do to you”.

The golden rule, as the basic moral rule indicates all-human solidarity, moral equality and at the same time asks for a kind of moral demand on human and his personality. Morality asks us to be available to inspiration by ideals, goodness. If we want to make moral decisions we can´t revenge, i.e. pay for negative actions with the same actions. It´s the only way to make your life better, more human. It needs goodness, kindness, the ability to help, but also to forgive, or to aim at remedy.

In new millenium we notice the strenghtening old tendencies that are not valid just for one country, but for the whole planet. Those most significant of them can be sum up as follows:

- From closed personality to candidness, sincerity and communicativeness,
- From acquisition, filling up, to expansion, cooperation, and productivity,
- From producing to enjoying, relations, emotions,
- From compulsion to productivity, to free production,
- From external motivation to internal motivation,
- From authoritarianism to democracy,
- From rigidity to movement and change, from stability, dogmatism and schematism to dynamics, flexibility and variability,
- From hard targert-orientation, functionality to game, adventure, excitement and seeking,
- From dictate to dialogue,
- From subject-objective interpersonal relations to subject-subjective relations,
- From competition to cooperation, from socialization to personalization,
- From external regulation of personality to internal regulation by personality...

(Zelina, 2004).

From the above-mentioned results that spiritual and cultural development of an individual person can happen only in sympathetic cooperation with others. For all that, different experts emphasize that humanistic education is the strongest preventive coefficient against human and social failure.

Educational style in family surroundings

For many years, the researchers from all around the world have been trying to find the answer to a question which factors determine the development of character. Therefore, well-thoughtout educational projects were created. Project CD (Character Development) and project CDP (Child Development Program). These two projects dealt with the question, what kinds of things a human has to fulfill in order to become prosocial.

The CDP project is followed by prof. R.R.Olivar from The Independent University in Barcelona, who in the early eighties developed a project of education to prosociability. He started from the results of many researches, that the determining factor of positive development of character is prosociability (from latin word “*so-cius*” – *companion, friend*). Staub (1979) characterizes prosocial behaviour as a behaviour that is helpful to other people. For an individual to behave prosocially is necessary to understand the needs, desires, and aims of others and to act with the view of fulfilling them. It follows that if a child assumes prosocial attitudes and behaviour, it is very likely for that child to grow up into respectable person.

For research, two questions arose:

1. Which coefficients of adult’s behaviour (parents, educators) underline and support development of prosocial behaviour of children?
2. Which factors concerning other attitudes and behaviour of children underline their prosocial behaviour?

Statistical evaluation of data enabled to create a theoretical model that includes 15 factors. 10 of them concerns children (variables that influence child’s behaviour) and the other 5 concerns behaviour of parents, educators – their attitude towards children.

Factors of theoretical model of *Education to prosociability* according to R.R.Olivar:

- gives answer to a question which predispositions and attributes should be evolved in child on the behalf of the development of prosociability:

1. Dignity of human being, self-respect,
2. Attitudes and predispositions of interpersonal relations,
3. Positive evaluation of other people’s behaviour,
4. Creativity and initiative,
5. Communication. Expressing of one’s feelings.
6. Interpersonal and social empathy.
7. Assertivity. Solving of the aggressiveness and competition. Conflicts with others.
8. Real and displayed prosocial models.
9. Prosocial behaviour (help, donation, sharing, cooperation, friendship, responsibility and sorrow for others),

10. Social and complex prosociability (solidarity, social problems, social criticism, civil disobedience, violence),

- gives the answer to a question how should parents and educators behave if they want to influence the development of prosocial behaviour of children:

11. Acceptation of a pupil as he comes, expression of sympathy,

12. Attribution of prosociability,

13. Inuctive discipline,

14. Incentives to prosociability,

15. Supporting prosociability.

Educational style that we define as shifting of invariant ways of educators influence on educant; is the result that is determined more by personality than by situation.

Invariantness means that educator behaves in certain way, relatively steady, towards children, independently of children, situation, tasks that should be fulfilled. There's a large amount of styles (for example, directive style vs. non-directive style, style focused on people or on tasks, etc.). In the theory of style-directing is stated that more directive approach has positive sides in that in shorter time better achievements are gained, but it has also negatives, that the quality of approach and the attitude of children towards what are they doing descends. Higher emotionality (empathy, acceptance of children, etc.) connected with nondirectiveness (bigger rate of freedom in choice, organisation, evaluation of activity, etc.) and severity (individually differentiated that helps develop personality into the zone of nearest development) ensures impletion of educational goals and at the same time fulfills the requirements of humanistic education.

In this report we will in detail focus on the area of educational style in family empirical discovery of which proves its qualities. Educational style includes specific requirements observing of which helps us with the education to prosociability and with development of creativity, and creates in family, but not only in family – also in a wider social space, positive, human atmosphere:

1. Create an educational community. This tenet is based on principles of cooperation of all the family members. It means that children help to create a community that is capable of effective cooperation, helping each other, and making responsible decisions. At the same time, each member of this community has enough space within it for his/her autonomy.

2. Accept a child as it is and act towards it friendly. To accept a child as it is is the basic assumption to start to really work with it, help it to develop its personality and thus help it to discover its own value. It means, don't underline your relation towards a child considering fulfilment of certain requirements. It is the basic condition of a quality educational atmosphere.



3. *Accredit children with positive features, especially prosociability.* Not everyone can be clever, but everyone can be good. In people, there is a tendency to accept the opinion others have about them, especially of those who are they regard as authorities. In our psychic, there is a tendency to consistence, what is an effort to harmonize our behaviour with our estimation of ourselves. It results in a fact that we should accredit children with those features that we want to evolve in them. This tenet is an important educational tool, especially when educating neglected and problematic children.

4. *Define clear and redeemable rules of game.* The point of this tenet is to teach a child to willingly accept the rules given by a society, but also those self-given. It is a basic assumption of meaningful and responsible life. Practically it means that in family community children internally assume the basic rules of interpersonal relations.

5. *On negative phenomena respond by peaceful pointing out their consequences (induction).* The point of this tenet is not to judge a child but to explain the consequences of negative behaviour and thus shape child's attention on harm caused to other child. In such case, intervention of a parent support the empathy and prosociability. This strategy of reacting on negative phenomena at middle intensity of strenghtening, combined with acceptance and appreciation of a child, is educationally favourable. However, it's demanding on parent's patience.

6. *Incentives is a proven instrument of education.* Under incentives we understand clear shaping of children, how they should behave, what they should do. Ideal, when efficiency is concerned is the exhortation of middle intensity, supported by suitable reasoning. Quality result assumes clear and understandable exhortation to positive behaviour.

7. *Be careful when using rewards and punishments.* Rewards and punishments belong to common educational instruments, and therefore it is important to realize their impact. They handle with central aspects of personality such as self-image, and self-evaluation. They activate complex psychical processes and therefore their effectiveness can be sometimes contradictory. The use of punishment of whatever kind can according to Fontana (1997) disturb the child's relation towards teacher. Reward admittedly work as an instrument of strenghtening of positive behaviour. But if it becomes too frequent and is wrongly defined, it loses its value. Practically it means that reward should follow only after requested behaviour and its form and intensity should be appropriate according to child's age and rewarded behaviour.

8. *Engage school into educational process.* The basis of effective educational action is cooperation of centobaric surroundings in which children grow up. In our under-



standing it is family and school. It requires reciprocal informedness, communication and harmonization of objective values. Cooperation between teacher (educator) and parents may have positive effect not only on children, but even on personable growth of teacher, parents, and predominantly on mutual relations in family.

9. *Be a happiness carrier.* Happiness and joy belong to natural human reaction to perception and enjoying surrounding world. Parent himself, according to his tenet, creates joyful atmosphere by his/her approach and unconstrained humor. He/she understands that joy relates to positive adaptation of human, what is an ideal educational starting point.

Conclusion

Acceptance of these tenets on cognitive level is relatively easy. Humanistically oriented person agrees with them. To respect them in real relation towards a child is however more difficult. It requires certain change of attitudes and behaviour of parents.

Bibliography

1. Fontana, D. 1997: *Psychologie vě školní praxi*, Praha, Portál, 1997, ISBN 80-7178-063-4.
2. Jablonský, T. 2006: *Co-operative group work*, in: *Aktualne wyzwania dla nauk społecznych*, Ruzomberok–Kijów–Sandomierz, Instytut Teologiczny w Sandomierzu, 2006, ISBN 83-917225-7-0, s. 450–455.
3. Jablonský, T. 2007: *Creation of a Positive Interpersonal Relationship by Means of Cooperative Learning*, in: *Die Qualität von Lehre und Unterricht vor neuen Herausforderungen*, Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler, 2007, ISBN 978-3-8340-0285-3, s. 148–152.
4. Jablonský, T. 2006: *Cooperative Learning in School Education – terminological, methodological, historical, contentual and empirical dimensions*, Kraków 2006, ISBN 83-60117-31-4.
5. Olivar, R. R. 1992: *Etická výchova*, Bratislava, Orbis Pictus Istropolitana, 1992, ISBN 80-7158-001-5.
6. Staub, E. 1979: *Positive social behavior and morality: Socialization and development*, vol. 2, New York, Academic Press, 1979.
7. Zelina, M. 2004: *Teórie výchovy alebo hľadanie dobra*, Bratislava, SPN, 2004, ISBN 80-10-00456-1.

Streszczenie

W niniejszym artykule zajęto się sferą stylu wychowawczego w rodzinie, którego doświadczenia potwierdzają jego jakość. Styl wychowawczy obejmuje specyficzne wymagania, których spełnienie pomoże przy wychowaniu do prosojalności i rozwoju twórczości w rodzinie, a także w szerszej przestrzeni społecznej.



Abstract

In this article we focused on the area of educational style in the family, which empirical find to confirm their quality. Educational style includes specific requirements, observance of which help us with education to prosocial and development of creativity in the family, but also in the wider social area too.







HELENA ORIEŠČIKOVÁ

Rodina s dieťaťom s mentálnym postihnutím

Kľúčové slová: rodina, dieťa, výchova, mentálne postihnutie, vzťahy v rodine
Keywords: family, child, education, mental disability, relationships in family

Rodina je prvým výchovným činiteľom formujúcim osobnosť jednotlivca s postihnutím. K jej základným výchovným úlohám patrí starostlivosť tak o telesný, ako aj duševný vývin a poskytnutie základnej výchovnej starostlivosti.

Narodenie dieťaťa s mentálnym postihnutím býva považované za jednu z psychicky najbolestnejších udalostí, ktorá môže človeka v živote stretnúť. Vo svojom dieťati už pred jeho narodením väčšina ľudí vidí pokračovateľa seba samého, dediča svojich dobrých vlastností a schopností. Do detí vkladáme svoje nádeje, očakávame od nich splnenie svojich túžob a prianí a naplnenie celého zmyslu života. Poznanie rodičov, že niečo nie je v poriadku, znamená pre nich obvykle veľký šok. Radosť a nádej vystrieda úzkosť, strach, obavy, pocit hanby a nezriedka i pocit viny za to, že ich dieťa nie je také ako ostatné. Väčšina ľudí sa domnieva, že majú „právo“ na zdravé dieťa a v narodení postihnutého dieťaťa vidia obrovskú „nespravodlivosť“. Právo na zdravé dieťa, bohužiaľ, nikto uzákoniť nemôže, príroda býva mocnejšia ako ľudská spravodlivosť. Rodičia dospelých mentálne postihnutých „detí“, ktorí sa zmierili s osudom a prijali ťažkú úlohu vychovávať mentálne postihnuté dieťa, nebývajú nešťastní. Vo svojom dieťati často nachádzajú



tú najoddanejšiu ľudskú bytosť, ktorá ich nikdy neopustí, nezradí, ale ani zámerne a úmyselne nezarmúti.

Zabezpečenie kvalitného života tak pre dieťa ako aj rodičov je veľmi náročná úloha vyžadujúca angažovanosť a mnohostranný profesionálny prístup. Služby zamerané nielen na dieťa s postihnutím ale aj na ostatných členov rodiny by mali poskytovať komplexnú medicínsku, psychologickú, sociálnu a špeciálnopedagogickú starostlivosť. Profesionáli poskytujúci starostlivosť sa však dopúšťajú v kontakte s rodinou dieťaťa s postihnutím chýb. Medzi najčastejšie sa vyskytujúce patrí odklad a zdržiavanie pri stanovení diagnózy dieťaťa, čo drží rodičov v klamnej nádeji. Rodičom sa neposkytuje dostatok priestoru na to, aby sa mohli pýtať a vyjadriť svoje obavy, strach, úzkosť. Odborníci často naliehajú na rodičov, aby sa prispôbili špecifickým požiadavkám, veľa im nariaďujú a prikazujú. Pomoc by nemali vyhľadávať u susedov, príbuzných a širšej rodiny, ale práve u odborníkov. (Prevendárová 1998)

Rodina nepredpokladá pred narodením dieťaťa, že práve jej sa môže takéto dieťa narodiť, z čoho potom vyplývajú problémy tak vo vzájomných vzťahoch, ako aj s nedostatočnou pripravenosťou rodiny postarať sa o takéto dieťa. (Jakabčic 1995). Po prijatí informácie, že dieťa je postihnuté prechádzajú rodičia duševnou krízou trvajúcou rôzne dlhú dobu. Jej prvou fázou je fáza šoku, kedy rodičia nechcú uveriť, že práve ich dieťa je postihnuté. Svoju situáciu chápu ako beznádejnú, bezvýchodiskovú. Rodičia hľadajú sympatie a podporu u svojho najbližšieho okolia.

V reaktívnej fáze prevláda bolesť, sklamanie, žiaľ, obviňovanie partnera (Bajo 1994). Vina sa hľadá nielen u partnerov, ale aj ich rodičov a príbuzných, čo často vedie k narušeniu rodinných vzťahov. Rodičia často hľadajú vinu aj na strane zdravotníckych zariadení a pracovníkov a spoločnosti vôbec. Potrebujú o svojom probléme hovoriť, čakajú fakty o svojom dieťati. Veľmi dôležitá je trpezlivosť, ohľaduplnosť, solidarita a vzájomná pomoc.

Tretia fáza adaptačná sa vyznačuje realistickým hodnotením, kedy sa rodičia začínajú pýtať, čo by mali urobiť, potrebujú spoľahlivú a presnú informáciu o liečebnom a výchovnom prístupe a o budúcnosti. Rodičia potrebujú o svojom dieťati vedieť všetko, nemali by sa báť pýtať na všetky okolnosti a uspokojovať sa s povrchným hodnotením, že s ich dieťaťom nie je nič v poriadku.

Vo fáze reorientácie rodičia hľadajú pomoc, plánujú budúcnosť, prichádza prekonanie prvotnej duševnej krízy. Rodičia sa dokážu zmieriť s aktuálnym stavom vtedy, ak vidia riešenie, východisko. (Bajo 1994) Situácia rodiny po narodení dieťaťa s postihnutím je náročná a ťažká. Po očakávaní zdravého potomka prichádza sklamanie, beznádej, vzájomné obviňovanie sa.

Rodičia sa často rozhodujú, či si majú dieťa odniesť domov, alebo umiestniť do niektorého kojeneckého ústavu. Je to ťažké rozhodnutie, kde najdôležitejšiu úlohu zohráva súboj citu s rozumom. Ďalšími rozhodujúcimi faktormi je zdravotný stav členov rodiny, sociálne problémy, situácia v rodine, vzájomné vzťahy.



Ak sa rodičia rozhodnú zobrať si dieťa domov, dôležité je vytvorenie takého domova, kde sa môže harmonicky rozvíjať. Veľmi dôležitým predpokladom pre jeho vytvorenie je vzťah medzi manželmi.

Rodina s postihnutým dieťaťom sa musí vyrovnávať s nepredvídanými reakciami okolia. Často stráca priateľov, ktorí od rodiny odídu nie preto že rodina nie je dobrá, ale preto, lebo nevedia zaujať svoj postoj k narodenému dieťaťu s postihnutím. Rodičia sú často precitliveli a často aj nevinnú poznámku alebo otázku chápu ako prejav bezcitnosti. (Švarcová 2000)

Príchod dieťaťa s postihnutím do rodiny znamená aj prebudovanie hodnôt a zmenu plánov do budúcnosti. Na to, aby dieťa nepredstavovalo permanentnú záťaž, sklamanie, životný nezdar, potrebujú rodičia povzbudenie, usmernenie, pomoc a čas. Optimálna situácia je pre dieťa zabezpečená vtedy, ak dominuje láska, zdravá náklonnosť k dieťaťu, trpezlivosť a vzájomné porozumenie. Vtedy dokážu rodičia klásť na dieťa primerané požiadavky, meniť svoje zaužívané postupy a byť prístupní radám a pokynom odborníkov.

Rodičia dieťa často rozmaznávajú, ľutujú, usilujú sa jeho nedostatky kompenzovať maznaním a citovými prejavmi. Majú predstavu, že je ich povinnosťou obetovať sa pre dieťa, že ich dieťaťu nik nerozumie tak, ako oni. Dieťaťu všetko dovoľia, všetko ospravedlňujú, čoho výsledkom je dieťa egocentrické, egoistické, náladové, závislé od rodičov.

Ak prevláda úzkostlivá výchova, rodičia sú v neustálom strachu a obavách, aby sa dieťaťu nič nestalo. Dieťa obmedzujú, všetko robia za neho. Rodičia si predstavujú, že dieťa vplyvom svojho postihnutia trpí. Ťažko chápu, že dieťa žije svoj vlastný život s radosťami a starosťami zodpovedajúcimi jeho duševnému vývoju. Dieťa ľutujú a snažia sa mu jeho utrpenie nejako nahradiť. Dôsledkom je pasivita dieťaťa a postupná strata záujmu o činnosti. Protest a vzburá proti takejto výchove sa prejavuje ako negativizmus a agresivita.

Extrémne prísna a náročná výchova býva častá v rodinách intelektuálov. Príliš vysokými požiadavkami chcú dieťa priviesť na úroveň normy. Vynakladajú veľa energie a finančných prostriedkov len preto, aby sa s ich dieťaťom niečo robilo, predbiehajú lekárske vyšetrenia a odporúčania, čím si dieťa osvojuje nesprávne návyky. Z neprimeranej záťaže vychádza neúspešne, čím stráca sebadôveru, môže sa stať agresívne, neurotické, vzdorovité.

Pasivitou, nesamostatnosťou, rezignáciou a vzdorom sa prejavuje dieťa, keď mu rodičia neprimerane pomáhajú, vyžadujú preň úľavy a ohľady. Pri takejto protekčnej výchove rodičia nedostatky a ťažkosti dieťaťa zastierajú a zveličujú. (Bajo 1994) Dieťa s mentálnou retardáciou prináša rodine citovú, pracovnú, ekonomickú a organizačnú záťaž, čím často dochádza k strate opory jedného manželského partnera v druhom, rodina sa vnútorne rozpadá.

Je dôležité, aby bola starostlivosť o dieťa s mentálnym postihnutím v rodine od začiatku rozdelená, aby nezostala len na matke, prípadne babke. Nie je vhodné a ani dobré, ak sa k rozdeleniu starostlivosti o dieťa pristúpi až po vyčerpaní matky.



Veľký význam sa kladie na zapojenie otca do výchovy. Niektorí otcovia sa musia po narodení dieťaťa s postihnutím učiť vzťahu k nemu. Zručnejší otcovia dokážu často vytvoriť pre svoje dieťa praktické pomôcky, hračky a pracovné nástroje, ktoré boli individuálne prispôsobené schopnostiam a možnostiam dieťaťa.

Matka sa sama ťažko vyrovnáva s tým, že má dieťa s postihnutím, preto je potrebná zvýšená starostlivosť ta k zo strany okolia, ako aj lekárov. Nezhody v rodine sú nevýhodou tak pre matku, ako aj dieťa. (Černay 1995)

Lahostajnosť a chlad rodičov voči dieťaťu prináša so sebou narušenie vzťahu rodič – dieťa. Najmenej vhodným prístupom k dieťaťu je odmietanie. Rodičia sa nedokážu vyrovnáť s novou situáciou a majú tendenciu umiestniť dieťa do domova sociálnych služieb. V rodinách, kde je dieťa odmietané jedným z rodičov – zvyčajne otcom nebýva situácia perspektívna a často vedie k rozpadu rodiny. (Švarcová 2000)

Manželia by si mali byť vzájomnou oporou, pretože každý z rodičov má zodpovednosť tak voči dieťaťu s postihnutím, ako aj k partnerovi, alebo ďalším deťom. Ak majú rodičia zrozumiteľné a pravdivé informácie včas, môžu voliť adekvátnejší výchovný prístup prospešný celej rodine. Prístup odborníkov by mal byť úprimný, taktný, podnecujúci k spolupráci. Rodina potrebuje pomoc najmä pri vyrovnávaní sa s faktom postihnutia. (Prevendárová 1998)

Rodičia sa snažia o dieťa s postihnutím starať, avšak ak nastanú problémy a ťažkosti ktoré nevedia riešiť, rezignujú. Matka ochabuje v intenzívnej starostlivosti o dieťa, ktoré sa často dostáva do opatery starých rodičov, alebo iných ľudí. Dieťa sa potom prejavuje ako neisté, labilné, frustrované. (Bajo 1994) Pre ďalší vývoj dieťaťa je dôležité, aby sa rodičia čo možno najrýchlejšie vyrovnali s novou, nepredvídanou situáciou a zaujali k nemu pozitívny postoj. Najoptimálnejší postoj sa nedá priamo definovať. Každé dieťa a aj rodina sú iné. (Švarcová 2000)

Rodičom a najmä dieťaťu prospieva, ak sa na postihnutie pozerajú realisticky. Zbytočne potom netrpia neistotou ktorá s úmerne zvyšuje nádejou rodičov na rýchly a zázračný pokrok dieťaťa. Pre rodičov je vždy lepšie s horším počítať a lepším sa dať prekvapiť, ako naopak. Dieťa s postihnutím by nemalo zostať jedináčikom. Tak lekári, ako aj psychológovia odporúčajú, ak je to možné zo zdravotných dôvodov, skoro po narodení dieťaťa s postihnutím druhé dieťa čo situáciu značne upokojí. Ak sa postihnuté dieťa narodí po zdravom dieťati hrozí nebezpečenstvo vytvorenia najmä citového vzťahu zo strany matky, pričom zdravé dieťa je v úzadí. Postihnuté deti bývajú zraniteľnejšie, sebeckejšie a citlivejšie preto je dôležité, aby si rodičia starostlivosť o deti podelili, pričom lásku a starostlivosť musia rozdeľovať rovnako medzi zdravé, aj postihnuté dieťa. Pri správnej výchove sa časom zo zdravého dieťaťa stane ochranca dieťaťa s postihnutím. Pre dobré súrodenecké vzťahy je žiaduce, aby rodičia zostali aj voči dieťaťu s postihnutím kritickí a neobdivovali ho za všetko.

V rodinách s deťmi s postihnutím sa vyskytujú častejšie negatívne prejavy v súrodeneckých vzťahoch. Zdravé dieťa prechováva voči postihnutému pocit krivdy, zlosti, žiarlivosti. Zdravý súrodenec musí doma viac pomáhať, jeho problémom a ťažkostiam nevenujú rodičia takú pozornosť, ako súrodencovi s postihnutím. Zo všetkých súrodencov mladší zdraví súrodenci znášajú prítomnosť postihnutého súrodenca najhoršie. (Prevendárová 1998)

Výchova dieťaťa s mentálnym postihnutím má smerovať predovšetkým k pracovnej a sociálnej integrácii. Rodina zohráva významnú úlohu aj v predškolskom a školskom veku dieťaťa. Dieťa potrebuje pocit ochrany, bezpečia a výchovnú starostlivosť pri vzdelávaní, pretože vedomosti, zručnosti a návyky sa vytvárajú ťažko, pomaly, dieťa je málo samostatné, vyžadujúce pomoc aj v takých situáciách, ktoré zdravé deti zvládnu bez pomoci iných. Žiaduca je najmä trpezlivosť.

V období školského veku preberá časť starostlivosti o dieťa škola, čo znamená dôležitú zmenu najmä pre matku, ktorá sa môže vrátiť do práce a budovať sociálne kontakty, ktoré z dôvodu starostlivosti o dieťa v predškolskom veku stagnovali. V dospelom veku sa mládež s ľahším postihnutím zapája do pracovného procesu, v rodine však aj naďalej nachádzajú zázemie a ochranu. Starostlivosť o ťažko postihnutých o ktorých sa rodina nemôže pravidelne starať preberajú starostlivosť domovy sociálnych služieb. (Švarcová 2000)

Bibliografia

1. Bajo, I., Vašek, Š., 1994: *Pedagogika mentálne postihnutých*, Bratislavam Sapientia, 1994, ISBN 80-9671-801-0, s. 236.
2. Černay, J., 1995: *Rodičom mentálne postihnutých detí*, Bratislava, UZV, 1995, ISBN 80-7159-040-1, s. 46.
3. Jakabčic, I., Požár, L., 1995: *Všeobecná patopsychológia. Patopsychológia mentálne postihnutých*, Bratislava, Iris, 1995, ISBN 80-88778-11-5, s. 186.
4. Prevendárová, J., 1998: *Rodina s postihnutým dieťaťom*, Nové Zámky, Psychoprof, 1998, ISBN 80-967148-9-9, s. 95.
5. Švarcová, I., 2000: *Mentální retardace*, Praha, Portál, 2000, ISBN 80-7178-506-7, s. 156.

Abstract

The born of child with mental disability is consider asa one of the most agonizing situation, which can meet a human. To assure qualitative life for child and parrents is very difficult. Services, which are oriented on the child with mental disability and other cells of familysould accomodate the complex medical, psychological, social and special pedagogic care. The acces of child with mental disability means also building accounts and change the future plans. I tis important to divided the care of child with mental disability in family. Husband and wife should be an abutment for themselves, because everyone of parrents is responsible for child, partner and other children.The child with mental disability should not be the only child in family. Doctors and psychologics advise as soon as possible after born of child with mental disability to have another child. It usually allay the situation.For good reationships between sibs in family is improtant to remain in the face of child



with mental disability critical and not to idolize him. In the families with child with mental disability exist often negative manifest in sibs relationships. The education of child with mental disability should aim to job and social integration.

Abstrakt

Narodenie dieťaťa s mentálnym postihnutím býva považované za jednu z psychicky najbolestnejších udalostí, ktorá môže človeka v živote stretnúť. Zabezpečenie kvalitného života tak pre dieťa ako aj rodičov je veľmi náročná úloha. Služby zamerané nielen na dieťa s postihnutím ale aj na ostatných členov rodiny by mali poskytovať komplexnú medicínsku, psychologickú, sociálnu a špeciálnopedagogickú starostlivosť. Príchod dieťaťa s postihnutím do rodiny znamená aj prebudovanie hodnôt a zmenu plánov do budúcnosti. Je dôležité, aby bola starostlivosť o dieťa s mentálnym postihnutím v rodine od začiatku rozdelená. Manželia by si mali byť vzájomnou oporou, pretože každý z rodičov má zodpovednosť tak voči dieťaťu s postihnutím, ako aj k partnerovi, alebo ďalším deťom. Dieťa s postihnutím by nemalo zostať jedináčikom. Tak lekári, ako aj psychológovia odporúčajú, ak je to možné zo zdravotných dôvodov, skoro po narodení dieťaťa s postihnutím druhé dieťa, čo situáciu značne upokojí. Pre dobré súrodenecké vzťahy je žiaduce, aby rodičia zostali aj voči dieťaťu s postihnutím kritickí a neobdivovali ho za všetko. V rodinách s deťmi s postihnutím sa vyskytujú častejšie negatívne prejavy v súrodeneckých vzťahoch. Zo všetkých súrodencov mladší zdraví súrodenci znášajú prítomnosť postihnutého súrodenca najhoršie. Výchova dieťaťa s mentálnym postihnutím má smerovať predovšetkým k pracovnej a sociálnej integrácii.





LENKA ŠTEFÁKOVÁ

Rodina s nevyliciteľne chorým členom z pohľadu sociálneho pracovníka

Kľúčové slová: rodina, nevyliciteľne chorý, paliatívna starostlivosť, sociálny pracovník
Keywords: family, incurable disease, palliative care, social worker

Úvod

Smrť je prirodzeným vyvrcholením života a človeka môže zastihnúť v každej fáze jeho života. Celá naša civilizácia žije v podvedomom strachu zo smrti. V minulosti bolo prirodzené zomierať doma, v kruhu rodiny, medzi svojimi blízkymi, a nie za bielou plachtou v neútulnom nemocničnom prostredí. Za posledných sto rokov sa smrť „inštitucionalizovala“ a ľudia si zvykli, že ich blízki zomierajú mimo domova. Stratili tak priamy kontakt so smrťou, ktorý môže byť jednou z príčin ich strachu z umierania.

Jednou z možností skvalitnenia života nevyliciteľne chorého je paliatívna starostlivosť, ktorá sa venuje chorému hneď, od stanovenia diagnózy nevyliciteľného ochorenia, až po starostlivosť o pozostalých po smrti chorého. Keďže sa zameriava na uspokojovanie ich biologických, psychologických, sociálnych a spirituálnych potrieb, je nutné, aby sa procesu skvalitňovania posledných chvíľ života venoval multidisciplinárny tím, zložený z odborníkov z rôznych oblastí, nevynímajúc rodinu nevyliciteľne chorého. Zomieranie je konečnou fázou život-



ného cyklu. Poskytovanie kvalitnej a humánnej starostlivosti na konci života, keď už liečebné prostriedky nezmenia priebeh a ani nezabránia smrti a ktoré si chorý neželá, je podstatnou súčasťou paliatívnej starostlivosti. Zomieranie aj v modernom svete je často zbytočne bolestivé, nedôstojné a obmedzujúce autonómiu chorého. Väčšina chorých si želá pozornú starostlivosť, ktorá vedie k úľave príznakov a zabezpečí maximálne možný komfort (7).

A práve paliatívna starostlivosť, uplatňujúca holistický prístup, pomáha nevyliciteľne chorému i jeho rodine čo najkvalitnejšie prežiť posledné chvíle svojho života. „Paliatívna starostlivosť predstavuje osobitný druh zdravotnej starostlivosti, ktorá sa poskytuje vo forme ambulantnej zdravotnej starostlivosti alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti osobe s chronickou, nevyliciteľnou a zároveň pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním. Paliatívna starostlivosť smeruje k zlepšeniu nožnej kvality života osoby až do smrti, k zmierneniu jej utrpenia a bolesti, k stabilizácii jej zdravotného stavu. Paliatívna starostlivosť zahŕňa aj podporu a pomoc osobe a jej rodine, pri riešení súvisiacich psychických, sociálnych a duchovných problémov. Pod rodinou sa rozumejú všetky osoby, ktoré sú pre danú osobu významné“ (5).

Respitná starostlivosť je súčasťou paliatívnej starostlivosti, pod ktorou sa rozumie stimulujúca zmena prostredia umožňujúca vzájomnú podporu a spoluprácu osôb zainteresovaných do starostlivosti o nevyliciteľne chorého a zomierajúceho vrátane rodiny s cieľom eliminovať dôsledky psychosociálnej záťaže vyplývajúcej z vykonávania paliatívnej starostlivosti (5).

Tento pojem pochádza z anglického slova *respite*, čo znamená uvoľniť, uľahčiť. Je to starostlivosť o tých ľudí, ktorí sa starajú o nevyliciteľne chorého. Založená je na predpoklade, že psychicky vyrovnaný človek dokáže pomôcť rodine zomierajúceho, viesť ju k duševnej hygiene, keďže je vystavená extrémnej psychickej záťaži. V určitej chvíli sa môže stať, že rodina je už dost' vyčerpaná každodenným náročným ošetrovaním alebo psychickým tlakom a starosťami o chorého. Tu môže pomôcť tzv. respitné lôžko, kedy si v priebehu niekoľkých dní, alebo týždňov, počas pobytu chorého na tomto lôžku, môže rodina oddýchnuť a načerpať nové sily (4).

Starostlivosť o pozostalých (*bereavement*) je súčasťou paliatívnej starostlivosti a znamená psychosociálnu podporu o rodinu pacienta pred jeho smrťou, počas zomierania a po jeho smrti. V prvej fáze sa jedná o prípravu na blížiacu sa smrť. Druhá fáza je zameraná na pomoc pri šoku a strese spôsobenými smrťou. Tretia fáza po smrti vyplňa priepasť, ktorá sa vytvorila prázdnom, osamelosťou, pocitmi sklamaní, zraniteľnosti a neschopnosti. Cieľom tejto starostlivosti je predchádzať psychickým ochoreniam, ktoré vznikajú z nespracovaných zážitkov a straty blízkeho človeka. Špeciálnu pozornosť si vyžadujú deti, ktoré sa so smútením a stratou vyrovnávajú osobitným spôsobom (5).

Formy paliatívnej starostlivosti

Paliatívna starostlivosť sa poskytuje ambulantne a inštitucionálne v štátnych a neštátnych zdravotníckych zariadeniach, ktoré vznikajú v pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva SR. Rozoznávame ambulantnú paliatívnu starostlivosť v podobe domácej starostlivosti, čiže návštevnú službu vykonávanú tzv. mobilným hospicom, ďalej ambulantnú formu paliatívnej starostlivosti, ktorú vykonávajú ambulancie paliatívnej starostlivosti, ambulancie pre liečbu bolesti, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti a stacionárne paliatívnej starostlivosti. Inštitucionálna forma paliatívnej starostlivosti, sa vykonáva na oddeleniach paliatívnej starostlivosti a v hospicioch.

Aby mohol byť nevyliciteľ'ne chorý člen rodiny doma, je pre neho vhodnou formou pomoci mobilný hospic, ktorý patrí medzi ambulantnú paliatívnu starostlivosť v podobe domácej starostlivosti. Táto návštevná služba v rodinách vykonávaná mobilným hospicom je ideálnou formou starostlivosti o nevyliciteľ'ne chorých a zomierajúcich za podmienok, že jeho zdravotný stav je stabilizovaný, symptómy ochorenia sú pod kontrolou, má vytvorené rodinné zázemie a domáca starostlivosť je dostupná. Ak z dôvodov medicínskych alebo sociálnych nie je možné zabezpečiť starostlivosť v domácom prostredí, je možné pacienta prijať do ústavnej starostlivosti.

Multidisciplinárny tím

Úspešná paliatívna liečba si vyžaduje venovať pozornosť všetkým aspektom pacientovho utrpenia. Optimálna liečba vyžaduje spoluprácu lekárov, sestier a ďalších pracovníkov, teda multidisciplinárny prístup. Základnou jednotkou pre poskytovanie paliatívnej starostlivosti je multidisciplinárny tím. Tvorí ho rada odborníkov rôznych profesií, ktorí sa vzájomne stretávajú a diskutujú o tom, ako čo najúčinnšie individuálne riešiť problémy chorého. Celá liečba musí byť s pacientovým súhlasom a v zhode s jeho želaniami (10).

Podľa Koncepcie paliatívnej starostlivosti (5) úlohy paliatívnej starostlivosti zabezpečujú: lekári, lekári so špecializáciou v základnom špecializačnom odbore (algeziológ, onkológ, internista), zdravotné sestry, sestry so špecializáciou, asistenti výživy, zdravotnícky asistenti, maséri, sanitári, iní zdravotnícky pracovníci, iní odborní pracovníci v zdravotníctve (sociálny pracovník, vykonávateľ spirituálnej starostlivosti...).

Netreba pripomínať, že pacient je plnoprávnym členom tímu, ale súčasne i jeho stredom, cieľom nášho záujmu. Dôležité je, aby všetci ťahali za jeden povraz, všetci musia sledovať dobro pacienta. Treba urobiť všetko, čo môže zlepšiť kvalitu jeho života. Nikdy nepredstierame, že sme všemohúci, dôsledne sa vyhýbame aké-

mukoľvek alibistickému konaniu (8). Pri každodennej konfrontácii so smrťou sa stiera rozdiel medzi profesiami, čo však vôbec nie je prekážkou odbornosti. Kompetencie zostávajú presne vymedzené a nijako tým nie sú dotknuté. Núti nás to byť viac ľuďmi, stmeluje to tím, čo znova prispieva k celkovej pohode. Každý v tíme je rovnako dôležitý, nikto nepocituje nejakú nadradenosť alebo podradenosť (8).

Potreby príbuzných nevyliciteľne chorého

Život človeka je spojený s neustálym napĺňaním rôznych potrieb. Z nich niektoré sú nevyhnutné pre ľudskú existenciu, kým iné robia život bohatším, príjemnejším, vytvárajú pocit fyzickej a psychickej pohody.

Ľudské potreby sú určené spoločenskými podmienkami života. Hoci vývoj potrieb každého človeka závisí od podmienok jeho života, je určovaný spoločenskými vzťahmi a miestom, ktoré človek v sústave týchto vzťahov zaujíma (3).

Existuje hierarchia potrieb, kde nižšie potreby (fyziologické potreby a potreba bezpečia) zaisťujú fyziologické prežitie jedinca, vyššie potreby (lásky a úcty) zaisťujú duševnú pohodu a rozvoj osobnosti. Potreba sebaaktualizácie predstavuje prechod od úrovne vyšších potrieb k B-úrovni. Na tejto B-úrovni Maslow umiestnil metahodnoty (nazývané tiež metapotreby), ktoré sú späté s najvyššími vrcholmi ľudského potenciálu. Sebaaktualizácia je nikdy nekončiaci sa proces. Čím vyššie sa jedinec dostane, tým „hlbšieho šťastia, pokoja a bohatstva vo vnútornom živote“ môže dosiahnuť (2).

Prostredníctvom pochopenia potrieb iných ľudí môžu ostatní členovia rodiny lepšie chápať správanie svojho nevyliciteľne chorého člena. Človek i na konci života je živou bytosťou, a má rovnako ako ostatní ľudia svoje potreby, ktoré si potrebuje uspokojiť.

Z praktického hľadiska by sme mohli potreby chorého rozdeliť na štyri okruhy: biologické, psychologické, sociálne a duchovné. Takto si ľahšie uvedomíme, čo všetko môže a nemôže urobiť pre chorého lekár, čo môžeme naopak urobiť my a napokon aj to, čo môže pre seba, niekedy aj s našou podporou urobiť pacient. Na neho by sme nemali zabúdať, pretože i on si môže svojím vlastným pričinením, predovšetkým postojom svoj údel uľahčiť alebo sťažiť.

Priorita pacientových potrieb sa v priebehu choroby mení. Ak na začiatku boli prvoradé potreby biologické, v záverečnej fáze sa do popredia dostávajú potreby duchovné (8).

Zdravotnícki pracovníci často prehliadnu problémy rodiny pacienta. A príbuzní pacienta majú obavy hovoriť o svojich problémoch, potrebách, zvyčajne zo strachu oslovit' uponáhľaného pacienta. Na druhej strane lekári a aj sestry sa vyhýbajú rozhovoru – zdá sa im často, že už nie je čo povedať. Samotný lekár môže byť frustrovaný z toho, že mu zomiera ďalší pacient.



Aj keď nie je žiadna nová medicínska informácia, ktorú by bolo potrebné príbuzným oznámiť, je pre rodinu pacienta obvyčajne cenná možnosť spýtať sa niektoré otázky, získať aktuálne informácie, rady o tom, čo by ešte mohli urobiť. Pre príbuzného je tiež dôležité mať možnosť povedať aj o svojich pocitoch a problémoch.

Fyzické problémy – Najčastejšie symptómy u príbuzných zomierajúceho pacienta sú únavnosť a vyčerpanosť. Určitá časť blízkych, ktorí sa starali o zomierajúceho (približne jedna pätina) bude trpieť ochorením súvisiacim s prežitým stresom. Riziková sú hlavne starší ľudia, ktorí sa starali o svojho životného partnera. Na základe uvedených skutočností je potrebné venovať pozornosť i príbuzným umierajúceho pacienta (1).

Psychologické problémy – Častý je strach a depresia. Ich zhoršovanie býva aj dôsledkom neinformovanosti príbuzných o stave pacienta a jeho prognóze. Častými príčinami strachu príbuzných sú obavy z pacientových symptómov (kardiálne zlyhávanie, „smrteľný chrapot“, poruchy vedomia), obavy z priebehu zomierania doma, obavy z liekov a ich použitia (morfín) a podobne. Komunikácia je vo všeobecnosti kľúčom otvárajúcim zámok na dverách k úspechu v paliatívnej medicíne. Rozhovor s lekárom, psychológom alebo erudovanou sestrou môže znamenať výraznú pomoc.

Sociálne problémy – Starostlivosť o zomierajúceho ovplyvňuje nielen tých, ktorí sa na nej bezprostredne podieľajú, ale aj celú štruktúru a integritu rodiny. Stačí spomenúť pocity izolácie, sklamanie až hnevu ak nie je k dispozícii ani len prestávka na krátke opustenie chorého, neporozumenie medzi jednotlivými členmi rodiny a narušenie manželských vzťahov, zníženie zárobkovej schopnosti a z toho vyplývajúce problémy. Radu tu môže poskytnúť aj sociálny pracovník.

Iné problémy – Existujú rizikové skupiny, u ktorých je potrebné sledovanie a odborná konzultácia po smrti príbuzného. Ide o osoby so zníženou sebadôverou, s predchádzajúcimi psychiatrickými ochoreniami, s chýbajúcou podporou a porozumením okolia, s nadmernou závislosťou na stratenom človekovi. Toto sledovanie by vo všeobecnosti mali zabezpečiť pracovníci, ktorí sa starali aj o zomierajúceho (1).

Vyrovňavanie sa so smrťou blízkej osoby

Starostlivosť o zomierajúceho človeka a ľudí prežívajúcich smútok je veľmi náročná, a každý z multidisciplinárneho tímu, teda aj sociálni pracovníci musia byť na túto prácu dobre pripravení, ako po vedomostnej stránke, tak i po osobnostnej. Musia najprv zvládnuť svoju vlastnú reakciu na stratu, smrť i zomieranie, keďže ich postoje a prístupy priamo ovplyvňujú schopnosť poskytovať dobrú starostlivosť.

V minulosti neboli zriedkavosťou pokusy opísať priebeh procesu umierania, čiže nájsť jednotlivé spôsoby správania, ktorými prechádzajú takmer všetci umierajúci. Rozdelenie na fázy, ktorými prechádzajú, nám pomáha lepšie porozumieť



umierajúcim, ich správaniu, a keď poznáme formy tohto správania, môžeme tak predísť chybnej interpretácii, z ktorej by sme si vyvodili chybné závery.

Chceli by sme však zdôrazniť, že fázy, ktorými prechádzajú umierajúci, nie sú u každého rovnaké. Sú tu len na hrubú orientáciu. Tieto fázy sa môžu rôzne striedať, nemusia ísť v rovnakom poradí, niektoré môžu úplne chýbať a môžu trvať rôzne dlho. Taktiež už ukončené fázy sa môžu objaviť znovu.

Schopnosť prijať stratu a vyrovnáť sa s ňou je individuálna a závisí od typu osobnosti. Ani u ľudí, ktorých postihla rovnaká strata, nemožno očakávať správanie zodpovedajúce rovnakému modelu či schéme prežívania smútku, hoci jeden druhého podporujú.

Smútok je prirodzená subjektívna emocionálna odpoveď na stratu, a je nevyhnutný pre dobré duševné i fyzické zdravie. Umožňuje jedincovi postupne sa vyrovnáť so stratou a akceptovať ju ako súčasť reality. Smútok je sociálny proces, najlepšie sa znáša za spoluúčasti iných. Smútok je závažný i z toho pohľadu, že môže negatívne pôsobiť na zdravie.

Aj keď sa prežívanie smútku môže prejavovať na celkovom zdraví, za pozitívum tohto zážitku možno považovať jeho vplyv na názory i postoje jedinca. V období smútenia môže totiž získať nový pohľad na seba, môže pochopiť, čo sú skutočné hodnoty, môže sa stať citlivejším a úprimnejším. Samozrejme toto sa nevzťahuje na umierajúceho človeka, ani na pozostalých, pre ktorých umierajúci žije. Umierajúci človek by mal mať taktiež príležitosť dozrieť emocionálne i duchovne v čase, ktorý mu ešte ostáva (6).

Viaceri autori rozlišujú štádia, resp. fázy smútku. Martocchio rozlišuje päť prejavov smútku a tvrdí, že neexistuje ani jednoduchá a správna cesta, ani správny časový harmonogram, podľa ktorých by mohol jedinec postupovať pri prežívaní smútku.

Päť prejavov smútku podľa Martocchia:

1. Šok a nedôvera. Pocit otupenosti a strnulosti je bezprostrednou bežnou reakciou na smrť milovanej osoby. Smútiaceho sa môže zmocniť depresia, hnev, pocit viny, ľútosť i žiaľ. Odmietanie reality môže pretrvávajúť, aj keď stratu rozumom akceptoval.
2. Túžba a protest. Hnev, ktorý smútiaci pociťuje, môže byť nasmerovaný proti tomu, kto zomrel, proti Bohu, ľuďom, ktorých podobná strata nepostihla, ale aj proti zdravotníckym pracovníkom. Smútiacim sa môže zhoršiť ich duševný stav, a tiež môžu prestať sa zdôverovať so svojimi pocitmi a myšlienkami ostatným.
3. Trápenie sa, dezorganizácia a zúfalstvo. Po tom ako človek prijme realitu smrti, podľahne zvyčajne depresii. Depresívny stav sprevádza zvyčajne plačlivosť, strata motivácie a záujmu o budúcnosť, neschopnosť rozhodovať sa, neistota a pocit nezmyselnosti všetkého, čo sa okolo deje. Činnosti, ktorým sa smútiaci venoval s potešením spolu so zomrelým, úplne strácajú svoju prítťažnosť.

4. Identifikácia v zármutku. Smútiaci si môže osvojiť správanie, názory, postoje, spôsoby i ambície zomrelého.

5. Reorganizácia a náhrada. Opätovné nadobúdanie stability a pocitu istoty a sily môže trvať rozlične dlho (menej než rok, i niekoľko rokov). Aj keď smútiaci prežíva pocit pohody a zväčša je schopný normálne fungovať, smútok len tak ľahko nevymizne. Mnohí ľudia pociťujú bolesť zo straty celý život (6).

Normálna reakcia smútku môže byť skrátená alebo predvídaná. Skrátený smútok trvá krátky čas, aj keď ho človek prežíva intenzívne. Predvídaný smútok prežíva človek ešte pred smutnou udalosťou, napr. manželka smúti už predtým, ako jej chorý manžel zomrie.

Nezdravý smútok, tzv. patologický alebo dysfunkčný smútok, môže byť nevyriešený alebo potlačený. Nevyriešený smútok je obsažnejší z hľadiska svojej dĺžky i závažnosti. Má rovnaké príznaky ako normálny smútok, no smútiaci má ťažkosti s ich prejavom. Stratu môže popierať, alebo môže smútiť dlhšie, ako sa predpokladá. Pri potlačenom smútku človek potláča mnohé normálne prejavy smútku a namiesto nich prežíva iné zážitky vrátane somatických prejavov (6).

Sociálna starostlivosť o umierajúceho

Sociálny pracovník sa zaoberá psychickými a sociálnymi potrebami pacienta predovšetkým so zameraním na reálne možnosti ich uspokojenia.

Sociálne fungovanie klienta v tomto prípade zhoršuje choroba a povaha choroby, ktorá je kauzálne neliečiteľná a obmedzuje dĺžku života chorého. Zasaňuje do spoločenského statusu a roly chorého, vyraduje ho z radu aktivít, vzťahov a výkonov uznávaných spoločnosťou, napríklad zo zamestnania. Chorý sa dostáva do situácie prosebníka, žiada o pomoc, je závislý, často v podriadenej roly, a to bez ohľadu na to, aké postavenie mal vo svojom okolí v dobe pred chorobou. Sociálna izolácia od bežného života je tak častým dôsledkom všetkých týchto zmien (10).

Sociálna starostlivosť o rodinu

Čo sa týka starostlivosti o rodinu, rodina je tá, ktorá tu má nezastupiteľnú a veľmi dôležitú úlohu, ktorá to nemá ani zďaleka jednoduché. Naraz sa nachádza v dvoch rolách:

- je klientom multidisciplinárneho tímu, pretože tak ako pacient aj ona trpí a prechádza jednotlivými fázami zmierovania sa so smrťou svojho blízkeho, niekedy dokonca trpí i viac,
- je dôležitým a nezastupiteľným členom multidisciplinárneho tímu.

Na zvládnutie týchto rolí je potrebné poskytnúť okrem kvalitnej starostlivosti hlavne dostatok súkromia. Dobre vedená rodina môže byť obrovským prínosom

pre zomierajúceho, ale naopak nedostatočne alebo vôbec nepoučená rodina môže napáchať veľa hrubých chýb. Hodne záleží i na podmienkach, ktoré majú vytvorené. Veľmi dôležitým v týchto extrémnych životných situáciách je dostatok súkromia. Jednolôžkové izby s možnosťou ubytovania člena rodiny nemožno považovať za nadštandard, ale práve naopak, za oprávnený štandard (9).

Práca s rodinou môže byť ťažšia a niekedy i časovo náročnejšia ako práca s pacientom. Je potrebné si čo najskôr zmapovať situáciu rodiny, ujasniť si, o aký typ rodiny sa jedná, či je funkčná, starostlivá, milujúca, či je možné s ňou počítať alebo nie. Je nutnosťou pochopiť a plne rešpektovať zvláštnosti a zvyklosti danej rodiny vyvierajúce z ich kultúrnych, náboženských a etických odlišností.

Rodina, rovnako ako zomierajúci, prechádza fázami zmierovania sa so smrťou. Niektoré z fáz sa môžu opakovať, k niektorým sa rodina nemusí vôbec dostať. V prípadoch, keď je sám zomierajúci zmierený s vlastnou smrťou, je vo fáze zmierenia, a rodina je ešte vo fáze popierania a negácie, môže tento stav komplikovať odchod zomierajúceho. Je potrebné začať pracovať s rodinou skôr, ako dôjde k tomuto javu.

Ak sociálny pracovník zistí, že je rodina pacienta vyčerpaná, prípadne nezvláda situáciu, môže im odporučiť, prípadne sprostredkovať opatrovateľskú alebo ošetrovateľskú službu, alebo respitnú starostlivosť.

Sociálna starostlivosť o pozostalých

Strata blízkeho človeka je veľmi stresujúca situácia. Niet pochýb o tom, že nadmerný a dlhotrvajúci stres zapríčiňuje mnohé ochorenia. Preto je dôležité sa včas a systematicky venovať príbuzným i blízkym osobám pacienta, čím sa vplyv tohto stresoru významne obmedzí.

Po smrti dochádza k zmenám rolí, funkcií a priorít v rámci rodiny. Treba si uvedomiť, že v tejto ťažkej situácii človek nie je schopný vážnych rozhodnutí ani schopný meniť svoj život. Zvláštnosťou hospicovej starostlivosti je, že pokračuje podľa potreby i po smrti chorého. Pracovník, ktorý uzatvára dokumentáciu, musí rozhodnúť, či je treba s rodinou ďalej pracovať alebo nie. Aby bolo toho rozhodnutie objektívne, je treba si položiť niekoľko dôležitých otázok, ktoré MUDr. Svatošová (9) považuje za "varovné známky a rizikové faktory", napríklad:

- Bol niekto na zosnulom silne citovo závislý?
- Bol niekto na zosnulom existenčne závislý?
- Stratil niekto úmrtím pacienta domov?
- Javí sa niekto z pozostalých nápadne sklesnutý, nerozhodný a bezradný?
- Cíti sa niekto previnilo vo vzťahu k zosnulému?
- Bol niekto z blízkych na smrť nepripravený?
- Vládol v rodine vážny nesúlad?
- Očakáva niekto v blízkej dobe ďalší stres?

- Je niekto z blízkych menej sebestačný alebo nesebestačný (invalidita)?
- Bola pre niekoho starostlivosť o zosnulého výnimočne stresujúca a vyčerpávajúca?
- Hovoril niekto z pozostalých o strate zmyslu života?
- Hovoril niekto z pozostalých o samovražde?
- Je niekto z pozostalých duševne chorý?

Na základe týchto odpovedí pracovník určí, či je potrebné udržiavať kontakt s rodinou zosnulého. Podľa skúseností v Hospici Anežky Českej až tretina pozostalých potrebuje pomoc. Dvom tretinám stačí jedno posedenie u kávy a rozhovor tesne po strate ich blízkeho. Avšak zostávajúca tretina potrebuje dlhodobejšiu starostlivosť. Súčasťou tohto hospicu je aj kaplnka, kde sa ľudia vracajú a zúčastňujú sa bohoslužieb za zosnulých (9).

Predpoklady sociálneho pracovníka pre prácu s rodinou

Sociálny pracovník sa zaujíma aj o sociálne prostredie chorého, o jeho rodinu, blízkych priateľov. Všíma si nedostatky v komunikácii s pacientom, pocity viny alebo bezohľadnosť voči chorému. Umožňuje im, aby jasne vyjadrili svoje pocity, aj keď sú to pocity negatívne, lebo potom takáto situácia vyvoláva napätú atmosféru pri ich spoločnom stretávaní sa. Keďže má sociálny pracovník teoretické vzdelanie vo facilitácii i v mediácii, uľahčuje mu to sprostredkovanie dohody medzi jednotlivými stranami. Hľadá možnosti zblíženia chorého a jeho rodiny, čím sa neskôr u pozostalých nevytvára pocit viny a ľahšie sa im vyrovnáva so smrťou blízkej osoby.

Skvalitňovanie paliatívnej starostlivosti by malo byť jednou z našich hlavných priorít. Každý lekár, sestra a iný pracovník môže prispieť ku zvýšeniu kvality zlepšením postoja k chorým v každej fáze života, ale k zomierajúcim a k starým zvlášť. Príručky, literatúra, konzultácie a iné sú významným zdrojom poznatkov o efektívnej liečbe bolesti a iných príznakov, ako aj zlepšenia prístupu k riešeniu emocionálnych a duchovných potrieb zomierajúcich. Sľubnou cestou môže byť užšia spolupráca s nemocnicou v udržaní kontinuity paliatívnej starostlivosti. V teréne by k tomu mohlo pristúpiť aj širšie vzdelávanie chorých a ich rodín v paliatívnej starostlivosti tak, aby ich práca v starostlivosti o svojho nevyliciteľne chorého člena patrila k ich prioritám. Toto vzdelávanie by sa malo diať v pozitívnej polohe tak, aby chorý i jeho rodina pochopili, že aj paliatívna liečba je vhodnou alternatívou starostlivosti na konci života, keď iné východisko sa nedá očakávať.

Existencia paliatívnej a hospicovej starostlivosti je dôkazom mravnej vyspelosti a humannej orientácie danej spoločnosti. Je teda nevyhnutné, aby aj naša spoločnosť vytvorila všetky podmienky na jej realizáciu.

Bibliografia

1. Beržinec, P., 2002: *Paliatívna starostlivosť v posledných dňoch života*, in: „Zdravotnícke noviny: Lekárske listy“, roč. 7, č. 4, s. 12–13.
2. Drapela, V., 1997: *Přehled teorií osobnosti*, Praha, Portál s. r. o., ISBN 80-7178-251-3, s. 176.
3. Farkašová, D. et al., 2001: *Ošetrovatelstvo – teória*, Martin, Osveta, ISBN 80-8063-086-0, s. 135.
4. Kizák, J., 2004: *Slovníček*, [online], [citované 18.12.2004], Dostupné na internete: <http://www.hospice.sk/hospice1/seznamy.php?sez=2>.
5. Ministerstvo zdravotníctva, *Koncepcia paliatívnej starostlivosti*, 2002, in: *Vestník Ministerstva zdravotníctva SR*, čiastka 25–26, s. 190–195.
6. Kozierová, B., Erbová, G., Olivieriová, R., 1995: *Ošetrovatelstvo. Koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*, Martin, Osveta, zv. 1, ISBN 80-217-0528-0, s. 836.
7. Litomerický, Š., Krajčík, Š., Šauša, M., 1997: *Paliatívna starostlivosť a terminálne chorý starý človek*, in: *Lekársky obzor*, roč. 46, č. 1–2, s. 21–23.
8. Svatošová, M., 2001: *Hospic: Umenie sprevádzať*, Bratislava, Lúč, ISBN 80-7114-335-9, s. 160.
9. Svatošová, M., 2004: *Komplexní hospicová péče je přínosem pro společnost*, [online], [citované 2.10.2004], Dostupné na internete: <http://hospice.cz/svatosova/pece.htm>.
10. Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y. et al., 2004: *Paliativní medicína*, vyd. 2, Praha, Grada Publishing, ISBN 80-247-0279-7, s. 540.

Abstract

The paper is dealing with family with incurable diseased member from the social worker's point of view. It is showing palliative care as one of the most important factors in improving the last moments of incurable diseased and his family. We are looking at different forms of palliative care, especially mobile hospice, where multidisciplinary team comes to the family and enables the incurable diseased to live in familiar and very well-known environment – family circle. We are describing members of multidisciplinary team, which have equal positions in the team including the family. The paper is also showing the needs of incurable diseased and his family and the stages of coping with coming death. We are focusing on social care about dying individual, his family and finally we are mentioning the social worker's preconditions for work with family.

Abstrakt

Práca sa zaoberá rodinou s nevyliciteľne chorým členom z pohľadu sociálneho pracovníka. Približuje paliatívnu starostlivosť, ako jednu z dôležitých činiteľov skvalitnenia života posledných chvíľ nevyliciteľne chorého a jeho rodiny. Venuje sa formám paliatívnej starostlivosti, najmä mobilnému hospicu, kde multidisciplinárny tím dochádza priamo do rodiny a umožňuje tak žiť nevyliciteľne chorému v domácom, dôverne známom prostredí, v kruhu svojich blízkych. Popisuje členov multidisciplinárneho tímu, ktorí majú v tíme rovnocenné postavenie vrátane rodiny. Práca taktiež poukazuje na potreby nevyliciteľne chorého a jeho príbuzných a na fázy vyrovnávania sa s príchodom smrti. Približuje sociálnu starostlivosť o umierajúceho, jeho rodinu i o pozostalých, a v závere uvádza predpoklady sociálneho pracovníka pre prácu s rodinou.



VLADIMÍRA ANTOLOVÁ

Utečenecká rodina – jej problémy a pomoc poskytovaná v rámci Slovenskej republiky

Kľúčové slová: utečenec – odlúčené dieťa – sociálna práca – ochrana utečencov
Key words: refugee – seperated children – social work – protection for refugee

Úvod

Problematika migrácie sprevádza ľudstvo po celú históriu. Migrujúce osoby sa nie vždy môžu slobodne rozhodnúť k opusteniu krajiny a usídleniu sa v inej. Za posledné roky síce nastal značný pokles utečencov vo svete a v súčasnosti dosahuje 9,2 milióna avšak počet vnútorne presídlených osôb je až 25 miliónov. Tu sa nám natíska zamyslieť sa aké záruky bezpečia a stability ponúkajú štáty, ako je vybudovaný systém medzinárodnej ochrany aj konkrétnej ochrany v rámci Slovenska. Ľudia stále utekajú v strachu o svoj život či slobodu do krajín, kde očakávajú, že nájdu vytúženú slobodu a pokojný život bez obáv.

Poskytnutie pomoci a ochrany tým najnúdznejším akými utečenci a ich rodiny rozhodne sú je vecou štátnych orgánov a medzinárodných a mimovládnych organizácií, ktoré pôsobia v danom štáte. Dôležitá a nenahraditeľná je činnosť sociálnych pracovníkov, ktorých cieľom je kvalitatívne zlepšiť postavenie a ochranu utečencov.



Migrujúca rodina

Rodina vždy bola a je základom stability, ochrany, bezpečia pre jej členov a stáva sa tak základom celej spoločnosti. V rodine chce každý pociťovať oporu, posilu a cítiť súdržnosť. Prečo však tieto základné charakteristiky nemajú všetky rodiny, čo je príčinou rozpadu hodnôt, primárnej istoty? Príčin môže byť veľmi veľa.

V našej práci sa chceme sústrediť na rodinu utečeneckú, ktorá sa často ocitá v mimoriadne nebezpečných podmienkach, ktoré narúšajú základné väzby. S migráciou obyvateľstva sú spojené celé dejiny ľudstva. Ľudia neustále hľadali nové prosperujúcejšie územia, lepšie podmienky, bezpečnejšie prostredie. Človek má tendenciu ísť tam, kde sa mu ponúkajú výhody, kde cíti istotu. Často neodchádza sám, ale putuje celá rodina. Nazaratská rodina Ježiša bola tiež nútená opustiť svoju krajinu a hľadať útočisko – azyl v Egypte. Teda rodina neputuje vždy len s víziou lepšieho života, ale môže byť aj donútená k úteku, veľakrát z dôvodu ohrozenia života. Neustále vojny, občianske nepokoje, extrémna chudoba, vysoké percento utečencov sú každodennou realitou.

Utečenci veľakrát unikajú z chudobných, nehumánnych podmienok, ale najväčšie počty prichádzajú zo životohrozujujúcich oblastí poznačených vojnami, občianskymi konfliktami. Utečenci utekajúci v strachu o svoj život a život svojich blízkych, nevedia kam presne pôjdu, ako dlho bude trvať ich cesta. Často vysilení, vyhladovaní prichádzajú na územie iného štátu s jedinou túžbou po bezpečí.

Podľa Konvencie o právnom postavení utečencov je utečencom „akákoľvek osoba, ktorá sa nachádza mimo svojej vlasti a má opodstatnené obavy pred prenasledovaním z dôvodov rasových, národnostných, náboženských alebo dôvodov príslušnosti k určitej sociálnej skupine alebo zastávania politických názorov a ktorá je neschopná, alebo odmieta ochranu svojej vlasti, alebo sa tam nemôže vrátiť zo strachu pred prenasledovaním“ (16).

Prenasledovaním je konanie ohrozujúce život, slobodu a sa opakuje, alebo ak je konanie spôsobujúce psychický nátlak na osobu vykonávané, podporované alebo trpené štátnymi orgánmi v štáte, ktorého je cudzinec štátnym občanom, alebo v štáte, v ktorom mal cudzinec bez štátnej príslušnosti bydlisko, alebo ak tento štát nie je schopný zabezpečiť ochranu občanom pred takýmto konaním (12). Medzi najzraniteľnejšie skupiny patria najmä maloleté deti, ženy a starí ľudia.

Ženy predstavujú minimálne polovicu utečeneckej populácie. V chaotických a nebezpečných podmienkach, v ktorých často utekajú sa môžu stať terčom zneužívania, diskriminácie a iného násillia. Ženy sú v niektorých kultúrach považované za nerovnocenné osoby vo vzťahu k mužom. Môže sa stať, že budú vynechané z rozhodovacieho procesu, ktorý ovplyvňuje ich každodenný život a bezpečnosť. Prípady, kedy ženy museli na zadováženie základných potravín poskytnúť sexuálne služby, nie sú ojedinelé (5). V situácii ozbrojeného konfliktu, kedy dochádza k rozpadu sociálnych štruktúr a rodinných zväzkov sú ženy a deti omnoho viac vy-

stavené zvýšenému riziku sexuálneho a genderového násillia. Ženy utekajúce pred vojnovým konfliktom nahrádzajú rolu otca snažiac zabezpečiť bezpečie pre svoje deti sa vystavujú obrovskému riziku zneužitia. Ženy môžu mať následne problém otvorene komunikovať o svojom trápení s mužom vykonávajúcim pohovor, aj keď im chce pomôcť, hlavne ak musia hovoriť o sexuálnom alebo rodovom násillí. Ak chceme poskytnúť ochranu zraniteľným skupinám, akými sú utečenci, musíme sa zamerať na celé rodiny.

Zo záverov Konferencie Organizácie Spojených Národov, 1951, splnomocnencov na štatút utečencov a osôb bez národnosti, IV B. vyplýva, že jednota rodiny, prirodzenej a základnej spoločenskej jednotky, je základným právom utečenca, a že táto jednota je sústavne ohrozovaná, navrhuje vládám aby prijali nevyhnutné kroky potrebné na ochranu utečeneckých rodín, najmä:

1. zabezpečiť, aby bola zachovaná jednota rodiny, najmä v prípadoch kedy hlava rodiny splnila nevyhnutné podmienky pre prijatie v príslušnej krajine,
2. ochrániť maloletých utečencov, najmä deti bez doprovodu, s odvolaním sa na opatrovníctvo a adopciu (5)

Druhou najviac ohrozenou skupinou sú utečenecké deti, zvlášť deti, ktoré sú odlúčené od svojich rodičov. V čase utečeneckej krízy sa môže stať, že sa deti ocitnú odlúčené od svojich rodín, preto je nevyhnutné ich okamžité registrovanie a iniciovanie hľadania rodiny (9).

Do skupiny ohrozených detí patria najmä deti:

1. bez sprievodu
2. deti, ktorých člen rodiny je nezvestný, zomrel, alebo bol zabitý
3. deti so symptómami psychosociálnych porúch
4. deti, ktoré zažili obzvlášť traumatické udalosti
5. fyzicky, mentálne handicapované deti.

Musíme sa zamyslieť nad tým aké sú pohnútky k úteku zo svojej vlasti. Ak sa človek rozhodne pre útek zo svojho domova, svojho štátu ako jediné možné riešenie, aby sa vyhol smrti, prenasledovaniu, ochotný zanechať všetko, čo kedy vytvoril, je to rozhodnutie spontánne, možno nepochopiteľné pre nás, ale vieme, že musí byť sprevádzané neveriteľným strachom a posilnené víziou v lepšiu budúcnosť. Ak sa pre toto riešenie rozhodne dieťa, ako je to vôbec možné vysvetliť. Dieťa, ktoré sa vyvíja, ktoré má spoznávať život v bezpečí pri rodičoch, dieťa, ktoré sa má vzdelávať, ktoré má postupne prejsť všetkými obdobiami života, zrazu je postavené pred jedinou možnosť – útek a záchrana života. Ak trpí dospelý človek, ako potom musí trpieť bezbranné dieťa?

Dlhotrvajúca neistota zapríčinená odlúčením môže vážne negatívne ovplyvniť fyzický, psychický, intelektuálny, kultúrny a sociálny rozvoj dieťaťa (2). Podľa definície UNHCR „odlúčené deti sú deti vo veku do 18 rokov, ktoré sa nachádzajú mimo krajiny svojho pôvodu a sú odlúčené od oboch rodičov, alebo predchádzajúcich zákonných/obvyklých opatrovateľov“ (11). Avšak nemusia byť nevyhnutne odlúčené od ostatných príbuzných. Môže sa jednať o deti, ktoré sú sprevádzané

iným dospelým príbuzným členom rodín (4). Obdobne sa používa aj termín „maloletý bez sprievodu“, ktorým sa označuje dieťa, ktoré je odlúčené od oboch svojich rodičov a iných príbuzných a nie je v sprievode žiadnej dospeléj osoby, ktorá by sa mohla o neho postarať podľa zákona alebo zvyklosti.

Odlúčené deti nie sú novodobým fenoménom, už dlhé obdobie tvoria integrálnu súčasť migračných vln, prečo však nie sú zmienky o nich také známe je v tom, že ich počet sa dlhé roky reálne nezaznamenával a čísla boli skreslené. Po skončení druhej svetovej vojny sa vyskytli rôznorodé štatistiky mapujúce stav a počet opustených ľudí (7). Každá krajina mala po skončení vojny enormný počet opustených detí. Vo Veľkej Británii napríklad až viac ako 750 000 detí bolo evakuovaných od ich rodín (10). Langmeier a Matejček vo svojej práci odhadujú, že počas druhej svetovej vojny bolo približne 30 miliónov rodín rozdelených (6). Z údajov zo správy v r. 1952, ktorú publikovalo Oddelenie OSN pre sociálne záležitosti vyplýva, že počas druhej svetovej vojny takmer 13 miliónov detí ostalo bez rodičov z dôvodu vojny (3). Státisíce detí zomrelo v koncentračných táboroch.

Konflikty vplývajú na rodiny a deti v rozličných formách: poškodzujú fyzické a psychické zdravie, oddeľujú rodiny, ničia domovy, prinútiť deti utiecť z domova, učia deti zabíjať. Odhaduje sa, že na celkových utečeneckých pohyboch sa odlúčené deti podieľajú 3–5 percentami. Dôležitým fenoménom, ktorý nie je súčasťou týchto počtov je obchodovanie s deťmi na komerčné účely a migrácia detí kvôli zanedbávaniu, zneužívaniu a týraniu. Podľa UNICEF počet maloletých detí, ktoré sú predmetom ilegálneho obchodu je ročne až 1,2 milióna (1). V čase utečeneckej krízy sa deti môžu nechtiac odlúčiť od svojej rodiny a sú tak vystavené riziku, že budú predané ako sexuálni otroci, prinútené vstúpiť do armády (5). Počas vojny deti stratia svojich rodičov často pri úteku do bezpečia, strachom pred útokmi, alebo ich rodičia sú odvedení do bojovej línie. Deti odlúčili od rodiny následky bombardovania, útokov a tiež i úteky do bezpečia. Počas krízy mnoho detí prežije vojnu len vlastnými silami.

Odlúčením deti strácajú svoju základnú sociálnu infraštruktúru, sú omnoho viac ako ostatní utečenci ohrození tým, že sa ocitajú bez ochrany, fyzickej starostlivosti, psychickej podpory, ktorá je primárne poskytovaná rodinou.

Maloletí bez sprievodu opúšťajú svoju krajinu pôvodu z rovnakých dôvodov ako dospelí (10). Medzi štyri hlavné príčiny separácie a úteku patrí:

- Strach z prenasledovania
- vojnové konflikty v krajine pôvodu
- sexuálne a iné zneužívanie
- extrémne zlé a biedne životné podmienky.

Ďalšie dôvody, pre ktoré obzvlášť utekajú deti:

- zážitky, skúsenosti z porušovania práv dieťaťa
- únik od zneužívania rodinou.

Tieto deti majú život poznačený mimoriadnym utrpením, ktoré si aj pracovník, ktorý im má pomôcť nie vždy uvedomuje. Profesionálna a odborná vybavenosť ľudí pracujúcich s touto zraniteľnou skupinou je nevyhnutná.

Pomoc a starostlivosť o utečenecké rodiny v Slovenskej republike

Ľudské práva platia všeobecne a univerzálne bez ohľadu na to, či sa jedná o občana daného štátu, osoby bez štátnej príslušnosti alebo žiadateľa o azyl. Primárnou povinnosťou štátu je chrániť svojich občanov. Pokiaľ štáty nemôžu alebo nechcú poskytovať ochranu svojim obyvateľom, môže dochádzať k závažnému porušovaniu ľudských práv nielen jednotlivcov ale aj celých skupín, ktoré sú potom nútené pod tlakom okolností opustiť svoju krajinu a hľadať bezpečnosť v iných štátoch. Možnosť hľadať útočisko pred prenasledovaním alebo pred vojnou a požívať azyl je základným právom, ktoré je zahrnuté vo Všeobecnej deklarácii ľudských práv a predstavuje jeden zo základných princípov medzinárodného práva.

Právne postavenie žiadateľov o azyl a azylantov vymedzujú v Slovenskej republike dva zákony. Prijatím Zákona o pobyte cudzincov č. 48/2002 Z.z. a Azylového zákona č. 480/2002 Z.z. v znení poslednej novely, urobilo Slovensko značný progres v oblasti vybudovania azylového systému a mechanizmov azylovej procedúry. Medzinárodnoprávne záväzky, ku ktorým pristúpila Slovenská republika v roku 1993 sú Ženevská konvencia a New Yorkský protokol o postavení utečencov z roku 1967, Dublinská konvencia a Schengenská zmluva.

Medzi najdôležitejší a základný dokument, ktorý vo svojom obsahu rieši problematiku utečeneckých detí patrí Dohovor o právach dieťaťa (15), podľa ktorého dieťa, ktoré žiada o priznanie postavenia utečenca či už je v sprievode rodičov alebo je bez sprievodu má dostať potrebnú ochranu a humanitárnu pomoc pri využívaní všetkých práv ustanovených dohovorom. Štáty sú povinné prijať opatrenia na zabezpečenie dostatočnej ochrany dieťaťa. Dieťaťu, ktoré je odlúčené od svojich rodičov sa má v prvom rade poskytnúť potrebná pomoc pri hľadaní rodičov. Ak rodičov, alebo iných členov rodiny nemožno nájsť, dieťa má nárok na rovnakú ochranu ako každé iné dieťa.

Pri zadržaní cudzince v Slovenskej republike Úrad hraničnej a cudzineckej polície (ďalej ÚHCP) zistí jeho totožnosť a tiež skutočnosť či sa jedná o maloleté dieťa bez sprievodu rodiča, alebo zákonného zástupcu, prípadne či je v sprievode inej dospeléj osoby, alebo rodinného príslušníka, ktorý ale nie je jeho zákonným zástupcom.

Vo väčšine prípadov cudzinec prekročí hranicu pozemnou cestou buď legálne (napr. na turistické vízum) alebo mimo hraničný prechod cez tzv. zelenú hranicu. Podľa súčasného platného azylového zákona osoba, ktorá má záujem požiadať o udelenie azylu v Slovenskej republike, môže svoje vyhlásenie vysloviť na niektorom z uvedených útvarov:

- a) príslušný policajný útvar v mieste hraničného prechodu
- b) príslušný policajný útvar zriadený pri záchytnom tábore
- c) príslušný policajný útvar v tranzitnom priestore medzinárodného letiska
- d) policajný útvar v zariadení pre cudzincov
- e) ak ide o cudzinca, ktorý je v ústavnej zdravotnej starostlivosti, nachádza vo výkone väzby alebo výkone trestu odňatia slobody, policajný útvar podľa miesta, kde sa cudzinec zdržiava (12).

Rodina, ktorá žiada o azyl sa posudzuje spoločne a je aj spoločne umiestnená v azylovom zariadení. Pri umiestňovaní žiadateľa o azyl do azylových zariadení sa prihliada na jeho etnické, náboženské osobitosti, príbuzenské vzťahy, pohlavie, vek a zdravotný stav, pričom sa dôraz kladie na to, aby boli zachované rodinné vzťahy.

Oprávneným na konanie o azyle je Ministerstvo vnútra SR. Plní funkciu ústredného orgánu štátnej správy v oblasti azylovej problematiky. Žiadateľ je povinný dostaviť sa do 24 hodín od vyhlásenia do záchytného tábora. Keďže sa jedná len o pobyt za účelom karanténnych opatrení (zvyčajne na dobu 30 dní), aj činnosti sociálnych pracovníkov sú obmedzené. Následne po ukončení karantény je žiadateľ o azyl – celá rodina ubytovaná v pobytovom tábore až do ukončenia azylovej procedúry. Azylový proces môže trvať aj niekoľko mesiacov a je potrebné zabezpečiť potreby tak dospelých žiadateľov o azyl ako aj detí. V azylových zariadeniach sa bezplatne poskytuje ubytovanie, stravovanie a základná zdravotná starostlivosť. Žiadateľom sa poskytuje tiež aj vreckové. Pri zabezpečovaní školskej dochádzky im pomáha najmä sociálny pracovník a to komunikáciou so zástupcami škôl pri zápise dieťaťa do školy. Žiadatelia o azyl nemôžu vstúpiť do pracovného pomeru, alebo obdobného pracovného vzťahu, iba ak v prípade ich žiadosti o azyl sa právoplatne nerozhodlo do 1 roka.

Rodina sa pri niekedy „nekonečnom“ azylovom procese cíti frustrovaná v bezvýhodiskovej situácii a dôležité je, aby si sociálny pracovník všimol tieto rizikové faktory a pomohol rodine s účelným vyplnením voľného času. V rámci projektov realizovaných mimovládnyimi organizáciami sa realizujú rôzne aktivity – od pracovných priamo v táboroch, cez voľnočasové pre deti, školiace zamerané na výučbu slovenského jazyka. Po získaní azylu je azylant umiestnený v integračnom stredisku, kde je zaradený do Integračného programu SR.

Ochrana maloletých detí bez sprievodu

V prípade, že bol nájdený maloletý bez sprievodu, policajný orgán ho ihneď odovzdá pracovníkovi oddelenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, v obvode ktorého sa maloletý našiel (13).

Opatrenia sociálnopránej ochrany detí sa vykonávajú nielen pre dieťa, ktoré je občanom SR a nachádza sa na území SR, ale môže sa nachádzať aj na území iného štátu. Zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kurately predpokladá vykonávanie opatrení aj pre maloletého, ktorý nie je občanom SR a nachádza sa na území SR bez sprievodu rodiča, zákonného zástupcu alebo inej plnoletej osoby, ktorej by mohol byť zverený do starostlivosti. Všetky opatrenia sa vykonávajú v súlade so zásadou rovnakého zaobchádzania bez akejkoľvek diskriminácie z dôvodu pohlavia, farby pleti, jazyka, viery, náboženského vyznania, politického zmýšľania, národného alebo sociálneho pôvodu, veku, rodu (14).

Maloletý môže vykonať len určité právne úkony vzhľadom na svoj vek a rozumovú vyspelosť, pri väčšine úkonov musí byť zastúpený zákonným zástupcom a v prípade maloletých bez sprievodu ustanoveným opatrovníkom. Funkcia opatrovníka maloletého dieťaťa musí byť vykonávaná zodpovedne, je dôležité si uvedomiť, že sa rozhoduje o budúcnosti dieťaťa.

Na začiatku je dôležité:

- 1) zabezpečiť starostlivosť o maloletého a to ubytovanie, zdravotnú starostlivosť, vzdelanie, zabezpečiť materiálne a sociálne potreby maloletého,
- 2) poskytnúť mu informácie o krajine, v ktorej sa nachádza
- 3) zabezpečiť, aby dieťa malo vhodného právneho zástupcu v azylovej procedúre
- 4) preskúmať možnosť vyhľadania rodiny a zlúčenia s ňou
- 5) vystríhať ho pred nebezpečím ilegálneho putovania (11).

Opatrovník vystupuje ako poradca dieťaťa, mal by rozumieť špecifikám práce s odlúčenými deťmi a ich potrebám. Je preto povinný byť v kontakte s maloletým a zistiť všetky skutočnosti, ktoré môžu ovplyvniť konečné rozhodnutie. Informácie o rodine, rodinných príslušníkoch, dôvodoch odlúčenia, o živote maloletého pred odlúčením, o jeho zdravotnom stave sa zisťujú veľmi citlivo s ohľadom na zraniteľnosť, vek a rozumovú vyspelosť dieťaťa. Získané údaje môžu napomôcť k prijatiu rozhodnutia a vhodnom trvalom riešení. Možnosti trvalého riešenia by mal opatrovník s maloletým dôkladne prekonzultovať v jazyku, ktorému dieťa rozumie.

Orgán SPOD a SK realizuje všetky opatrenia pre deti s prvoradým cieľom ochrany ich života, zdravia a zároveň zabezpečenia ich fyzického, psychického a sociálneho vývinu (14). Je povinný zabezpečiť uspokojenie jeho základných životných potrieb a bezodkladne podá príslušnému súdu podnet na vydanie predbežného opatrenia, na základe ktorého bude maloletý umiestnený do zariadenia na výkon rozhodnutia súdu. Dieťa je následne umiestnené v detskom domove pre maloletých bez sprievodu. Tu sa rozhoduje o najlepšom záujme dieťaťa. Možno hovoriť o troch možných postupoch. V prípade, že dieťa prostredníctvom svojho opatrovníka požiada o azyl, vstupuje do azylovej procedúry, ďalej môže byť vhodným riešením zlúčenie rodiny – reunifikácia alebo dobrovoľný návrat do krajiny pôvodu – repatriácia.

Sociálna práca so žiadateľmi o azyl a azylantami

Starostlivosť o potreby utečeneckej rodiny sú hlavne náplňou práce sociálnych pracovníkov. Základným predpokladom pre prácu s azylantami je pozitívny vzťah a rešpekt sociálneho pracovníka k ľuďom s odlišným pôvodom. Je dôležité poznať kultúrne zázemie, z ktorého žiadateľ prichádza. Týka sa to hlavne rodného jazyka, kultúry, spôsobu jednania, obliekania. Následne je potrebné zamerať sa na to, čo majú jednotlivé kultúry spoločné. Práca s klientom by mala prebiehať bez náhľenia, v kludnej atmosfére (8).

Sociálni pracovníci pomáhajú pri riešení problémov žiadateľov o azyl a azylantov, aby im v čo najširšej miere umožnili normálny život. Mali by preto mať zodpovedajúce vzdelanie a znalosť z oblasti sociálnej práce, práva, sociálnej politiky, psychológie a sociológie. Hlavnou časťou práce s utečencami je individuálne poradenstvo, ktoré sa týka konkrétneho klienta a jeho problémov.

Získanie štatútu azylanta znamená na začiatku výhru a akési psychické uvoľnenie a pocit istoty. Avšak po počiatocnej radosi sa vyskytujú problémy s ubytovaním, zamestnaním a ďalším zabezpečením. Nastáva často dlhá práca sociálnych pracovníkov s azylantami pri prekonaní počiatočných prekážok a integrácii do spoločenských štruktúr.

Mimovládne organizácie (MVO) na Slovensku v rámci rôznych projektov poskytujú a zabezpečujú pre azylantov:

- a. výuku slovenského jazyka
- b. vzdelávanie žiakov základných, stredných a vysokých škôl
- c. rekvalifikačné kurzy a pracovné výcviky s cieľom uplatnenia sa na trhu práce
- d. sociálnu pomoc a sociálne poradenstvo
- e. psychologické poradenstvo
- f. pomoc pri riešení ubytovania
- g. organizovanie prednášok s utečeneckou problematikou.

Sociálna asistencija je podávaná každému azylantovi individuálne podľa jeho potrieb. V rámci sociálnej asistencie sociálni pracovníci informujú azylantov o ich právach a povinnostiach vo vzťahu k úradom a iným orgánom, sprevádzajú ich pri registrácii na jednotlivých úradoch, rovnako aj pracovníkov štátnej správy oboznamujú o právach azylantov. Pracovníci MVO vykonávajú asistenciu pri súdnych konaniach a tiež v súvislosti s poskytovaním zdravotníckej starostlivosti. V Integrovanom stredisku pomáhajú organizovať pracovné a voľnočasové aktivity, organizujú rekreačné a kultúrne podujatia.

Keďže utečenci boli nútení opustiť všetkých svojich priateľov v krajine pôvodu, pracovníci MVO sa snažia aspoň vyhľadávať kontakty na komunitné centrá, kde sa môžu stretnúť s krajanmi, alebo osobami rovnakého náboženstva.

Riešenie súčasného problému utečencov pozostáva vo vylepšovaní kvality poskytovania ochrany na územiach, z ktorých utečenci pochádzajú a následne

venovaniu zvýšenej pozornosti kvalite azylu v jednotlivých štátoch. Slovenský azylový systém, v porovnaní s inými členskými krajinami Európskej únie, možno hodnotiť ako rovnocenný práve v oblasti azylového práva.

Bibliografia

1. Black, M.: *Growing up alone: Childhood under siege*, Unicef, Battley Brothers, 2001.
2. Britton, B.: *Seperated children in Europe Programme Traning Guide*, 2001, s. 15.
3. Brnula, P., Galdunová, K., Kopinec, P.: *Právne postavenie a sociálna práca s maloletými bez sprievodu v azylovej procedúre na území SR*, Bratislava, Občianske združenie sociálna práca, 2005.
4. International Comitee of the Red Cross, 2004.
5. Jastram, K., Achiron, M., UNHCR: *Ochrana utečencov. Sprievodca medzinárodným utečeneckým právom*, Príručka pre poslancov nr sr, Geneva, Medziparlamentná únia v spolupráci s UNHCR, 2001, s. 31.
6. Langmeier, M., in: Loughry, M.: *Psychosocial Concepts in Humanitarian Work with Children: A Review of the Concepts and Related Literature*, s. 9.
7. Pask, E. D.: *Unaccompanied Refugee and Displaced Children: Jurisdiction, Decision-Making and Representation*, in: „International Journal of Refugee Law“, Vol. 1, No. 2, Oxford, Oxford University Press, 1989.
8. Uherek, Z.: *Integrace azylantu*, Výzkumná zpráva pro Úrad Vysokého komisára OSN pro uprchlíky, Praha, Etnologický ústav Akademie věd České republiky, Oddelenie etnických studií, 2002.
9. UNHCR: *Sprievodca medzinárodným utečeneckým právom*, 2004.
10. Ressler, Boothby, Steinbock, in: Loughry, M.: *Psychosocial Concepts in Humanitarian Work with Children: A Review of the Concepts and Related Literature*, Washington DC, National Academies Press, 2003, s. 5.
11. Save the Children, UNHCR: *Vyhlásenie o vhodnom postupe. Program pomoci odlúčeným deťom na území Európy*, 2005.
12. Nr sr: Zákon č. 480/2002, Z.z o azyle.
13. Nr sr: Zákon č. 48/2002, Z.z. o pobyte cudzincov.
14. Nr sr: §5, zákona č. 305/2005, Z.z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele.
15. OSN: *Dohovor o právach dieťaťa*, New York 1989.
16. OSN: *Dohovor o právnom postavení utečenca*, 1951.

Abstract

This article deals with the refugee topic with special attention paid to a refugee family. Refugees are individuals, who were forced to leave their own country due to reasons of fear for their life. They come to an unknown country searching for only one thing – security. Refugees mostly seek asylum, which is an essential right for escaping individuals from a chase or a war. Separated children form a special group that is highly vulnerable due to its age, physical and psychological dispositions. Special attention and care is needed for this group. Highly important is the help of humanetarian organisations, social workers who provide expert counselling, aid and social assistance for these vulnerable groups.

**Abstrakt**

Práca sa zaoberá problematikou utečencov so špecifickým zameraním na utečeneckú rodinu. Utečenci sú osoby, ktoré sú donútené opustiť svoju krajinu pôvodu z dôvodu obavy o svoj život. Prichádzajú do neznámeho štátu, kde požadujú jedinú – bezpečie. Najčastejšie utečenci žiadajú o azyl, ktorý patrí medzi základné práva osoby unikajúcej pred prenasledovaním alebo pred vojnou. Osobitnú skupinu tvoria odlúčené deti/maloletí bez sprievodu, ktoré sú zvlášť zraniteľné z dôvodu veku, psychických a fyzických dispozícií. Tejto zraniteľnej skupine je potrebné venovať osobitnú pozornosť a starostlivosť. Mimoriadne dôležitá je pomoc humanitárnych organizácií, sociálnych pracovníkov, ktorí poskytujú odborné poradenstvo, pomoc a sociálnu asistenciu pre zraniteľné skupiny.





DANIELA KOLIBOVÁ

Agresivita dieťaťa vo vzťahu k rodinnému prostrediu

Kľúčové slová: agresivita, frustrácia, prosociálne správanie, emocionálna inteligencia, sebadôvera, konflikt, verbálna a neverbálna komunikácia

Keywords: aggression, frustration, prosocial behaviour, emotional intelligence, self-confidence, conflict, verbal and non-verbal communication

Agresívne tendencie dieťaťa vyskytujúce sa počas jeho vývinového procesu sú závažným problémom vychovávateľov a teda v neposlednej rade aj rodičov. Rodina je primárna socializačná jednotka, pod vplyvom ktorej sa v rámci sociálneho učenia dieťa učí typicky ľudským formám správania. Preto je potrebné si vysvetliť základné pojmy a termíny, ako aj prečo sa agresivita a násilie vyskytuje už v pomerne mladom veku dieťaťa. Rodina, a najmä rodičia majú teda v každom prípade veľký vplyv na prvotnú socializáciu dieťaťa, a to bez ohľadu na to, či sa jej cieľavedome (výchovne) venujú alebo nie. Aj tu celkom jednoznačne platí, že aj „nevýchova“ je výchovou, zanecháva stopy v osobnosti dieťaťa – v jeho prežívaní, formovaní i projektovaní budúcich širších sociálnych vzťahov a v prejavoch, ktoré s týmito vzťahmi súvisia (Košč 2007, 284).

V prvom rade je potrebné zdôrazniť, že agresivita je prirodzenou charakteristikou človeka, slúžiacou na prežitie v nepriaznivých a život ohrozujúcich pod-



mienkach. Ak však vedie k ubližovaniu človeka alebo k poškodzovaniu predmetov, stáva sa tak narušovateľom sociálnych štruktúr. Pokúsime sa na začiatku vysvetliť si mechanizmus vzniku agresívneho správania z pohľadu vývinových procesov u dieťaťa.

Zdá sa, že niekedy je hlavným problémom rodičov potlačiť agresívne správanie dieťaťa. Predpokladá sa, že agresívne správanie je vyvolané určitými okolnosťami. Zistilo sa, že ak sa osobe bráni v dosiahnutí vytýčeného cieľa, táto bude reagovať agresívne. Agresivitu môže vyvolať situácia, kedy dieťa má vytýčený cieľ na dosah, ale v poslednom momente mu niekto zabráni dosiahnuť ho. Umiestnime na stôl cumlík a dieťaťu dovolíme, aby sa k nemu priblížilo, v poslednej chvíli mu ho však vezmeme z ruky. Dieťa môže zareagovať plačom alebo udieraním do ruky, v ktorej je cumlík.

Deťom sa ale stáva, že vytýčené ciele sú nereálne, ich inteligencia je ešte nedostatočná na dosiahnutie takýchto nereálne vysokých cieľov. Aj takéto zlyhanie môže vyvolať agresívne správanie. Rodičia často nevydržia s nervami a nedokážu sa ľahostajne prizerať na mármu snahu dieťaťa pri pokuse o dosiahnutie nejakého vysokého cieľa a pomôžu mu (zašnurovanie topánok...). Takýto prístup tiež zvyšuje výskyt agresívneho správania, keďže bráni dieťaťu dosiahnuť vytýčený cieľ (zašnurovať si topánky). Vidíme teda, v dosahovaní vytýčeného cieľa možno zabrániť aj tým, že dieťaťu nadmerne pomáhame, alebo príliš veľa od neho očakávame. Obidve okolnosti vedú k zvýšenému výskytu agresívneho správania. Niektorí bádatelia sú toho názoru, že zabránenie v dosiahnutí vytýčeného cieľa vždy vedie k agresivite a to bez ohľadu na okolnosť, či je agresivita prejavovaná navonok alebo nie. Takéto marenie cieľa vedie k frustrácii, čo spôsobuje agresivitu. Táto väzba je vyjadrená v tzv. frustračno-agresívnej hypotéze.

Zo všeobecnej psychológie je známe, že reakcie, ktoré sú spevnené, sa posilňujú, t.j. zvýši sa pravdepodobnosť toho, že posilnené reakcie sa v podobných situáciách znovu objavia. Toto platí aj pre agresivitu v tom zmysle, že ak agresívne správanie posilníme, zvýšime pravdepodobnosť jej objavenia. Z toho vyplýva, že agresívne správanie je čiastočne naučená reakcia. Predstavme si situáciu, že dieťa príde domov zo školy a chce ísť poobede do kina. Matka mu to nedovolí, na čo sa dieťa začne rozčuľovať, nadávať a hádzať knihami, na čo matka povolí a súhlasí. Týmto súhlasom matka vlastne odmeňuje agresívne správanie svojho dieťaťa a tým zvyšuje pravdepodobnosť prejavovania takéhoto správania. Takto sa dieťa učí, že agresívne môže reagovať vždy, keď mu prekážajú v dosiahnutí svojho cieľa. Keby matka v takomto prípade nereagovala na agresívne správanie dieťaťa, ale poslala ho do izby, neposilnila by agresívne reakcie dieťaťa, čím by znížila pravdepodobnosť výskytu agresívnych reakcií.

Rodičia často zisťujú, že vstupom dieťaťa do jasí, príp. materskej školy sa stáva agresívnejšie – častejšie prejavuje agresívne správanie. Je to dôsledok toho, že v skupinových situáciách si deti navzájom posilňujú svoje agresívne reakcie. Pasívne deti v materskej škole často strácajú svoje hračky – agresívnejšie deti im

ich vyberú z ruky, čo v podstate posilňujú väzbu byť agresívny – mať hračku, byť pasívny – nemať hračku. Pokiaľ vychovávateľky v tomto prostredí neovplyvňujú vhodným spôsobom správanie detí, pasívne deti môžu byť vystavené viacerým frustračným situáciám ako agresívne. V takých situáciách by dospelí mali minimalizovať frustráciu alebo neodmeňovať agresívne správanie.

Frustrácia a spevnenie (posilnenie) agresívneho správania však nie sú výlučnými podmienkami agresívneho správania sa detí. Deti často napodobňujú agresívne správanie iných. V jednom výskume premietli skupine detí film natočený pri hre iných detí, ktoré často prejavili agresívne správanie. Druhej skupine nebol tento film premietnutý. Zistilo sa, že v skupine, ktorá film videla, častejšie dochádzalo k agresívnemu správaniu ako u detí, ktoré film nevideli. Tieto výsledky potvrdzujú názory tých, ktorí neodporúčajú, aby malé deti pozerali televízne programy s agresívnym, brutálnym obsahom. Ukazuje sa, že agresívne správanie môže byť teda zapríčinené frustráciou, spevnením a napodobňovaním, pričom frustrácia zvyšuje motiváciu k agresivite aj vtedy, keď sa navonok neprejavuje. Najčastejšou príčinou vzniku agresivity je zlá, resp. nedostatočná výchova. Dieťa žijúce v akomkoľvek prostredí sa vždy dostane do konfliktných situácií. Vekovým zvláštnostiam a osobitostiam by mala byť prispôsobená taká výchova, ktorá napomáha dieťaťu konflikty riešiť, prípadne pôsobiť preventívne.

Každodenný život neumožňuje deti vychovávať v prostredí, v ktorom by neboli vystavené frustrácii alebo neboli svedkami agresívneho správania. Samotné naše výchovné ciele prekážajú deťom dosiahnuť ich vlastné ciele, čo samozrejme pôsobí taktiež frustračne. Frustrácia je prirodzeným sprievodným javom prostredia, v ktorom sa dieťa vyvíja a rastie. Rodičia musia často zabrániť agresívnym prejavom ich detí. Napr. starší brat chce zbiť svojho mladšieho brata. V takomto prípade rodič zasiahne, prekazí túto snahu a neuvedomuje si, že svojim zásahom dieťa frustruje, keďže mu prekazí dosiahnutie cieľa (zbiť brata). Rodičia obyčajne používajú nejaké tresty za agresívne správanie svojich detí. Samotný trest znižuje pravdepodobnosť opakovania agresívneho správania, avšak podľa frustračno-agresívnej hypotézy sám trest bude dieťa frustrovať. A takto trest vedie k zníženiu prejavovania agresivity, ale zvyšuje motiváciu k agresivite.

Sears (1975) rozdelil predškolské deti do troch skupín podľa toho, ako boli doma trestané (slabo, stredne silne, silne). Potom zaznamenal správanie sa detí v materskej škole a zistil, že tie, ktoré boli trestané slabo alebo veľmi silne, boli najmenej agresívne a tie, ktoré boli trestané stredne, boli najviac agresívne. Potom sa naaranžovala s jednotlivými skupinami hra s bábikami. Deti dostali bábiky, ktoré si mohli natiahnuť na svoje ruky a vymýšľať príbehy. Pri týchto hrách sa ukázalo, že deti, ktoré boli silne trestané, vymýšľali príbehy, ktoré obsahovali podstatne viac agresie ako skupiny detí trestaných slabo alebo mierne. Na základe týchto skúseností sa agresivita delí na otvorenú, ktorá sa prejavuje v správaní, a skrytú, ktorá sa prejavuje len vo fantázii, ale nie v správaní. Teda silné trestanie znižuje otvorenú agresivitu, ale zvyšuje jej skrytú formu. Slabé trestanie znižuje nielen

otvorenú, ale aj skrytú agresivitu, mierne trestanie má rovnaký vplyv na otvorenú aj skrytú agresivitu. Tieto výsledky potvrdzujú aj známe Makarenkove poznatky z tejto oblasti.

Sme presvedčení, že v otázkach výchovného prístupu by bolo potrebné pomáhať aj rodičom, často ma skúsenosti z praxe vedú k myšlienke, že nemáme vyškolených odborníkov na prácu s rodičmi, teda pomáhať rodičom zorientovať sa v mnohých výchovných praktikách a prístupoch. Rodič je ten, kto chce svojmu dieťaťu len to najlepšie, neznamená to však, že chcenie stačí, často nevedomosť rodiča spôsobí vo vývine osobnosti dieťaťa veľa nedostatkov, ktoré je však už ťažké odstraňovať v dospelom veku. Nestretla som sa na Slovensku s poradňou, ktorá by bola špeciálne zameraná na poradenstvo pre rodičov pri výchove detí. Viem, že to robia individuálne psychologickí poradcovia, ale myslím si, že tejto problematike by bolo potrebné sa venovať viac a dôkladnejšie.

Násilie a agresivita stúpa v posledných rokoch v našich školách, ide tu o zvyšujúci sa neovládateľný hnev, ale aj ďalšie negatívne city ako nenávisť, závisť, odpor, netolerancia a pod. rast násilia a agresivity na školách potvrdzujú aj najnovšie výsledky na slovenských základných školách, ktoré boli uskutočnené v Bratislave alebo aj na niektorých vidieckych základných školách. (Gajdošová, Herényiová 1999). Výsledky výskumov potvrdili, že v súčasnosti sa žiaci II. stupňa základných škôl (výskumná vzorka – 400 žiakov) stretávajú s násilnými agresívnymi prejavmi a to v oveľa väčšej miere v bratislavských školách ako na vidieku. Najčastejšie prejavy sú: kopanie žiakov do vecí, bitie spolužiaka, fackovanie spolužiaka po tvári, kopanie do spolužiaka, násilne nútiť žiaka robiť isté činnosti. K agresívnemu správaniu privádzajú žiaka situácie, ktoré sú pre nich záťažové a nevedia, alebo ich to nikto nenaučil, ako sa s nimi vyrovnáť. Jednoducho povedané dieťa nepozná adekvátny spôsob vyrovnávania sa zo záťažou, preto používa násilie.

Násilie a agresivita sa prejavuje najmä v základných a stredných školách. Učitelia často upozorňujú školských a poradenských psychologov na úplne nový jav v oblasti agresivity, a to páchanie násilia bez pocitov hnevu či nenávisť, len tak, ide o tzv. nemotivované násilie.

Zvyšovanie násilia a s tým spojenej agresivity na slovenských základných školách, potvrdzujú aj najnovšie výsledky výskumov, uskutočnené na vybraných školách priamo v Bratislave, ale aj na niektorých vidieckych základných školách. U nás sa týmto problémom venujú na Katedre psychológie FFUK v Bratislave, autorky Gajdošová a Herényiová, ktoré pôsobia aj na základnej škole ako školskí psychologovia. Výsledky výskumov potvrdili, že v súčasnosti sa žiaci II. stupňa základných škôl (výskumná vzorka – 400 žiakov) stretávajú s nasledovnými násilnými a agresívnymi prejavmi správania sa:

a) u svojich spolužiakov

- s kopaním do vecí okolo seba sa stretlo 60% opýtaných žiakov z bratislavských škôl a 41% žiakov z vidieckych škôl

- s bitím spolužiaka po tele sa stretlo 45% žiakov z Bratislavy a 35% z vidieka
- s kopaním do žiaka 38% probantov zo ZŠ z Bratislavy a 23% z vidieka
- s fackovaním po tvári sa stretlo až 35% bratislavských žiakov a 21% vidieckych detí
- so zamykaním žiakov do miestností, ako napr. na WC, či do šatní sa stretlo 14% žiakov z Bratislavy a 12% z vidieka
 - s nútením robiť isté činnosti, ktoré žiak nechcel, sa stretlo 13% a 11%
 - dokonca 6 detí zo 150 žiakov z vidieckych škôl a 28 detí z 245 bratislavských škôl uviedlo, že sa stretlo so sexuálnym násilím zo strany svojich spolužiakov priamo na škole
- b) u svojich učiteľov
 - s agresívnymi prejavmi správania sa u svojich učiteľov – fackovanie po tvári, sa stretlo 18% oslovených žiakov z bratislavských škôl a 10% žiakov z vidieckych škôl.

Sme presvedčení, že v otázkach výchovného prístupu by bolo potrebné pomáhať aj rodičom, často ma skúsenosti z praxe vedú k myšlienke, že nemáme vyškolených odborníkov na prácu s rodičmi, teda pomáhať rodičom zorientovať sa v mnohých výchovných praktikách a prístupoch. Rodič je ten, kto chce svojmu dieťaťu len to najlepšie, neznamená to však, že chcenie stačí, často nevedomosť rodiča spôsobí vo vývine osobnosti dieťaťa veľa nedostatkov, ktoré je však už ťažké odstraňovať v dospelom veku. Nestretla som sa na Slovensku s poradňou, ktorá by bola špeciálne zameraná na poradenstvo pre rodičov pri výchove detí. Viem, že to robia individuálne psychologickí poradcovia, ale myslím si, že tejto problematike by bolo potrebné sa venovať viac a dôkladnejšie.

Žiaci vo výskume spomínali skôr neverbálne agresívne prejavy správania sa učiteľov na škole ako napr. ironizovanie, vyhrážanie sa, či hrubé nadávky. Odborníci sa často zamýšľajú nad zdrojmi násilného správania a samozrejme aj tým, ako by sa dalo zabrániť tak enormnému výskytu násilného správania sa na školách.

Jednoznačne je dokázané, že akékoľvek agresívne správanie je ventiláciou napätia, úzkosti alebo rozrušenia. Ide o záťažové situácie, s ktorými sa deti nevedia vyrovnávať, alebo nepoznajú adekvátne spôsoby vyrovnávania sa zo záťažou a preto reagujú násilne a agresívne. Veľmi často sa násilne začne správať aj to dieťa, ktoré trpí zlomyseľnosťou od svojich spolužiakov a pokúša sa o odplatu.

Skúsenosti z práce školského psychológa na škole nám potvrdzujú, že existujú tu viaceré zdroje detskej agresivity a násilných prejavov správania sa. Medzi tieto činitele patria najmä :citová deprivácia, úzkosť, napätie a strach. Okrem toho sem zaraďujeme aj osobnostné charakteristiky žiaka, výbušný temperament, túžba po vzrušujúcich zážitkoch, tlak k mužnosti u chlapcov.

Nie menej významne sa na vzniku agresívneho správania podieľajú aj výchovné prístupy rodičov, výchovné a vyučovacie štýly učiteľov a spôsoby prejavovania autority u učiteľov. Máme možnosť vidieť, že násilie a agresivita sú spôsoby správania, ktoré sú multifaktoriálne podmienené a preto ich eliminovanie, či

prevencia si vyžaduje veľké úsilie, odborné vedomosti a hlavne chuť venovať sa tomuto problému.

V súčasnosti tu existuje možnosť venovať sa prevencii týmto nežiaducim javom na našich školách pre prácu sociálnych pracovníkov, ktorí ako školení odborníci v prevencii vzniku násilia na školách by mohli pôsobiť v tejto oblasti. Učítelia by sa tak spolu so školským psychológom a sociálnym pracovníkom mali spoločne pokúšať bojovať s násilím a agresivitou na škole.

Chceli by sme sa zmeniť aj o intervenčných programoch na rozvíjanie prosociálneho správania, ktoré sú už pomerne dobre rozpracované a známe na našich školách. Problém však stále vidíme v tom, kto by mal na školách realizovať tieto programy a tu vidíme veľké rezervy v práci špeciálnych pedagógov, sociálnych pracovníkov a im podobných profesií.

Človek charakterizovaný ako prosociálna osoba, je charakteristický tým, že prejavuje súcit s ľuďmi, ktorí majú ťažkosti, teší ho obdarovať niekoho, rozdeliť sa s niekým, má pochopenie pre starosti a nevýhody svojich známych, je dostatočne empatický.

Model prosociálneho správania R. Roche-Olivara (1992) nám dáva odpoveď na otázku, aké spôsobilosti a vlastnosti treba rozvíjať u detí a mládeže v záujme rozvoja prosociálneho správania. Sú to najmä, úcta k sebe a iným, počúvanie, úsmev, pozdrav, poďakovanie, pochvala, vyjadrovanie vlastných citov, pomoc, delenie sa a vzájomná empatia.

Preto si spomenieme niektoré možnosti prevencie vzniku násilia na školách, ktorým sa na bratislavských školách venujú už v súčasnosti školskí psychológovia. Ide o preventívny program, ktorý je súčasťou programu rozvoja emocionálnej inteligencie. Už niekoľko rokov je známe, že naše školstvo je zamerané predovšetkým na memorovanie encyklopedických vedomostí, na meranie a posudzovanie intelligenčného kvocientu, zabúdame však na skutočnosť, že človek má aj EQ, emocionálny kvocient, ktorý ho robí človekom.

Ide o koncepciu emocionálnej inteligencie D. Golemana (1997) a z jeho odporúčaní a návrhov na realizovanie preventívnych programov, v rámci ktorých by si žiaci mali osvojiť:

- Emocionálne zručnosti
 - naučiť sa identifikovať vlastné city
 - naučiť sa prejavovať svoje city k iným ľuďom, najmä k rovesníkom
 - ovládať svoje emócie a impulzy, uvedomiť si rozdiely medzi citmi a činmi
 - naučiť sa zvládať záťaž
- Kognitívne zručnosti
 - naučiť sa poznať seba, svoje JA
 - formovať primerané sebahodnotenie a sebadôveru
 - poznávať iných ľudí, chápať ich postoje a názory
 - naučiť sa efektívne riešiť konflikty
 - rozvíjať pozitívne myslenie a pozitívny postoj k životu

- Behaviorálne zručnosti
 - osvojiť si základy verbálnej a neverbálnej efektívnej komunikácie
 - naučiť sa aktívne počúvať
 - otvorene vyjadrovať svoje požiadavky a názory
 - vedieť prijať kritiku a poučiť sa z nej
 - aktívne a primerane sa presadiť

Uvedený program je rozvrhnutý na celý školský rok, je potrebné však nájsť priestor a ľudí, ktorí by mohli kvalifikovane vykonávať túto prácu. Mohlo by sa to realizovať aj v rámci niektorých predmetov, ako náuka o spoločnosti alebo etika. Túto prácu dokážu kvalifikovane uskutočňovať školskí psychológovia, avšak tých je na našich školách žiaľom málo, preto je tu možnosť venovať sa týmto programom zo strany sociálnych pracovníkov alebo špeciálnych pedagógov.

Myslíme tým realitu a tou je fakt, že študentov psychológie je stále málo a odbor psychológia sa u nás nedá študovať ani externou formou. Chceli by sme však zdôrazniť, že práca preventívnych programov proti násiliu a agresivite sa nedá robiť povrchne, robiť ju môže len ten, kto má vzťah k deťom, ten koho táto práca baví, pretože v opačnom prípade sa minie účinku. Musíme ešte zdôrazniť, že dieťa si veľmi rýchlo všimne, či to príslušný odborník myslí vážne a je o svojich postupoch aj presvedčený.

Okrem realizovania preventívnych programov priamo na žiakoch, je potrebné do tohto programu zapojiť aj rodičov, aby snaha nás odborníkov nebola zbytočná. Výsledok sa dostaví len vtedy, ak sa komplexne budeme zaoberať týmito nežiaducimi javmi. Všetci si uvedomujeme, že rodina má silný vplyv na dieťa a tak len v spolupráci s rodinou dosiahneme želaný efekt.

S prevenciou proti vzniku nadmernej agresivity a násilia môžeme začať doma v rodine, v interpersonálnych vzťahoch medzi všetkými rodinnými príslušníkmi. Najoptimálnejšou cestou je harmonizovať vzťahy v rodinách, usilovať sa o dobré vzťahy medzi partnermi navzájom a medzi rodičmi a deťmi. Predovšetkým nám ide o vzťahy založené na harmónii, láske, opore a spolupatričnosti.

Veľmi nás zaujali výsledky výskumu S. Bogárovej (1999), ktorá porovnávala výskyt násilia a agresivity na vybraných bratislavských školách, porovnávala navzájom štátne školy so školami cirkevnými. Jej výsledky viedli k zaujímavým zisteniam. Najmä cirkevné školy majú pomerne nízku úroveň šikanovania a výskyt agresivity a násilia je oveľa menej častý na týchto školách v porovnaní so štátnymi. Žiaci na cirkevných školách uvádzajú, že sa s niektorými prejavmi agresívneho a šikanujúceho správania nestretli vôbec, alebo iba zriedkavo.

Uvedomujeme si, že by bolo potrebné sa v širšom meradle venovať tejto problematike, už aj kvôli zovšeobecneniu získaných výsledkov. Boli by sme veľmi radi, keby sa u nás výskumy podobného zamerania rozšírili a venovali sa im odborníci vo väčšej miere, pretože len v prípade získaných výskumných výsledkov, môžeme realizovať návrhy na zlepšenia v tejto oblasti.

Bibliografia

1. Bogárová, S.: *Výskum aspektov agresivity a šikanovania na vybraných bratislavských základných školách, čas*, "Školský psychológ", číslo 1/2, ročník 9, 1999.
2. Gajdošová, E., Herényiová, G.: *Škola priateľského partnerstva*, N+P, Bratislava 1994.
3. Goleman, D.: *Emoční inteligencia*, Columbs, Praha 1997.
4. Kolibová, D.: *Dieťa a jeho vývin*, KU Ružomberok 2007, ISBN 978-80-8084-259-8.
5. Košč, S.: *Výchova k solidarite v rodine a v škole*, in: *Problematika sociálno-patologických javov v školskom prostredí – stav, prevencia, riešenie*, Zborník KU PF, Ružomberok 2007, ISBN 978-80-8084-246-8.
6. Řičan, P.: *Agresivita a šikana mezi dětmi*, Portál, Praha 1995.
7. Roche-Olivar, R.: *Etická výchova*, Bratislava, Orbis Pictus Istropolitana 1992.
8. Sears, P. S.: *Relation of Early Socialization Experiences*, "Child Development", 41, vol. 5, University of Chicago Press 1975.

Abstract

Author deals about questions of aggressive behaviour in the child as a very big problem of the family and the school. She presents developmental structure of the child and possibilities of learning of aggressive behavior. This article emphasizes increased appearance of violence in our schools, families and represents some authors dealing with this problem. Finally author drafts the way of the fight against aggression, especially the prevention. As a prevention there could be serve the programmes on development of emotional intelligence in children.

Abstrakt

Autorka sa zaoberá otázkami agresívneho správania u dieťaťa ako závažný problém rodiny a školy. V príspevku predkladá vývinovú štruktúru dieťaťa a možnosti naučenia sa agresívneho správania. Článok zdôrazňuje vzrastajúci výskyt násilia v rodine a na školách a taktiež sa zaoberá autormi, ktorí sa danej problematike venujú. Autorka v závere príspevku načrtáva isté spôsoby boja proti agresivite, zdôrazňuje prevenciu. Ako možná prevencia by mohol slúžiť program rozvoja emocionálnej inteligencie u detí.



Životopis autorov

PhDr. Angela Almašiová, PhD. sa narodila 02.03.1975 v Ružomberku. Vyštudovala na Trnavskej univerzite v Trnave študijný odbor sociológia. Po skončení štúdia pracovala na Ekonomickej univerzite v Bratislave na Katedre politických a sociálnych vied ako asistentka. Po materskej dovolenke nastúpila ako odborný asistent na Katedre sociálnej práce na Katolíckej univerzite v Ružomberku, kde vyučuje hlavne sociologické predmety. V roku 2007 obhájila dizertačnú prácu. Venuje sa výskumu v sociálnych vedách, je spoluriešiteľkou viacerých projektov.

PhDr. Vladimíra Antolová sa narodila 17.06.1982 v Ružomberku. V roku 2005 ukončila vysokoškolské štúdium na Trnavskej univerzite, Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce, odbor sociálna práca. V roku 2007 ukončila doktorské štúdium a úspešne obhájila rigoróznú prácu s názvom: „Utečenci – systém ich a ochrany a pomoci. Participácia mimovládnych organizácií“. Momentálne je vysokoškolská učiteľka a doktorandka sociálnej práce na Pedagogickej fakulte Katolíckej univerzity v Ružomberku. Zameriava sa na sociálnu prácu s utečencami a najmä s maloletými deťmi bez sprievodu, píše dizertačnú prácu na tému: „Sociálno právna ochrana maloletých bez sprievodu v Slovenskej republike“.

Ing. Zuzana Gejdošová, PhD. sa narodila 15.09.1976 v Ružomberku. V roku 1999 ukončila vysokoškolské štúdium v odbore Národohospodárska teória a politika na Ekonomickej univerzite v Bratislave. Doktorandské štúdium v odbore sociálna práca ukončila v roku 2007 na Pedagogickej fakulte Katolíckej univerzity v Ružomberku. V sociálnej oblasti pôsobila od roku 1994 na Odbore sociálnych vecí Obvodného úradu, Okresného úradu a Úradu práce sociálnych vecí a rodiny v Ružomberku vo funkcii vedúcej oddelenia pomoci v hmotnej núdzi. V súčasnosti pôsobí ako vedúca Katedry verejnej správy a všeobecného základu sociálnej práce



PF KU v Ružomberku. Jej vedecko – pedagogická činnosť je zameraná na oblasť sociálnej politiky, verejnej správy a sociálneho zabezpečenia (pomoci v hmotnej núdzi).

Tomáš Jablonský, Doc. PaedDr. PhD. (1976), absolvoval štúdium učiteľstva všeobecnovzdelávacích predmetov na Pedagogickej fakulte Trnavskej univerzity v Trnave. V roku 2002 získal akademickú hodnosť PaedDr. na Pedagogickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave. V roku 2005 obhájil dizertačnú prácu v odbore pedagogika na Filozofickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave. Habilitoval sa v roku 2007 v odbore pedagogika na Filozofickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave. Pôsobil vo viacerých oblastiach rezortu školstva – ako učiteľ základnej školy, lektor Metodicko-pedagogického centra v Bratislave. Od roku 1999 je vysokoškolským učiteľom (1999-2007 Pedagogická fakulta Trnavská univerzita, od 2007 Pedagogická fakulta Katolícka univerzita v Ružomberku). Výskumne sa orientuje na oblasť pedagogiky a pedagogického výskumu, teóriu a metodiku etickej výchovy, technológiu výučby kooperatívneho učenia. Je autorom zahraničných aj domácich vedeckých monografií, mnohých vedeckých a odborných štúdií.

PhDr. Irena Kamanová PhD. sa narodila 28.03.1959 v Námestove. V roku 1998 ukončila vysokoškolské štúdium v odbore Sociálna práca na Prešovskej univerzite v Prešove. V sociálnej oblasti pôsobila od roku 1981. V súčasnosti pôsobí ako odborná asistentka na Katedre sociálnej práce PF KU v Ružomberku. Jej vedecko – pedagogická činnosť je zameraná na oblasť sociálneho zabezpečenia, sociálnych služieb pre občanov so zdravotným postihnutím a seniorov. Zameriava sa na náhradnú rodinnú starostlivosť. Je metodičkou odbornej praxe študentov Katedry sociálnej práce na PF KU v Ružomberku.

PhDr. Daniela Kolibová, CSc. narodila sa 30. 10. 1955 v Nitre. Je absolventkou Filozofickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, kde v roku 1978 ukončila aprobáciu pedagogická psychológia a anglický jazyk. Od skončenia vysokej školy sa venuje vzdelávaniu budúcich učiteľov, pôsobila na Pedagogickej fakulte v Nitre od roku 1978 do roku 1996. Pracuje aj ako poradenský psychológ pre deti, okrem toho vykonáva funkciu školského psychológa na špeciálnej škole v Ružomberku. V súčasnosti prednáša psychologické disciplíny na Katolíckej univerzite v Ružomberku pre odbor sociálna práca a špeciálna pedagogika. Zameriava sa hlavne na problematiku vývinu dieťaťa. Zaoberá sa sociálno-psychologickými poradenskými aktivitami, spolupracuje s Detským Domovom v Ružomberku. Realizuje komunikačné výcviky a tréningy pre poslucháčov odboru sociálna práca.

Stanislav Košč (1964) vyštudoval masmédiá, filozofiu a teológiu na Pápežskej lateránskej univerzite v Ríme, špecializoval sa na sociálnu morálnu teológiu a so-

ciálnu náuku Cirkvi na Katolíckej univerzite Jána Pavla II. v Lubline a na sociálnu prácu na Katolíckej univerzite v Ružomberku. Publikoval viaceré monografie a vedecké štúdie z oblasti sociálnej náuky Cirkvi. V súčasnosti pôsobí ako vedúci Katedry misijnej a charitatívnej činnosti na Pedagogickej fakulte Katolíckej univerzity v Ružomberku.

PhDr. Helena Oriechiková, PhD. sa narodila 05.01.1963. Vyštudovala na Pedagogickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave a špecializovala sa v oblasti špeciálnej pedagogiky a pedagogiky mentálne postihnutých v Banskej Bystrici. V súčasnosti pôsobí na Katedre špeciálnej pedagogiky na Pedagogickej fakulte Katolíckej univerzity v Ružomberku. Je autorkou dvoch vedeckých monografií.

h. doc. PhDr. Markéta Rusnáková sa narodila 03.04.1975 v Martine. V rokoch 1993–1997 absolvovala magisterské štúdium v odbore sociálna práca na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave. Na rovnakej univerzite v roku 1999 ukončila v tomto odbore rigorózne štúdium s titulom PhDr. a v roku 2001 ukončila doktorandské štúdium titulom PhD. V roku 2003 bola menovaná za hosťujúceho docenta Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v odbore sociálna práca a v roku 2004 bola menovaná za hosťujúceho docenta Pedagogickej fakulty Katolíckej univerzity v odbore sociálna práca, kde pôsobí ako vedúca Katedry sociálnej práce. Profilovými predmetmi autorky sú Sociálna patológia a Sociálna práca s rodinou, ktorej sa venuje aj prakticky. V súčasnej dobe je autorka pred ukončením dlhodobého výcviku Supervízia v sociálnej práci. Je členkou viacerých domácich aj zahraničných vedeckých grémií.

PhDr. Lenka Štefáková sa narodila 26.03.1981 v Dolnom Kubíne. V roku 2005 ukončila vysokoškolské štúdium na Trnavskej univerzite, Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce, odbor sociálna práca. V roku 2007 ukončila doktorské štúdium a úspešne obhájila rigoróznú prácu s názvom: „Sociálny pracovník v paliatívnej starostlivosti“. Momentálne je interným doktorandom sociálnej práce na Pedagogickej fakulte Katolíckej univerzity v Ružomberku. Zameriava sa na sociálnu prácu s nevyliciteľne chorými a umierajúcimi, píše dizertačnú prácu na tému: „Sociálne aspekty rodiny s nevyliciteľne chorým členom.“

